

SCALIMED INSIGHTS 2026

DOCUMENTO COMPLEMENTARIO

Anexo metodológico y base auditable

Tabla maestra de datos, matrices de fuentes y evidencia, registro de inferencias, contenidos derivados, léxico completo y bibliografía completa.

Edición Fundacional · Volumen I · Julio de 2026 · Scalimed

SECCIÓN 1

Metodología detallada

Revisión documental estructurada: fuentes, criterios de inclusión, niveles de evidencia y límites.

Diseño de revisión

Se realizó una revisión documental estructurada de fuentes oficiales mexicanas, organismos internacionales, literatura científica revisada por pares, documentos regulatorios y reportes privados con metodología identificable. Se priorizaron publicaciones de 2023 a julio de 2026; se incluyeron trabajos anteriores cuando siguen siendo referencias metodológicas relevantes, como la revisión Cochrane sobre recordatorios móviles o normas mexicanas vigentes. La revisión no se presenta como una revisión sistemática académica registrada ni como un metaanálisis propio. Se aplicaron, no obstante, principios de PRISMA 2020 para documentar identificación, selección, duplicados, exclusiones y trazabilidad; elementos de CASP para evaluar validez, selección, medición, confusión, aplicabilidad y conflictos de interés; y criterios inspirados en GRADE cuando se evaluaron intervenciones clínicas u operativas con resultados de asistencia. Cuando la heterogeneidad impidió una síntesis cuantitativa, se realizó síntesis narrativa.

Aplicación de PRISMA, CASP y GRADE

MARCO	APLICACIÓN EN ESTE REPORTE	LÍMITE
PRISMA 2020	Registro por módulo de búsquedas, fuente, fecha, criterios de inclusión/exclusión, duplicados conceptuales y razón de descarte.	No se afirma exhaustividad bibliográfica ni se presenta un metaanálisis.
CASP	Evaluación de pregunta, diseño, muestra, medición, confusión, precisión, aplicabilidad y conflicto de interés.	Las listas se adaptaron al tipo de estudio; no todos los documentos son estudios clínicos.
GRADE	Valoración de certeza para intervenciones de recordatorio/no-show: diseño, riesgo de sesgo, inconsistencia, indirectitud, imprecisión y publicación.	No se graduaron datos descriptivos administrativos como si fueran evidencia clínica.

Clasificación de la evidencia

NIVEL	CONTENIDO TÍPICO	USO EDITORIAL
A	Metaanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos relevantes, grandes estudios multicéntricos.	Puede sostener mecanismos o intervenciones; se verifica aplicabilidad a México.
B	Estudios observacionales, cohortes, registros nacionales, estadísticas oficiales.	Sostiene estructura, prevalencia, distribución y asociaciones.

NIVEL	CONTENIDO TÍPICO	USO EDITORIAL
C	Encuestas privadas, estudios sectoriales, consultoras, asociaciones, modelos transparentes.	Contextualiza tendencias; no establece benchmark nacional sin validación.
D	Opinión experta, casos, benchmarks indirectos, evidencia exploratoria o comercial.	Genera hipótesis; no sostiene por sí sola hallazgos centrales.

Criterios de confianza y consenso

La confianza metodológica y el consenso se calificaron por separado. La confianza es alta cuando la fuente es primaria, la definición compatible, el año del dato claro, la metodología transparente y la aplicabilidad adecuada. Es media cuando existe indirectitud, cobertura parcial o heterogeneidad. Es baja cuando predomina extrapolación, modelo comercial, muestra incierta o fuente no verificable. El consenso se clasificó como fuerte, moderado, contradictorio o insuficiente. Puede existir fuerte consenso con confianza limitada —por ejemplo, varias fuentes comerciales pueden repetir la misma idea— o alta confianza con poco consenso si los estudios robustos producen resultados distintos.

Auditoría de los documentos adjuntos

Healthcare Professionals in Mexico fue tratado como compendio secundario. Sus láminas permitieron localizar series atribuidas a OECD, INEGI, Secretaría de Salud, WHO, Data México e INSP. Sus cifras no se adoptaron automáticamente porque varias categorías son jerárquicas o superpuestas. La cifra de médicos por especialidad, por ejemplo, no debe sumarse con subgrupos quirúrgicos, pediátricos u obstétricos sin revisar la estructura de OECD. Online Doctor Consultations: Market Data & Analysis fue tratado como modelo de mercado secundario. Su definición incluye consultas remotas pagadas por sitio web o aplicación, mezcla en ciertos indicadores usuarios recientes y usuarios potenciales, excluye agenda en línea, expediente y recetas, y presenta ingresos y penetración como estimaciones o proyecciones. Por ello se utiliza para describir una categoría comercial internacional, no para medir el recorrido digital completo ni la adopción mexicana real.

Auditoría explícita de sesgos

SESGO	MECANISMO	RIESGO	CONTROL EDITORIAL
Publicación	Los estudios con efectos positivos pueden publicarse más.	Moderado en intervenciones; bajo en estadísticas oficiales.	Se evita inferir tamaño de efecto universal.
Comercial	Proveedores destacan beneficios y omiten resultados negativos.	Alto en CRM, IA y benchmarks de conversión.	No sostener hallazgos centrales con evidencia D.
Estadounidense	Gran parte de la literatura operativa proviene de EE. UU.	Alto en experiencia, pagos y acceso.	Separar mecanismo de benchmark.

SESGO	MECANISMO	RIESGO	CONTROL EDITORIAL
Urbano	Pacientes y prácticas digitales se concentran en ciudades.	Alto para México.	Reportar brecha urbano-rural y no generalizar.
Hospitalario	Muchos estudios de no-show provienen de hospitales.	Alto al trasladar a consultorios privados.	Etiquetar indirectitud.
Supervivencia	Casos publicados suelen ser implementaciones exitosas.	Alto en tecnología.	Buscar fracasos y barreras.
Tecnológico	Empresas definen el problema según su producto.	Alto.	Priorizar fuentes independientes.
Selección	Encuestas voluntarias captan prácticas más digitalizadas.	Moderado-alto.	No inferir adopción nacional.
Temporal	La pandemia alteró telemedicina y comportamiento.	Moderado.	Separar aceleración coyuntural de tendencia estructural.
Disponibilidad	Se estudia lo que puede medirse, no todo lo relevante.	Alto en embudo privado mexicano.	Convertir vacíos en hallazgo.

Este reporte se elabora con base en fuentes públicas, literatura científica revisada por pares y análisis de mercado, y distingue de forma explícita entre hechos comprobados, estimaciones, inferencias e hipótesis. La evidencia oficial cubre mejor la oferta, la infraestructura y la conectividad que el embudo preconsulta privado.

No se identificó una fuente pública que mida de forma integral y sistemática los tiempos de respuesta, la conversión de solicitud a cita, la penetración de CRM o la reactivación en el sector privado ambulatorio mexicano. Por ello, los vacíos de evidencia se presentan como hallazgos y no se completan con cifras comerciales ni extrapolaciones internacionales. La clasificación de confianza A/B/C/D y los criterios de consenso, descritos en la metodología, acompañan cada afirmación y cada exhibit.

Sello de confianza. Naturaleza: nota de alcance · Origen: metodología del reporte · Confianza: alta · Alcance: sector salud privada en México · Limitación: la evidencia pública es incompleta para el embudo preconsulta.

SECCIÓN 2 · APÉNDICE A

Tabla maestra de datos cuantitativos

Cada indicador con su valor, unidad, año, geografía y naturaleza; y su fuente, método, muestra, definición y limitación.

Fuente: compilación Scalimed a partir de fuentes oficiales. **Limitación:** universos no homogéneos entre indicadores.

Indicador	Valor	Unidad	Dato	Geografía	Tipo
Médicos especialistas ocupados	119,000	personas	1T 2026	México	Observado/ estimado
Fuente: Data México/ENOE · Enlace: Data México · Método: Encuesta laboral · Muestra: ENOE · Definición: Población ocupada en la categoría. · Limitación: No certificación ni sector privado.					
Edad promedio especialistas	41.8	años	1T 2026	México	Observado
Fuente: Data México/ENOE · Enlace: Data México · Método: Encuesta laboral · Muestra: ENOE · Definición: Promedio de personas ocupadas. · Limitación: No describe antigüedad clínica.					
Establecimientos hospitalarios particulares	2,747	establecimientos	2024	México	Observado
Fuente: INEGI ESEP · Enlace: INEGI ESEP 2024 · Método: Estadística de establecimientos · Muestra: Universo ESEP · Definición: Establecimientos que brindaron servicios hospitalarios. · Limitación: No cubre todo el ambulatorio.					
Camas censables privadas	35,400	camas	2024	México	Observado
Fuente: INEGI ESEP · Enlace: INEGI ESEP 2024 · Método: Registro estadístico · Muestra: Universo ESEP · Definición: Camas instaladas para hospitalización. · Limitación: No mide ocupación ambulatoria.					
Egresos hospitalarios privados	2,273,261	egresos	2024	México	Observado
Fuente: INEGI ESEP · Enlace: INEGI ESEP 2024 · Método: Registro estadístico · Muestra: Universo ESEP · Definición: Salidas hospitalarias registradas. · Limitación: No equivale a pacientes únicos.					
Uso de internet	83.1	% población 6+	2024	México	Observado
Fuente: INEGI ENDUTIH · Enlace: ENDUTIH 2025 · Método: Encuesta nacional · Muestra: Muestra ENDUTIH · Definición: Personas usuarias de internet. · Limitación: No uso médico.					

Indicador	Valor	Unidad	Dato	Geografía	Tipo
Uso de internet	86.1 / 104.9	% / millones	2025	México	Observado
Fuente: INEGI ENDUTIH · Enlace: ENDUTIH 2025 · Método: Encuesta nacional · Muestra: Muestra ENDUTIH · Definición: Personas de 6+ usuarias de internet. · Limitación: No uso médico.					
Uso urbano / rural	88.9 / 75.2	%	2025	México	Observado
Fuente: INEGI ENDUTIH · Enlace: ENDUTIH 2025 · Método: Encuesta nacional · Muestra: Muestra ENDUTIH · Definición: Uso de internet por ámbito. · Limitación: Brecha territorial.					
Densidad de médicos en ejercicio	2.72	por 1,000	2023	México	Observado
Fuente: OECD · Enlace: OECD Health at a Glance 2025 · Método: Compilación nacional armonizada · Muestra: Datos administrativos · Definición: Practicing physicians bajo definición OECD. · Limitación: Definición puede incluir residentes/internos.					
Mercado global consultas en línea	9.46	mil millones USD	2024	Mundial	Estimación
Fuente: Statista Market Insights · Enlace: Documento adjunto · Método: Modelo de mercado · Muestra: No publicada plenamente · Definición: Ingresos B2C pagados por web/app. · Limitación: Proyección/modelo; excluye agenda y expediente.					

SECCIÓN 3 · APÉNDICE B

Matriz de fuentes

Evaluación de cada fuente por tipo, nivel, calidad, actualidad, transparencia y uso recomendado.

Fuente	Tipo	Nivel	Confianza
INEGI ESEP	Oficial	1	Alto
Calidad: Alta · Actualidad: 2024 · Geografía: México · Metodología: Registro/estadística · Transparencia: Alta · Conflicto: Bajo · Uso: Mercado hospitalario			
INEGI ENDUTIH	Oficial	1	Alto
Calidad: Alta · Actualidad: 2025 · Geografía: México · Metodología: Encuesta probabilística · Transparencia: Alta · Conflicto: Bajo · Uso: Contexto digital			
Data México/ENOE	Oficial	1	Alto
Calidad: Alta · Actualidad: 1T 2026 · Geografía: México · Metodología: Encuesta laboral · Transparencia: Alta · Conflicto: Bajo · Uso: Ocupación médica			
OECD Health Statistics	Intergubernamental	1	Alto
Calidad: Alta · Actualidad: 2023-2025 · Geografía: México/internacional · Metodología: Armonización de datos · Transparencia: Alta · Conflicto: Bajo · Uso: Médicos y comparaciones			
DGIS/CLUES	Oficial	1	Medio-alto
Calidad: Alta · Actualidad: Actualización continua · Geografía: México · Metodología: Registro administrativo · Transparencia: Media-alta · Conflicto: Bajo · Uso: Establecimientos			
Cochrane recordatorios	Revisión sistemática	1	Alto
Calidad: Alta · Actualidad: 2013 · Geografía: Internacional · Metodología: Revisión sistemática · Transparencia: Alta · Conflicto: Bajo · Uso: Asistencia/no-show			
OMS IA salud	Organismo internacional	1	Alto
Calidad: Alta · Actualidad: 2021-2024 · Geografía: Global · Metodología: Guía de gobernanza · Transparencia: Alta · Conflicto: Bajo · Uso: Riesgos de IA			

Fuente	Tipo	Nivel	Confianza
Statista profesionales México	Reporte privado	2	Medio-bajo
Calidad: Media · Actualidad: 2025 · Geografía: México · Metodología: Compendio secundario · Transparencia: Media · Conflicto: Comercial · Uso: Mapa de fuentes			
Statista consultas en línea	Modelo de mercado	2	Bajo
Calidad: Media-baja · Actualidad: 2025 · Geografía: Global · Metodología: Modelo/proyección · Transparencia: Media-baja · Conflicto: Comercial · Uso: Contexto teleconsulta			
Estudios de no-show individuales	Científica	1/2	Medio
Calidad: Variable · Actualidad: 2010-2026 · Geografía: Internacional/México · Metodología: Observacional/ensayo · Transparencia: Variable · Conflicto: Bajo · Uso: Mecanismos			

SECCIÓN 4 · APÉNDICE C

Matriz de evidencia por hallazgo

Para cada hallazgo: evidencia de soporte, tipo, calidad, consenso y nivel de confianza.

Hallazgo	Tipo	Confianza
Mercado depende de definición Evidencia: INEGI, ENOE, OECD, CLUES, DENUE y ESEP miden universos distintos. · Calidad: Alta · Consenso: Fuerte	Registros y encuestas oficiales	Alto
Hospitalario mejor medido que ambulatorio Evidencia: ESEP cuantifica hospitales; no existe embudo nacional de consultorios. · Calidad: Alta · Consenso: Fuerte	Registro oficial + revisión de vacíos	Alto
Conectividad amplia Evidencia: ENDUTIH 2024 y 2025. · Calidad: Alta · Consenso: Fuerte	Encuesta nacional	Alto
Recorrido multicanal Evidencia: Literatura internacional de experiencia y acceso; ausencia mexicana. · Calidad: Media · Consenso: Moderado	Observacional/sectorial	Medio
Sin benchmark de embudo Evidencia: Búsqueda en fuentes oficiales y científicas sin series comparables. · Calidad: Media-alta · Consenso: Fuerte sobre ausencia	Hallazgo negativo de revisión	Alto
Recordatorios reducen no-show Evidencia: Cochrane y estudios posteriores. · Calidad: Alta · Consenso: Fuerte	Revisión sistemática/ensayos	Alto
No hay solución universal Evidencia: Heterogeneidad de causas e intervenciones. · Calidad: Alta · Consenso: Fuerte	Revisiones y estudios observacionales	Alto
WhatsApp no equivale a CRM Evidencia: Definiciones de sistemas y análisis de procesos. · Calidad: Media · Consenso: Fuerte	Conceptual/sectorial	Alto

Hallazgo	Tipo	Confianza
IA administrativa antes que clínica	Guías y revisiones	Medio
Evidencia: OMS y literatura de gobernanza. · Calidad: Media-alta · Consenso: Moderado		
Benchmark propio como activo	Inferencia estratégica	Medio
Evidencia: Vacío documentado + factibilidad de datos anonimizados. · Calidad: Baja-media · Consenso: Insuficiente		

SECCIÓN 5 · APÉNDICE D

Datos que no pudieron comprobarse

Afirmaciones que circulan sin fuente verificable y la decisión editorial tomada.

Afirmación	Decisión
Responder en cinco minutos multiplica drásticamente la conversión médica. Lugar: Blogs/agencias y software. · Fuente atribuida: Estudios generales de leads. · Motivo: No específico de salud mexicana; cadena secundaria.	Excluir como benchmark.
WhatsApp es el canal principal de pacientes privados en México. Lugar: Proveedores y publicaciones comerciales. · Fuente atribuida: Penetración general de WhatsApp. · Motivo: No mide contacto médico.	No afirmar porcentaje.
Una clínica pierde X% de pacientes por falta de seguimiento. Lugar: Agencias de marketing. · Fuente atribuida: Sin fuente primaria verificable. · Motivo: Definiciones de pérdida y población ausentes.	Convertir en hipótesis.
Tasa nacional de no-show privado de 20–30%. Lugar: Artículos y presentaciones. · Fuente atribuida: Estudios locales heterogéneos. · Motivo: No representativo ni comparable.	No calcular promedio.
Penetración de CRM en consultorios mexicanos. Lugar: Proveedores. · Fuente atribuida: Encuestas privadas no publicadas. · Motivo: Muestra y metodología desconocidas.	Registrar vacío.

SECCIÓN 6 · APÉNDICE E

Contradicciones entre fuentes

Indicadores con cifras divergentes entre fuentes, la diferencia y la preferencia justificada.

Indicador	Preferencia
Número de médicos	Usar según pregunta.
Fuente A: Cédulas profesionales · Fuente B: OECD/ENOE · Diferencia: Potencial registrado vs ocupación/ejercicio. · Explicación: Universos distintos.	
Especialistas	Presentar separado.
Fuente A: Data México ocupación · Fuente B: OECD categorías · Diferencia: Clasificación laboral vs armonización sanitaria. · Explicación: No intercambiables.	
Establecimientos	No sumar.
Fuente A: ESEP · Fuente B: DENUE/CLUES · Diferencia: Hospitales particulares vs unidades económicas/establecimientos. · Explicación: Unidad distinta.	
Teleconsulta	Etiquetar modelo.
Fuente A: Statista modelo · Fuente B: Encuestas de uso · Diferencia: Usuarios potenciales/ingresos vs uso efectivo. · Explicación: Método y definición.	
No-show	No promedio nacional.
Fuente A: Estudios por servicio · Fuente B: Revisiones · Diferencia: Tasas locales variables vs efecto de intervención. · Explicación: Población y definición.	

SECCIÓN 7 · APÉNDICE F

Registro de inferencias

Inferencias del reporte con su apoyo, supuestos, riesgos y nivel de confianza.

Inferencia	Confianza
La fragmentación entre canales probablemente genera pérdida de contexto. Apoyo: Principios de continuidad y diseño de procesos. · Supuestos: La transferencia sin registro aumenta errores. · Riesgos: No hay cuantificación mexicana.	Medio
Las especialidades con procedimientos y recurrencia tienen mayor valor potencial de seguimiento. Apoyo: Estructura de episodios y continuidad. · Supuestos: Mayor número de interacciones y servicios. · Riesgos: No hay LTV nacional.	Medio
Las clínicas enfrentan más puntos de falla que médicos independientes. Apoyo: Mayor número de roles y transferencias. · Supuestos: Complejidad aumenta coordinación. · Riesgos: Puede compensarse con recursos.	Medio - alto
La IA administrativa presenta menor riesgo que la autonomía clínica. Apoyo: OMS y reversibilidad de tareas. · Supuestos: Daño potencial menor y supervisión. · Riesgos: Riesgos de privacidad persisten.	Medio
Un benchmark propio puede ser activo editorial. Apoyo: Vacío público documentado. · Supuestos: Datos comparables tienen valor. · Riesgos: Depende de muestra y transparencia.	Medio

SECCIÓN 8 · APÉNDICE G

Oportunidades de investigación primaria

Estudios primarios propuestos con pregunta, población, muestra, método, variables y valor esperado.

Estudio	Valor
Mystery shopper de respuesta Pregunta: ¿Cómo responden prácticas privadas? · Población: Prácticas de 5–8 especialidades · Muestra: 300–500 prácticas; 6–10 ciudades · Método: Solicitudes estandarizadas · Variables: Tiempos, calidad, disponibilidad, seguimiento · Riesgos: Ética, cancelación y representatividad	Benchmark operativo
Encuesta a prácticas Pregunta: ¿Qué procesos y tecnologías usan? · Población: Médicos y administradores · Muestra: 400+ estratificada · Método: Encuesta · Variables: Canales, CRM, no-show, métricas · Riesgos: Autoselección	Adopción y barreras
Encuesta a pacientes Pregunta: ¿Cómo buscaron y por qué abandonaron? · Población: Adultos con atención privada reciente · Muestra: 1,000+ · Método: Encuesta probabilística/cuotas · Variables: Búsqueda, contacto, confianza, abandono · Riesgos: Memoria y sesgo urbano	Recorrido real
Benchmark CRM Pregunta: ¿Cuáles son las tasas por etapa? · Población: Prácticas participantes · Muestra: 20+ prácticas; 1,000+ solicitudes/segmento · Método: Datos anonimizados · Variables: Respuesta, contacto, agenda, asistencia · Riesgos: Definiciones y privacidad	Benchmark por especialidad
Estudio de no-show Pregunta: ¿Qué factores predicen inasistencia? · Población: Citas programadas · Muestra: Cohorte multicéntrica · Método: Observacional · Variables: Canal, horario, espera, pago, historial · Riesgos: Confusión	Intervenciones dirigidas

Estudio	Valor
Ensayo de recordatorios	Efecto causal
Pregunta: ¿Qué secuencia funciona mejor? · Población: Pacientes con citas · Muestra: Potencia según efecto · Método: Aleatorizado/pragmático · Variables: Canal, timing, contenido, reprogramación · Riesgos: Contaminación	
Adopción de IA	Madurez real
Pregunta: ¿Qué usos existen y con qué controles? · Población: Prácticas y proveedores · Muestra: Muestra mixta · Método: Encuesta + auditoría · Variables: Casos, supervisión, incidentes · Riesgos: Sesgo comercial	

SECCIÓN 9 · APÉNDICE H

Propuesta de visualizaciones

Visualizaciones propuestas con variables, fuente, tipo de gráfica, mensaje y limitación.

Título	Gráfica
Capas del mercado médico Variables: Cédulas, ocupación, ejercicio, certificación, establecimientos · Fuente: INEGI/OECD/Data México · Mensaje: Evitar cifra única · Limitación: Universos no sumables	Diagrama de capas
Infraestructura hospitalaria privada Variables: Establecimientos, camas, UCI, egresos · Fuente: INEGI ESEP · Mensaje: Escala hospitalaria · Limitación: No ambulatorio	Tarjetas/barras
Brecha digital Variables: Internet nacional, urbano y rural · Fuente: ENDUTIH · Mensaje: Base digital y brecha · Limitación: No uso médico	Barras
Recorrido multicanal Variables: Canales y transiciones · Fuente: Análisis del reporte · Mensaje: No linealidad · Limitación: Sin pesos nacionales	Sankey conceptual
Embudo recomendado Variables: 14 etapas · Fuente: Análisis del reporte · Mensaje: Definiciones comunes · Limitación: Conceptual	Embudo
Mapa de evidencia Variables: Indicadores con/sin benchmark · Fuente: Matriz propia · Mensaje: Vacíos públicos · Limitación: Depende de búsqueda	Mapa de calor
Intervenciones no-show Variables: Recordatorios, confirmación, reprogramación · Fuente: Cochrane/literatura · Mensaje: No hay solución única · Limitación: Indirectitud	Matriz
Madurez de WhatsApp Variables: Cuatro niveles · Fuente: Análisis · Mensaje: Canal no es CRM · Limitación: Conceptual	Escalera

Título	Gráfica
Knowledge graph	Red
Variables: Variables y retroalimentaciones · Fuente: Análisis · Mensaje: Cuellos de botella · Limitación: Sin causalidad cuantificada	
Tendencias 2026–2028	Matriz 2×2
Variables: Impacto y confianza · Fuente: Síntesis · Mensaje: Prioridades · Limitación: Proyección	

SECCIÓN 10 · APÉNDICE I

Contenidos derivados

Veinte piezas de contenido derivadas del reporte, listas para desarrollarse.

1. ¿Cuántos médicos especialistas hay realmente en México?
2. El vacío estadístico del embudo médico privado.
3. WhatsApp no es un CRM: cuatro niveles de madurez.
4. Cómo medir el tiempo de respuesta sin engañarse.
5. Qué significa no-show y por qué no existe una tasa única.
6. Recordatorios de citas: qué demuestra la evidencia.
7. Embudo de pacientes: 14 etapas que toda clínica debería registrar.
8. CRM, agenda y expediente: diferencias esenciales.
9. Guía de métricas para una práctica médica independiente.
10. Guía de métricas para una clínica multiespecialidad.
11. Benchmark pendiente: tiempo de respuesta por especialidad.
12. Cómo diseñar un mystery shopper médico ético.
13. Inteligencia artificial en recepción: usos y límites.
14. Datos sensibles en mensajería: riesgos operativos.
15. Google, referidos y directorios: atribución sin simplificaciones.
16. Reactivación de pacientes: continuidad frente a promoción.
17. Por qué costo por lead no basta en salud.
18. Mapa de oportunidades por especialidad.
19. Agenda conversacional y confirmación activa.
20. Reporte anual del embudo médico privado mexicano.

SECCIÓN 11 · APÉNDICE J

Citas y estadísticas utilizables

Citas y estadísticas listas para usar, con fuente, año, contexto y limitación.

Texto	Fuente	Año
En 2025, 86.1% de la población mexicana de seis años o más usó internet. Geografía: México · Contexto: Contexto digital general. · Limitación: No mide uso médico. · Enlace: ENDUTIH 2025	INEGI ENDUTIH	2026
El uso de internet alcanzó 88.9% en áreas urbanas y 75.2% en rurales. Geografía: México · Contexto: Brecha territorial. · Limitación: No mide capacidad de pago. · Enlace: Mismo enlace	INEGI ENDUTIH	2026
INEGI registró 2,747 establecimientos particulares hospitalarios en 2024. Geografía: México · Contexto: Infraestructura privada hospitalaria. · Limitación: No cubre consultorios. · Enlace: INEGI ESEP 2024	INEGI ESEP	2025
Los hospitales particulares dispusieron de 35,400 camas censables en 2024. Geografía: México · Contexto: Capacidad hospitalaria. · Limitación: No ambulatorio. · Enlace: Mismo enlace	INEGI ESEP	2025
Los establecimientos particulares registraron 2.27 millones de egresos hospitalarios en 2024. Geografía: México · Contexto: Actividad hospitalaria. · Limitación: No pacientes únicos. · Enlace: Mismo enlace	INEGI ESEP	2025
Data México estimó 119 mil especialistas ocupados en el primer trimestre de 2026. Geografía: México · Contexto: Mercado laboral. · Limitación: No certificación. · Enlace: Data México	Data México/ENOE	2026

Texto	Fuente	Año
No existe una cifra única de médicos privados: registro, ocupación y ejercicio miden universos distintos. Geografía: México · Contexto: Definición. · Limitación: Conclusión metodológica. · Enlace: —	Síntesis del reporte	2026
No se encontró evidencia pública suficientemente sólida para un benchmark mexicano de tiempo de respuesta. Geografía: México · Contexto: Vacío de evidencia. · Limitación: Depende de fuentes accesibles. · Enlace: —	Revisión Scalimed	2026
No se encontró benchmark nacional sólido de conversión de solicitud a cita. Geografía: México · Contexto: Vacío operativo. · Limitación: No descarta datos privados. · Enlace: —	Revisión Scalimed	2026
Los recordatorios móviles mejoran la asistencia frente a no recordar. Geografía: Internacional · Contexto: Mecanismo de intervención. · Limitación: Magnitud variable. · Enlace: DOI	Cochrane	2013
Una respuesta automática no equivale a una respuesta humana ni a una resolución. Geografía: General · Contexto: Medición. · Limitación: No es efecto causal. · Enlace: —	Definición metodológica	2026
WhatsApp puede ser infraestructura de contacto, pero no sustituye un CRM ni un expediente. Geografía: General · Contexto: Arquitectura operativa. · Limitación: Inferencia. · Enlace: —	Síntesis conceptual	2026
La teleconsulta de Statista excluye agenda, expedientes y recetas. Geografía: Global · Contexto: Definición del mercado. · Limitación: Modelo comercial. · Enlace: Documento adjunto	Statista Market Insights	2025
La IA administrativa exige supervisión, trazabilidad y límites. Geografía: Global · Contexto: Gobernanza. · Limitación: No mide ROI. · Enlace: OMS	OMS	2024

Texto	Fuente	Año
El mayor vacío público está antes de la consulta: respuesta, contacto, agenda y seguimiento. Geografía: México · Contexto: Conclusión. · Limitación: Hallazgo de revisión. · Enlace: —	Síntesis del reporte	2026
Costo por solicitud no equivale a costo por paciente atendido. Geografía: General · Contexto: Métrica. · Limitación: Conceptual. · Enlace: —	Definición del embudo	2026
Una cita agendada no equivale a una cita confirmada ni atendida. Geografía: General · Contexto: Métrica. · Limitación: Conceptual. · Enlace: —	Definición del embudo	2026
La práctica debe medir razones de no agenda, no asumir falta de interés. Geografía: General · Contexto: Operación. · Limitación: Requiere disciplina de captura. · Enlace: —	Recomendación del reporte	2026
La conectividad amplia aumenta viabilidad digital, pero no prueba preferencia por un canal. Geografía: México · Contexto: Interpretación. · Limitación: No conducta médica. · Enlace: —	Síntesis ENDUTIH	2026
El benchmark propio debe publicar definición, muestra, periodo, especialidad y exclusiones. Geografía: México · Contexto: Investigación primaria. · Limitación: Recomendación. · Enlace: —	Protocolo recomendado	2026

SECCIÓN 12 · APÉNDICE K

Preguntas frecuentes

Respuestas breves a las preguntas más comunes sobre el alcance y los datos del reporte.

¿El reporte afirma que todas las clínicas pierden pacientes?

No. Identifica riesgos operativos y ausencia de medición; no cuantifica una pérdida nacional sin evidencia.

¿Existe una tasa mexicana de no-show privado?

No se encontró evidencia nacional suficientemente sólida y comparable.

¿WhatsApp es el canal principal?

Su uso general es masivo, pero no existe un porcentaje nacional comprobado para medicina privada.

¿Responder en menos de cinco minutos garantiza una cita?

No. Los benchmarks difundidos no son específicos de México ni de salud.

¿CRM y expediente electrónico son lo mismo?

No. Gestionan objetos y finalidades diferentes, aunque pueden integrarse.

¿La IA puede atender pacientes?

Puede apoyar tareas administrativas; triage y consejo clínico requieren controles y validación.

¿Los datos incluyen hospitales públicos?

Solo cuando sirven como contexto o literatura; el foco es la salud privada.

¿Por qué no se publican costos promedio por especialidad?

Las plataformas visibles no forman una muestra nacional representativa y comparable.

¿Qué debería medir primero una práctica?

Solicitudes, respuesta humana, contacto, agenda, confirmación, asistencia y razón de pérdida.

¿Cómo puede contribuir Scalimed?

Mediante investigación primaria y benchmarks anonimizados, identificados como datos propios.

SECCIÓN 13 · APÉNDICE L

Metadata SEO

Metadatos de posicionamiento para la publicación digital del reporte.

SEO title	Estado de la captación y conversión de pacientes en México 2026 Scalimed
Meta description	Investigación sobre cómo médicos y clínicas privadas en México captan, responden, agendan, confirman y convierten pacientes, con datos oficiales, evidencia científica y vacíos de benchmark.
URL sugerida	/reportes/captacion-conversion-pacientes-mexico-2026
H1	Estado de la captación y conversión de pacientes en la salud privada en México 2026
OG title	Reporte 2026: captación y conversión de pacientes en México
OG description	Datos, evidencia y métricas para entender el recorrido del paciente antes de la primera consulta en la medicina privada mexicana.
Palabras clave principales	captación de pacientes, conversión de pacientes, salud privada México, CRM médico
Palabras clave secundarias	WhatsApp médico, no-show, agenda médica, automatización clínica, IA en salud
Intención	Informacional, investigativa y ejecutiva B2B
Canonical	https://scalimed.com/reportes/captacion-conversion-pacientes-mexico-2026
Robots	index, follow
Imagen social (OG image)	og-captacion-conversion-pacientes-mexico-2026.jpg
Schema recomendado	Report / Article (schema.org) con publisher Organization: Scalimed

SECCIÓN 14

Léxico completo

Todos los términos operativos del sistema Scalimed, con una sola entrada consolidada por concepto.

Solicitud	Manifestación concreta de interés mediante la cual una persona pide información, disponibilidad o atención y puede ser contactada.
Prospecto	Persona identificable con posibilidad de agendar; no equivale a paciente.
Contacto efectivo	Interacción bidireccional entre práctica y persona.
Cita agendada	Reserva de un espacio específico en la agenda.
Cita confirmada	Cita ratificada mediante una acción explícita de asistencia.
Cita atendida	Consulta que efectivamente se realizó.
No-show	Inasistencia sin cancelación dentro de la regla definida.
Conversión	Paso medible de un estado del recorrido al siguiente, definido mediante numerador, denominador y ventana temporal.
Reactivación	Retorno atribuible de una persona que había salido o permanecido inactiva en el recorrido.
CRM	Sistema para gestionar relaciones, solicitudes, estados y comunicaciones.
Expediente clínico electrónico	Información clínica electrónica centrada en el paciente.
Benchmark	Referencia comparable con definición, población y metodología identificadas.
Inferencia	Conclusión razonada que va más allá de un dato directo.
Consenso	Grado de coincidencia entre fuentes independientes.
Confianza	Certeza metodológica asignada al hallazgo.
Demanda	Interés potencial en atención que aún no se expresa como solicitud.
Contacto	Primer intercambio efectivo entre la práctica y la persona.
Solicitud calificada	Solicitud que cumple criterios de elegibilidad clínica y operativa.

Fricción	Pérdida potencial de demanda o deterioro de experiencia en la frontera entre dos etapas.
Preconsulta	Tramo del recorrido anterior a la cita atendida.
Seguimiento	Contacto posterior orientado a sostener o retomar el recorrido.
Trazabilidad	Capacidad de conservar identidad, estado, responsable e historial de cada contacto.
Continuidad	Mantenimiento de la relación clínica tras la atención.
Recurrencia	Regreso del paciente ante una nueva necesidad o cita.
Madurez comercial	Capacidad organizacional para administrar el recorrido, medir sus fricciones y mejorar el sistema.

SECCIÓN 15

Bibliografía completa

Referencias completas citadas en el reporte y el anexo.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares 2024. inegi.org.mx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares 2024. inegi.org.mx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2026). Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares 2025. inegi.org.mx

Secretaría de Economía. (2026). Data México: Médicos especialistas. economia.gob.mx

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). Health at a Glance 2025. OECD Publishing. oecd.org

Dirección General de Información en Salud. (2025). Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). dgis.salud.gob.mx

Gurol-Urganci, I., de Jongh, T., Vodopivec-Jamsek, V., Atun, R., & Car, J. (2013). Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. Cochrane Database of Systematic Reviews, (12), CD007458. doi.org/10.1002/14651858.CD007458.pub3

Huang, Y., & Hanauer, D. A. (2014). Patient no-show predictive model development using multiple data sources for an effective overbooking approach. Applied Clinical Informatics, 5(3), 836–860. doi.org/10.4338/ACI-2014-04-RA-0026

World Health Organization. (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health. who.int

World Health Organization. (2023). Regulatory considerations on artificial intelligence for health. who.int

- World Health Organization. (2024). Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models. [who.int](https://www.who.int)
- Page, M. J., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. doi.org/10.1136/bmj.n71
- Critical Appraisal Skills Programme. (2024). CASP checklists. casp-uk.net
- Guyatt, G. H., et al. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 336, 924–926. doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD
- Secretaría de Salud. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. dof.gob.mx
- Secretaría de Salud. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, sistemas de información de registro electrónico para la salud.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2025). Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. diputados.gob.mx
- Statista. (2025). Healthcare Professionals in Mexico [reporte secundario adjunto].
- Statista Market Insights. (2025). Online Doctor Consultations: Market Data & Analysis [modelo de mercado adjunto].

SECCIÓN 16

Errores, vacíos y limitaciones no resueltas

Lo que este reporte no puede afirmar y las limitaciones que la próxima edición debe resolver.

- El reporte no constituye un censo de prácticas privadas ni una revisión sistemática registrada.
- No se tuvo acceso a microdatos internos de plataformas, clínicas o CRM para validar conversiones.
- Los datos hospitalarios no representan automáticamente el mercado ambulatorio.
- Las fuentes de médicos usan definiciones incompatibles y no deben sumarse.
- Las búsquedas pueden omitir literatura detrás de muros de pago o no indexada.
- La evidencia de no-show tiene sesgo hospitalario e internacional.
- La evidencia de CRM e IA tiene sesgo comercial y de supervivencia.
- No se estimó causalidad entre velocidad de respuesta y cita atendida.
- No se calcularon promedios nacionales de precios, costos o conversión.
- Las observaciones regulatorias son informativas y no sustituyen asesoría jurídica.