

SCALIMED INSIGHTS

SERIE DE INVESTIGACIÓN ANUAL · SALUD PRIVADA EN MÉXICO

Estado de la captación y conversión de pacientes en la salud privada en México 2026

*Cómo médicos especialistas y clínicas privadas están captando,
respondiendo, dando seguimiento, agendando y convirtiendo.*

EDICIÓN FUNDACIONAL · VOLUMEN I

Julio de 2026 · Editor y patrocinador: Scalimed

Reporte elaborado con base en fuentes públicas, literatura científica y análisis de mercado.

CRÉDITOS Y DATOS EDITORIALES**Scalimed Insights 2026****PUBLICACIÓN**

Estado de la captación y conversión de pacientes en la salud privada en México 2026. Edición Fundacional · Volumen I · Julio de 2026.

EDITOR Y PATROCINADOR

Scalimed · Scalimed Digital Health LLC.

NATURALEZA

Reporte elaborado con base en fuentes públicas, literatura científica revisada por pares y análisis de mercado. Distingue de forma explícita entre hechos comprobados, estimaciones, inferencias e hipótesis.

SERIE

Scalimed Insights es la serie de investigación anual de Scalimed sobre la captación y conversión de pacientes en la salud privada en México. Esta Edición Fundacional inaugura la serie y fija el marco metodológico, las definiciones y la arquitectura de medición sobre los que se construirán las ediciones siguientes.

DOCUMENTOS

Esta publicación se acompaña del Anexo metodológico y base auditable, que conserva la tabla maestra de datos, las matrices de fuentes y evidencia, y el material técnico completo.

CARTA DEL EDITOR

Un problema de recorrido, no de escasez

La medicina privada mexicana opera en un entorno paradójico. La población está intensamente conectada, la búsqueda de información y la mensajería digital forman parte de la vida cotidiana y los pacientes pueden comparar alternativas en minutos. Sin embargo, la información pública del sector sigue concentrándose en recursos humanos, establecimientos, camas, egresos y gasto. Existe mucha menos visibilidad sobre lo que ocurre entre la primera búsqueda y la consulta efectivamente atendida. Este reporte examina ese espacio operativo. No parte de la premisa de que toda práctica necesita más publicidad ni de que la tecnología sustituye el criterio clínico. Parte de una pregunta más básica: ¿qué ocurre con la demanda que ya existe cuando una persona llama, escribe, llena un formulario, solicita precio, pregunta por disponibilidad, intenta reprogramar o deja una conversación inconclusa? La investigación distingue de manera explícita entre hechos comprobados, estimaciones, inferencias, hipótesis y recomendaciones. Scalimed aparece como editor y patrocinador; las cifras externas corresponden a las fuentes citadas. Cuando no existe evidencia pública suficientemente sólida para establecer un benchmark mexicano, el vacío se presenta como hallazgo y no se rellena con cifras comerciales o extrapolaciones internacionales.

CONTENIDO

Contenido

PRELIMINARES

Carta del editor	3
Cómo leer este reporte	5
Resumen ejecutivo	7
Metodología resumida	12
Alcance y limitaciones	14

CUERPO

Parte I · El contexto	15
Parte II · El recorrido y sus fugas	20
Parte III · Canales, datos y sistemas	29
Parte IV · Del diagnóstico a la acción	34
Conclusiones	43
Parte V · Perspectivas estratégicas	44

FRAMEWORKS

Mapa Scalimed del Recorrido	52
Modelo Scalimed de Fricción Preconsulta	53
Scorecard Scalimed de Madurez	55
Agenda para el Benchmark Nacional	59
Observatorio Scalimed	60

REFERENCIA

Léxico operativo esencial	61
Bibliografía seleccionada	62
Anexo metodológico y base auditable	63

CÓMO LEER ESTE REPORTE

Cómo leer este reporte

Este reporte se organiza como una arquitectura de tres capas —Recorrido, Fricciones y Capacidades— que se leen en secuencia.

CAPA 1 Recorrido Ocho etapas, del descubrimiento a la continuidad posterior a la atención.	CAPA 2 Fricciones Seis fronteras preconsulta donde se pierde demanda.	CAPA 3 Capacidades La madurez operativa que sostiene el recorrido.
--	---	--

- La demanda no se convierte sola. En la salud privada, la ventaja competitiva surge de la capacidad de sostenerla desde la primera búsqueda hasta la atención.
- Entre la primera búsqueda y la consulta atendida, parte de la demanda se pierde en fricciones preconsulta que la evidencia pública disponible no mide de forma integral y sistemática. La ventaja no depende únicamente de generar más demanda o incorporar más tecnología, sino de desarrollar la madurez operativa necesaria para administrar el recorrido completo del paciente.
- La arquitectura del reporte: Recorrido → Fricciones → Capacidades
- Mapa Scalimed del Recorrido del Paciente. Reaparece en miniatura al inicio de cada Parte.
- Cómo está construido cada capítulo
- — Pregunta rectora: cada capítulo abre con la pregunta que responde y cierra con «Lo que esto prepara», que enlaza con el siguiente.
- — Sellos de confianza: indican naturaleza, origen, nivel de confianza, alcance y limitación; respetan la clasificación A/B/C/D de la metodología.
- — Cajas «Qué significa esto»: traducen un exhibit o un bloque denso en una decisión, un riesgo o una capacidad.

TESIS CENTRAL

La demanda no se convierte sola. En la salud privada, la ventaja competitiva surge de la capacidad de sostenerla desde la primera búsqueda hasta la atención.

Entre la primera búsqueda y la consulta atendida, parte de la demanda se pierde en fricciones preconsulta que la evidencia pública disponible no mide de forma integral y sistemática. La ventaja no depende únicamente de generar más demanda o incorporar más tecnología, sino de desarrollar la madurez operativa necesaria para administrar el recorrido completo del paciente.

RESUMEN EJECUTIVO · 1 DE 5 — TESIS Y CIFRAS CENTRALES

La demanda existe. La capacidad de sostenerla, no siempre.

TESIS CENTRAL

La demanda no se convierte sola. En la salud privada, la ventaja competitiva surge de la capacidad de sostenerla desde la primera búsqueda hasta la atención.

2,747

establecimientos particulares con servicios hospitalarios (INEGI, 2024); 35,400 camas y 2.27 millones de egresos.

119 mil

personas ocupadas como médicos especialistas (Data México/ENOE, 1T 2026).

86.1%

de las personas de 6+ años usó internet: 104.9 millones (ENDUTIH 2025).

El mercado médico privado mexicano es amplio, heterogéneo y difícil de resumir en una sola cifra. Los registros de cédulas, la población ocupada, los médicos en ejercicio, los especialistas certificados, las unidades económicas y los establecimientos de salud miden universos distintos. Esta diferencia no es un detalle técnico: determina si una cifra describe capacidad potencial, empleo efectivo, práctica clínica o infraestructura.

La evidencia oficial cuantifica mejor el componente hospitalario que el ambulatorio. INEGI reportó 2,747 establecimientos particulares que brindaron servicios hospitalarios en 2024, con 35,400 camas censables y 2.27 millones de egresos. Esos datos no representan el universo completo de consultorios, clínicas ambulatorias, grupos médicos ni prácticas independientes. Data México, con base en ENOE, estimó 119 mil personas ocupadas como médicos especialistas en el primer trimestre de 2026; es un indicador laboral, no un censo de especialistas certificados ni de médicos privados.

RESUMEN EJECUTIVO · 2 DE 5 — ARQUITECTURA DEL PROBLEMA

Recorrido, Fricciones y Capacidades

La infraestructura digital de la población dejó de ser la principal restricción estructural. ENDUTIH 2025 reportó que 86.1% de las personas de seis años o más usó internet, equivalente a 104.9 millones de personas, con una brecha urbano-rural todavía relevante. La mensajería instantánea es una conducta masiva, pero no existe evidencia nacional robusta que permita afirmar qué porcentaje de las relaciones médico-paciente privadas comienza por WhatsApp, Google, directorios, redes sociales o recomendación.

CAPA 1 · RECORRIDO Ocho etapas Del descubrimiento a la continuidad posterior a la atención; híbrido y no lineal.	CAPA 2 · FRICCIONES Seis fronteras Puntos preconsulta donde la demanda se pierde antes de la cita.	CAPA 3 · CAPACIDADES Madurez operativa Definiciones, velocidad, seguimiento, trazabilidad y gobernanza.
--	--	---

El recorrido del paciente es híbrido y no lineal. Una recomendación puede activar una búsqueda en Google; las reseñas pueden validar confianza; una conversación puede iniciar en WhatsApp y concluir por teléfono; una cita puede reprogramarse desde otro canal. La atribución de último clic y los sistemas fragmentados ocultan esta secuencia. Para medirla, una práctica debe registrar eventos concretos: solicitud, acuse, respuesta humana, contacto efectivo, calificación, cita agendada, confirmación, asistencia, tratamiento, recurrencia, reactivación y razón de pérdida.

RESUMEN EJECUTIVO · 3 DE 5 — DOCE HALLAZGOS PRINCIPALES (1-6)

Doce hallazgos principales

01

El tamaño del mercado depende de la unidad observada.

Cédulas, ocupación, ejercicio, certificación y establecimientos no son equivalentes.

Nivel A

Fuerte consenso

Confianza Alto

02

El componente hospitalario privado está mejor medido que el ambulatorio.

ESEP ofrece cobertura nacional de hospitales particulares; no existe equivalente para el embudo de consultorios.

Nivel B

Fuerte consenso

Confianza Alto

03

La conectividad digital es amplia, pero persisten brechas territoriales y etarias.

ENDUTIH 2025: 86.1% de uso de internet; la cifra no prueba uso de salud digital.

Nivel B

Fuerte consenso

Confianza Alto

04

El recorrido del paciente es multicanal y no lineal.

La evidencia de experiencia y acceso digital coincide en que búsqueda, validación, contacto y agenda pueden ocurrir en canales distintos.

Nivel
CConsenso
moderadoConfianza
Medio

05

El embudo preconsulta privado mexicano es estadísticamente invisible.

No existen benchmarks nacionales públicos comparables de respuesta, contacto, agenda y conversión.

Nivel
CFuerte consenso sobre
el vacíoConfianza
Alto

06

Los benchmarks de velocidad de respuesta suelen trasladarse sin validez externa.

La mayoría proviene de ventas generales, software o muestras no sanitarias.

Nivel D

Consenso
moderadoConfianza
Alto

RESUMEN EJECUTIVO · 4 DE 5 — DOCE HALLAZGOS PRINCIPALES (7-12)

07

Los recordatorios reducen inasistencias frente a no recordar.

Revisiones sistemáticas y ensayos apoyan mensajería móvil, aunque el efecto varía.

Nivel A

Fuerte consenso

Confianza Alto

08

No existe una única intervención universal contra el no-show.

Causas, poblaciones, especialidades y costos difieren; se requieren combinaciones adaptadas.

Nivel A/B

Fuerte
consenso

Confianza Alto

09

WhatsApp es canal; CRM, agenda y expediente son sistemas distintos.

Cada sistema gestiona objetos, riesgos y finalidades diferentes.

Nivel
CFuerte
consenso
conceptualConfianza
Alto

10

La IA administrativa tiene una base de adopción más prudente que la autonomía clínica.

La OMS recomienda gobernanza, supervisión y evaluación para modelos generativos en salud.

Nivel
CConsenso
moderadoConfianza
Medio

11

La principal barrera no es solo tecnológica, sino de procesos y datos.

Sin definiciones, responsables y calidad de datos, la automatización reproduce fragmentación.

Nivel
CConsenso
moderadoConfianza Medio-
alto

12

El próximo activo sectorial será un benchmark mexicano propio y transparente.

La ausencia de datos comparables abre una oportunidad de investigación primaria.

Nivel
DEvidencia
insuficiente;
hipótesis estratégicaConfianza
Medio

RESUMEN EJECUTIVO · 5 DE 5 — VACÍOS E IMPLICACIONES

Vacíos de evidencia e implicaciones

No se encontró evidencia pública suficientemente sólida para establecer un benchmark mexicano nacional de tiempo de respuesta, tasa de contacto, tasa de agenda, conversión de solicitud a cita, costo por cita atendida, penetración de CRM, reactivación o valor de vida del paciente en el sector privado ambulatorio. Los porcentajes que circulan en marketing suelen provenir de ventas B2B, proveedores de software o muestras privadas no comparables. Su repetición no los convierte en evidencia mexicana.

La literatura internacional sí ofrece evidencia útil sobre mecanismos. Las revisiones sistemáticas muestran que los recordatorios mediante telefonía móvil mejoran la asistencia frente a no recordar, aunque la magnitud varía por población, canal, diseño y servicio. La evidencia sobre depósitos, sobreagenda, listas de espera y predicción de inasistencia es más heterogénea y depende del contexto. La recomendación robusta no es una táctica universal, sino un sistema combinado de confirmación, reprogramación sencilla, recordatorios adaptados al riesgo y medición de causas.

WhatsApp puede funcionar como infraestructura de contacto, pero no sustituye un CRM ni un expediente clínico. Un canal de mensajería resuelve comunicación; un CRM gestiona estados, responsables, seguimiento y atribución; un expediente concentra información clínica. Integrarlos puede mejorar continuidad, pero mezclarlos sin controles aumenta riesgos de privacidad, duplicidad y acceso indebido.

La inteligencia artificial tiene una ruta de adopción más defendible en tareas administrativas delimitadas que en autonomía clínica. Clasificación de solicitudes, resumen de conversaciones, extracción de datos, generación de borradores, priorización, recordatorios, reprogramación y análisis de llamadas son usos plausibles cuando existen supervisión humana, trazabilidad, límites de acceso y protocolos de escalamiento. La evidencia de retorno económico específico en consultorios privados mexicanos todavía es insuficiente.

La conclusión estratégica es sobria: la demanda digital está creciendo más rápido que la capacidad pública de medir cómo se convierte. Las prácticas que definen eventos, responsabilidades y métricas comparables podrán mejorar con mayor disciplina. Para Scalimed, la oportunidad institucional más valiosa es construir evidencia primaria mexicana mediante estudios de mystery shopper, encuestas a pacientes y prácticas, y benchmarks anonimizados de CRM por especialidad, ciudad y tipo de organización.

La demanda digital crece más rápido que la capacidad pública de medir cómo se convierte.

El **Mapa Scalimed del Recorrido del Paciente** desarrolla esta arquitectura en la página **52**.

METODOLOGÍA RESUMIDA

Cómo se construyó este reporte

Revisión documental estructurada de fuentes oficiales, literatura científica y análisis de mercado.

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.
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.
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.

Sesgo	Mecanismo	Riesgo	Control editorial
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.

ALCANCE Y LIMITACIONES

Alcance y limitaciones

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.

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.

PARTE I

El contexto: un mercado grande y mal medido

Cuánta medicina privada existe, cómo se mide y cómo se comporta hoy la demanda digital.

Toda conversación sobre captación y conversión empieza por una pregunta que parece trivial y no lo es: ¿qué tan grande es el mercado? La respuesta depende por completo de qué se decida contar. Cédulas profesionales, población ocupada, médicos en ejercicio, especialistas certificados, unidades económicas y establecimientos hospitalarios miden universos distintos, y sumarlos produce cifras infladas y sin significado. Esta parte fija el terreno sobre el que se apoya el resto del reporte. Primero delimita el tamaño real del mercado y su composición, distinguiendo capacidad potencial, empleo efectivo, práctica clínica e infraestructura. Después describe cómo se comporta la demanda en una población intensamente conectada, donde la búsqueda, la validación y el primer contacto rara vez ocurren en un solo canal o en línea recta. El objetivo no es agregar más datos, sino ordenar los que existen y señalar, con precisión, dónde la evidencia pública permite afirmar algo y dónde todavía no. Sin ese encuadre, cualquier recomendación posterior descansaría sobre una base equivocada.



LO QUE RESUELVE ESTA PARTE

1. El tamaño del mercado depende de qué se decida contar
2. El recorrido del paciente es híbrido y no lineal

PARTE I · CAPÍTULO 1

El tamaño del mercado depende de qué se decida contar

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO*¿Qué tan grande es el mercado privado y qué estamos contando realmente al medirlo?*

La medicina privada mexicana no es un bloque homogéneo. Incluye médicos que atienden por cuenta propia, consultorios anexos a farmacias, clínicas especializadas, centros diagnósticos, hospitales de baja capacidad, grupos hospitalarios y redes de médicos con infraestructura compartida. Un mismo profesional puede combinar empleo público, consulta privada y actividad académica, por lo que la separación público-privado no puede inferirse únicamente de la ocupación. Data México, a partir de ENOE, estimó 119 mil personas ocupadas como médicos especialistas durante el primer trimestre de 2026, con edad promedio cercana a 41.8 años. El indicador describe ocupación laboral bajo una clasificación estadística; no equivale a especialistas certificados, cédulas vigentes ni médicos con consultorio privado. OECD, por su parte, reporta médicos en ejercicio y categorías profesionales bajo definiciones internacionales. Las cifras son útiles, pero responden a preguntas diferentes. El componente hospitalario privado tiene una medición más clara. INEGI registró 2,747 establecimientos particulares que brindaron servicios hospitalarios durante 2024, 35,400 camas censables y 2,273,261 egresos. Estos establecimientos no representan todos los consultorios ni todas las unidades económicas de salud. DENUÉ registra unidades económicas; CLUES registra establecimientos del sistema; ESEP observa establecimientos hospitalarios particulares. Sumarlos produciría doble conteo.

EXHIBIT 1

Las Cinco Lentes del Mercado – La composición real del mercado médico privado mexicano

Indicador	Valor	Año del dato	Detalle
Médicos especialistas ocupados	119,000 personas	1T 2026	Geografía: México · Naturaleza: Observado/estimado ENOE · Limitación: No certificación ni sector privado.
Establecimientos hospitalarios particulares	2,747	2024	Geografía: México · Naturaleza: Registro estadístico INEGI · Limitación: No cubre todo el ambulatorio.
Camas censables privadas	35,400	2024	Geografía: México · Naturaleza: Registro estadístico INEGI · Limitación: Capacidad hospitalaria.
Egresos hospitalarios privados	2,273,261	2024	Geografía: México · Naturaleza: Registro estadístico INEGI · Limitación: No mide solicitudes o consultas.
Uso de internet	86.1% / 104.9 millones	2025	Geografía: México, población 6+ · Naturaleza: Encuesta nacional · Limitación: No equivale a uso médico digital.
Uso de internet urbano/rural	88.9% / 75.2%	2025	Geografía: México · Naturaleza: Encuesta nacional · Limitación: Brecha territorial.

Lectura — Cinco universos (cédula, ocupación, ejercicio, certificación e infraestructura) miden cosas distintas y no deben sumarse.

El error que este capítulo evita

Sumar cédulas, ocupación, ejercicio, certificación y establecimientos produce un número inflado y sin significado. La pregunta útil no es cuántos médicos hay, sino cuánta capacidad clínica está efectivamente disponible para nueva demanda privada.

LO QUE ESTO PREPARA Definido el tamaño real del mercado, la siguiente pregunta es cómo se comporta hoy la demanda: por dónde llega el paciente.

PARTE I · CAPÍTULO 2

El recorrido del paciente es híbrido y no lineal

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO

¿Por dónde y cómo llega hoy el paciente hasta una consulta?

El recorrido del paciente no es exclusivamente digital ni lineal. Una persona puede identificar un síntoma, pedir una recomendación, buscar el nombre del médico, revisar reseñas, comparar ubicación y disponibilidad, escribir por WhatsApp, llamar después y terminar agendando con otra práctica. En ese proceso, descubrimiento, validación, contacto y agenda pueden pertenecer a canales distintos. La conectividad amplia hace posible este comportamiento, pero no lo cuantifica por sí sola. ENDUTIH 2025 reportó 86.1% de uso de internet entre personas de seis años o más. Para medicina privada urbana, la base digital es extensa; aun así, no puede inferirse que el paciente prefiera siempre un canal digital, que confíe en una consulta remota o que la búsqueda en línea sustituya la recomendación personal. El sistema debe distinguir fuente de descubrimiento, canal de primer contacto y canal de cierre. La práctica que solo registra “WhatsApp” pierde la diferencia entre un paciente que llegó por recomendación y escribió por WhatsApp, otro que llegó por Google Maps y otro que respondió a una campaña. La atribución de último contacto subestima el papel de reputación, referencias y búsqueda.

EXHIBIT 2

El recorrido del paciente, etapa por etapa

Etapas	Preguntas	Eventos observables
Descubrimiento	¿Cómo supo que existía la práctica?	Recomendación, Google, Maps, directorio, red social, hospital, aseguradora.
Validación	¿Qué revisó antes de contactar?	Reseñas, perfil, credenciales, contenido, ubicación, precio, disponibilidad.
Contacto	¿Por qué canal pidió atención?	WhatsApp, llamada, formulario, chat, correo, agenda.
Resolución	¿Qué necesitaba obtener?	Disponibilidad, orientación administrativa, costo, elegibilidad, cobertura.
Agenda	¿Cómo reservó?	Recepción, enlace, autoservicio, transferencia.
Asistencia	¿Qué ocurrió con la cita?	Confirmada, atendida, cancelada, reprogramada, no-show.
Continuidad	¿Qué pasó después?	Tratamiento, procedimiento, seguimiento, recurrencia, reactivación.

Lectura — Descubrimiento, contacto y cierre pueden ocurrir en canales distintos; registrarlos por separado es la base de toda medición.

SÍNTESIS DEL CAPÍTULO**Implicación para la medición**

Registrar solo «WhatsApp» borra la diferencia entre quien llegó por recomendación, por Google Maps o por una campaña.

El sistema debe separar fuente de descubrimiento, canal de primer contacto y canal de cierre.

La atribución de último clic subestima reputación y referencia.

LO QUE ESTO PREPARA Si el recorrido es híbrido, conviene ver dónde empieza a perderse la demanda; el siguiente capítulo abre las fugas.

PARTE II

El recorrido del paciente y sus fugas

Dónde se pierde la demanda entre la primera búsqueda y la consulta atendida.

Entre el momento en que una persona identifica una necesidad y el momento en que ocupa un espacio en la agenda existe una secuencia de eventos donde la demanda se filtra. Esta parte recorre esa secuencia punto por punto: cómo se genera la demanda y por qué el canal más visible no siempre es el que crea confianza; qué ocurre cuando la respuesta llega tarde o resuelve poco; cómo una conversación se convierte —o no— en cita; qué distingue un buen seguimiento de la presión comercial; y por qué la inasistencia es, ante todo, un problema de diseño del sistema. Cada fuga tiene un mecanismo propio y, por lo tanto, una intervención distinta. Tratarlas como un solo problema —"llegan pocos pacientes"— impide diagnosticar dónde está realmente la pérdida. El hilo conductor es la separación de eventos: descubrimiento, contacto, calificación, agenda, confirmación y asistencia no son lo mismo, y confundirlos permite reportar métricas favorables mientras se pierde capacidad. La evidencia internacional ilumina los mecanismos; la ausencia de benchmarks mexicanos obliga a medir la distribución propia antes de comparar.



LO QUE RESUELVE ESTA PARTE

1. El canal más visible no es el que construye confianza
2. La rapidez sin resolución no convierte
3. Una conversión alta puede esconder capacidad perdida

PARTE II · CAPÍTULO 1

El canal más visible no es el que construye confianza

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO

¿Qué canal genera la demanda y cuál construye la confianza que la convierte?

La demanda puede originarse en recomendación personal o médica, búsqueda orgánica, mapas, directorios, publicidad, contenido, aseguradoras, hospitales, alianzas y pacientes anteriores. No se encontró evidencia pública mexicana comparable que permita ordenar estos canales por eficacia para el conjunto de especialidades privadas. Las plataformas suelen publicar métricas internas sin metodología suficiente para representar el mercado. El canal más visible no necesariamente es el que crea confianza. Una recomendación puede iniciar el recorrido y Google servir para validar. Una campaña puede generar la primera exposición, mientras las reseñas y la disponibilidad determinan la decisión. Por eso el análisis debe separar adquisición, asistencia e ingreso. Costo por solicitud sin tasa de contacto y cita atendida puede premiar volumen de baja calidad. La comparación por especialidad requiere cautela. Fertilidad, cirugía plástica, bariatría y odontología especializada suelen tener ciclos largos, alto componente de comparación y mayor valor por procedimiento. Pediatría, psiquiatría y atención crónica tienen más recurrencia. Oncología y urgencias no deben tratarse como captación comercial estándar, porque la navegación, pertinencia y coordinación clínica dominan la decisión.

Qué vigilar

El costo por solicitud, sin tasa de contacto ni cita atendida, premia volumen de baja calidad. Antes de comparar canales conviene separar adquisición, asistencia e ingreso, y tratar oncología y urgencias fuera de la lógica de captación comercial.

LO QUE ESTO PREPARA Reconocido el canal que construye confianza, queda medir qué ocurre cuando la respuesta llega tarde.

PARTE II · CAPÍTULO 2

La rapidez sin resolución no convierte

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO
¿Qué importa más en la respuesta: la velocidad o la resolución?

La velocidad de respuesta es relevante porque una solicitud puede ser simultánea: la persona compara disponibilidad, precio, ubicación, reputación, cobertura y trato. Sin embargo, las afirmaciones comerciales que prometen multiplicadores dramáticos al responder en cinco minutos suelen provenir de ventas B2B, formularios web o proveedores de software. No es válido convertirlas en una tasa mexicana de salud privada. La medición correcta debe distinguir acuse automático, primera respuesta humana, primer intento, contacto bidireccional y resolución. Una respuesta instantánea que solo confirma recepción puede tener menos valor que una respuesta posterior que resuelve disponibilidad y próximos pasos. La rapidez sin precisión también puede causar errores, expectativas falsas o riesgos clínicos. No se encontró evidencia pública suficientemente sólida para establecer un benchmark mexicano nacional de tiempo de respuesta en consultorios y clínicas privadas. La recomendación es medir la distribución propia —mediana, percentiles 75 y 90— por horario, canal, especialidad y responsable, y después probar cambios operativos.

EXHIBIT 3

Las métricas de velocidad que sí importan

Métrica	Definición recomendada	Riesgo
Tiempo a acuse	Solicitud a confirmación de recepción.	Puede ser automático y no resolver.
Tiempo a respuesta humana	Solicitud a intervención de una persona.	Debe excluir bots y programados.
Tiempo a contacto efectivo	Solicitud a interacción bidireccional.	Depende de disponibilidad del paciente.
Tiempo a resolución	Solicitud a agenda, orientación, derivación o cierre.	Requiere estados estructurados.
Cobertura fuera de horario	Porcentaje de solicitudes sin atención humana inmediata.	Necesaria para turnos y automatización.
Abandono sin respuesta	Solicitudes sin respuesta verificable.	Exige registro central y criterio de cierre.

Lectura — Un acuse automático no es una respuesta; medir la distribución propia vale más que un benchmark importado.

La distinción que cambia la conversación

Un acuse instantáneo no equivale a una respuesta que resuelve disponibilidad y próximos pasos. Sin un benchmark mexicano, la acción defendible es medir la distribución propia —mediana, percentil 75 y percentil 90— por horario, canal, especialidad y responsable, antes de prometer tiempos.

LO QUE ESTO PREPARA Resuelta la respuesta, la demanda debe convertirse en cita: ahí aparece la capacidad que se pierde sin verse.

PARTE II · CAPÍTULO 3

Una conversión alta puede esconder capacidad perdida

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO

¿Cuándo una buena conversión oculta, en realidad, una pérdida de capacidad?

La conversión de una solicitud en cita depende de pertinencia clínica, disponibilidad, ubicación, precio, cobertura, reputación, claridad, facilidad de pago y confianza. La persuasión es solo una parte. Una práctica madura registra razones de no agenda: no elegible, sin disponibilidad, barrera económica, aseguradora incompatible, ubicación, preferencia por otro proveedor, no contacto o decisión aplazada. Las etapas de oportunidad y de cita no deben mezclarse. Una solicitud puede estar calificada sin tener cita; una cita puede estar agendada sin estar confirmada; una cita confirmada puede cancelarse o no atenderse. Sin esta separación, una clínica puede reportar una “conversión” elevada y aun así perder capacidad por inasistencias.

EXHIBIT 4

Las fugas del embudo, de solicitud a tratamiento

Etapa	Numerador	Denominador	Interpretación
Tasa de contacto	Solicitudes con interacción bidireccional	Solicitudes válidas	Capacidad de establecer conversación.
Tasa de calificación	Solicitudes elegibles	Contactos efectivos	Pertinencia clínica/operativa.
Tasa de agenda	Citas agendadas	Solicitudes calificadas	Capacidad de cerrar reserva.
Tasa de confirmación	Citas confirmadas	Citas agendadas	Compromiso explícito.
Tasa de asistencia	Citas atendidas	Citas programadas elegibles	Uso real de capacidad.
Conversión a tratamiento	Tratamientos iniciados	Consultas elegibles atendidas	Decisión clínica y del paciente.

Lectura — Cada frontera (contacto, calificación, agenda, confirmación, asistencia) es una fuga medible por separado.

El riesgo oculto

Mezclar oportunidad y cita permite reportar una «conversión» alta mientras la inasistencia consume capacidad. Una solicitud calificada no es una cita; una cita agendada no es una confirmada; una confirmada puede no atenderse. Cada frontera se mide por separado.

LO QUE ESTO PREPARA Si una cita atendida no garantiza continuidad, el seguimiento es la siguiente frontera.

Modelo Scalimed de Fricción Preconsulta

El recorrido de una solicitud a una cita atendida atraviesa seis fronteras preconsulta; en cada una puede perderse la demanda. El modelo usa la misma nomenclatura del Mapa y termina en la cita

atendida (Asistencia); la transición Asistencia → Continuidad o tratamiento es continuidad posconsulta.

Frontera	Evento de entrada	Evento de salida	Detalle
1 · Descubrimiento → Primer contacto	Necesidad detectada / solicitud	Primer contacto establecido	
Posible fuga: No se contacta / no es contactada · Indicador: Generación y velocidad de primer contacto · Capacidad necesaria: Presencia, captación y respuesta rápida			
2 · Primer contacto → Respuesta	Primer contacto	Interacción bidireccional	
Posible fuga: Acuse sin resolución · Indicador: Tasa de contacto · Capacidad necesaria: Respuesta que resuelve disponibilidad y pasos			
3 · Respuesta → Calificación	Conversación establecida	Solicitud calificada	
Posible fuga: Datos incompletos / sin criterios · Indicador: Tasa de calificación · Capacidad necesaria: Criterios y registro de elegibilidad			
4 · Calificación → Agenda	Solicitud calificada	Cita agendada	
Posible fuga: No se ofrece u omite reserva · Indicador: Tasa de agenda · Capacidad necesaria: Cierre de reserva; disponibilidad visible			
5 · Agenda → Confirmación	Cita agendada	Cita confirmada	
Posible fuga: Sin compromiso explícito · Indicador: Tasa de confirmación · Capacidad necesaria: Confirmación activa; recordatorios			
6 · Confirmación → Asistencia	Cita confirmada	Cita atendida	
Posible fuga: Inasistencia / cancelación · Indicador: Tasa de asistencia · Capacidad necesaria: Reprogramación sencilla; recordatorios escalonados			

Definición · Léxico Scalimed Solicitud calificada, cita agendada, cita confirmada y cita atendida son estados distintos, no sinónimos.

Naturaleza: modelo conceptual de medición · Origen: este capítulo · Confianza: media · Alcance: nacional (mecanismo) · Limitación: no se identificó una fuente pública que mida estas tasas de forma integral y sistemática.

PARTE II · CAPÍTULO 4

El seguimiento suma cuando ayuda a decidir, no cuando presiona

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO

¿Qué distingue un seguimiento que ayuda de uno que presiona?

No toda solicitud está lista para agendar en la primera interacción. Algunas personas comparan opciones, esperan resultados, consultan aseguradora, coordinan con familiares o necesitan resolver una barrera de horario. El seguimiento debe distinguir demora razonable, falta de respuesta, desinterés, no elegibilidad y solicitud incompleta. No se encontró evidencia mexicana sólida para establecer un número universal de seguimientos. Las secuencias rígidas pueden ser molestas o inapropiadas, especialmente en salud sensible. El diseño debe considerar consentimiento, canal, urgencia, etapa, contenido y mecanismo de salida. La automatización es más defendible para recordatorios administrativos y reanudación de conversaciones que para insistencia promocional indiscriminada. La recuperación de demanda debe medirse como retorno atribuible después de una acción definida, con una ventana temporal y una población elegible. Reactivar no significa enviar mensajes masivos; significa identificar una necesidad pendiente legítima, contar con base jurídica y consentimiento aplicable, ofrecer una acción útil y registrar resultado.

Principio de diseño

No hay evidencia mexicana de un número óptimo de seguimientos. La regla robusta es adaptar cadencia, canal y contenido al estado del contacto y a su sensibilidad clínica, con un mecanismo de salida claro. Reactivar es identificar una necesidad pendiente legítima, no enviar mensajes masivos.

LO QUE ESTO PREPARA Del seguimiento nace la pregunta de la asistencia: por qué el paciente confirma y no llega.

PARTE II · CAPÍTULO 5

No existe una sola intervención contra la inasistencia

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO
¿Por qué la inasistencia es un problema de sistema y no de una sola táctica?

La inasistencia no es un evento único. Puede resultar de olvido, costo, transporte, síntomas resueltos, miedo, mala comunicación, tiempos de espera, conflicto laboral, cuidado de dependientes, facilidad para reservar sin compromiso o dificultad para cancelar. Las tasas varían por especialidad, población, sistema de pago y definición. La evidencia de mayor calidad respalda recordatorios por telefonía móvil frente a no recordar. La revisión Cochrane de Gurol-Urganci y colaboradores encontró que los mensajes móviles mejoran la asistencia, aunque la evidencia procede de contextos y periodos diversos. Estudios posteriores sobre personalización, predicción y canales digitales amplían opciones, pero no justifican una tasa única de efecto para México. La estrategia operativa debe combinar confirmación activa, reprogramación sencilla, recordatorios escalonados, lista de espera, análisis de causa y, cuando sea proporcional, depósitos o políticas de cancelación. La sobreagenda puede aumentar utilización, pero también tiempos de espera y mala experiencia; requiere modelos de riesgo y límites.

EXHIBIT 5

Qué funciona contra la inasistencia —y con qué advertencia

Intervención	Evidencia	Aplicabilidad	Advertencia
Recordatorios SMS/móviles	Nivel A; mejora asistencia frente a no recordar.	Alta como mecanismo general.	Magnitud variable; evidencia internacional.
Confirmación activa	Nivel B/C.	Alta.	Debe ofrecer reprogramación real.
Depósitos	Nivel C/D.	Contextual.	Puede crear barreras de acceso.
Lista de espera	Nivel C.	Alta en agendas demandadas.	Requiere comunicación rápida.
Sobreagenda	Nivel B/C.	Selectiva.	Puede elevar espera y saturación.
Predicción de riesgo	Nivel B/C.	Emergente.	Sesgo, calidad de datos y transparencia.

Lectura — La evidencia respalda un sistema combinado, no una táctica universal.

| Qué dice —y qué no dice— la evidencia

La evidencia de mayor calidad respalda que los recordatorios móviles mejoran la asistencia frente a no recordar, pero no fija una magnitud única para México. La respuesta no es una táctica aislada, sino un sistema: confirmación activa, reprogramación sencilla, recordatorios escalonados y análisis de causa.

LO QUE ESTO PREPARA Cerrada la vía principal, toca la infraestructura que la sostiene; empieza por el canal más usado.

PARTE III

Canales, datos y sistemas

La infraestructura que sostiene el recorrido —y por qué confundir sus piezas es el riesgo.

El recorrido del paciente se apoya en una infraestructura de canales y sistemas que, con demasiada frecuencia, se confunden entre sí. Un canal de mensajería resuelve comunicación; un CRM gestiona estados, responsables y atribución; un expediente concentra información clínica. Son piezas complementarias, no equivalentes, y mezclarlas sin controles es la fuente más común de riesgo operativo y de privacidad. Esta parte examina esa infraestructura por capas. Analiza WhatsApp como infraestructura de contacto y las condiciones bajo las cuales deja de ser mensajería para convertirse en trazabilidad. Revisa el valor —y los riesgos— de las bases históricas de pacientes, donde la calidad de los datos y el consentimiento determinan si una campaña es un activo o un pasivo. Sitúa al CRM no como un almacén, sino como la capacidad de producir memoria organizacional. Y ubica a la inteligencia artificial dentro de una jerarquía de riesgo, separando las tareas administrativas reversibles de los usos que rozan el terreno clínico. El principio que atraviesa la parte es simple: la disponibilidad de una tecnología no resuelve, por sí sola, ni el cumplimiento ni la responsabilidad.



LO QUE RESUELVE ESTA PARTE

1. WhatsApp resuelve comunicación, no trazabilidad
2. Una base histórica vale solo con calidad y consentimiento
3. Un CRM sin definiciones es otra bandeja de entrada

PARTE III · CAPÍTULO 1

WhatsApp resuelve comunicación, no trazabilidad

Taxonomía de Infraestructura por Función Tres capas que no deben confundirse: Comunicación (mensajería), Trazabilidad (CRM) y Registro clínico (expediente). Un canal de mensajería resuelve comunicación; un CRM gestiona estados, responsables y atribución; un expediente concentra información clínica. Confundirlas es la fuente más común de riesgo operativo y de privacidad.

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO

¿Qué resuelve —y qué no— usar WhatsApp como infraestructura?

La mensajería instantánea es masiva en México, pero la penetración general no equivale a uso médico. No se encontró una cifra nacional suficientemente sólida sobre el porcentaje de solicitudes privadas que llegan por WhatsApp. El canal es atractivo por familiaridad, asincronía y capacidad multimedia; también crea riesgos cuando depende de números personales, dispositivos únicos o conversaciones sin estructura. Puede describirse una madurez en cuatro niveles: uso individual sin registro; uso multiusuario con reglas; integración con agenda y CRM; y operación gobernada con automatización, consentimiento, auditoría y escalamiento. El valor no está en “tener WhatsApp”, sino en conservar contexto, asignar responsables, responder de forma consistente y proteger datos. Los datos de salud son datos personales sensibles. La práctica debe limitar la información solicitada antes de la consulta, evitar diagnósticos improvisados en canales administrativos, controlar accesos, documentar finalidad, revisar proveedores y separar mensajes asistenciales de marketing. La disponibilidad técnica de una API no resuelve cumplimiento ni responsabilidad.

La distinción esencial

Estar «en una sola aplicación» no es centralización. Sin identidad de contacto, historial, responsable, estado y vínculo con la agenda, la práctica tiene mensajería, no trazabilidad. Y como los datos de salud son sensibles, disponer de una API no resuelve cumplimiento ni responsabilidad.

LO QUE ESTO PREPARA Si WhatsApp no da trazabilidad, ¿qué papel juega la base histórica de pacientes?

PARTE III · CAPÍTULO 2

Una base histórica vale solo con calidad y consentimiento

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO

¿Cuándo una base de pacientes es un activo y cuándo un riesgo?

Las bases históricas pueden contener pacientes inactivos, seguimientos pendientes, revisiones periódicas y tratamientos inconclusos. Su valor depende de calidad, vigencia, consentimiento, segmentación y pertinencia clínica. Duplicados, teléfonos compartidos, registros incompletos y estados obsoletos pueden convertir una campaña útil en un riesgo. La reactivación debe distinguir continuidad asistencial, recordatorio preventivo, seguimiento clínico y promoción. Cada categoría tiene finalidades y sensibilidades distintas. La métrica central no es mensajes enviados, sino pacientes elegibles contactados, respuestas, citas atendidas y resultados, con tasas de queja y exclusión.

Antes de lanzar una campaña

Duplicados, teléfonos compartidos, registros incompletos y estados obsoletos convierten una base útil en un riesgo. La métrica no es mensajes enviados, sino pacientes elegibles contactados, respuestas, citas atendidas y resultados, con tasas de queja y exclusión a la vista.

LO QUE ESTO PREPARA Una base valiosa necesita un sistema que conserve estado y contexto: el CRM.

PARTE III · CAPÍTULO 3

Un CRM sin definiciones es otra bandeja de entrada

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO

¿Qué convierte a un CRM en memoria organizacional y no en otra bandeja de entrada?

Un CRM gestiona relaciones, solicitudes, responsables, etapas, comunicaciones y atribución. Una agenda gestiona disponibilidad y reservas. Un expediente clínico electrónico gestiona información asistencial. Pueden integrarse, pero no son equivalentes. Confundirlos produce expectativas incorrectas y riesgos de acceso. La centralización permite responder preguntas básicas: cuántas solicitudes ingresaron, qué canal las originó, quién respondió, cuánto tardó, qué razón impidió la agenda, qué citas se atendieron y qué pacientes regresaron. Sin definiciones de eventos y disciplina de captura, el CRM se convierte en una bandeja más. Las principales barreras son procesos ambiguos, resistencia del personal, duplicidad, falta de integración, datos incompletos, permisos excesivos y medición centrada en actividad. La implementación debe comenzar por un diccionario de datos, responsables, estados, criterios de cierre y auditorías de calidad.

Por qué fracasan las implementaciones

El CRM produce memoria organizacional solo con campos definidos, captura consistente y rutinas de revisión. Si registrar una razón de cierre es más difícil que abandonar el contacto sin clasificar, los datos se degradan y el tablero muestra métricas de vanidad. Empiece por un diccionario de datos, no por una herramienta.

LO QUE ESTO PREPARA Con definiciones y memoria, aparece la pregunta de hasta dónde delegar en la IA.

PARTE III · CAPÍTULO 4

La IA se adopta por capas de riesgo, no por entusiasmo

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO

¿Cómo se adopta la IA sin sobreexponer la relación con el paciente?

La inteligencia artificial puede apoyar clasificación de solicitudes, extracción de datos, resumen, borradores, priorización, documentación, recordatorios, agenda, reprogramación y análisis de llamadas. Estos usos son administrativos y deben tener límites claros. El sistema debe saber cuándo escalar a una persona, cómo tratar datos sensibles y qué acciones no puede realizar. La OMS ha advertido sobre sesgos, alucinaciones, opacidad, privacidad, seguridad y automatización acrítica en modelos generativos aplicados a salud. La evidencia de eficacia comercial en consultorios privados mexicanos es todavía limitada. Las demostraciones de proveedores no sustituyen estudios comparativos. La adopción prudente debe seguir una jerarquía: primero tareas repetitivas y reversibles; después decisiones administrativas con supervisión; por último, solo con gobernanza robusta, usos que puedan afectar acceso, triage o consejo clínico. Toda salida con implicaciones sanitarias necesita revisión humana y protocolos de emergencia.

EXHIBIT 6

Escalera de Riesgo de IA – La IA administrativa, por capas de riesgo

Caso de uso	Riesgo	Control mínimo	Confianza
Resumen de conversación	Medio	Revisión humana, minimización y trazabilidad.	Medio
Clasificación administrativa	Medio	Categorías cerradas y escalamiento.	Medio
Agenda/reprogramación	Bajo-medio	Reglas de disponibilidad y confirmación.	Medio
Agente de voz administrativo	Medio	Divulgación, grabación regulada, transferencia.	Bajo-medio
Priorización de solicitudes	Medio-alto	Auditoría de sesgo y revisión humana.	Bajo-medio
Triage o consejo clínico	Alto	Validación clínica, gobernanza y responsabilidad.	Bajo

Lectura — El riesgo, no el entusiasmo, define qué se automatiza y con qué control mínimo.

Cómo adoptarla sin sobreexponerse

La secuencia defendible avanza por capas de riesgo: primero tareas repetitivas y reversibles; después acciones administrativas con reglas cerradas; y solo con gobernanza robusta, usos que rocen triage o consejo clínico. La supervisión humana debe especificar quién revisa, con qué umbral escala y cómo se registra el incidente.

LO QUE ESTO PREPARA Cerrada la infraestructura, el diagnóstico se bifurca: médico y clínica no fallan igual.

PARTE IV

Del diagnóstico a la acción

Qué medir, dónde están las oportunidades y qué decidir antes de comprar tecnología.

Un diagnóstico solo tiene valor si se traduce en decisiones. Esta parte convierte la evidencia de los capítulos anteriores en un sistema de gestión concreto.

Comienza por reconocer que el médico independiente y la clínica no enfrentan los mismos puntos de falla, y que sus soluciones difieren en consecuencia. A partir de ahí propone el andamiaje operativo: un embudo de catorce etapas que ordena el recorrido, un conjunto mínimo de indicadores que lo hace medible sin sobrecargar la captura, y un mapa de oportunidades que reconoce que la captación no funciona igual en cada especialidad. Después levanta la mirada hacia las tendencias que definirán el periodo 2026–2028 y hacia las siete decisiones que una organización debería tomar antes de comprar cualquier herramienta. El mensaje de fondo es que la ventaja competitiva sostenible no vendrá de adoptar más tecnología, sino de convertir la tecnología en capacidad organizacional: definiciones comunes, cobertura, continuidad, datos de calidad y gobernanza. La acción, aquí, no significa velocidad; significa disciplina.



LO QUE RESUELVE ESTA PARTE

1. El médico y la clínica no fallan en los mismos puntos
2. Catorce etapas convierten conversaciones dispersas en información
3. Los indicadores mínimos que hacen medible el recorrido

PARTE IV · CAPÍTULO 1

El médico y la clínica no fallan en los mismos puntos

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO
¿En qué se diferencian los puntos de falla del médico independiente y de la clínica?

EXHIBIT 7

Matriz Médico-Clínica – Médico independiente y clínica: dos arquitecturas de riesgo

Dimensión	Médico independiente	Clínica
Volumen	Menor; alta dependencia del médico.	Mayor; múltiples profesionales y servicios.
Personal	Recepción limitada o compartida.	Equipos, turnos y especialización.
Transferencias	Pocas, pero frágiles.	Más numerosas; riesgo de pérdida de contexto.
Tecnología	Presupuesto y capacidad limitados.	Más integración y mayor complejidad.
Decisión	Centralizada en el médico.	Distribuida entre dirección, administración y médicos.
Métricas	Puede operar con un embudo simple.	Requiere cohortes, sedes, especialidades y responsables.
Riesgo	Dependencia de una persona/número.	Fragmentación, permisos y consistencia.

Lectura — El médico arriesga dependencia de una persona; la clínica, fragmentación entre muchas.

El médico independiente puede mejorar con un sistema mínimo: una bandeja central, estados simples, agenda integrada y seguimiento definido. La clínica necesita además asignación, niveles de servicio, escalamiento, reglas por especialidad, control de acceso y analítica por sede. La complejidad no justifica capturar más datos indiscriminadamente; exige capturar los eventos correctos.

Dos problemas distintos

El médico independiente arriesga la dependencia de una persona o un número, y mejora con un sistema mínimo bien llevado. La clínica arriesga fragmentación y permisos, y necesita asignación, niveles de servicio, escalamiento y analítica por sede. La complejidad no pide capturar más datos, sino capturar los eventos correctos.

LO QUE ESTO PREPARA Distinguidos ambos, hace falta un lenguaje común para registrar el recorrido: el embudo.

PARTE IV · CAPÍTULO 2

Catorce etapas convierten conversaciones dispersas en información

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO

¿Qué embudo permite registrar el recorrido de forma comparable?

EXHIBIT 8

El embudo comercial recomendado: catorce etapas

Etapas	Definición
1. Exposición	La persona ve una recomendación, anuncio o presencia digital.
2. Visita	Accede a un perfil, sitio, mapa o directorio.
3. Solicitud	Pide información, disponibilidad o atención.
4. Conversación iniciada	Existe un hilo o llamada identificable.
5. Contacto efectivo	Interacción bidireccional.
6. Solicitud calificada	Cumple criterios clínicos y operativos administrativos.
7. Cita agendada	Reserva confirmada en agenda.
8. Cita confirmada	Ratificación activa.
9. Cita atendida	Consulta realizada.
10. Paciente convertido	Se inicia relación asistencial definida.
11. Tratamiento/procedimiento	Se ejecuta plan elegible.
12. Recurrencia	Retorno esperado o seguimiento.
13. Reactivación	Retorno tras inactividad y acción atribuible.
14. Valor acumulado	Ingreso o valor asistencial acumulado bajo definición.

Lectura — Cada tasa debe declarar numerador, denominador, ventana temporal y exclusiones.

Cada tasa debe declarar numerador, denominador, ventana temporal, exclusiones y unidad de análisis. Una persona puede generar varias solicitudes y varias citas; mezclar personas con eventos distorsiona conversión. Para análisis financiero deben separarse facturación, cobranza y margen.

LO QUE ESTO PREPARA Con el embudo definido, ¿qué indicadores mínimos lo hacen medible sin sobrecargar?

PARTE IV · CAPÍTULO 3

Los indicadores mínimos que hacen medible el recorrido

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO
¿Cuál es el conjunto mínimo de indicadores que hace medible el recorrido?

EXHIBIT 9

Los indicadores mínimos de una práctica

Indicador	Definición mínima
Solicitudes válidas	Número de solicitudes excluyendo pruebas, spam y duplicados.
Tiempo de primera respuesta humana	Mediana y percentiles por horario/canal.
Tasa de contacto	Contactos efectivos / solicitudes válidas.
Tasa de calificación	Solicitudes elegibles / contactos.
Tasa de agenda	Citas agendadas / solicitudes calificadas.
Tasa de confirmación	Citas confirmadas / citas agendadas.
Tasa de asistencia	Citas atendidas / citas programadas elegibles.
No-show	Inasistencias sin cancelación / citas programadas elegibles.
Cancelación	Cancelaciones / citas programadas.
Reprogramación	Citas reprogramadas / citas programadas.
Conversión a tratamiento	Tratamientos / consultas elegibles.
Reactivación	Retornos atribuibles / pacientes elegibles contactados.
Costo por cita atendida	Gasto atribuible / citas atendidas atribuibles.
Valor por paciente	Ingreso o margen por paciente en ventana definida.
Utilización de capacidad	Tiempo atendido / tiempo clínico disponible.

Lectura — Un núcleo pequeño y bien definido hace medible el recorrido sin sobrecargar la captura.

LO QUE ESTO PREPARA Definidos los indicadores, conviene delimitar qué permite afirmar hoy la evidencia.

PARTE IV · CAPÍTULO 4

Lo que la evidencia pública permite afirmar —y lo que todavía no

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO

¿Qué permite afirmar la evidencia pública y qué permanece sin medir?

EXHIBIT 10

Lo que sabemos y lo que todavía no sabemos

No existe un benchmark público nacional en México para tiempo de respuesta, conversión de solicitud a cita, penetración de CRM ni reactivación. La evidencia oficial cubre oferta, infraestructura y conectividad; el embudo preconsulta permanece estadísticamente invisible.

Existe evidencia pública razonable para oferta de profesionales, infraestructura hospitalaria, conectividad, normas y algunos mecanismos de recordatorio. No se encontró evidencia pública suficientemente sólida para establecer los siguientes benchmarks mexicanos:

- Tiempo de primera respuesta en medicina privada ambulatoria.
- Tasa de contacto, calificación y agenda.
- Conversión de cita agendada a cita atendida por especialidad.
- No-show nacional privado comparable por especialidad.
- Costo por solicitud, cita atendida y paciente.
- Participación comparable de Google, Maps, redes, directorios, WhatsApp y referencias.
- Penetración de CRM y automatización en consultorios.
- Tasa de reactivación y valor incremental.
- Valor de vida del paciente por especialidad.
- Impacto causal de automatización o IA en conversión.

LO QUE ESTO PREPARA Reconocido el límite de la evidencia, la captación se especifica por especialidad.

PARTE IV · CAPÍTULO 5

La captación no funciona igual en cada especialidad

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO
¿Por qué la captación no funciona igual en cada especialidad?

EXHIBIT 11

Oportunidades por especialidad

Especialidad	Complejidad de decisión	Recurrencia	Procedimientos	Observación
Ginecología	Media-alta	Alta	Alta	Reputación, continuidad y episodios sensibles.
Traumatología y ortopedia	Alta	Media	Alta	Dolor, imagen, rehabilitación y cirugía.
Oftalmología	Alta	Media	Alta	Procedimientos programables y reputación.
Fertilidad	Muy alta	Alta	Alta	Ciclo largo, alto valor y carga emocional.
Cirugía plástica y estética	Muy alta	Media	Muy alta	Comparación intensa y seguimiento prolongado.
Bariatría	Muy alta	Alta	Muy alta	Proceso multidisciplinario.
Cardiología	Alta	Alta	Media-alta	Urgencia variable y continuidad.
Pediatría	Media	Muy alta	Baja-media	Recurrencia y papel de recomendación.
Psiquiatría/ psicología	Alta	Muy alta	Baja	Privacidad y continuidad.
Odontología especializada	Alta	Alta	Muy alta	Debe analizarse separado de medicina.
Oncología	Muy alta	Muy alta	Muy alta	Navegación clínica; no captación estándar.

Lectura — Complejidad de decisión, recurrencia y peso del procedimiento cambian la ecuación en cada especialidad.

LO QUE ESTO PREPARA De las especialidades a la mirada de futuro: qué tendencias definirán 2026–2028.

PARTE IV · CAPÍTULO 6

Hacia 2028, la ventaja será organizacional antes que tecnológica

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO

¿Qué definirá la ventaja competitiva hacia 2028?

EXHIBIT 12

Hacia 2028: tendencias por impacto y confianza

Tendencia	Tipo	Impacto	Confianza	Descripción
Recepción híbrida humano-IA	Proyección	Alta	Medio	IA para tareas repetitivas; humanos para excepciones.
Agenda conversacional	Proyección	Alta	Medio	Reserva y reprogramación dentro del canal.
Predicción de inasistencia	Tendencia	Media	Medio	Riesgo para dirigir recordatorios y listas.
Centralización omnicanal	Tendencia	Alta	Medio-alto	Conversaciones y estados en una sola vista.
Trazabilidad hasta cita atendida	Tendencia	Alta	Medio-alto	Presión por vincular gasto con atención real.
Gobernanza de datos sensibles	Tendencia	Alta	Alto	Permisos, auditoría, minimización y proveedores.
Búsqueda mediada por IA	Escenario	Media-alta	Medio	Cambios en descubrimiento y reputación.
Agentes de voz	Proyección	Media	Bajo-medio	Cobertura de llamadas repetitivas con transferencia.
Interoperabilidad por eventos	Tendencia	Media	Medio	CRM, agenda y expediente comparten estados.
Benchmarks propios	Hipótesis	Alta	Medio	Redes y plataformas publican agregados por especialidad.

Lectura — Las tendencias de mayor impacto son organizativas y de gobernanza, no de producto.

LO QUE ESTO PREPARA Vistas las tendencias, el recorrido se lee como sistema de eventos interdependientes.

PARTE IV · CAPÍTULO 7

El recorrido es una cadena de eventos con retroalimentación

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO
¿Cómo se conectan las etapas del recorrido como un sistema?

El sistema puede representarse como una cadena de eventos con retroalimentaciones. La demanda activa búsqueda y recomendación; la búsqueda conduce a validación; el canal de contacto y la disponibilidad influyen en la conversación; tiempo, calidad y resolución determinan contacto y agenda; confirmación y facilidad de reprogramación afectan asistencia; la experiencia y el resultado influyen en recurrencia, reputación y nueva demanda. La calidad de datos, el proceso, el personal, el precio, la capacidad y la regulación atraviesan toda la cadena.

EXHIBIT 13

El recorrido del paciente como sistema de eventos

Nodo	Relaciones principales	Cuello de botella	Dato necesario
Demanda	Necesidad, recomendación, campañas, recurrencia.	Demanda no pertinente.	Motivo y fuente.
Búsqueda/validación	Google, Maps, reseñas, directorios, referencias.	Información inconsistente.	Fuente de descubrimiento.
Contacto	WhatsApp, llamada, formulario, agenda.	Canales fragmentados.	Canal y timestamp.
Respuesta	Acuse, humano, resolución.	Demora o respuesta vacía.	Tiempos y contenido.
Seguimiento	Secuencia y maduración.	Ausencia o insistencia.	Intentos y resultado.
Agenda	Disponibilidad y reserva.	Fricción o falta de espacio.	Oferta y elección.
Confirmación	Compromiso y reprogramación.	Olvido o barrera.	Estado y causa.
Asistencia	Consulta realizada.	No-show/cancelación.	Resultado de cita.
Tratamiento	Plan y ejecución.	Abandono.	Elegibilidad e inicio.
Recurrencia	Seguimiento y retorno.	Pérdida de continuidad.	Ventana y motivo.
Reactivación	Retorno tras acción.	Base desactualizada.	Elegibles y respuesta.
Valor	Ingreso, margen, salud y reputación.	Medición parcial.	Cohorte y periodo.

Lectura — Cada nodo tiene un cuello de botella y un dato que lo hace visible.

LO QUE ESTO PREPARA Entendido el sistema, restan las decisiones previas a cualquier compra de tecnología.

PARTE IV · CAPÍTULO 8

Siete decisiones antes de comprar tecnología

PREGUNTA DE ESTE CAPÍTULO

¿Qué debe decidir una organización antes de comprar tecnología?

1. Definir eventos antes de comprar tecnología. Sin definiciones, las plataformas producen actividad sin aprendizaje.
2. Medir velocidad junto con resolución y calidad. Una respuesta automática no equivale a una solución.
3. Separar canal, sistema y finalidad. WhatsApp, CRM, agenda y expediente no son sustitutos.
4. Construir gobernanza de datos como capacidad operativa, no como anexo jurídico.
5. Adoptar IA por riesgo: tareas reversibles y administrativas primero; usos clínicos solo con controles robustos.
6. Comparar por especialidad y tipo de práctica, no con promedios universales.
7. Publicar evidencia propia con metodología, anonimización y definiciones estables.

LO QUE ESTO PREPARA De las decisiones a la síntesis: qué implica todo esto para el sector.

SÍNTESIS

Conclusiones

La arquitectura, en una frase Recorrido → Fricciones → Capacidades: el Mapa muestra dónde ocurre el recorrido, el Modelo de Fricción dónde puede romperse, y el Scorecard qué tan preparada está la organización para administrarlo.

La salud privada mexicana ya opera dentro de una sociedad intensamente conectada, pero la medición del recorrido del paciente se encuentra rezagada. Las estadísticas oficiales permiten conocer profesionales, establecimientos, camas, egresos y conectividad; no permiten saber con precisión cuántas solicitudes se pierden antes de la consulta ni por qué. La evidencia disponible no justifica titulares absolutos sobre porcentajes de pacientes perdidos, tiempos universales de respuesta o tasas nacionales de conversión. El valor institucional de este reporte reside en distinguir lo comprobado de lo inferido y en convertir la ausencia de datos en una agenda de investigación. El estándar mínimo recomendado es registrar fuente, solicitud, responsable, respuesta, contacto, calificación, agenda, confirmación, asistencia, razón de pérdida, tratamiento, recurrencia y reactivación. Esta secuencia convierte conversaciones dispersas en información operativa. La siguiente frontera de conocimiento debe ser investigación primaria mexicana. Un programa anual de mystery shopper, encuestas y datos anonimizados puede establecer benchmarks reales por especialidad, ciudad y tipo de práctica. Esa evidencia tendría mayor valor para el sector que repetir cifras internacionales sin comparabilidad.

PARTE V

Perspectivas estratégicas

Relaciones sistémicas, evidencia contradictoria y la agenda de investigación pendiente.

Las partes anteriores describen el recorrido y sus fugas. Esta profundiza en las relaciones que las conectan y en la evidencia que contradice las lecturas simplistas. Es la sala de máquinas analítica del reporte, dirigida al operador que quiere entender el sistema completo antes de intervenirlo. Aquí se examina por qué un mercado grande no implica capacidad disponible; por qué la velocidad de respuesta es un mecanismo plausible pero de efecto no cuantificado; por qué la inasistencia es un problema de diseño más que de responsabilidad del paciente; y por qué la automatización total choca con excepciones que exigen juicio humano. La sección introduce además dos instrumentos que elevan el reporte de lo descriptivo a lo institucional: un modelo de madurez operativa en cinco niveles y una agenda anual de investigación primaria. No repite los capítulos previos: los tensiona, buscando deliberadamente los resultados negativos y las relaciones omitidas que una narrativa comercial tendería a ignorar. Su función editorial es explícita: quien solo necesite conclusiones puede detenerse antes; quien deba defender decisiones de inversión o de operación encontrará aquí el razonamiento que las sostiene.



LO QUE RESUELVE ESTA PARTE

1. ¿Qué relaciones sistémicas conectan las capas del recorrido?
2. ¿Qué instrumentos permiten evaluar y mejorar la madurez operativa?
3. ¿Qué agenda de investigación sostiene el benchmark futuro?

PARTE V · RELACIONES SISTÉMICAS

Relaciones sistémicas del recorrido

1. Del tamaño del mercado a la capacidad realmente disponible

La existencia de un gran número de médicos, consultorios o establecimientos no implica que toda esa capacidad esté disponible para nueva demanda privada. La capacidad efectiva depende de horas de consulta, mezcla público-privada, vacaciones, tiempo administrativo, quirófanos, personal de apoyo, restricciones de aseguradoras y decisión del propio médico de crecer. Dos prácticas con el mismo número de profesionales pueden tener capacidades comerciales completamente distintas. Por eso, una estimación de mercado útil debe separar capacidad teórica, capacidad publicada, capacidad reservable y capacidad atendida.

La unidad operativa más útil no es el número de médicos, sino el número de espacios clínicos elegibles por periodo y la proporción que permanece sin utilizar. Una clínica puede tener demanda abundante y, al mismo tiempo, capacidad ociosa si la agenda no distribuye correctamente horarios, sedes o especialidades. También puede tener alta ocupación aparente por sobreagenda y generar tiempos de espera que deterioren la experiencia. El indicador de utilización debe combinar agenda disponible, tiempo bloqueado, citas programadas, citas atendidas y duración real.

La evidencia que contradice una lectura puramente expansiva del mercado es importante: una práctica puede no necesitar más solicitudes. Puede necesitar mejor selección, menor inasistencia, una política de agenda más clara o una oferta de horarios distinta. La captación deja de ser el cuello de botella cuando la capacidad clínica, la coordinación o el seguimiento posterior son la restricción dominante.

2. Comportamiento del paciente: conveniencia, confianza y riesgo percibido

La digitalización no elimina la asimetría de información propia de la salud. El paciente puede comparar perfiles, reseñas y disponibilidad, pero sigue teniendo dificultades para evaluar calidad clínica antes de recibir atención. En consecuencia, variables aparentemente administrativas —claridad, tono, tiempo de respuesta, facilidad para obtener una cita y continuidad del contexto— funcionan como señales de competencia organizacional. No demuestran calidad clínica, pero influyen en la confianza inicial.

La búsqueda de conveniencia tampoco significa que el paciente elija siempre la opción más rápida. En situaciones de alto riesgo percibido, procedimientos costosos o diagnósticos complejos, la reputación, la recomendación y la explicación pueden dominar sobre la inmediatez. En servicios recurrentes o de menor complejidad administrativa, la facilidad de agenda puede tener más peso. Esta heterogeneidad contradice los modelos comerciales que aplican un único guion y una misma ventana de respuesta a todas las especialidades.

La práctica debe registrar qué pregunta intenta resolver la persona: disponibilidad, precio, aseguradora, pertinencia, ubicación, segunda opinión, urgencia, procedimiento o seguimiento. La calidad de respuesta se evalúa contra esa necesidad. Un sistema que responde rápido pero no identifica el propósito puede aumentar actividad sin mejorar conversión ni experiencia.

3. Velocidad de respuesta: mecanismo plausible, efecto no cuantificado

Existe una lógica plausible para responder con rapidez: la intención puede enfriarse, la persona puede contactar varias opciones y la incertidumbre puede aumentar. Sin embargo, la relación entre minutos y cita atendida no puede asumirse lineal. La disponibilidad real, la calidad de la respuesta, el horario, el tipo de solicitud y el nivel de urgencia pueden confundir cualquier asociación observada.

La evidencia contradictoria debe considerarse. En algunos contextos, una respuesta demasiado automatizada puede reducir confianza; en otros, un acuse inmediato evita abandono. Un bot que hace demasiadas preguntas puede agregar fricción, mientras que una breve confirmación con expectativa clara puede mejorar continuidad. La intervención correcta depende de diseñar una transición explícita entre automatización y persona.

El estudio causal recomendado es pragmático: asignar aleatoriamente diferentes coberturas o secuencias dentro de límites éticos, conservar el mismo personal y disponibilidad, y medir contacto, agenda, asistencia y satisfacción. Sin ese control, una mejora observada después de instalar tecnología puede deberse a capacitación, cambios de campaña, mayor disponibilidad o estacionalidad.

4. Seguimiento: persistencia útil frente a presión comercial

El seguimiento tiene valor cuando ayuda a completar una decisión pendiente, no cuando convierte la vulnerabilidad del paciente en presión. El contenido debe ser administrativo, pertinente y proporcional. Las solicitudes de alta sensibilidad, salud mental, fertilidad, oncología o procedimientos invasivos requieren especial cuidado en lenguaje, privacidad y frecuencia.

La evidencia pública no permite establecer que un número fijo de intentos maximice conversión en México. Una regla más defendible es adaptar el seguimiento al estado: solicitud incompleta, persona no contactada, persona que pidió tiempo, cita no confirmada, cancelación o seguimiento clínico pendiente. Cada estado necesita finalidad, canal, cadencia y criterio de cierre propios.

El resultado debe medirse sobre una cohorte elegible. Si se incluyen contactos antiguos sin número válido, personas que pidieron no ser contactadas o solicitudes no pertinentes, la tasa de reactivación pierde significado. También deben registrarse consecuencias negativas: bloqueos, quejas, exclusiones y contactos erróneos.

5. Inasistencia como problema de diseño del sistema

Tratar la inasistencia únicamente como irresponsabilidad del paciente oculta factores modificables. Ventanas largas entre solicitud y cita, dificultad para cancelar, instrucciones confusas, falta de transporte, costos inesperados y horarios incompatibles pueden contribuir. El análisis debe separar causas atribuibles al paciente, a la práctica y al contexto.

La evidencia de recordatorios es consistente, pero no significa que todos los mensajes sean equivalentes. El momento, el canal, la posibilidad de responder, el contenido y la facilidad de reprogramar modifican el efecto. Un recordatorio unilateral puede reducir olvido; una confirmación bidireccional permite además liberar capacidad. La práctica debe medir ambos resultados.

Las políticas de depósito pueden reducir reservas de baja intención, pero también excluir pacientes con restricciones de liquidez. La sobreagenda puede compensar ausencias esperadas,

pero aumenta espera cuando todos asisten. Estas intervenciones implican compensaciones y deben evaluarse con métricas de equidad, experiencia y utilización, no solo con ingreso.

6. Del canal de mensajería a la continuidad operativa

La conversación en WhatsApp puede parecer centralizada porque está en una sola aplicación, pero continúa fragmentada si depende de varios teléfonos, etiquetas inconsistentes o memoria del personal. La centralización real requiere identidad del contacto, historial, responsable, estado y relación con la agenda. Sin esos elementos, la práctica tiene mensajería, no trazabilidad.

El uso de plantillas y automatización mejora consistencia, pero puede introducir errores a escala. Un horario incorrecto, una sede equivocada o una regla de aseguradora desactualizada se replica a todas las conversaciones. La gobernanza debe incluir propiedad del contenido, revisión periódica, control de versiones y mecanismo de reporte de incidentes.

La relación entre mensajería y privacidad exige minimización. Antes de una consulta, la práctica normalmente necesita menos datos de los que suele solicitar. Recabar síntomas detallados, documentos o fotografías sin finalidad y controles claros aumenta exposición. La arquitectura recomendable separa datos administrativos, clínicos y de marketing, con accesos y retención diferenciados.

7. CRM: capacidad de aprendizaje, no simple almacenamiento

El valor de un CRM reside en producir memoria organizacional. Permite comparar cohortes, identificar causas de pérdida y observar variación entre horarios, canales, sedes o responsables. El almacenamiento por sí mismo no produce aprendizaje: se necesitan campos definidos, captura consistente y rutinas de revisión.

Una implementación puede fracasar aunque la tecnología funcione. Si el personal percibe que el sistema duplica trabajo, los datos se capturan tarde o se crean demasiados estados, la calidad cae. Los incentivos deben alinearse con el proceso: registrar una razón de cierre debe ser más fácil que abandonar el contacto sin clasificar. Los tableros deben mostrar decisiones, no métricas de vanidad.

La evidencia que contradice la narrativa de automatización total es relevante. Algunas excepciones requieren conocimiento tácito, negociación de agenda o sensibilidad humana. El objetivo no es eliminar a recepción, sino reservar su tiempo para tareas que requieren juicio, mientras el sistema sostiene memoria, seguimiento y control.

8. Inteligencia artificial: adopción por capas de riesgo

La IA generativa puede reducir trabajo de lectura y documentación, pero su desempeño depende de contexto, instrucciones y datos. Un resumen plausible puede omitir una condición importante; una clasificación puede reproducir sesgos; un agente de voz puede no reconocer una emergencia. La supervisión humana no debe ser una frase genérica: debe especificarse quién revisa, en qué momento, qué umbral activa escalamiento y cómo se registra el incidente.

Los casos de uso de menor riesgo son reversibles y administrativos: clasificar intención, resumir una conversación para revisión, sugerir una respuesta, extraer disponibilidad o detectar que falta un dato. Los casos de riesgo medio ejecutan acciones, como reservar o reprogramar, y requieren reglas cerradas. Los casos de alto riesgo afectan prioridad clínica, diagnóstico o tratamiento y no deben adoptarse con la misma lógica comercial.

La medición de retorno debe incluir errores evitados o introducidos, tiempo humano, satisfacción, tasa de transferencia, abandono y eventos adversos. Una reducción de costo que aumenta contactos incorrectos o compromete privacidad no representa valor neto.

9. Relaciones omitidas que modifican el embudo

- Disponibilidad: puede dominar la conversión incluso cuando respuesta y seguimiento son excelentes.
- Precio y forma de pago: influyen de forma distinta según especialidad, urgencia y aseguramiento.
- Reputación y reseñas: pueden mediar entre adquisición y confianza, pero están sujetas a sesgo de selección.
- Tiempo hasta la cita: es diferente del tiempo de respuesta y puede ser el verdadero cuello de botella.
- Experiencia previa: pacientes recurrentes no siguen el mismo embudo que pacientes nuevos.
- Dependientes: pediatría, geriatría y discapacidad implican decisiones y contactos de terceros.
- Capacidad de derivación: una respuesta que orienta adecuadamente puede ser exitosa aunque no produzca cita.
- Estacionalidad: vacaciones, epidemias, ciclos escolares y cierres fiscales alteran demanda y asistencia.
- Idioma y accesibilidad: pueden excluir pacientes aunque el canal esté disponible.
- Calidad clínica percibida: se construye antes y después de la consulta y retroalimenta reputación.

PARTE V · MARCO DE MADUREZ

EXHIBIT 14

Madurez operativa de una práctica médica

De reactivo a gobernado, en cinco niveles: la madurez se mide por preguntas que la práctica puede responder y riesgos que puede controlar, no por el número de herramientas instaladas.

La madurez puede evaluarse en cinco niveles. En el nivel reactivo, las conversaciones viven en teléfonos y la agenda es el único registro. En el nivel coordinado, las solicitudes se centralizan y se asignan. En el nivel sistematizado, existen eventos, tiempos y razones de pérdida. En el nivel optimizado, la práctica experimenta, segmenta y gestiona capacidad. En el nivel gobernado, integra privacidad, calidad, auditoría, IA supervisada y publicación responsable de benchmarks.

El avance no debe medirse por número de herramientas, sino por capacidad para responder preguntas y controlar riesgos. Una práctica pequeña puede alcanzar alta madurez con un proceso simple y disciplinado; una clínica grande puede permanecer reactiva pese a múltiples sistemas.

Fuente: marco conceptual Scalimed. **Lectura:** la madurez se evalúa por cobertura del recorrido, no por número de herramientas. **Limitación:** instrumento cualitativo; no es un índice validado en esta edición.

PARTE V · SÍNTESIS E IMPLICACIONES

Síntesis narrativa e implicaciones

12. Síntesis narrativa

La historia que emerge no es la de un mercado que necesita automáticamente más publicidad. Es la de un sistema donde la demanda se vuelve digital y multicanal, mientras la capacidad de respuesta, agenda y medición permanece fragmentada. Las fugas pueden originarse antes del contacto, durante la conversación, entre agenda y asistencia o después de la consulta. Cada fuga tiene mecanismos y soluciones diferentes.

La ventaja sostenible no será adoptar más tecnología, sino convertirla en capacidad organizacional.

Las prácticas de mejor desempeño entre 2026 y 2028 no serán necesariamente las que adopten más tecnología, sino las que conviertan tecnología en capacidad organizacional: definiciones comunes, cobertura, continuidad, datos de calidad, experimentación y gobernanza. La ventaja sostenible será aprender del recorrido completo sin sacrificar confianza, privacidad ni criterio clínico.

13. Implicaciones para dirección, operación y medición

Para la dirección, el primer cambio consiste en dejar de administrar el recorrido del paciente mediante impresiones aisladas. La pregunta “¿están llegando pacientes?” debe dividirse en preguntas verificables: cuántas solicitudes válidas ingresaron, qué proporción estableció contacto, cuántas fueron elegibles, cuántas reservaron, cuántas asistieron y qué capacidad quedó sin utilizar. Esta descomposición evita atribuir todos los resultados a marketing y permite distinguir problemas de demanda, atención, agenda y continuidad.

Para operaciones, la prioridad es diseñar excepciones. La mayoría de los sistemas funciona en el caso ideal; los problemas aparecen cuando el paciente solicita otra sede, requiere factura, usa aseguradora, necesita hablar con un familiar, cambia de horario, reporta una urgencia o pregunta por una condición que la práctica no atiende. Cada excepción debe tener propietario, regla de escalamiento y resultado registrable. Automatizar sin resolver excepciones desplaza el trabajo y puede ocultar el riesgo.

Para marketing, la métrica útil no termina en solicitud. La calidad de una fuente debe evaluarse hasta contacto, cita atendida y, cuando sea legítimo, tratamiento o recurrencia. Una fuente con costo por solicitud elevado puede generar pacientes más pertinentes; otra con volumen barato puede saturar recepción y producir pocas citas. La atribución debe conservar la fuente de descubrimiento y el canal de contacto para no confundir reputación, búsqueda y mensajería.

Para finanzas, el costo de adquisición debe separarse del costo operativo de conversión. Personal, software, llamadas, comisiones, recordatorios y tiempo médico consumido en huecos o retrasos forman parte del sistema. El retorno debe calcularse por cohortes y con margen, no solo con facturación. En especialidades de ciclo largo, la ventana de observación debe ser suficiente para capturar procedimientos y recurrencia sin atribuir ingresos que no corresponden a la acción analizada.

Para calidad y cumplimiento, toda optimización debe incorporar minimización de datos, control de acceso, registro de consentimiento cuando corresponda, retención, revisión de proveedores y respuesta a incidentes. El mismo evento puede tener dimensiones comerciales y clínicas; por ejemplo, una solicitud puede transformarse en una comunicación asistencial. Los permisos y la automatización deben cambiar cuando cambia la finalidad.

Para investigación, la publicación de benchmarks exige preservar heterogeneidad. No debe mezclarse una clínica multiespecialidad con una práctica individual, ni una solicitud de cirugía electiva con una consulta recurrente. La muestra debe estratificarse y los resultados deben incluir distribución, no solo promedio. Cuando el tamaño no permita comparación, la decisión correcta es declarar insuficiencia y acumular evidencia para una edición posterior.

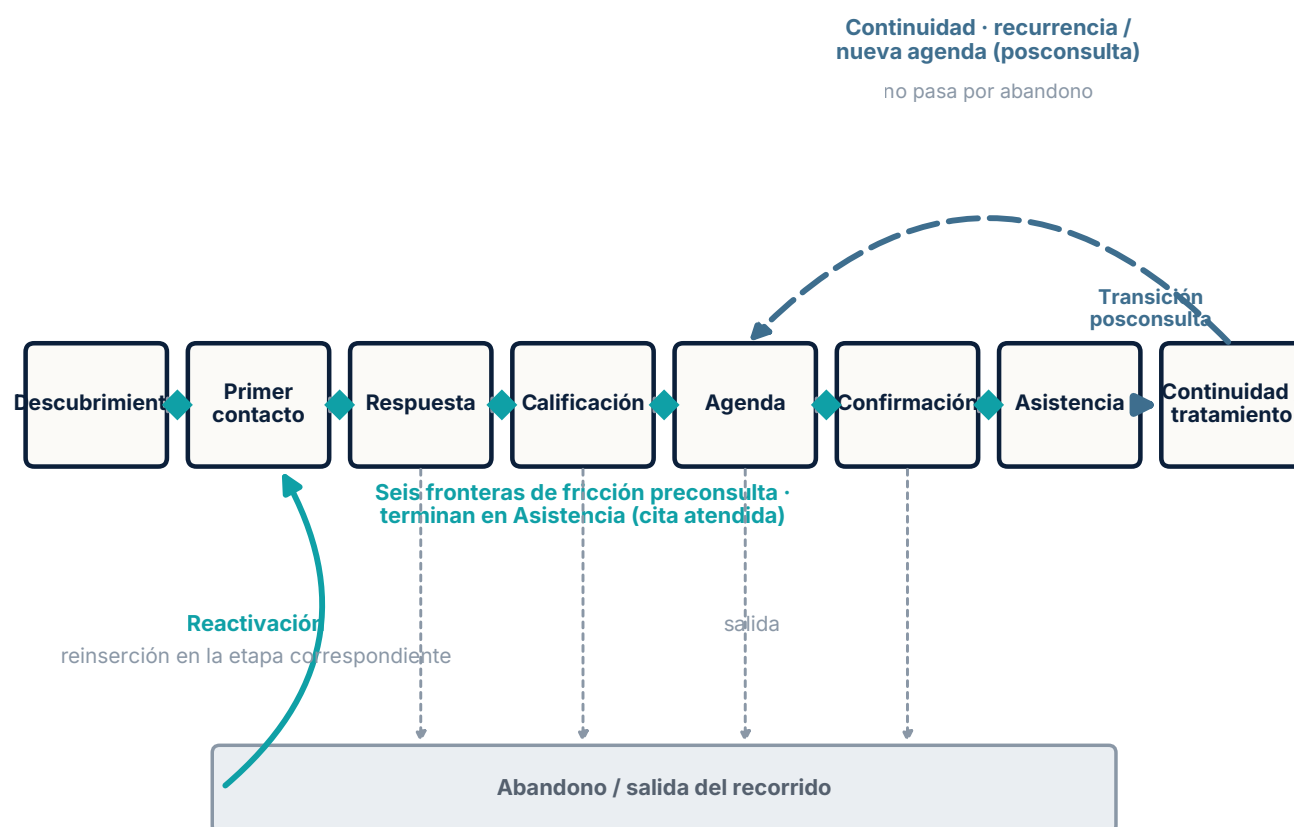
En conjunto, estas implicaciones convierten el embudo en un sistema de gestión. Su propósito no es comercializar la medicina de manera agresiva, sino reducir fricción, mejorar acceso administrativo, utilizar capacidad con responsabilidad y producir información que permita aprender. La disciplina metodológica es parte de la propuesta de valor: sin ella, cualquier mejora aparente puede ser resultado de definiciones cambiantes, estacionalidad o selección de casos favorables.

FRAMEWORK PRINCIPAL · EXHIBIT A

Mapa Scalimed del Recorrido del Paciente

De la primera búsqueda a la continuidad posterior a la atención: ocho etapas, seis fronteras de fricción preconsulta y los circuitos de salida, reactivación y continuidad posconsulta.

Fuente: marco conceptual Scalimed · framework editorial. **Limitación:** no constituye una medición empírica del recorrido en esta edición.



- Etapa del recorrido
- Frontera de fricción preconsulta
- Salida o abandono
- Reactivación
- Transición y continuidad posconsulta

CÓMO LEER ESTE MAPA

- La vía principal representa el recorrido, de la primera búsqueda a la consulta atendida.
- Los rombos turquesa marcan seis fronteras de fricción preconsulta.
- Los circuitos muestran reactivación desde el abandono y continuidad posconsulta.

NOTA METODOLÓGICA

Es un framework conceptual para ordenar el recorrido y localizar fricciones. No es una medición empírica ni un benchmark: su función es analítica y editorial.

FRAMEWORK PRINCIPAL · EXHIBIT B

Modelo Scalimed de Fricción Preconsulta

Seis fronteras de fricción entre descubrimiento y asistencia: cada una es un punto donde la demanda puede perderse antes de la cita atendida.

Fuente: marco conceptual Scalimed · framework editorial. **Limitación:** las fronteras son analíticas; su magnitud no se mide empíricamente en esta edición.



Seis fronteras de fricción preconsulta · todas terminan en Asistencia (cita atendida)

■ Frontera de fricción (punto de posible fuga)

CÓMO LEER ESTE MODELO

1. Los rombos numerados marcan las seis fronteras preconsulta, del descubrimiento a la asistencia.
2. Cada frontera tiene un evento de entrada y uno de salida; entre ambos puede producirse una fuga.
3. La tabla de la página siguiente detalla las seis fronteras con su indicador y capacidad necesaria.

NOTA METODOLÓGICA

Las seis fronteras son un marco analítico para localizar dónde se pierde demanda. No constituyen una medición empírica en esta edición.

MODELO SCALIMED DE FRICCIÓN PRECONSULTA · DETALLE

Las seis fronteras preconsulta

Para cada frontera: evento de entrada, evento de salida, posible fuga, indicador y capacidad necesaria.

1 · Descubrimiento → Primer contacto

No se contacta / no es contactada

Entrada: Necesidad detectada / solicitud · **Salida:** Primer contacto establecido · **Indicador:** Generación y velocidad de primer contacto · **Capacidad:** Presencia, captación y respuesta rápida

2 · Primer contacto → Respuesta

Acuse sin resolución

Entrada: Primer contacto · **Salida:** Interacción bidireccional · **Indicador:** Tasa de contacto · **Capacidad:** Respuesta que resuelve disponibilidad y pasos

3 · Respuesta → Calificación

Datos incompletos / sin criterios

Entrada: Conversación establecida · **Salida:** Solicitud calificada · **Indicador:** Tasa de calificación · **Capacidad:** Criterios y registro de elegibilidad

4 · Calificación → Agenda

No se ofrece u omite reserva

Entrada: Solicitud calificada · **Salida:** Cita agendada · **Indicador:** Tasa de agenda · **Capacidad:** Cierre de reserva; disponibilidad visible

5 · Agenda → Confirmación

Sin compromiso explícito

Entrada: Cita agendada · **Salida:** Cita confirmada · **Indicador:** Tasa de confirmación · **Capacidad:** Confirmación activa; recordatorios

6 · Confirmación → Asistencia

Inasistencia / cancelación

Entrada: Cita confirmada · **Salida:** Cita atendida · **Indicador:** Tasa de asistencia · **Capacidad:** Reprogramación sencilla; recordatorios escalonados

Fuente: marco conceptual Scalimed. **Limitación:** marco analítico; la magnitud de cada fuga no se mide empíricamente en esta edición.

SCORECARD SCALIMED DE MADUREZ COMERCIAL · 1 DE 4

Cinco dimensiones de madurez operativa

El scorecard describe la madurez del recorrido en cinco dimensiones. El resultado se presenta como un perfil, no como un puntaje único: se reportan el nivel predominante, la dimensión limitante y las excepciones críticas.

DIMENSIÓN 1**Definiciones y medición**

Si los estados del recorrido —solicitud calificada, cita agendada, confirmada y atendida— están definidos y se registran de forma consistente.

DIMENSIÓN 2**Velocidad y calidad de respuesta**

Si la respuesta resuelve disponibilidad y próximos pasos, y si se mide la distribución propia en lugar de importar un benchmark.

DIMENSIÓN 3**Seguimiento y reactivación**

Si el seguimiento ayuda a decidir y la reactivación distingue continuidad clínica de promoción.

DIMENSIÓN 4**Infraestructura y trazabilidad**

Si canal, CRM, agenda y expediente cumplen funciones distintas y la trazabilidad del recorrido es completa.

DIMENSIÓN 5**Gobernanza de datos e IA**

Si la adopción de IA sigue capas de riesgo, con supervisión, límites de acceso y protocolos de escalamiento.

CÓMO SE LEE**Perfil, no calificación**

Cada dimensión se ubica en uno de cinco niveles: Reactivo, Coordinado, Sistematizado, Optimizado y Gobernado.

SCORECARD SCALIMED DE MADUREZ COMERCIAL · 2 DE 4

Rúbrica de niveles por dimensión

De reactivo a gobernado: indicadores observables por nivel.

Dimensión	1 · Reactivo	2 · Coordinado	3 · Sistematizado	4 · Optimizado	5 · Gobernado
Definiciones y medición	Sin definiciones; caso por caso	Cada área mide distinto	Eventos y tasas definidos y capturados	Se actúa sobre la distribución, no el promedio	Diccionario auditable; mejora continua
Velocidad y calidad de respuesta	Sin control de tiempos	Se responde, sin medir	Se mide tiempo y resolución	Gestión por percentiles y horarios	SLA gobernados y revisados
Seguimiento y reactivación	Sin seguimiento	Manual e irregular	Cadencia definida por estado	Reactivación segmentada con salida	Políticas y consentimiento auditables
Infraestructura y trazabilidad	Solo mensajería	Herramientas sin integrar	CRM con estado y responsable	Canales, agenda y CRM integrados	Trazabilidad completa y gobernada
Gobernanza de datos e IA	Sin controles	Reglas informales	Accesos y consentimiento básicos	Supervisión humana y escalamiento	Gobernanza formal auditable

SCORECARD SCALIMED DE MADUREZ COMERCIAL · 3 DE 4

Hoja de autoevaluación

Un renglón por dimensión: evidencia observable, nivel actual, siguiente nivel, brecha y acción.

Dimensión	Evidencia observable	Nivel actual	Siguiente nivel	Principal brecha	Acción prioritaria
1. Definiciones y medición	¿Existe un diccionario de eventos y tasas?	(1–5)	(actual + 1)	(a completar)	Definir eventos y tasas con numerador, denominador y ventana
2. Velocidad y calidad de respuesta	¿Se mide la distribución, no solo el promedio?	(1–5)	(actual + 1)	(a completar)	Medir mediana, p75 y p90 por canal y horario
3. Seguimiento y reactivación	¿Hay cadencia por estado con mecanismo de salida?	(1–5)	(actual + 1)	(a completar)	Definir cadencia por estado y registro de razones
4. Infraestructura y trazabilidad	¿Se separan comunicación, CRM y expediente?	(1–5)	(actual + 1)	(a completar)	Asignar estado y responsable; integrar agenda y CRM
5. Gobernanza de datos e IA	¿Hay consentimiento, control de acceso y supervisión?	(1–5)	(actual + 1)	(a completar)	Establecer gobernanza de datos y supervisión de IA

Regla de interpretación y advertencia

REGLA DE INTERPRETACIÓN DEL PERFIL

El resultado se presenta como un perfil de madurez de cinco dimensiones. No se calcula un nivel global único. Cuando se requiera una síntesis ejecutiva, se reportarán el nivel predominante, la dimensión limitante y las excepciones críticas.

ADVERTENCIA METODOLÓGICA

Este scorecard es una herramienta orientativa de autoevaluación. No constituye un índice validado ni permite comparaciones nacionales en esta edición.

ACTIVO FUTURO · INVESTIGACIÓN

Agenda para el Benchmark Nacional del Recorrido del Paciente

Se presenta únicamente como arquitectura metodológica futura, no como resultados.

La primera edición de un benchmark debe priorizar pocas métricas robustas. Un núcleo viable incluye solicitudes válidas, tiempo a respuesta humana, contacto efectivo, cita agendada, cita atendida y razón de pérdida. En ediciones posteriores pueden incorporarse costo, tratamiento, recurrencia, satisfacción y valor. La expansión debe ocurrir solo cuando las definiciones básicas tengan estabilidad.

La publicación anual debe conservar una ficha metodológica: periodo, prácticas, especialidades, ciudades, volumen, exclusiones, distribución de tamaños, cambios de proceso y supresión de celdas pequeñas. Los resultados deben presentarse como distribuciones —mediana y percentiles— y no solo promedios, porque la variación operativa suele ser asimétrica.

El programa debe incluir búsqueda deliberada de resultados negativos. Si una automatización no mejora asistencia, si una secuencia aumenta bajas o si una clínica con respuesta más lenta conserva alta conversión por reputación y disponibilidad, esos resultados son esenciales para evitar recomendaciones simplistas.

Naturaleza: agenda metodológica (diseño). No contiene series ni benchmarks en esta edición.

PLATAFORMA EN CONSTRUCCIÓN

Observatorio Scalimed del Recorrido del Paciente

El Observatorio Scalimed del Recorrido del Paciente es la arquitectura editorial y la marca-paraguas de las futuras publicaciones de la serie. Es una plataforma editorial en construcción: en esta edición no cuenta todavía con series históricas, muestra nacional, base de datos propia, indicadores longitudinales ni validación institucional externa.

Naturaleza: marca-paraguas y plataforma en construcción. No dispone de series históricas, muestra propia ni validación externa en esta edición.

LÉXICO OPERATIVO ESENCIAL

Léxico operativo esencial

Los términos núcleo del recorrido, con una sola definición por término. El léxico completo se encuentra en el Anexo metodológico.

Solicitud	Manifestación concreta de interés mediante la cual una persona pide información, disponibilidad o atención y puede ser contactada.
Solicitud calificada	Solicitud que cumple criterios de elegibilidad clínica y operativa.
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.
Fricción	Pérdida potencial de demanda o deterioro de experiencia en la frontera entre dos etapas.
Trazabilidad	Capacidad de conservar identidad, estado, responsable e historial de cada contacto.
Madurez comercial	Capacidad organizacional para administrar el recorrido, medir sus fricciones y mejorar el sistema.

REFERENCIAS

Bibliografía seleccionada

Fuentes citadas en el reporte principal. La bibliografía completa se encuentra en el Anexo metodológico.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares 2024. www.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. www.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. www.inegi.org.mx
- Secretaría de Economía. (2026). Data México: Médicos especialistas. www.economia.gob.mx
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). Health at a Glance 2025. OECD Publishing. www.oecd.org
- Dirección General de Información en Salud. (2025). Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). www.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: [10.1002/14651858.CD007458.pub3](https://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:[10.4338/ACI-2014-04-RA-0026](https://doi.org/10.4338/ACI-2014-04-RA-0026)
- World Health Organization. (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health. www.who.int
- World Health Organization. (2023). Regulatory considerations on artificial intelligence for health. www.who.int
- World Health Organization. (2024). Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models. www.who.int
- Page, M. J., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372, n71. doi:[10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71)
- Critical Appraisal Skills Programme. (2024). CASP checklists. casp-uk.net/casp-tools-checklists
- Guyatt, G. H., et al. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ, 336, 924–926. doi:[10.1136/bmj.39489.470347.AD](https://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. www.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].

Anexo metodológico y base auditable

Toda la evidencia técnica de este reporte —tabla maestra de datos cuantitativos, matriz de fuentes, matriz de evidencia por hallazgo, datos no comprobables, contradicciones entre fuentes, registro de inferencias, oportunidades de investigación primaria, propuesta de visualizaciones, contenidos derivados, citas utilizables, preguntas frecuentes, metadata SEO, léxico completo, bibliografía completa y errores no resueltos— se conserva en el documento complementario:

Scalimed Insights 2026 — Anexo metodológico y base auditable

El anexo utiliza orientación horizontal y el sistema de registros de dos niveles para preservar cada indicador con su fuente, método, muestra, definición y limitación, sin comprimir la tipografía.