

Resumen de la Mesa Redonda y Seminario Técnico

Reglamentación del sector salud en México

Por: Grupo Estrategia Política
Comisionado y editado por Isabel Escalle
Directora, Programa Salud, Instituto de las Américas

Copyright© Institute of the Americas 2000

Dada la importancia de la participación del sector privado en los servicios de salud y con la intención de conocer las medidas que el Gobierno de México ha diseñado al respecto, el Instituto de las Américas organizó, con Magentíes y Asociados, la segunda mesa redonda sobre la reglamentación del sector salud en dicho país.

El objetivo central de esta mesa redonda entre funcionarios del gobierno y empresas privadas operando en el sector salud, fue dar a conocer cómo se plantea reglamentar en México la participación privada en dicho sector, y analizar la eficacia de la propuesta reglamentación partiendo de un análisis comparativo entre distintas experiencias y esquemas vigentes del sistema de medicina administrada existente en países como Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos y Venezuela. Se analizaron la evolución, metas y resultados de experiencias similares en estos países, teniendo en cuenta que la reforma en esencia busca un mejor estado de salud para la población.

Síntesis

Entre los temas tratados en esta mesa redonda, centrada en la participación del sector privado en el modelo de financiamiento y prestación de servicios de salud, se destacan los siguientes puntos:

- El gobierno mexicano tiene como objetivo llevar a cabo las reformas sector salud para ordenar un mercado de servicios médicos administrados en constante crecimiento y regular la participación de entes privados que toman riesgos entre ellos hospitales y OAS;
- La finalidad de la reforma es dotar de seguridad jurídica a los usuarios de los servicios de medicina prepaga frente a eventuales incumplimientos de los servicios ofrecidos y a su vez, establecer niveles de calidad en equipo y personal médico de las empresas privadas del sector salud;
- Ante la creciente oferta de servicio de medicina administrada o prepaga, resulta imprescindible contar con un esquema regulatorio que norme su actividad;
- Estas medidas tienen la intención de crear las bases necesarias para dar paso a la participación del sector privado en el modelo de financiamiento y prestación de servicios de salud como los existentes en otros países.
- La nueva reglamentación afecta solamente al sector privado, con una demanda existente, y no implica subrogación de servicios por parte del IMSS.

Antecedentes

En 1995 el Gobierno de México puso en marcha la reforma a la Ley General de Salud, para promover cambios fundamentales en el sector. Con esta reforma, la administración encabezada por el presidente Zedillo se propuso brindar cobertura a la totalidad de la población reestructurando el marco jurídico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y aumentando el número de derechohabientes a los que el Instituto otorga sus servicios.

A su vez, el Gobierno se propuso dotar a la Secretaría de Salud (SSA) de un marco jurídico para hacer frente a un mercado de servicios de salud en constante crecimiento y transferir el 60 por ciento del presupuesto federal de salud a los estados que componen la federación. Así dando inicio a un proceso de descentralización en el diseño de los programas de salud reduciendo los costos de operación.

Por otra parte, se buscó incidir en la calidad de los servicios prestados por los organismos públicos de salud mediante el incremento de un 54 por ciento en los sueldos del personal médico, así como en las percepciones de los trabajadores de la salud, y se creó un programa de certificación de calidad para hospitales privados por parte de la SSA.

Entre las medidas se destacan:

- La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) como una instancia extrajudicial para resolver querellas entre el público usuario y los prestadores de servicios de salud;
- Establecimiento del programa de medicamentos genéricos intercambiables para facilitar la competencia y adquisición de los mismos.

Sin embargo, las acciones promovidas por esa reforma deben ser reorientadas debido a que aún hoy existen 10 millones de mexicanos sin acceso a servicios médicos y un millón más sin acceso al paquete básico de salud que provee el gobierno federal.

Al respecto, las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), indican que los cambios experimentados en las condiciones demográficas de México lo sitúan en la etapa intermedia de transición, es decir, en aquella que se mueve de una población eminentemente joven a otra en la que los adultos predominarán, lo que implica un cambio sustancial en el escenario epidemiológico y, por ende, deben explorarse otras formas de atención y prevención de la salud que antes no se tomaron en cuenta.

Actualmente del total de la población del país (más de 98 millones), 10 millones personas no tienen acceso a la atención médica. Lo que señala que la seguridad social ha alcanzado en algunos renglones una evolución incompleta y en otros una cobertura que podría calificarse de estratificada y fragmentaria en diversos planes ofrecidos por instituciones de seguridad social, gobiernos estatales, empresas paraestatales y privadas.

Conapo ha identificado algunos problemas del sector salud, vinculados con el tema de la transición demográfica:

- Más de la mitad de la población económicamente activa (PEA), no es derechohabiente de institución de seguridad social alguna. Quienes no poseen este servicio son los segmentos de la población más débiles, compuestos principalmente por los trabajadores rurales, del sector informal y los desempleados;
- El país experimenta, como forma creciente de pobreza, la ubicada en zonas urbanas marginadas, donde se encuentra la mayor parte de la población sin acceso a atención médica básica e integral.

Pese a que en el país se gasta el 6 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) en salud, las instituciones de atención médica han experimentado insuficiencias de recursos y déficits actuariales, con lo cual se ha visto limitada su capacidad para dar respuesta a los compromisos adquiridos en diversas formas.

La Experiencia Internacional

Todos los países tienen ante sí el desafío de concentrar los recursos en donde más se necesitan. En ese sentido, el diseño y puesta en marcha de modelos de salud viables debe tomar en cuenta los siguientes componentes:

- Cuotas de salud que otorguen mayores beneficios a la población,
- La capacidad financiera del gobierno y su orientación política,
- La singularidad del sector salud sobre oferta y demanda.

La ausencia de estos componentes conlleva a que los programas de salud y la estructura jurídica que los define, sean de muy difícil aplicación y resulten contraproducentes.

Es posible distinguir dos modelos que por su desarrollo podrían ser considerados como ejemplos importantes en el cuidado de la salud: el de Estados Unidos y el de la Unión Europea. Pero, indudablemente, el grado de desarrollo económico y los recursos tecnológicos de que disponen estos países hacen muy difícil su adopción en otras regiones; sin embargo, vierten experiencias importantes que se deben considerar.

En el caso europeo su sistema de salud se ha desarrollado bajo un entorno de bienestar, teniendo como base el modelo Keynesiano de distribución de la riqueza y aunque se ha orientado a la prevención, su financiamiento es muy costoso. Así pese a su efectividad, es necesario realizar adecuaciones de corte normativo para profundizar su vigencia.

Por su parte, en Estados Unidos éste sistema ha sido desarrollado, fundamentalmente, por las fuerzas del mercado. Además, las reformas respecto a la protección de pacientes, la utilización de alta tecnología y el marketing en que se sustenta lo hacen altamente costoso.

La Experiencia en América

El modelo de medicina prepaga en algunos países de la región se presenta como un importante campo de experiencia para México en cuanto su similitud cultural y económica.

En **Colombia**, Ley 100 permite que el sector privado otorgue servicios de salud mediante un régimen subsidiado por parte del gobierno de esa nación. Aunque con un desarrollo lento y muy costoso, el modelo colombiano ha permitido a las empresas privadas hacer una contención de los riesgos por enfermedades de alto costo con sus propios recursos. Sin embargo, éste régimen tutelar ha creado más problemas de los que se ha propuesto resolver, entre otros, el hecho de que no existe un menú de atención médica bien definido, consecuencia en gran parte de la disparidad entre los diseñados planes de salud y los servicios que la corte otorga a pacientes como sus derechos constitucionales. Pese a ello, el sistema tiene 5 años funcionando. Aunque ha operado con pérdidas los números son positivos en 1999.

En **Argentina**, la medicina prepaga tiene su origen en la costumbre de la población por preferir los servicios de asistencia privada sobre los que proporciona el gobierno. Su particularidad radica en que los médicos iniciaron el esquema de financiación de los servicios de salud privados.

Debido a que en Argentina el sistema privado no recibe subvenciones del gobierno, la relación de las instituciones privadas con el Estado es muy complicada dificultando su funcionamiento. La rentabilidad de privados se ha vuelto un paradigma en el que el costo de los servicios prestados se ha tenido que ajustar a la extensión geográfica del país, siendo altamente concentrado su alcance.

Con este escenario operativo, y ante la falta de un marco de regulación específico y claro, las empresas privadas dedicadas al cuidado de la salud han intentado implantar sus propios esquemas de regulación. Este esfuerzo, sin embargo, no ha tenido éxito.

El servicio de medicina prepaga en Argentina muestra la importancia de contar con reglas sobre el menú de atención médica (falta marco regulatorio), y a su vez, contar con la voluntad política dentro de Poder Legislativo para crear las condiciones necesarias en la relación consumidor/ prestador de servicios. La reciente desregulación no es completa, ya que se hace de obra social a otra obra social. El usuario no puede libremente escoger una prepaga independiente.

En **Brasil**, tanto las empresas privadas como el gobierno son pilares que sustentan el sistema. La reforma del sector salud iniciada en 1997, iniciada por un desarrollado y fuerte sector privado, dio cierta solidez y marco de operación a los privados. No obstante, no se ha podido implementar el programa en su totalidad debido a - entre otras razones - la diferencia de costo (25 reales en promedio en el sistema estatal y 75 en el privado). La diferencia en recursos hace que la reforma sea difícil de ejecutar, rindiendo hasta ahora ineficiente el sistema. Se hace necesaria una mayor cooperación entre gobierno y privados debido a la difícil situación económica.

El modelo **chileno** se presenta como el más desarrollado en cuanto a su vigencia y financiación. Está basado en la libre elección. Tiene sus retos y no abarca a la mayor parte de la población del país. Quien puede pagar más recibe mejores servicios. El costo administrativo se considera aún muy elevado y hay poco crecimiento, lo que limita la calidad.

Existe el Fondo Nacional de Salud (FONASA), sistema público, que ofrece libre elección (a través de redes de convenios con el gobierno) y atención institucional (a través de establecimientos propios del gobierno), y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES); compañías de seguros de salud que ofrecen distintos planes de seguridad médica. Creadas en 1981, la estructura jurídica que rige las ISAPRES ha posibilitado compartir los gastos de salud, en partes iguales, entre la iniciativa privada y el gobierno.

FONASA transfiere a las ISAPRES, que cubren el 26 por ciento de la población total del país, la contribución mínima equivalente a 7% del salario. Los trabajadores tienen servicios mediante un esquema de copago, mediante el que pueden optar atenderse en el hospital de su preferencia dependiendo de la contribución adicional. Lo cierto es que los servicios que ofrecen los hospitales privados son más eficientes que los del gobierno, por ello existe una tendencia a solicitar más la atención en los hospitales privados que en los públicos.

Aunque las ISAPRES están funcionando hace más de 17 años, aún existen serios problemas entre el sector que financia y el que presta los servicios y, adolece de un marco que promueva la calidad de los servicios prestados. Dos problemas fundamentales son la falta de crecimiento, alta concentración de usuarios en las dos mayores empresas, y el hecho de que la gente contribuye mínimamente al sistema en vez de contribuir lo que les corresponde.

En *Venezuela* los eventos políticos sucedidos recientemente han afectado la estructura jurídica de sus instituciones, motivo por el cual el sistema de seguridad social vive una seria indefinición sobre su marco regulatorio.

Influenciadas por la ideología del populismo, las instituciones de salud del gobierno han sido incapaces de cubrir los requerimientos sociales. A su vez, la tendencia a reforzar la participación del Estado en todas las áreas, ha alargado el debate para modificar la ley de seguridad.

Con ello, siete años de propuesta sobre el sector salud ha propiciado la aparición de algunas compañías de medicina prepaga con lo que las empresas aseguradoras se han podido desarrollar pese a la carencia de un marco regulatorio definido.

El modelo *Estadounidense* no es producto de un gran diseño sino de las leyes del mercado que imperan en el país. En esencia, su éxito se debe al sector privado ha diseñado los programas y el menú de opciones del sistema de salud.

La función del gobierno, más que promover la regulación del sistema, ha facilitado la participación de empresarios y trabajadores en el diseño del sistema para fomentar la competencia y protección de los consumidores. En este gran mercado, donde las distintas fuerzas que convergen combinan la alta tecnología con los servicios de calidad, se ha colapsado e incrementado el costo para los empleadores y prestadores de los servicios de medicina prepaga.

La acción gubernamental ha promovido abiertamente el sistema basado en la salud como beneficio a los trabajadores de empresa. Lo ha hecho de esta forma:

- 1) Permitiendo que empresas deduzcan de réditos sujetos a impuestos el costo de seguros de salud y evitando que se les cobre impuestos a los trabajadores por los mismos beneficios.

- 2) Permitiendo, con el acta de 1974 que las prepagas consiguieran prestamos con tasas de interés bajas. Además se exigió a empresas que ofrecen planes de salud a los trabajadores utilizar prepagas acreditadas por el gobierno.
- 3) Protegiendo al consumidor, lo que resultó en el desenvolvimiento y permanencia de las prepagas, legitimizándolas.
- 4) Promoviendo la competencia.

Tanto el gobierno como la nueva reglamentación tiene que tener en cuenta que o pueden ayudar o crear impedimentos. Si la reglamentación obliga a empresas a contratar personal especializado en la contratación de servicios en salud y con motivo de satisfacer nuevos reglamente, se altera la balanza costo/beneficio, viéndose afectados de esa manera los servicios que reciben los trabajadores. Demasiada intromisión gubernamental resultaría en menor participación empresarial en la compra de servicios.

Recientemente en los EEUU se ha evidenciado una reacción contra la medicina prepaga, aumentándose o definiéndose su reglamentación. Por un lado dichas empresas han conseguido que sea permitido que médicos continúen siendo parte de una red. Por otro, consumidores y médicos han logrado que decisiones sean tomadas por doctores y no por burócratas. Los reguladores también quieren evitar que las prepagas paguen a los doctores de manera que los motive a retener servicios.

Una característica cierta del modelo estadounidense es su constante estado de evolución. Hoy está pasando de un sistema cuidado administrado o “managed care” a uno denominado gerencia del cuidado, en el que el énfasis se pone en ofrecer la mejor efectividad y por ende calidad de atención.

Contrario al modelo estadounidense, el canadiense cuenta con un sistema de medicina social muy amplio. Pese a ello, entre el 30 y 35 por ciento de los servicios de salud es privado y va en aumento.

El hecho de que los gobiernos provinciales se hagan cargo del cuidado de la salud (menos del 10 por ciento del financiamiento proviene del gobierno federal), ha incrementado significativamente los costos de la atención médica. Los consumidores deberán analizar seriamente esta situación, comparando si es mejor la opción pública o la privada. El hecho de que la autoridad tenga responsabilidad única ha traído resultados contraproducentes.

El Modelo de Atención Médica Gerenciada

Definida como cualquier intervención sostenida y organizada dentro de un sistema de atención médica, implica fuertes vínculos entre los prestadores de servicios que afectan de forma favorable los costos y calidad de la salud de una población definida.

La importancia de considerar este sistema radica en la planificación estratégica de recursos y programas, tanto del sector público como del privado, que permiten ofrecer un paquete de salud integral en beneficio de los pacientes.

Si bien es cierto que en México el gobierno proporciona una cobertura básica de los servicios de salud a la población, con el sistema de medicina gerenciada se podría complementar la actividad del sector público y el privado, compartir los costos de financiamiento para la adquisición de equipo, pero sobre todo se estaría en condiciones de diseñar productos adecuados al nivel socioeconómico de la población con la actualización de la información estadística sobre morbilidad.

Conclusiones

- Los sistemas gerenciados y de hecho la reglamentación que se les aplique deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones:
- Los mejores planes de medicina prepaga incorporan la capacidad de pago de cada paciente en su diseño.
- Contar con financiamiento adecuado para el bienestar de la empresa y garantizar los servicios prometidos es de suma importancia. Para ello tiene que establecerse una adecuada estructura de costos, estudiándose cuidadosamente las características de la población asegurada.
- Se estima que reglamentar excesivamente a hospitales privados conllevaría a serios problemas operativos, sobre todo los no lucrativos.
- Para que un sistema administrado sea eficiente, su diseño debe incorporar la participación del personal médico y ofrecer un menú de servicios de salud bien definido y claro.

La reglamentación de los servicios de salud en México

La presencia del IMSS, fundamental para millones de mexicanos, representa una gran diferencia entre México y otros países de América Latina. Problemática es la existencia de una amplia población que o no tiene acceso a esta institución, o no desea que lo atiendan allí. Esto motiva que algunos organismos privados se mantengan a la expectativa de una posible subrogación de servicios por parte de dicha institución.

El caso es que existe una demanda de servicios de salud que ha propiciado la constitución de un mercado sin reglas ni funciones bien definidas. Con o sin reforma los servicios de atención a médica privados siguen creciendo, pero lo hacen sin un orden y visión de conjunto que garantice su viabilidad y buen funcionamiento.

A la par de estas observaciones, otro problema importante a considerar es el mercado de medicamentos, cuyos precios aumentan más que la propia inflación. Aquí también se hace presente la necesidad de una regulación independientemente de las leyes de la oferta y la demanda que rigen el mercado de medicamentos.

Las ISES

La iniciativa de reforma a la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LISMS), que envió al Congreso el presidente Ernesto Zedillo, se orienta a la regulación de toda institución

que asuma riesgos, incluyendo los hospitales privados, a través de la creación de Instituciones de Seguros Especializadas en Servicios de Salud (ISES).

En este proyecto de Ley se introduce el concepto de consumidor y demandante del servicio para fortalecer la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud privados. Se busca que el consumidor tenga plena seguridad de que la empresa cumpla con los servicios médicos ofrecidos en el plan de salud adquirido por el consumidor.

Como en México no existen grandes compañías que puedan competir con los servicios de salud que ofrece el Estado, lo que se busca con las ISES es regular las operaciones del sector privado y poder desarrollar, de manera ordenada, el mercado. La intención es observar el desarrollo de este mercado y corregirlo; regular de forma mínima permitiendo el crecimiento ordenado y la certidumbre en la inversión.

Por consiguiente, la nueva reglamentación no establecerá un plan mínimo de servicios de salud ni para hospitales privados ni empresas. Las ISES determinarán su propia estructura, equipo y estructura de precios. Lo que sí establecerá será un programa de calidad con reglas mínimas. Se pretende que el encargado de la organización de las ISES sea un director médico, el cual será el responsable de la calidad del personal, y con ello, obtener indicadores específicos del mercado que demuestren la capacidad de gestión de las ISES.

En resumen, la propuesta reglamentación comprende lo siguiente:

- Afecta todas las actividades que incurren riesgo, independientemente de que sean o no cubiertos con recursos propios de la empresa. Recursos propios son activos de la sociedad o bienes físicos, no recursos financieros. Reserva se establece como un pasivo en vez de un ingreso, haciendo explícito que existe un manejo prudencial del dinero para cumplir con obligaciones. Las reservas provienen de las primas, no de otros recursos de la empresa.
- No afecta la Seguridad Social. Regula sólo al sector privado. Se considera que los contratos son voluntarios y entre privados y no los obliga a tener carácter social.
- No involucra ningún aspecto de subrogación de cuotas o reversión de cuotas ni establece ningún tipo de asociación entre las ISES y el IMSS.
- Regula un mercado existente, dando certidumbre a quienes participan en él.
- No prohíbe los pagos por paquete, involucra sólo los pagos por contrato, existiendo el compromiso de resarcir un daño cuya naturaleza es un evento futuro e incierto, o todo contrato que implique una transferencia de riesgo.
- No excluye la capitación cuando esta es por paquete o especifica los límites de la atención. Concierno a las frecuencias inciertas o la probabilidad de desviación.
- Habilita el ramo de gastos médicos mayores.

- Si el daño se resarce con seguros propios no se considera un seguro, sólo cuando se cuenta con recursos de terceros.
- Habilita la Secretaría de Salud para que pueda evaluar, supervisar y acreditar las empresas con motivo de salvaguardar la calidad y dictámenes técnicos.
- Crea la Cámara Nacional de Seguros y Fianzas para garantizar que dichas empresas tengan los recursos financieros necesarios requiriendo o delineando: reservas técnicas determinando los recursos suficientes para solventar obligaciones; parámetros de inversiones; capital mínimo de garantía; contratos de reaseguro.
- No crea monopolios ya que asume la formación de sociedades o entidades con un componente de reaseguro.
- No pretende establecer precios, los que quedan bajo la discreción total de cada empresa; pero sí afecta el nivel mínimo de primas para garantizar la solvencia (también se piensa prevenir el cobro excesivo en primas).

Puntos para reflexión y sugerencias

- Determinar la información contable y operativa que deben generar las ISES.
- Mecanismos flexibles para asegurar solvencia y liquidez en las ISES, pero prevenir se conviertan en vendedoras de productos elitistas. Se estima que la reglamentación como planteada creará un producto elitista con precios elevados.
- Fijar el capital mínimo pagado, requisito para entrar en el mercado, en relación con las actividades o ramos a manejar.
- Ceñirse a parámetros internacionales ya que sólo proteger al consumidor suena anárquico y tal vez ahogue un esfuerzo provechoso para la población.
- La experiencia en otros países ha demostrado la importancia de realizar amplias investigaciones para evitar la aplicación de medidas que reduzcan la calidad de los servicios y aumenten el costo de los mismos.
- En su diseño, el continuo proceso de reforma debe contemplar aún más la participación del sector empresarial del país.
- Se estima que no es posible controlar la calidad sin especificar por lo menos un paquete mínimo de servicios ya que es prácticamente imposible medir lo que no se conoce. Se necesita uniformidad estadística para evaluar y comparar resultados.
- Se debe establecer un marco regulatorio parejo, o sea, igual tanto para el sector privado como el público.

- El gobierno debería valorar la contribución del sector privado al sistema.
- La función estatal es corregir las imperfecciones del mercado definiendo políticas del sector e incorporando el financiamiento subsidiado.
- Se deben evitar los monopolios, sean públicos o privados como fuentes de corrupción, ineficiencia y baja calidad.

De cara al proceso electoral del año 2000, el sector salud requiere propuestas bien fundamentadas, donde se desarrolle una labor de cabildeo entre los distintos actores involucrados para concebir nuevas realidades independientemente de su politización. Uno de los organismos más importantes del sector privado, el Consejo Coordinador Empresarial (CCE) ha solicitado presentar un estudio sobre la modernización del sector salud al futuro presidente.

Recomendaciones al gobierno mexicano

- Las empresas de medicina prepago requieren de una regulación independiente, es decir, diferenciar la salud como interés público y la cuestión médica hospitalaria que no es de interés público.
- La reglamentación es necesaria para desarrollar un mercado con orden. Por ello, se requiere una postura de Estado que de continuidad a los planes diseñados y aprobados, independientemente de las administraciones federales o fines de sexenio.
- Hay una gran diferencia entre seguros y la administración de la salud, debiendo elaborarse reglas mínimas que promuevan el desarrollo del sector privado.
- El enfoque del usuario no se debe perder como objetivo central y fin último donde se separe por completo la seguridad social de la privada.
- Se debe dar prioridad a la prevención mediante la adquisición de tecnología y rehabilitación.

El consenso entre los actores involucrados es claro: Flexibilidad

- Debe haber regulación, pero lo suficientemente flexible y sencilla: 1) para promover el cambio que se persigue ya que se percibe un riesgo potencial en los servicios a ser regulados, 2) porque es un área nueva donde tampoco las autoridades tienen experiencia y tendrá que evolucionar.
- Es necesario tener un punto de vista gerencial que permita invertir en infraestructura de calidad y evitar monopolios en la iniciativa privada.
- Una ley como la que se propone debe tomar en cuenta un periodo de transición, ya que actualmente el 92 por ciento de los servicios de salud los concentra el sector público.

- La capacitación de administradores y médicos (gerencia operativa y contable) es materia esencial, necesitando reconocimiento y plan de acción.
- Existen serias dudas sobre la capitación (que consiste en compartir el riesgo o no), tema carente de claridad para el gobierno ya que en el país se presta mejor atención especializada que primaria. Este escenario presenta una gran oportunidad para consumidores y prestadores de servicios, y también para el gobierno quien podría realizar significativos ahorros.
- Hay que definir una estrategia que tome en cuenta la dimensión humana del mercado y un análisis técnico sólido que reconozca las implicaciones políticas consecuencias de la reglamentación del sector privado.

El escenario ya está creado – se han efectuado reuniones de trabajo con el sector asegurador, como con Asociaciones Nacionales de Médicos; la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica; médicos distinguidos, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; la Secretaría de Salud; el Sindicato del Seguro Social; la Secretaría de Hacienda; la Fundación Mexicana para la Salud; la Confederación Patronal de la República Mexicana; con directores y representantes legales de hospitales privados – mejorándose sustancialmente el diálogo entre el gobierno y la iniciativa privada. Pero es necesario un mayor esfuerzo entre estos actores para remover los obstáculos de la discusión sobre la reforma a la LISMS en el Senado de la República, y comenzar cuanto antes a proteger a consumidores de servicios de medicina administrada.

Como la iniciativa no se ha sometido al pleno del Senado, es difícil saber si el rechazo a la misma es una visión generalizada o no. Además, la Comisión de Salud de esta Cámara aún no ha formulado ninguna opinión a favor o en contra. Resulta un hecho, sin embargo, que más allá de la pertinencia o no del modelo de la medicina prepaga, ésta ya existe y gana terreno en México, con el agravante de que opera en la informalidad.