



Mi Universidad

LIBRO

NEGOCIACIÓN EN ORGANIZACIONES DE SALUD

MAESTRÍA: ADMINISTRACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD.

Cuarto Cuatrimestre.

Agosto-Septiembre 2020

Gladis Adilene Hernández López

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los

jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visión

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

NEGOCIACIÓN EN ORGANIZACIONES DE SALUD

OBJETIVO: Al finalizar el curso los alumnos serán capaces de analizar críticamente y valorar las aportaciones de los principales expertos mundiales de la calidad, al igual que los métodos actuales para evaluar y establecer estrategias para la mejora continua de la calidad en los servicios de salud e implementarlos en sus propios ámbitos.

INDICE

Unidad I

- I.1. Actualización en Legislación de Seguridad Social relacionada con facturación y negociación.
- I.2. Principios de negociación de servicios de salud.
- I.3. Consideraciones financieras en la negociación de servicios de salud.
- I.4. Negociación de conflictos en salud.

Unidad II

- 2.1. Mecanismos de negociación de las redes de servicios desde los aseguradores.
- 2.2. Consideraciones comerciales en la negociación de los servicios de salud.
- 2.3. Negociación de precios en servicios de salud.

Unidad III

3.1. Segmentación de mercados en servicios de salud y negociación de cada segmento (Prepagas, EPS, ARS)

3.2. Esquemas de contratación en servicios de salud.

3.3. Comparativos de manuales de facturación de la Seguridad Social.

Unidad IV

4.1. Análisis de contratos en servicios de salud.

4.2. Talleres de negociación de servicios de salud dinámica de grupos.

Criterios de evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
1	Ensayo	20%
2	Mapa Conceptual	15%
3	Cuadro sinóptico	15%
4	Actividades Foro	30%
5	Examen	20%
Total, de Criterios de evaluación		100%

PRESENTACIÓN

Es un placer por este medio poder enviar un saludo a cada uno de ustedes compañeros en esta aventura del conocimiento, porque el mundo del aprendizaje nos convierte en compañeros de aventuras, es un placer el poder acompañarlos en esta asignatura denominada “NEGOCIACIÓN EN ORGANIZACIONES DE SALUD”, así también enviarles felicitaciones, porque continuar en el mundo de la capacitación constante es muy complicado, pero ustedes demuestran lo contrario, espero que sea muy enriquecedor, gracias al vasto conocimiento que tiene cada uno de ustedes. En esta asignatura el aprendizaje será bidireccional pues todos podremos aprender de todos, compartiremos experiencias y encontraremos formas de aplicar lo que el programa de estudios nos marca.

Comprendo también que todos se trabajando en el contexto o papel que cada uno tiene, pero quiero compartirle que estoy a sus órdenes para lo que necesiten, pero es importante que:

➤ Organice

Sus tiempos para poder ingresar, participar en los foros y entregar sus actividades, pues la flexibilidad de la plataforma es que ustedes puedan ingresar en todo momento del día, teniendo 6 días para poder elegir cuando dejar sus respuestas y actividades.

➤ Revise

Al inicio de cada semana las actividades, antologías, instrucciones de los foros para poder desarrollar sin contratiempo su trabajo semanal.

➤ Originalidad

Que todo lo que realice desde sus aportaciones, ensayos y actividades tengan su toque personal al aportarnos sus interpretaciones, relacionando los contenidos con ejemplos o experiencias que usted posee, pues eso da un enriquecimiento natural a cada actividad.

➤ Trabajo colaborativo

Estamos trabajando en un grupo en el que todos nos encontramos unidos por un mismo fin, obtener aprendizajes significativos y como sabemos los conceptos por si solos son letras simples, que van tomando forma con cada participación de ustedes, por ello trabajemos pensando en que cada que ustedes escriban una respuesta sea con la intención de que otros compañeros del grupo de puedan apoyarse en ellas y que aprovechemos el cumulo de experiencia que todos poseen para dejar una semilla que florezca en los compañeros.

“Lo mejor que se puede compartir es el conocimiento” Alain Ducasse

Atentamente

Gladis Adilene Hernández López

Facilitadora UDS

INDICE

Unidad I

I.1. Actualización en Legislación de Seguridad Social relacionada con facturación y negociación.

I.2. Principios de negociación de servicios de salud.

I.3. Consideraciones financieras en la negociación de servicios de salud.

I.4. Negociación de conflictos en salud.

Unidad I

I.1 Actualización en legislación de seguridad social relacionada con la facturación y negociación.

En nuestro país la protección de la salud es todavía una aspiración que está lejos de cumplirse. El sistema público de salud está descentralizado, fragmentado y segmentado lo cual aunado a un frecuente abandono y sobrecarga de los servicios refleja tiempos de espera prolongados para brindar la atención y carencias en personal, medicamentos e insumos básicos.

La descentralización del sistema es consecuencia de la política predominante de los gobiernos neoliberales, en particular del aseguramiento como mecanismo para el financiamiento y acceso de administradores de fondos, compradores de servicios y prestadores de servicios privados al sistema de salud que inició después del ajuste económico drástico de 1984 y culminó en 1997 después de varias interrupciones debido a múltiples problemas técnico-políticos.

Actualmente el Sistema Nacional de Salud se compone, por un lado, de la Secretaría de Salud Federal y los Servicios Estatales de Salud (SES) y, por el otro de los servicios médicos de los institutos de seguridad social.

El papel de la Secretaría de Salud es básicamente ejercer la rectoría de todo el sector, lo que implica la evaluación y corrección de acciones realizadas por los SES, aunque también presta servicios de alta especialidad en los institutos nacionales de salud, los hospitales regionales de alta especialidad y los hospitales federales.

Por su parte, los institutos de seguridad social prestan principalmente servicios médicos y preventivos a sus derechohabientes, aunque participan en algunas de las acciones de salud pública dirigidas a toda la población como son las semanas nacionales de salud.

Es importante subrayar que la afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es altamente inestable, ocasionando que una proporción importante de sus derechohabientes (aproximadamente 15 millones de mexicanos) intercalen su atención entre los SES y el IMSS.

En cuanto al financiamiento de los servicios de salud, el Fideicomiso de Protección Social en Salud no ha aplicado la ampliación significativa de sus recursos, principalmente de los padecimientos o intervenciones reconocidas como de gasto catastrófico y ha limitado la edad para que sean atendidos gratuitamente. Tampoco ha fortalecido la infraestructura de salud y, en cambio, ha acumulado reservas cuyo destino es poco transparente.

Ante la incapacidad del sistema de salud de garantizar el acceso universal de salud a todos los mexicanos, se plantea iniciar un proyecto que culminará con el establecimiento de un sistema único, público y gratuito con la integración de todos los servicios públicos de salud, durante el periodo presidencial 2019-2024.

En México, la seguridad social encuentra su fundamento en el artículo 123, apartado A, fracción XXIX al establecer que la Ley del Seguro Social es de utilidad pública y que comprende diversos seguros, como el de invalidez, vejez, vida, cesantía, enfermedades, accidentes, guarderías y cualquier otro “encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”. De la literalidad del texto se puede apreciar que, en principio, la seguridad social no se encuentra condicionada o dirigida a un sector determinado de trabajadores, mucho menos restringida, pues se señala para todos los trabajadores, inclusive se hace extensiva a sus familias.

Por otro lado, en las fracciones XI y XIV del apartado B se establecen las bases mínimas de la seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado, mismas que de forma específica se detallan en la fracción XI, y que comprende la protección contra accidentes y enfermedades profesionales, no profesionales, maternidad, jubilación, invalidez, vejez, muerte, asistencia médica, medicinas, habitaciones, licencias, centros para vacaciones, de recuperación

y tiendas económicas, tanto para los trabajadores como para sus familias. Mientras que la fracción XIV señala la garantía de seguridad social para los trabajadores de confianza.

Por su parte, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que es reglamentaria del artículo 123, apartado B, en su artículo 3o. establece que son de carácter obligatorio los seguros de salud (que comprende atención médica preventiva, atención médica curativa y de maternidad, y rehabilitación física y mental); de riesgos de trabajo; de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y de invalidez y vida.

La ley del seguro social (LSS), expresa así todo lo anterior: la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. El principal instrumento de la seguridad social es el Seguro Social, cuya organización y administración se encarga precisamente a la institución llamada IMSS.

La misión implica una decidida toma de postura en favor de la clase trabajadora y sus familiares; misión tutelar que va mucho más allá de la simple asistencia pública y tiende a hacer realidad cotidiana el principio de la solidaridad entre los sectores de la sociedad y del Estado hacia sus miembros más vulnerables.

Simultáneamente, por la misma índole de su encargo, el Instituto debe actuar como uno de los mecanismos más eficaces para redistribuir la riqueza social y contribuir, así, a la consecución de la justicia social en el país.

A continuación, se hará un estudio sobre lo que implica el Instituto Mexicano del Seguro Social, dando inicio con las características de dicha entidad, misma que será la responsable como ya se anunció de proporcionar los servicios que la ley establece para todos aquellos que se encuentren sujetos a cualquiera de los regímenes que ésta manifiesta.

Cabe hacer la aclaración de que se hará mención tanto de sus características como organismo descentralizado, al igual que como organismo autónomo fiscal, según el artículo 5 de la LSS.

Artículo 5. La organización y administración del Seguro Social, en los términos consignados en esta Ley, están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo.

Este organismo es creado por el Congreso de la Unión, con fundamento en la ley Original del Seguro Social, misma que se encuentra contenido en el Decreto del 31 de diciembre de 1942, y que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1943.

A continuación, se mencionará la exposición de motivos para la creación de este ente, en el cual se plasmaron los siguientes razonamientos:

“A efecto de manejar este seguro social se crea especialmente una institución que establecerá un régimen eficaz de protección obrera, sin fines de lucro, que suministrará las prestaciones en metálico, en servicios y en especie, en los momentos de mayor angustia de los trabajadores, sin costos adicionales ni trámites engorrosos para las víctimas... debe destacarse también que como la protección impartida por el seguro social entraña una función de interés público, no puede ser encomendable a empresas privadas, sino que el Estado tiene el deber de intervenir, en su establecimiento y desarrollo, porque quien sufre, en última instancia los riesgos de la pérdida de capacidad de trabajo de los obreros es la colectividad entera, que con motivo de esos acontecimientos ve transformadas sus actividades y amplificadas sus problemas... de conformidad con el criterio sustentado por los tratadistas del derecho administrativo, el servicio público es toda actividad cuyo cumplimiento debe ser regulado; asegurado y controlado por los gobernantes por ser indispensable para la realización y desenvolvimiento de la interdependencia social, y porque

demás es tal naturaleza que no puede ser completamente eficaz sino mediante la intervención del Estado.”

CARACTERÍSTICAS DEL IMSS COMO ORGANISMO DESCENTRALIZADO.

I. Personalidad Jurídica propia.- Es un organismo creado por ley o decreto, de parte del Ejecutivo.

II. Organismo de Representación, cuenta además con órganos unipersonales, pluripersonales o colegiados.- Esta característica se refiere al hecho de que dicho ente creará para sí un órgano que lo va a representar, mismo que estará integrado en forma colegiada, el cual será representado por el sector o grupo social al que se dirige especialmente el servicio.

III. Con Patrimonio Propio.- El organismo desde el momento en que es creado se determinará como quedará conformado su patrimonio siendo éste el conjunto de bienes y derechos con que cuentan para el cumplimiento de su objeto. Estos bienes generalmente son equiparables con los de dominio público, por el destino que tienen, pues son necesarios y están afectos a la prestación del servicio público relativo.

IV. Con Denominación propia la cual lo distingue de las demás.

V. Régimen Jurídico.- Respecto de esta característica, se puede deducir, ya que se tiene el conocimiento de que dicho organismo cuenta para su desempeño con una la Ley o reglamento, mismos que son el conjunto normativo formal y material que regula su existencia, objeto y actividad.

VI. Autarquía.- Esta última característica consiste en el poder de decisión que ejercen sus órganos internos de gobierno, con la autonomía técnica y orgánica que poseen debido a la independencia de su régimen financiero, y por encontrarse atenuada la jerarquía de sus órganos de mando con relación a la administración central.

A las aportaciones se les confiere la calidad de fiscal en el momento en que se realiza la reforma del artículo 135 de la LSS en 1944; y así poder darle al IMSS el carácter de organismo fiscal autónomo, esto a raíz de la gran problemática para hacer realizable el cobro de dichas aportaciones, a partir de entonces se le confieren a éste facultades expresas para

poder determinar los créditos a su favor y precisar las bases para su liquidación, fijarlos en cantidad líquida, cobrarlos y percibirlos, dándole plena competencia tributaria.

CARACTERISTICAS DEL IMSS COMO ORGANISMO AUTONOMO FISCAL.

El Instituto, en su carácter de organismo fiscal autónomo, se deberá sujetar al régimen establecido en la LSS, ejerciendo las atribuciones que la misma le confiere de manera ejecutiva, con autonomía de gestión y técnica, en los ámbitos regulados en la misma. Por lo que tenemos que dentro de sus características se encuentran:

I. Competencia Tributaria.- En materia de recaudación y administración de las contribuciones que conforme a la LSS le corresponden, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 2º, fracción II y penúltimo párrafo, del CFF, tienen la naturaleza de aportaciones de seguridad social, el Instituto recaudará, administrará y, en su caso, determinará y liquidará, las cuotas correspondientes a los seguros establecidos en la LSS, aplicando al efecto lo dispuesto en la misma y en lo no previsto expresamente en ella el CFF, contando respecto de ambas disposiciones con todas las facultades que ese Código confiere a las autoridades fiscales en él previstas, las que serán ejercidas de manera ejecutiva por el Instituto, sin la participación de ninguna otra autoridad fiscal.

II. Identifica al sujeto de la Obligación.- En el momento en que el patrón, trabajador o sujeto de aseguramiento se da de alta en el IMSS, este ubica al sujeto que será responsable ante el IMSS.

III. Precisa las bases de liquidación, las fija en cantidad líquida, las cobra y percibe, dándole competencia tributaria.- Es decir, que da a conocer al sujeto de aseguramiento como se realiza la determinación de las cuotas en cantidad líquida.

El Instituto, en materia de su presupuesto, gasto y contabilidad, se regirá por lo dispuesto en la LSS y, en lo no previsto expresamente en ella, podrá aplicarse la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y las disposiciones que de ella emanen.

Los servidores públicos del Instituto serán responsables de cualquier daño o perjuicio estimable en dinero que afecte a la Hacienda Pública Federal o el patrimonio del propio

Instituto, por lo que resultará aplicable la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos y en la Ley de Fiscalización Superior de la Federación.

Esta es una buena medida, que por parte del Congreso de la Unión se ha tomado para evitar que los servidores públicos encargados de la seguridad social, provoquen un detrimento en el patrimonio del Instituto, en virtud de que se han desviado sus recursos económicos en otros aspectos que no son propiamente para cumplir con los fines de la seguridad social.

Por lo que corresponderá a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, por sí o a través del órgano interno de control en el propio Instituto, el ejercicio de las atribuciones que en materia de control, inspección, vigilancia y evaluación le confieren la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y demás ordenamientos legales aplicables, sin perjuicio de las facultades que corresponden a la Auditoría Superior de la Federación. Esta medida se toma en virtud de que los recursos que se hagan llegar por parte de la Federación deberán ser auditados para determinar su buen manejo y que se apliquen al ramo para el que fueron destinados en el presupuesto que se haya aprobado.

Ahora bien, el Instituto deberá formular su proyecto de presupuesto y ejercer el gasto correspondiente, con estricto respeto a los criterios de disciplina, productividad, ahorro, austeridad, eficacia, eficiencia, desregulación presupuestaria y transparencia, debiendo aplicarlos en forma tal que no afecte la atención a sus derechohabientes. El Instituto planeará su gasto de manera que contribuya a mantener su estabilidad y equilibrio financiero en un horizonte de mediano y largo plazo, conforme a las tendencias demográficas y epidemiológicas de su población beneficiaria.

Los términos en que se deberá formular el proyecto de presupuesto no están definidos apropiadamente para determinar en qué consiste el respeto a los criterios de disciplina, productividad, ahorro, austeridad, eficacia, eficiencia, desregulación presupuestaria y transparencia; a qué tipo de austeridad se refiere si el Instituto se encuentra trabajando con números rojos; ahora en qué sentido se debe aplicar o entender la eficacia y la eficiencia, a la forma de prestar el servicio; es decir hizo falta que el Congreso de la Unión explicase en

forma más concreta este tipo de conceptos para que no exista confusión o incongruencia al momento de aplicarlos.

Las cuotas, contribuciones y aportaciones que conforme a lo dispuesto en la LSS deberá enterar el Gobierno Federal al Instituto, se manifestarán de manera expresa, señalando su destino específico, en un apartado individual del correspondiente decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación que anualmente se apruebe, haciendo referencia al total del gasto que se prevea habrá de ejercer el propio Instituto señalando, en su caso, las reglas para su control y seguimiento.

Conforme a dicha disposición el Instituto tendrá la obligación de manejarse bajo el total de gasto que informe para que sea aprobado en el Presupuesto de Egresos Federal; con lo cual podrá tenerse un mejor manejo de las cantidades enteradas al Instituto y evitar que este, a través de sus servidores públicos, haga desvíos de los recursos que se le otorguen, además de que al informar en que se pretende aplicar los mismos no habrá forma de ocasionar algún perjuicio al patrimonio de dicho ente.

El Instituto deberá presentar al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y al Congreso de la Unión, a más tardar el 30 de junio de cada año, un informe dictaminado por auditor externo, que incluya, al menos, los siguientes elementos:

- I. La situación financiera de cada uno de los seguros ofrecidos por el Instituto, y actuarial de sus reservas, aportando elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios derivados de cada seguro;
- II. Los posibles riesgos, contingencias y pasivos que se están tomando en cada seguro y la capacidad financiera del Instituto para responder a ellos en función de sus ingresos y las reservas disponibles;
- III. Estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas obrero patronales y a las cuotas, contribuciones y aportaciones del Gobierno Federal de cada seguro, en su caso, que

se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto, y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas, y

IV. La situación de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan su gasto por más de un ejercicio fiscal.

Para los propósitos anteriores el Instituto informará sobre las tendencias demográficas de su población beneficiaria, incluyendo modificaciones en la esperanza de vida; tendencias en la transición epidemiológica, y cambios en la composición de género de la fuerza laboral, entre otros factores. La estimación de riesgos, a su vez, considerará factores derivados del ciclo económico, de la evolución del costo de los tratamientos y medicamentos, los costos laborales, de la situación macroeconómica, así como cualquier otro factor que afecte la capacidad del Instituto para cumplir con sus compromisos. En todos los casos, la estimación sobre riesgos y pasivos laborales y de cualquier otro tipo, se formulará con estricto apego a los principios de contabilidad generalmente aceptados por la profesión contable organizada en México. Es una buena idea mantener bajo auditoría anual al Instituto para que este determine en que está utilizando los recursos que la federación le hace llegar y no permitir que se presenten desvíos en lo que respecta a su patrimonio.

El informe, asimismo, deberá contener información sobre el estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica, para poder atender de forma satisfactoria a sus derechohabientes, para evitar que éstos, se inconformen por la forma en que se presta el servicio.

Por lo que el Director General del Instituto habrá de hacer llegar al Consejo Técnico el anteproyecto para que este a su vez lo revise y en seguida hacerlo llegar al Ejecutivo Federal para que este a su vez lo someta a la aprobación del Congreso del Estado en conjunto con el Presupuesto de Ingresos y Egresos Federales; el Director General será el encargado de realizar este anteproyecto en virtud de que es el encargado de realizar la repartición del presupuesto que se le haga llegar a través de la Federación; ya que deberá analizar el estado que guarda la infraestructura general del Instituto y darlo a conocer a la Federación para que

estos a su vez hagan una evaluación de lo que se ha realizado y como se han aplicado los recursos, si es que se apegaron al presupuesto que hicieron llegar al Ejecutivo o en su caso si lo aplicaron de forma diferente y aplicar las sanciones correspondientes.

A más tardar dentro de cuarenta y cinco días naturales antes de que conforme a lo establecido en nuestra Constitución Federal, el Ejecutivo Federal remita al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley de Ingresos y el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación, el Director General propondrá al Consejo Técnico el anteproyecto de presupuesto de ingresos y egresos del Instituto, que incluya los gastos de operación y el flujo de efectivo, tomando en cuenta los criterios de política económica y presupuestaria del Gobierno Federal, así como la evolución de los ingresos de éste y lineamientos del control del gasto.

El Consejo Técnico discutirá y aprobará dicho anteproyecto de presupuesto que será remitido a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para los efectos del artículo 276 de la Ley del Seguro Social.

El tema relacionado con las contribuciones, la facturación en el sistema administrativo fiscal, es considerado hasta la fecha un dolor de cabeza para cualquier persona que realice una actividad profesional o laboral, porque como bien conocemos, para el estado es necesario recaudar ingresos económicos y el sector salud no es la excepción, según la ley de seguridad social.

Es por ello que hoy obliga a cualquier institución de salud a favorecer a los contribuyentes para obtener en devolución de impuestos en promedio 30 por ciento del pago por honorarios de médicos, dentistas, psicólogos y nutriólogos, si la transacción se hizo por un medio bancarizado, señaló el Servicio de Administración Tributaria (SAT).

El administrador general de Recaudación del organismo, Adrián Guarneros Tapia, exhortó a los contribuyentes a exigir su derecho a obtener factura electrónica por una transacción

médica, beneficiarse de una deducción personal y, en su caso, obtener una devolución de impuestos.

El funcionario recordó que este derecho a deducir el pago de servicios médicos solo se podrá ejercer si la transacción se hizo por algún medio bancarizado, ya sea con tarjeta de crédito o débito, cheque o transferencia bancaria.

“Todo contribuyente tiene derecho a obtener una factura por una transacción médica y de esa manera reflejarlo en su declaración anual y obtener en promedio el 30 por ciento de ese gasto en devolución de impuestos”, subrayó.

A principios de 2018, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) resolvió tres juicios de amparo con lo cual determinó que los médicos, dentistas, psicólogos y nutriólogos, deben contar con terminal bancaria, aceptar pagos a través de transferencias o cheques, para que sus clientes puedan deducir los gastos generados por sus servicios.

En la sesión del 10 de enero pasado, por mayoría de cuatro votos, la Primera Sala de la SCJN consideró que este requisito previsto en el artículo 151, fracción I de la Ley del Impuesto Sobre la Renta es constitucional.

Guarneros Tapia informó que el SAT tiene inscritos o identificados como médicos, dentistas, nutriólogos y psicólogos a cerca de 300 mil contribuyentes, y señaló que estas actividades profesionales están entre los sectores donde más evasión se registra.

Expuso que la disposición que establece que médicos, dentista, psicólogos y nutriólogos deben tener una terminal bancaria, así como aceptar cheques o transferencias bancarias para que sus pacientes puedan deducir los gastos por sus servicios, tiene tres objetivos: identificar que la persona que está pagando sea la misma que está deduciendo, reconocer plenamente que se llevó a cabo la transacción y exigir el derecho a deducir, para lo cual los prestadores de servicios tendrán que incorporarse a la formalidad.

“En ser médico, dentista, nutriólogo o psicólogo es muy importante el tema del profesionalismo en ellos, no te gustaría ir con un médico que al final no resulte médico y si está en la informalidad, qué no te hace pensar que está en otra situación distinta, alguna otra deficiencia”, advirtió el funcionario.

Por esto, añadió, la sociedad debe exigir sus derechos y ser corresponsable, pues pagar con una transferencia electrónica habla de formalidad, pero también estos especialistas deben utilizar estas formas de pago, pues si tienen transacciones por medios no bancarizados “también se ponen en un riesgo ante la autoridad fiscal”.

El instituto de seguridad social no es la excepción a esta regla, por lo cual, más adelante detallaremos el proceso:



Desde la aplicación del SIPARE ya es posible obtener tu CFDI por las obrero patronales en forma individualizada, por línea de captura SIPARE o archivo SUA, sólo ingresa a SIPARE y elige la opción «Comprobante Fiscal». Si aún no eres usuario del Sistema de Pago Referenciado del IMSS (SIPARE), te dejamos una pequeña guía de cómo hacerlo para después descargar tu CFDI del IMSS.

Como Ingresar al SIPARE y Descargar CFDI del IMSS.

Para ingresar al SIPARE deberás acceder al portal del IMSS a través de Internet en la siguiente liga www.imss.gob.mx/imssdigital/patrones/sipare y realizar los siguientes pasos:

- I. Accede a la opción «Registrar nuevo usuario».

2. Ingresa la Línea de Captura que viene en la propuesta de pago que te fue entregada, o bien, carga un archivo de pago SUA actual.
3. Revisa tus datos patronales e ingresar un correo electrónico válido, el cual será utilizado para enviarte la confirmación de alta.
4. Ingresa una contraseña con un mínimo de 8 caracteres.
5. Confirma la contraseña y oprimir el botón Aceptar.



Descargar el Comprobante Fiscal Digital por Internet del IMSS

Para hacerlo debes de ir a la sección de Comprobante Fiscal Digital en el portal del Sistema de Pago Referenciado SIPARE.



1.2 Principios de negociación en los servicios de salud.

La presencia de tipos de poder, formas de negociación, tipos de negociación, componentes de los procesos de negociación, etc., hacen parte de la vida diaria.

Hacen parte de la personalidad de cada individuo, independiente de su edad, estilo de vida, conocimiento, profesión que desempeñe o tendencia sexual.

Por lo tanto, en el área de la salud también se van a encontrar las diferentes características que componen el arte de la negociación. En las empresas de salud se encuentran múltiples zonas donde se presentan negociaciones, no solo a nivel de la alta gerencia.

Así, los componentes y las características de una negociación se encuentran incluidos en las relaciones de las personas en todos los servicios de un hospital – públicos y privados - en todas las oficinas de entidades prestadoras de salud, en los laboratorios, en los bancos de sangre, en las farmacias, entre las casas farmacéuticas nacionales y multinacionales, universidades de áreas médicas y paramédicas, especializaciones, maestrías y doctorados de salud y epidemiología, etc.

En el estado Mexicano, se encuentran de todo tipo de poderes y tipos de negociadores en las diferentes áreas que tienen que ver con la salud de los pacientes.

Lastimosamente, el concepto de negociación en salud ha sido mal interpretado, mal intencionado y mal conducido dependiendo de quién esté a la cabeza de cada negociación. La pregunta que se deriva de esta conducta de desenfoque de las negociaciones en salud es: ¿Es negociable la salud? Una pregunta que no presenta respuesta si se mira con los ojos de la ley de ética médica.

Por esta razón, siempre se ha planteado que los médicos son muy malos negociantes; la diferencia estriba en que los intereses del gremio médico son el resultado del paciente - que

ojala sea bueno – y el interés de muchas otras personas que intervienen en negociaciones de salud no es el bienestar del paciente sino cuánto cuesta ese bienestar.

La actitud mal negociadora del médico es tan mala que él es capaz de sacrificar muchas de sus ventajas de calidad de vida por lograr un bienestar con los pacientes. De esta forma, se pierde el concepto de definición “la negociación es una cuestión de relaciones humanas” por el concepto: “la negociación es una cuestión de entregas humanas”.

Negociar es un acuerdo obtenido a través de una prestación recíproca que da satisfacción a ambas partes; es una solución que respeta los intereses de todos. Evidentemente, para llegar a un desenlace así, todo negociador en salud debe en primer lugar reconocer y comprender sus propias necesidades y objetivos, luego los del otro.

En suma, conocerse a sí mismo y después al otro constituye la esencia misma de toda negociación exitosa.

Se necesitan algunas cualidades accesibles para la mayoría de las personas: respeto, capacidad de escucha, buen sentido de la observación, algunas aptitudes en comunicación, una pizca de sabiduría y un poco de humor.

Lastimosamente, el personal del área de la salud, es carente de muchas de las características mencionadas anteriormente, por el lastimoso ego que maneja el área de la salud y cuando no son personas del área de la salud que participan de negociaciones en el área, carecen de la pizca de sabiduría en el área, pizca que se convierte en algo fundamental cuando se están negociando vidas.

Ejemplo: En una no muy reconocida clínica de la ciudad que lleva en su interior el corazón, por más de 20 años, las negociaciones y los manejos gerenciales fue llevada a cabo por el conocido por muchos y por el texto como “el Negociador”

. Era demasiado obvio que su profesión de economista de la vieja guardia no le permitiera negociar adecuadamente temas de salud, resultados finales: endeudamiento al extremo, cuentas por pagar hasta el punto de llevar la empresa a la quiebra. Un resultado final derivado de la falta de información por parte de uno de los negociadores, por ello la importancia de poder negociar, en el estado mexicano este tipo de negociación se crea gracias a las reformas constitucionales que han existido.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 17 publicado en el Diario Oficial en junio de 2008 dice a la letra: “Las leyes preverán mecanismos alternativos de solución de controversias.”

Los tratadistas coinciden en la necesidad de impulsar estas vías, especialmente tratándose de materias de alta especialización, entre ellas los actos de comercio, el derecho de daños y en épocas recientes: el derecho sanitario (especialmente en tanto se refiere a la interpretación sistemática de la lex artis y la deontología médicas).

Las leyes estatales se han modificado para aceptar los métodos alternativos de solución de conflictos. En muchos estados de la república se han creado Agencias del Ministerio Público especializadas en mediación y conciliación.

La primera comisión nacional de arbitraje médico se fundó en 1996. La primera comisión de arbitraje médico estatal fue la de Tabasco en 1997. La de Querétaro se creó en 1999.

Por lo anterior mente descrito, es necesario mencionar los principios rectores de esta negociación en los servicios de salud.

- Oralidad (no se requieren las fórmulas cuasi sacramentales usuales en los tribunales).
- Economía procesal (se simplifican los trámites, con relación al juicio civil ordinario).
- Igualdad de las partes en el proceso (dicho en otros términos, las comisiones de arbitraje médico no son instancias defensoras de ninguna de las partes, sino que actúan para buscar el

conocimiento de la verdad histórica escuchando las argumentaciones, defensas y pruebas de las partes a fin de buscar el justo medio).

- Imparcialidad (pues actúa según lo alegado y probado en el procedimiento).
- Gratuidad.
- Confidencialidad (el procedimiento es secreto y sólo puede hacerse pública la resolución para el cumplimiento de obligaciones, nunca para el desprestigio de las partes).

Merced a lo anterior, se puede señalar que tanto la amigable composición, como el arbitraje son verdaderos sustitutivos jurisdiccionales, y por ello en uso de la autonomía de la voluntad las partes pueden optar por estas vías alternas pues se trata de un derecho reconocido en la legislación procesal civil, que informa el siguiente principio:

Todo el que esté en pleno uso de sus derechos civiles puede comprometer sus negocios en árbitros.

1.3 Consideraciones financieras en la negociación de servicios de salud.

La reforma a la ley general de salud (LGS) de 2003, mediante la cual se estableció el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), incluyó un diseño financiero tripartito de financiamiento análogo a aquel de la seguridad social, que permitiría la portabilidad de derechos entre instituciones. La cuota social es la aportación gubernamental idéntica en nombre, concepto y monto, a la de la seguridad social. Las aportaciones solidarias federal y estatal son análogas al aporte patronal, mientras que las cuotas familiares son equivalentes a las cuotas obreras. No obstante, el monto de la cuota social dejó de ser el mismo entre las instituciones de seguridad social y el SPSS desde 2009.

Los recursos financieros que la Federación entrega a las entidades federativas a consecuencia de la descentralización, son transferidos mediante el Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), ramo de corte general que se ejerce por los estados. En la etapa, se

consideró la opción de que la cuota social fuera asignada a través de un nuevo ramo presupuestal también de corte general (quizás 19-bis), adjunto al Ramo 19 del PEF mediante el cual la Secretaría de Hacienda y Crédito Público asigna el financiamiento a la seguridad social.

Otro aspecto clave del diseño de la arquitectura financiera del SPSS, es que sus recursos deberían de ser transferidos –como lo señala la Ley en su Artículo 77 bis 16– mediante un esquema similar al Fondo de Aportaciones para los servicios de Salud FASSA regulado en la Ley de Coordinación Fiscal, que permite la programación federal pero también la ejecución directa por los estados como recursos propios bajo su legislación y supervisión. No obstante, en la implementación del financiamiento del SPSS, la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión marcó, a partir del ejercicio presupuestal 2008, un destino de gasto específico para los recursos del SPSS, mediante el Ramo 12 en el PEF.

Esta medida carece de sustento legal, pues el Ramo 12 está destinado a apoyar gastos propios de la Secretaría Federal de Salud. La Cámara de Diputados etiqueta, así, los recursos del SPSS en porcentajes definidos para su gasto en humanos, medicamentos, acciones preventivas, gastos de administración y promoción de la salud. El Congreso incluyó las disposiciones para el etiquetamiento dentro del Capítulo II de los Criterios Generales para Programas Específicos Sujetos a Reglas de Operación del Título Cuarto del PEF, mientras que el SPSS no está tipificado como tal, ni incluido en las listas de los anexos 7 o 18 (según el año) que los incluyen.

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos fue instituido como un fideicomiso público federal pero, excepcionalmente, con aportaciones estatales, lo cual significa un reto para la gobernanza. El Seguro Médico para una Nueva Generación, introducido en la administración 2006-2012, es un programa de subsidio federal sujeto a reglas de operación y a un sistema de financiamiento y operación distinta para cubrir los gastos de las negociaciones realizadas por la CONAMED, situación que complica la gobernanza financiera de la protección social en salud.

La evaluación del marco jurídico sugiere que éste no favorece la integración funcional de las instituciones públicas y que podría representar un obstáculo importante para asignar de manera eficiente los recursos recaudados en los diferentes esquemas hacia los proveedores en mejor posición para resolver sus necesidades de salud.

1.4 Negociación en los conflictos de salud.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico en su desenvolvimiento cotidiano, ha ido ajustando progresivamente un modelo de atención de inconformidades médicas mediante la integración del proceso arbitral, definiendo los procedimientos de las etapas inicial, conciliatoria y decisoria, quedando incluido el seguimiento de los compromisos asumidos por las partes en cada uno de los instrumentos de las referidas etapas, hasta alcanzar hoy en día un proceso integral y estandarizado que permite satisfacer las expectativas de los usuarios.

Orientación

La CONAMED lleva a cabo acciones de orientación, para atender los planteamientos que la ciudadanía formula de manera personal, telefónica o mediante correo electrónico sobre muy diversos aspectos, entre los que destacan aquellos que van desde información general relativa a datos sobre la ubicación, quehacer y alcances de la Comisión, requisitos para presentar una inconformidad, información para realizar trámites ante las instituciones de seguridad social en asuntos como incapacidades o pensiones, hasta criterios para elegir médicos y/o clínicas u hospitales privados.

A través de estas acciones se desahogan interrogantes, inquietudes o problemas que no necesariamente requieren la intervención especializada de la CONAMED, es decir, estas orientaciones son otorgadas por el personal técnico o administrativo y no precisan estar documentadas, ni hacer entrega de constancia de la misma a los interesados.

Asesoría especializada

Parte fundamental del quehacer de la CONAMED se refiere a las acciones de asesoría médico legal que se brindan a la sociedad, las cuales están relacionadas con la prestación de servicios de salud, al existir presunta irregularidad en la atención del paciente; es una queja médica, pero de acuerdo a las pretensiones del usuario no es atribución nuestra el resolverla. Las asesorías, así como las acciones tendientes a la revisión exhaustiva y análisis minucioso de cada uno de los casos resultan de vital importancia, ya que constituyen un verdadero filtro para la adecuada selección de asuntos procedentes e impiden que se abran expedientes sin fundamento, que no tendrían posibilidad de solución y que generaría falsas expectativas en los usuarios, así como insatisfacción y desconfianza en la CONAMED.

Todas las asesorías se brindan a través de una atención personal, profesionalizada y especializada, con énfasis en el análisis médico jurídico motivo de la inconformidad. En cada caso se elabora un documento institucional en el que se hace saber a los usuarios los derechos y obligaciones que los asisten, así como las diversas alternativas legales para ventilar su inconformidad y, en su caso, las ventajas y desventajas de cada instancia.

Resolución de inconformidades mediante gestión inmediata

Para los casos en que, por lo comprometido de la situación de salud del paciente, se necesita una pronta solución a los problemas presentados, o bien porque las pretensiones para dirimir la controversia se refieren exclusivamente a requerimientos de atención médica o de información, la CONAMED, a través de su intervención y gestoría ha hecho que se restituyan los derechos del paciente, resolviendo así el conflicto o previniendo uno mayor. Con esta forma de atención se ha logrado a través de gestiones de carácter inmediato, realizadas con los prestadores del servicio, la resolución de los asuntos en un plazo menor a 48 horas.

Las acciones de asesoría especializada, así como las gestiones inmediatas, no sólo han fortalecido la capacidad de resolución en menos de 48 horas, sino que también han propiciado que un menor número de asuntos continúen las siguientes etapas del proceso arbitral. Las gestiones se formalizan en un documento para su debido control y seguimiento

para verificar que los compromisos asumidos por el prestador del servicio sean efectivamente cumplidos en los plazos y términos acordados.

Etapa conciliatoria

En las inconformidades que no puedan ser resueltas mediante gestiones inmediatas, se correrá traslado de la queja, con efectos de notificación personal al prestador.

Al prestador se le informará la naturaleza y alcances del proceso arbitral, así como las vías existentes para la solución de la controversia y, en su caso, recabará la aceptación del trámite arbitral que se entenderá como formalización de la cláusula compromisoria. Se levantará acta de esta diligencia.

A partir de la aceptación, el prestador del servicio médico dispondrá de un término de nueve días hábiles para presentar un escrito que contendrá resumen clínico del caso y su contestación a la queja, refiriéndose a todos y cada uno de los hechos, precisando, en su caso, sus propuestas de arreglo. A su contestación deberá acompañar síntesis curricular, fotocopia de su título, cédula profesional y, en su caso, comprobantes de especialidad, certificado del consejo de especialidad y la cédula correspondiente.

A efecto de promover la avenencia de las partes, CONAMED realiza la audiencia de esta etapa conciliatoria en la que propone a los involucrados, después del análisis especializado del asunto motivo del trámite, presenten vías de arreglo, las cuales de ser aceptadas por las partes originan la suscripción de un instrumento (convenio o contrato de transacción, desistimiento de la acción o finiquito correspondiente) en el que se expresan las contraprestaciones que se pacten, con la sola limitación de que no deberán ser contrarios a derecho.

La CONAMED da seguimiento al cumplimiento de los compromisos que asuman las partes en los instrumentos de transacción, si éstos se cumplen voluntariamente se archiva el expediente como asunto total y definitivamente concluido, en caso contrario, se brindará la orientación necesaria para su ejecución en los términos de ley.

Propuesta de arreglo

Cuando las partes no concilian y no llegan a un acuerdo, y deciden no someter su controversia a la resolución de CONAMED en estricto derecho o en conciencia, la Comisión emite por escrito una propuesta de arreglo, siempre que hubieren aceptado esta vía, la cual se basa en la *lex artis*, normas sanitarias y aspectos jurídicos, que no resuelve el fondo del litigio, ni prejuzga sobre los derechos de las partes, sino orienta a los interesados para buscar una solución equitativa, con el propósito de resolver en definitiva su litigio.

Etapa decisoria.

En los casos que no se logra la conciliación, se plantea a las partes la propuesta de arreglo o la aceptación de someter su controversia a la resolución de CONAMED en estricto derecho o en conciencia. Mediante el arbitraje en estricto derecho, la Comisión resuelve el fondo del litigio según las reglas del derecho, atendiendo a los puntos debidamente probados por las partes.

A través del arbitraje en conciencia, resuelve la controversia en equidad, bastando ponderar el cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica.

La CONAMED una vez fijadas las reglas, decidirá conforme a derecho, a menos que en el compromiso arbitral o en la cláusula compromisoria se le encomiende la amigable composición o el fallo en conciencia.

La etapa decisoria concluye con la emisión del laudo una vez que se ofrecieron y desahogaron las pruebas aportadas y se reciban los alegatos finales de las partes.

CONAMED está facultada para intentar la avenencia de las partes en todo tiempo, antes de dictar el laudo definitivo, cualesquiera que fueren los términos de la cláusula compromisoria o del compromiso arbitral, se entenderá invariablemente que CONAMED podrá actuar a título de amigable componedor.

Así también, la Comisión da seguimiento a los compromisos derivados de la emisión del laudo arbitral, hasta su cabal cumplimiento. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico no es ente sancionador de supuestas irregularidades de la práctica médica, para ello existen ya, desde hace mucho tiempo instancias que dirimen fríamente los conflictos. En nuestro trabajo prevalece la conciliación amigable, o en su caso el estudio cuidadoso, exhaustivo y respetuoso, que dé sustento a los laudos que se emitan; con la convicción de que es posible evitar la repetición de errores si se utiliza la experiencia de los casos estudiados y con base en ella, se busca modificar los procedimientos y las conductas inconvenientes.

ACTIVIDAD PARA LA SEMANA DEL 02 AL 07 DE NOVIEMBRE 2020

Ensayo: Elaborar un ensayo correspondiente a los temas abordados en la primera unidad, con apoyo de la antología o de información adicional.

BIBLIOGRAFÍA

- Carrillo Favela, Luz María Reyna. La Responsabilidad Profesional del Médico en México. 5ª ed. México: Editorial Porrúa. 2005. p. 223-224.
- Luis Puchol, Antonio Núñez, Isabel Puchol, Guillermo Sánchez. El Libro de la Negociación. Tercera edición. Editorial Díaz de Santos. 2009.
- Secretaría de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado Programa Nacional de Salud 2001-2006. México; 2001. p. 26-9
- Secretaría de Salud. La descentralización de los Servicios de Salud: avances y retos. Un análisis sobre la descentralización del sistema de salud mexicano para el período 1995-2024. México (DF): Consejo Nacional de Salud; 2001. p. 62-71
- 25. Secretaría de Salud. Descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas. Memoria 1995-2000. México (DF); 2001. p. 27-63.
- <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
- http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/8_090120.pdf
- <https://www.gob.mx/conamed/acciones-y-programas/marco-normativo-de-la-conamed>