



Mi Universidad

LIBRO

Negociación en Organizaciones de Salud

Maestría en Administración en Sistemas de Salud

Cuarto Cuatrimestre

Enero-Abril

Mtra. Mónica E. Culebro Gómez

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.

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	Cuadro sinóptico	20%
3	Super nota	20%
4	Examen	40%
Total de Criterios de evaluación		100%

Calificación mínima aprobatoria: 8

3.2. Esquemas de contratación en servicios de salud

Hemos llegado a la parte final de la materia en donde abordaremos aspectos relacionados con la contratación de servicios de salud y la forma en que la negociación influye, tanto en la prestación del servicio de salud, como en la forma de realizar las contrataciones del personal.

Los requerimientos de salud pública en nuestro país son cubiertos por diferentes entidades que ofrecen diversos servicios y apoyo a la población. Los Institutos Nacionales de Salud (INS) son un pilar en la estructura del sistema.

El cuidado de la salud va más allá de los chequeos periódicos y las visitas al médico. El ámbito de la salubridad se extiende a prácticamente todas nuestras actividades, y esto hace que la investigación científica y la formación de profesionales, junto con la atención médica especializada, sean fundamentales para la población y los que integran el sector salud de un país. Estas tres actividades: investigación, formación y atención, son el eje central de los Institutos Nacionales de Salud.

Los organismos que proporcionan servicios y atención médica en México se nutren de los resultados que ofrecen los INS, que en la actualidad forman una red de apoyo vital para la nación y de gran beneficio para el resto del mundo. El trabajo de los institutos les ha permitido ganar un prestigio reconocido globalmente.

La primera institución en convertirse en un Instituto Nacional de Salud fue el Hospital Infantil de México 'Federico Gómez', marcando un hito en la historia de la medicina moderna en México. Actualmente existen 13 Institutos Nacionales de Salud:

- -Hospital Infantil de México
- -Instituto Nacional de Cardiología

- -Instituto Nacional de Cancerología
- -Instituto Nacional de Nutrición
- -Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- -Instituto Nacional de Neurología
- -Instituto Nacional de Pediatría
- -Instituto Nacional de Perinatología
- -Instituto Nacional de Psiquiatría
- -Instituto Nacional de Salud Pública
- -Instituto Nacional de Rehabilitación
- -Instituto Nacional de Medicina Genómica
- -Instituto Nacional de Geriatria

El **Sistema de Salud en México** también cuenta con el apoyo de Centros Regionales, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad. Estos tres últimos, junto con los INS y otras instituciones hospitalarias y académicas, conforman la Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad. De esta manera se continúa trabajando para alcanzar el objetivo de cubrir en su totalidad las necesidades de salud en México, lo que es un reto para toda la sociedad.

La participación de las instituciones de seguridad social, de la iniciativa privada como la industria de investigación farmacéutica, de las instituciones académicas y de la sociedad en general en el desarrollo y mantenimiento de un sistema de salud eficiente y eficaz son un esfuerzo que todos debemos llevar a cabo. La asignación de recursos y la inversión en este rubro requieren del impulso y apoyo de las autoridades, particularmente cuando la tasa de crecimiento económico del país se ve afectada de manera importante por los problemas de salud y el envejecimiento paulatino de la población en general.

En la actualidad en México se trabaja para construir un sistema de salud para el bienestar en los próximos años, dirigido a garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita a las personas sin seguridad social.

En ese marco, se lleva a cabo una amplia estrategia de transformación recogida PSS, siendo una pieza clave de éste la puesta en funcionamiento del INSABI, cuya creación también aparece refrendada en el PND (Plan Nacional de Desarrollo).

Hay razones poderosas para la evolución institucional que significa la creación del INSABI, con responsabilidades sobre la gestión de los servicios de salud para la población sin seguridad social. El país padece de importantes limitaciones en el bienestar nacional ligadas a desigualdades en la situación de salud y en el acceso a servicios de salud, que coloca en una posición desfavorable a un segmento grande de la población: aquella que su inserción en la economía nacional no les permite estar afiliados a una institución de seguridad social y también las personas y familias en situación de pobreza y vulnerabilidad social.

En 2018, se calculó que 69 millones de personas en México estaban excluidos de cobertura por la Seguridad Social (DGIS/Secretaría de Salud), siendo identificada como la población con derecho de afiliación al SP.

El SP básicamente era un esquema de financiamiento que se quedó muy lejos de ofrecer una cobertura universal al reconocer en su póliza a un conjunto predeterminado de servicios, a ser prestado en los servicios públicos de las 32 Secretarías o Institutos estatales de salud y también por operadores privados autorizados. Este planteamiento limitó el entendimiento de la salud como un derecho humano universal y no honraba plenamente el espíritu del artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Tuvo un claro sentido de **promover mayores espacios a los prestadores privados en el mercado de salud**, al tiempo que acotó el papel de la Secretaría de Salud mayormente a la administración del financiamiento y la regulación de la atención a las personas y de las prestaciones de salud pública.

Entre las **insuficiencias del SP estaba el predominio de programas de atención orientados a curar enfermedades, con insuficiente consideración a las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y el abordaje de los determinantes ambientales y sociales de la salud**. Adoptó una importante separación entre el cuidado de la salud colectiva y de las personas, que condicionaron conductas de la población y prácticas de los servicios contrarias a la integralidad de la atención y un comportamiento asistencial mayormente reactivo a la demanda y, por tanto, episódico en los cuidados de salud a las personas.

Además, manifestó mala calidad y baja eficiencia del GPS debido a la gran heterogeneidad de los prestadores de cuidados de salud y de los compradores de insumos y servicios, con consecuencias negativas en la eficacia institucional y poco control sobre el ejercicio del presupuesto, que se prestó al mal uso de los recursos y la corrupción.

El SP operó con altos costos de transacción, con una burocracia costosa que en 2018 se calculó en 800 millones de pesos en el nivel Federal y 3,200 millones para los 32 REPS (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2019).

La ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) de 2018 estimó que 22.4 millones de mexicanas/os no estaban afiliados a la seguridad social ni al SP, **evidenciando que la cobertura universal de salud declarada por el SP estaba muy lejos de ser realidad** y de poder ser alcanzada en el corto y mediano plazo.

Ese modelo implicó que muchas personas y familias incurrieran en importantes gastos de bolsillo, contabilizado en 45% del gasto total en salud en los últimos 10 años (OCDE, 2019), coadyuvando al empobrecimiento de parte de la población no afiliada a la seguridad social.

Los problemas acarreados por el SP y otras fallas sistémicas del sector, como es la segmentación de la atención a la población en varias instituciones **prestadoras de servicios de salud que funcionan con presupuestos desiguales**, son de tal magnitud que sólo llevando a cabo un cambio estructural y funcional del Sistema de Salud será posible alcanzar la salud universal de la población, sin exclusiones ni desigualdades. Para atender esta premisa de transformación se crea el INSABI en 2019 por mandato de la LGS, asignándole en la propia ley atribuciones, funciones y mecanismos para conducir los servicios de salud dirigidos a la población sin seguridad social.

El INSABI es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado en la Secretaría de Salud. La fórmula legal del INSABI para relacionarse con los gobiernos de las entidades federativas es a través de Acuerdos de Coordinación, dirigidos a garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la LGS.

El INSABI tiene planteado la siguiente misión y visión.

Misión: Proveer la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, garantizando el derecho a la protección de la salud de toda persona que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Visión: Un Sistema Nacional de Salud universal y equitativo, donde se procura mantener a las personas sanas y se dan respuestas oportunas a las necesidades de salud y demandas de atención de la población, que brinda cuidados integrales formando parte de un sistema de salud para el bienestar que incluye a todos los prestadores públicos de servicios de salud.

Los 5 principales problemas de salud en los que el INSABI concentrará sus capacidades de trabajo en los próximos años se describen a continuación.

Problema 1. Elevado número de fallas sistémicas para brindar una atención de salud integral y oportuna en las redes de servicios de salud para la población sin seguridad social, debido al déficit de personal técnico y profesional en los servicios.

El sistema público de salud disponía en 2019 de 334,863 enfermeras y de 247,863 médicos en activo (DGIS, 2019), cantidades insuficientes para cubrir con eficacia a la población sin seguridad social, siendo notorio en las listas de espera para consultas con especialistas médicos e intervenciones quirúrgicas, así como por las quejas frecuentes por falta de acceso y oportunidad de atención. La brecha de recursos humanos es también evidente cuando se contrasta que México cuenta con 1.9 médicos y 2.1 enfermeras por 1,000 habitantes, al tiempo que los países de la OCDE tienen 3.3 y 9.1, respectivamente (OCDE, 2019).

Otra cara de este problema **es la inequidad en la distribución de los recursos existentes**. La CDMX dispone de 1.81 médicos especialistas por 1,000 habitantes, **en cambio en Veracruz, Puebla y Chiapas esta relación es de 0.31, 0.32 y 0.33, respectivamente**. En la CDMX hay 1.56 camas censales por 100,000 habitantes, mientras otros 30 estados no llegan a uno. Asimismo, las enfermeras generales en la CDMX son más de 3 por cada 1,000 habitantes, cuando en otros 9 estados no llegan a uno y ningún estado alcanza la cifra de 2. Asimismo, hay notables diferencias en la disponibilidad de recursos entre las

capitales de los estados y los municipios del interior, al igual que entre zonas urbanas y rurales (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2019).

Problema 2. Alta insatisfacción de los usuarios con los servicios de salud y cuestionamiento a la eficiencia de la atención por problemas de disponibilidad y uso de medicamentos, equipos médicos e insumos para la salud en los establecimientos de atención.

Garantizar el abasto de medicamentos y demás insumos necesarios para una atención de calidad es un reto permanente para la autoridad sanitaria, por la complejidad intrínseca del proceso técnico y logístico para alcanzar esta meta. **Este proceso pasa, necesariamente, por las etapas de selección, compra, distribución, conservación y uso racional de los medicamentos e insumos.** En México, con un sistema de salud segmentado en varias instituciones prestadoras de servicios, donde cada una tiene su propia regulación y estándares de atención, se hace difícil el beneficio a plenitud de la complementariedad de capacidades, economías de escala y gestiones compartidas entre los distintos prestadores.

Diversos estudios llevados a cabo en los últimos años por centros académicos y de investigación (INSP, CONEVAL, UNAM), realizados desde la perspectiva de la calidad de la atención médica, así como la información que proporcionan los registros continuos de la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, PEMEX y otras instituciones sobre los niveles de suministro de medicamentos e insumos, han reflejado desabasto coyunturales o por periodos prolongados en los servicios de salud, lo que también ha sido manifestado por la población usuaria de los servicios de salud en quejas y reclamos ante las autoridades sanitarias, en instancias de defensa a los consumidores y en el sistema judicial.

Se añade la obsolescencia de muchos equipos médicos de diagnóstico y terapéuticos en los

establecimientos de salud expresada por el personal trabajador del sector, así como la falta de estos cerca de donde vive la población que los obliga a viajar largas distancias, a veces a estados diferentes de donde viven, para poder acceder a los mismos.

Otro matiz de la problemática en el área de equipos médicos, medicamentos e insumos es la baja eficiencia en las compras, que se resume en la expresión reiterada en denuncias públicas e informes de los órganos de control del gobierno, de que muchas veces se compra caro y mal. En esta circunstancia han confluído dificultades sistémicas, como son los repetidos ejercicios de adquisiciones por distintas instituciones y autoridades de salud, perdiendo el beneficio de la economía de escala que brinda la compra conjunta, a lo que se suman frecuentes fallas en la distribución, resguardo y entrega de medicamentos a los pacientes en de los servicios de salud, en ocasiones matizado con denuncias de desvío de recursos y actos de corrupción.

Problema 3. Notable deterioro e insuficiencias de la infraestructura de salud para garantizar una atención médica continua y de calidad por falta de inversión en mantenimiento y conservación de la planta física, sumado a un alto número de obras inconclusas o abandonadas de hospitales y centros de salud.

Entre 2019 y la primera mitad de 2020, se tomaron diversas acciones como fueron: **la reorganización de los proyectos de obra en curso, luego de la evaluación física de la situación de cada una; la formalización de terminación anticipada de algunos contratos; reuniones con las áreas normativas y contratistas para definir condiciones contractuales para concluir las obras;** avisos de irregularidades al OIC correspondiente; y la gestión de recursos para financiar la conclusión de los trabajos de infraestructura y equipamiento.

Problema 4. Elevado **grado de desmotivación y reclamos del personal de salud por la precariedad de los contratos que no garantizan estabilidad laboral** ni consideran prestaciones sociales.

A mediados de 2019, se contabilizaron más de 85 mil contratos eventuales y por honorarios en los servicios de la Secretaría de Salud, a los que se suma más de 1,000 en el IMSS-Bienestar, que son renovados anualmente (a veces por un periodo menor), eternizando una situación de precariedad laboral, sin seguridad social, de inestabilidad y desigualdad laboral que desmotiva al trabajador y no lo compromete suficientemente con la institución y la misión que cumple. De ese total, el personal médico, paramédico y afines constituye 77.55% y el personal administrativo 22.45% (datos levantados por el INSABI).

Cambiar el tipo de contratación de las personas trabajadoras del sector salud que acumulan años en esta situación, les otorgará derechos y prestaciones laborales equivalentes a quienes cuentan con plaza presupuestaria, siendo imperativa su regularización para que tengan acceso a los servicios médicos y prestaciones sociales en los casos de enfermedad, invalidez, accidente laboral o fallecimiento, así como a la pensión que garantizan las instituciones de seguridad social.

Otro matiz de este problema son las diferencias de salario que perciben las y los trabajadores de la salud por igual labor, las que se dan al interior de cada estado, dependiendo del tipo de contrato y la fuente de los recursos financieros, y también entre estados. La regularización brinda la posibilidad de la nivelación salarial conforme las funciones que cumplen, contribuyendo a superar una problemática que ha sido identificada como causa de ambiente laboral enrarecido, al tiempo que puede contribuir una mejor disposición y rendimiento de las y los trabajadores.

Las reformas a la LGS, publicadas en el DOF el 29 de noviembre de 2019, establecen un mandato claro de abordar este problema, al dejar establecido en su artículo 77 bis 35 fracción X, que el INSABI podrá: **Proponer, con sujeción a los recursos disponibles, programas de regularización del personal profesional, técnico y auxiliar para la salud que participe en la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, en el que consideren, entre otros aspectos, la antigüedad y el desempeño.**

Problema 5. Alta segmentación en el acceso y la cobertura de servicios de salud que ha condicionado históricas inequidades en las personas sin seguridad social, al limitar las prestaciones a las que tienen derecho de manera gratuita.

En México persisten los problemas de falta de cobertura de los servicios de salud, a pesar de estar documentado en numerosos estudios y su superación ha sido considerada como objetivo en numerosos planes y programas de desarrollo sectorial. Las más importantes barreras de acceso que han sido descritas son las siguientes: (1) de tipo geográfico, que afectan principalmente a las regiones rurales y de difícil acceso vehicular; (2) de orden social, relacionadas con la estigmatización y la discriminación que afecta a la población de zonas de alta marginación y las regiones que padecen situaciones de violencia; (3) las étnico-culturales, entre las que destacan la poca consideración a la cultura y falta de entendimiento de usos y costumbres de grupos poblacionales indígenas relacionados con los servicios de salud; (4) las organizacionales y de género, cuando los criterios de organización y funcionamiento de los establecimientos de salud no consideran suficientemente las características de las personas, familias y comunidades a quienes atiende y los requerimientos dictados por diferencias de género de las personas; (5) así como las económicas, ligadas al cobro a los pacientes en los servicios públicos y privados para poder recibir atención médica

y a la compra de medicamentos y otros insumos, especialmente en el segundo y tercer nivel de atención.

Condicionado por el financiamiento exclusivo para ciertas intervenciones médicas determinadas por el SP, los establecimientos de la Secretaría de Salud con el tiempo fueron perdiendo capacidades resolutivas de numerosos padecimientos y enfermedades, ocasionando que la población sin seguridad social tuviera que pagar con dinero propio al momento de usar los servicios públicos o atenderse en el sector privado para recibir las prestaciones y los medicamentos no cubiertos por el SP.

Agrava ese cuadro la escasa coordinación entre los prestadores públicos que coexisten en un mismo territorio, que determina un escaso grado de complementariedad de las capacidades existentes ejemplificado en el poco uso compartido de los servicios de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación que cada uno posee. En los programas y estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, aun cuando están establecidos acuerdos operacionales para desarrollar de manera conjunta las jornadas y campañas de salud, la opinión de numerosos directivos locales es que la acción interinstitucional necesita crecer para poder impactar más sobre la salud colectiva.

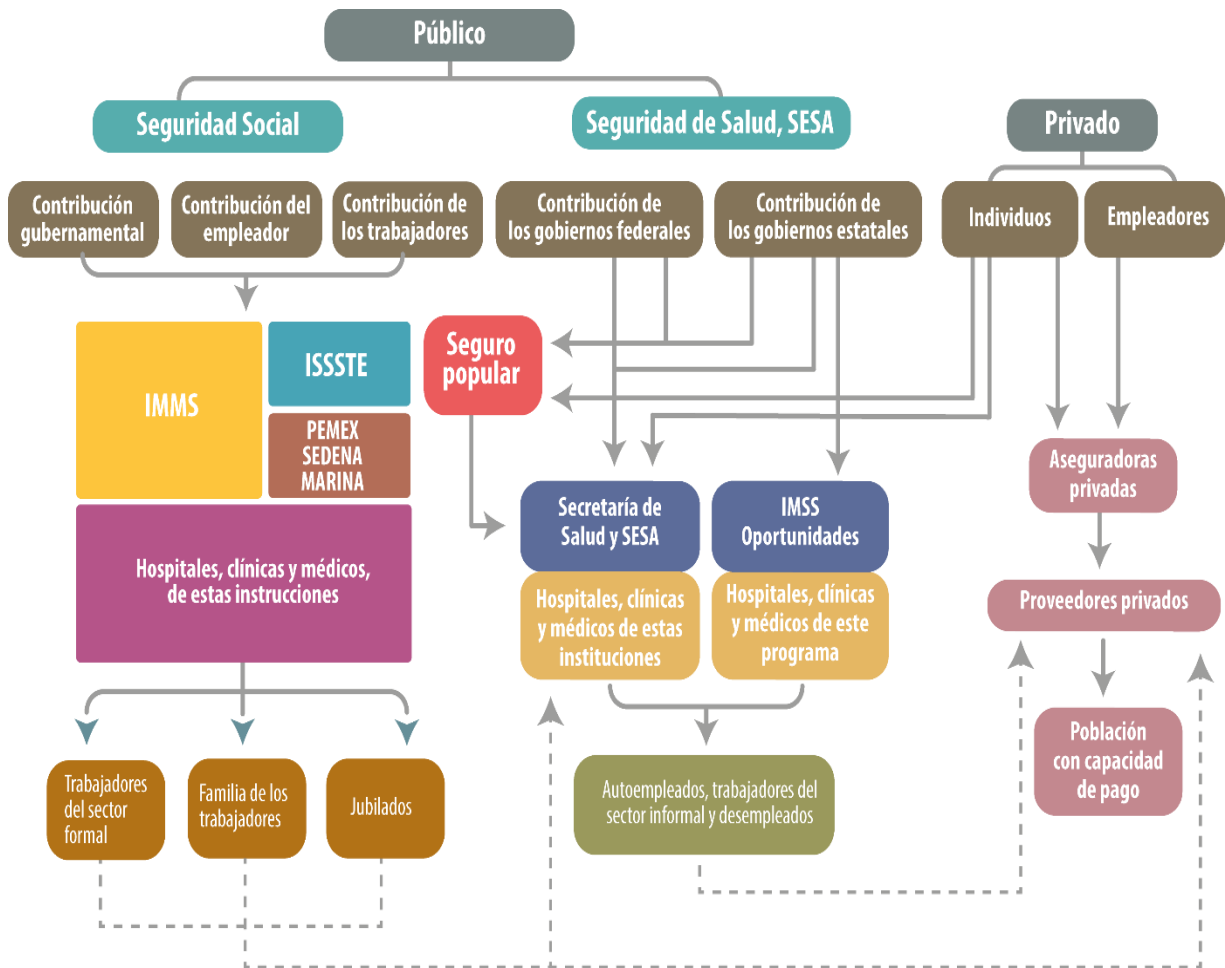
Para que el INSABI pueda cumplir las misiones que tiene asignadas en la transformación del SNS, necesita completar sus capacidades y desplegar todas las funcionalidades que le marca la LGS y otras disposiciones legales. **Esta plenitud institucional requiere que esté completada la plantilla de personal, así como aprobados y en ejercicio diversos convenios de trabajo, manuales, reglas de operación y demás instrumentos legales propios de los organismos descentralizados de la administración pública federal, que posibilitarán al INSABI desarrollar las políticas, planes y programas para la gratuidad de la atención, así como realizar la planeación y gestión de los recursos humanos, materiales y financieros para asegurar la universalidad, integralidad y**

continuidad de la atención a la población sin seguridad social, particularmente de quienes están en situación de vulnerabilidad.

El INSABI adopta importantes medidas de austeridad apegado a la directriz del PND *No puede haber gobierno rico con pueblo pobre*, consiguiendo así destinar una mayor porción del presupuesto al financiamiento de la atención médica.

Se busca garantizar que hacia 2024 todas las personas reciban atención médica y hospitalaria gratuita, incluido el suministro de medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos que necesiten. Se desarrollará un plan de fortalecimiento de las capacidades humanas, materiales y de infraestructura en los establecimientos públicos de salud, eliminando lo más posible las subrogaciones y la tercerización de servicios con proveedores privados, coherente con la directriz del PND *El mercado no sustituye al Estado*.

El INSABI, como parte de la administración pública, asume la responsabilidad indelegable de ser un generador de políticas públicas coherentes y articulador de los propósitos nacionales de bienestar en lo concerniente a la prestación de servicios de salud. El modelo de salud que promueve se inscribe en las directrices del PND *Por el bien de todos, primero los pobres y No dejar a nadie atrás y no dejar a nadie fuera*. Tiene prioridades claras en la ejecución de políticas y planes de salud ligadas **con los programas de bienestar del gobierno para los grupos en condiciones de vulnerabilidad, como son: los pueblos y comunidades indígenas, las mujeres víctimas de violencia y que sufren desigualdades, las personas con discapacidad, los niños y las niñas, adolescentes y las personas adultas mayores, así como la población LGTTTBIQ, afrodescendiente y las familias en situación de pobreza.** Se hace la identificación territorial, familiar y comunitaria de estos grupos, para



priorizar las inversiones en recursos humanos, materiales y en infraestructura en los servicios de atención que los benefician.

NOTA: Es importante aclarar que el Seguro popular es sustituido actualmente por el INSABI.

3.3. Comparativos de manuales de facturación de la Seguridad Social

En todos los casos analizados en esta investigación, en el SNS coexisten el sector público y el sector privado, que interactúan de manera diversa y en proporciones también diferenciadas según el país de que se trate. En el caso mexicano, el sector público incluye dos subsectores. Uno está integrado por instituciones de salud creadas en el marco del sistema de seguridad social para atender las necesidades de salud de los trabajadores que desempeñan sus actividades laborales en el campo de la formalidad. Estas instituciones se financian con contribuciones sociales tripartitas y usualmente proveen a su respectiva población derechohabiente de servicios de salud de manera directa, en establecimientos sanitarios y con personal propio.

Los servicios de salud ofrecidos por estas instituciones presentan diferencias importantes en calidad y amplitud de cobertura. A esta segmentación interinstitucional tiende a agregarse una estratificación interna de cada institución, con mayores beneficios para ciertos grupos jerarquizados de trabajadores (es, por ejemplo, el caso de los trabajadores del sector público que, merced a prestaciones establecidas en sus contratos colectivos, acceden a ciertos servicios de salud adicionales). Otro es el subsector para la protección social de la salud, que se financia esencialmente a través de contribuciones del gobierno federal y de los gobiernos estatales, y se dirige a las personas que por su condición laboral no son derechohabientes de la seguridad social.

El INSABI, como principal elemento de este subsector, opera fundamentalmente con la infraestructura y los recursos humanos y materiales de la SS y de los Sistemas Estatales de Salud (Sesa). La atención de la salud en el marco del SPSS se realiza mediante diferentes esquemas de aseguramiento que generan al interior de este componente público del SNS una

segmentación de la atención con paquetes heterogéneos de servicios. Por su parte, el acceso al sector privado de atención a la salud depende de la capacidad de pago de los individuos y familias para realizar la contratación de los seguros médicos particulares o el pago directo de los servicios médicos adquiridos (gasto de bolsillo). Esta dicotomía público/privado se manifiesta en todo el mundo, de modo que nos encontramos con dos tipos de modelos básicos en cuanto a la distribución público/privado de la atención de la población en materia de salud.

En los países desarrollados, quizá con la excepción significativa de Estados Unidos, la atención a la salud se lleva a cabo de modo preferente con recursos públicos, de modo tal que la proporción del gasto en este rubro se sitúa por encima del 70% en los países considerados en nuestro análisis comparativo (Canadá, España e Inglaterra), lo que deja a la iniciativa privada menos de un 30%. En este terreno se abre un debate sobre dónde debe colocarse el peso de la salud en un futuro sistema con vocación universalista.

Cuadro 7.5. Evolución del porcentaje de gasto público en salud sobre el total del gasto en salud

<i>Años</i>	<i>País</i>						
	<i>Canadá</i>	<i>Chile</i>	<i>Costa Rica</i>	<i>México</i>	<i>Estados Unidos</i>	<i>España</i>	<i>Reino Unido</i>
1995	71.3	38.2	76.5	42.1	45.1	72.2	83.9
1996	70.8	37.8	76.2	41.4	45.1	72.4	82.9
1997	70.1	38.5	76.2	44.7	44.8	72.5	80.4
1998	70.6	39.8	79.0	46.8	43.5	72.2	80.4
1999	70.0	41.5	78.5	47.8	43.0	72.0	80.6
2000	70.4	43.3	78.6	46.6	43.1	71.6	79.1
2001	70.0	42.8	75.2	44.7	44.0	71.2	79.1
2002	69.5	42.6	75.8	43.8	43.9	71.3	79.4
2003	70.2	38.5	75.3	44.2	43.8	70.2	79.5
2004	70.3	39.1	72.5	45.2	44.1	70.5	81.0
2005	70.2	39.0	70.6	45.0	44.2	70.9	81.0
2006	69.8	41.0	69.0	45.2	45.0	71.6	81.3
2007	70.2	42.5	67.2	45.4	45.2	71.9	80.2
2008	70.5	44.2	69.5	47.0	46.0	73.0	81.1
2009	70.5	47.9	72.5	48.2	47.2	74.7	82.6
2010	70.8	48.1	73.5	49.0	47.6	74.2	83.6
2011	70.5	48.4	74.7	50.3	47.8	73.1	82.8
2012	70.1	48.6	74.6	51.8	46.4	73.6	82.5

También se observan diferencias importantes en el papel relativo que muestran los sistemas de aseguramiento, incluso en los países más volcados hacia un modelo de financiamiento privado del cuidado de la salud. Se acude más a estos mecanismos de aseguramiento allí donde el sector privado tiene una presencia relativa más destacada (Chile o Estados Unidos). Sin embargo, **no es el caso de México, donde el gasto privado se apoya más en el pago directo que hacen las familias sin que medien mecanismos de aseguramiento.** No deja de ser una situación un poco atípica que hace aún más vulnerable financieramente el objetivo de la universalidad, de no darse cambios significativos en la estructura de financiamiento. Esto introduce una dualidad importante en cuanto al acceso a los medios necesarios para el cuidado de la salud entre diferentes estratos de la población.

Por otro lado, en el caso mexicano los esfuerzos realizados hasta ahora para avanzar en la cobertura universal en salud no han logrado resolver los problemas de fragmentación del SNS entre los tres principales esquemas de acceso a la atención sanitaria antes descritos, cuyas funciones de financiamiento y provisión de servicios se integran verticalmente. Con la baja integración horizontal y la escasa coordinación entre los subsectores, la estructura del SNS no constituye propiamente un sistema integrado de salud.

La segmentación relacionada con la condición de aseguramiento de los usuarios, fundamentalmente de tipo laboral, se acentúa con la complejidad del marco legal y el diseño y operación de las propias instituciones. Ni siquiera se ha logrado todavía establecer un paquete básico universal de servicios de salud al que cada persona pueda acceder sin tener que realizar gasto de bolsillo. Esto ya se alcanzó hace tiempo en los países más desarrollados considerados en este análisis Inglaterra, Canadá o España, pero está lejano aún en casos como el de Chile.

A la situación de fragmentación funcional y territorial que confiere una notable debilidad estructural al sistema mexicano en lo que a su vertiente pública se refiere habría que agregar la confusión debilidad adicional que significa la gestión simultánea por un mismo organismo de la atención a la salud y de prestaciones económicas como las pensiones, que introducen ineficiencias por posibles interferencias en el uso de los recursos financieros públicos.

La experiencia internacional analizada señala una clara especialización de las instancias públicas en cuanto a la gestión de los sistemas de atención de la salud, que trasladan a otros organismos (de seguridad social o del ámbito de las administraciones públicas) la actuaciones centradas en otro tipo de prestaciones económicas o sociales. A título de ejemplo a tener en cuenta en la reestructuración del sistema público mexicano de atención a salud, en aras de la materialización de un modelo universal conviene tener en cuenta las debilidades que introduce a los respectivos sistemas analizados la complejidad de los sistemas burocrático-administrativos (Inglaterra) o la fragmentación entre diferentes instancias territoriales (Chile, España, Canadá), que si bien en algunos casos puede interpretarse desde la perspectiva del ciudadano como una fortaleza por la cercanía al usuario de la gestión directiva, también puede contribuir a la pérdida de efectividad en el conjunto nacional (Chile, España), a potenciar ciertas fórmulas de corporativismo que encarecen la prestación del servicio (Canadá) o a la carencia de coordinación entre diferentes funciones.

No obstante, en el sistema mexicano se están desarrollando algunas fortalezas en el terreno de la gestión, que introducen elementos positivos de cara a la futura creación de un SNS público que alcance la universalidad. En este sentido, se valora positivamente el avance logrado en los últimos años con la extensión del SPSS, que está permitiendo corregir algunas inequidades e incorporar colectivos vulnerables al sistema de protección, así como fiscalizar con mayor intensidad los procesos administrativos y financieros de las instituciones implicadas y de los regímenes estatales, al tiempo que se avanza en una cierta descentralización hacia las entidades

federativas en un intento de propiciar una atención de la salud más eficaz. Se está abriendo espacio a ciertas oportunidades para el objetivo de la universalidad en tanto se desarrollan avances en la discusión sobre la regulación de las funciones financieras y de prestación de servicios orientada a conseguir mayores grados de eficiencia financiera y eficacia general del sistema de atención a la salud. Todos ellos, requisitos esenciales para abordar la necesaria transformación del sistema que demanda un volumen importante de recursos. Son procesos que han estado y están presentes en otros sistemas analizados como condición de la cobertura universal y que precisan considerables dosis de recursos financieros públicos.

La cantidad de profesionales en conjunto en México es significativamente inferior a las que se registran en los países de referencia. Si bien la dotación global para todo el sistema (público + privado) es superior a la cantidad con la que cuentan Chile o Costa Rica, es claramente inferior a las cifras globales que se observan en los países desarrollados (la suma de médicos más enfermeras). Es interesante constatar, en este terreno, que las diferencias son más acusadas cuando se compara el personal de enfermería que cuando se trata de médicos.

Esto parece indicar que a partir de un cierto nivel de gasto el crecimiento de los sistemas de atención a la salud se apoya más en la expansión de las plantillas de personal asistencial o técnico (englobado en el concepto de enfermeras) que en las de personal médico, lo que revela la importancia que se le concede en los sistemas más maduros a las funciones preventivas y asistenciales frente a las puramente curativas.

Es en este ámbito de la atención a la salud donde el esfuerzo en México ha de ser relativamente más intenso, lo que no sólo requiere de la inyección de recursos al sistema de atención a la salud en sí mismo, con los correspondientes desarrollos en materia de infraestructura, sino que también traslada demandas importantes al sistema educativo profesional y superior. Conviene destacar que en materia de recursos humanos persisten diferencias más o menos marcadas dependiendo de la entidad federativa. La inadecuación es, incluso, más cualitativa que

cuantitativa, con fallas en la distribución del personal de salud e incongruencias en las competencias y capacidades del personal de acuerdo con las necesidades del país para que se brinde una atención resolutive y de calidad mejorando los tiempos de espera para recibir esta atención.

El suministro adecuado de recetas médicas constituye otro importante desafío para ese futuro sistema de universalidad en el acceso a las prestaciones. Las carencias en incorporación de las tecnologías más avanzadas a la medicina son también acusadas en detrimento de los servicios mexicanos de salud.

UNIDAD IV

4.1. Análisis de contratos en servicios de salud

Debemos comenzar definiendo al contrato, que de conformidad con el artículo 1793 del código civil federal que señala lo siguiente:

Los convenios que producen o transfieren las obligaciones y derechos, toman el nombre de contratos.

Para la existencia del contrato se requiere:

- I. Consentimiento;

II. Objeto que pueda ser materia del contrato.

El contrato puede ser invalidado:

1. Por incapacidad legal de las partes o de una de ellas;
2. Por vicios del consentimiento;
3. Porque su objeto, o su motivo o fin sea ilícito;
4. Porque el consentimiento no se haya manifestado en la forma que la ley establece.

¿Quiénes pueden celebrar un contrato?

Son hábiles para contratar todas las personas no exceptuadas por la ley. En principio todas las personas que tengan **CAPACIDAD JURIDICA DE EJERCICIO** pueden realizar contratos, es decir, las personas **MAYORES DE 18 AÑOS** que se encuentren en pleno uso de sus facultades mentales. **Las personas morales pueden celebrarlos a través de sus REPRESENTANTES LEGALES.**

Lo anterior de conformidad con los artículos 1800 y 1802 del código civil federal:

El que es hábil para contratar, puede hacerlo por sí o por medio de otro legalmente autorizado.

Artículo 1802.- Los contratos celebrados a nombre de otro por quien no sea su legítimo representante, serán nulos, a no ser que la persona a cuyo nombre fueron celebrados, los ratifique antes de que se retracten por la otra parte. La ratificación debe ser hecha con las mismas formalidades que para el contrato exige la ley.

CONSENTIMIENTO

El consentimiento puede ser expreso o tácito, para ello se estará a lo siguiente:

I.- **Será expreso** cuando la voluntad se manifiesta verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos, y

II.- **El tácito** resultará de hechos o de actos que lo presupongan o que autoricen a presumirlo, excepto en los casos en que por ley o por convenio la voluntad deba manifestarse expresamente.

En el caso de los contratos legales en servicios médicos, el consentimiento se manifiesta mediante la FIRMA, es decir, es EXPRESO.

El consentimiento no es válido si ha sido dado por error, arrancado por violencia o sorprendido por dolo.

- **El error de derecho o de hecho** invalida el contrato cuando recae sobre el motivo determinante de la voluntad de cualquiera de los que contratan, si en el acto de la celebración se declara ese motivo o si se prueba por las circunstancias del mismo contrato que se celebró éste en el falso supuesto que lo motivó y no por otra causa.
- Se entiende por **dolo** en los contratos, cualquiera sugestión o artificio que se emplee para inducir a error o mantener en él a alguno de los contratantes; y por....
- **Mala fe**, la disimulación del error de uno de los contratantes, una vez conocido.

- Es nulo el contrato celebrado por **violencia**, ya provenga ésta de alguno de los contratantes o ya de un tercero, interesado o no en el contrato. Hay violencia cuando se emplea fuerza física o amenazas que importen peligro de perder la vida, la honra, la libertad, la salud, o una parte considerable de los bienes del contratante, de su cónyuge, de sus ascendientes, de sus descendientes o de sus parientes colaterales dentro del segundo grado.

OBJETO EN LOS CONTRATOS

Artículo 1824.- Son objeto de los contratos:

- I. La cosa que el obligado debe dar;
- II. El hecho que el obligado debe hacer o no hacer.

Artículo 1825.- La cosa objeto del contrato debe: 1o. Existir en la naturaleza. 2o. Ser determinada o determinable en cuanto a su especie. 3o. Estar en el comercio.

Artículo 1827.- El hecho positivo o negativo, objeto del contrato, debe ser: I. Posible; II. Lícito.

Ahora bien, teniendo a los elementos de existencia del contrato, es importante señalar que se pueden pactar **CLAUSULAS Y DECLARACIONES DENTRO DEL CONTRATO**.

CLAUSULA: Es una disposición que se incluye en un contrato de todo tipo, existiendo libertad de las partes para poder negociar estas cláusulas con los límites establecidos por ley.

DECLARACION: Son confesiones de ciertos hechos o situaciones que, dependiendo de la operación, pueden ser importantes (ejemplo: en un contrato de compraventa, se debe mencionar que el vendedor es el propietario de lo vendido ya que solo el propietario de una cosa puede, válidamente, venderla).

FUNDAMENTO LEGAL DE LOS REQUISITOS QUE DEBEN REUNIR LOS CONTRATOS DE SERVICIOS MEDICOS

Regulado en la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-071-SCFI-2001, prácticas comerciales-elementos normativos para la contratación de servicios de atención medica por cobro directo

La presente Norma Oficial Mexicana establece los elementos de información comercial que deben cumplir los prestadores de servicios de atención médica que realizan cobros directos al consumidor o demandante del servicio, con el propósito de que éste cuente con información clara y suficiente para tomar la decisión más adecuada a sus necesidades.

La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general y obligatoria en el territorio nacional para las personas físicas o morales que proporcionen servicios de atención médica cuyo cobro se realice directamente al consumidor o demandante del servicio.

Esta Norma Oficial Mexicana no es aplicable a:

- × La prestación de servicios profesionales de consulta médica.
- × Los demás actos que establezcan los ordenamientos legales correspondientes.

DEFINICIONES GENERALES

Anticipo. A la cantidad monetaria que el consumidor o demandante del servicio entrega al establecimiento para la atención médica como adelanto por los servicios contratados.

Cobro directo. A la acción del prestador del servicio de requerir el pago al consumidor o demandante del servicio.

Consulta médica. Al ejercicio profesional por medio del cual el médico efectúa, a solicitud del consumidor o demandante del servicio, una evaluación del usuario, proporciona un diagnóstico y, de ser el caso, prescribe un tratamiento médico y/o quirúrgico.

Contrato de adhesión. Al documento elaborado unilateralmente por el prestador del servicio, para establecer en formatos uniformes los términos y condiciones aplicables a la prestación del servicio de atención médica, aun cuando dicho documento no contenga todas las cláusulas ordinarias de un contrato.

Establecimiento. A todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, en el que se presten servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de usuarios, excepto consultorios. Son considerados establecimientos de atención médica aquellos en los que se:

- Desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, dirigidas a preservar, mantener o reintegrar el estado de salud de las personas.
- Prestan atención a la salud mental de las personas.
- Prestan servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, los cuales comprenden a los laboratorios y gabinetes que al respecto establece el Reglamento.
- Prestan servicios en unidades móviles, ya sean aéreas, marítimas o terrestres destinadas a las mismas finalidades y que se clasifican en ambulancia de cuidados intensivos; ambulancia de urgencias y ambulancia de transporte, y
- Otros que presten servicios de atención médica

Información comercial. A la información que los prestadores de servicios proporcionen o difundan por cualquier medio, con el fin de dar a conocer los servicios que ofrece y el precio de los mismos, así como las condiciones bajo las cuales se celebra el contrato de adhesión.

DISPOSICIONES GENERALES

- ✓ Los **precios o tarifas de los servicios de atención médica deben expresarse en moneda nacional**, sin menoscabo de que también puedan indicarse en moneda extranjera conforme a la legislación monetaria, especificándose en todo caso si incluyen o no el Impuesto al Valor Agregado correspondiente.
- ✓ El establecimiento debe contar con **personal responsable de atender las quejas y reclamaciones de los usuarios**, consumidores o demandantes del servicio, surgidas en relación con la prestación y el precio de los servicios de atención médica.
- ✓ El médico tratante está obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, al consumidor o demandante del servicio, **información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes**. Esta información debe proporcionarse cuando y como se solicite, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
- ✓ El responsable del establecimiento está obligado a **proporcionar por escrito al usuario, consumidor o demandante del servicio, cuando lo solicite, el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico** del padecimiento que ameritó el internamiento, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
- ✓ El prestador del servicio es **responsable ante el usuario, consumidor o demandante del servicio por el incumplimiento de los servicios de atención médica** que contrate con éste, aun cuando el prestador del servicio subcontrate con terceros dicha prestación.

- ✓ Cuando el consumidor o demandante del servicio efectúe **un anticipo o depósito en garantía de pago**, el prestador del servicio de atención médica **debe expedirle recibo o comprobante**, en el que consten los datos de los servicios contratados, sin perjuicio de lo dispuesto por la legislación fiscal.
- ✓ La **garantía de pago debe ser reintegrada** al consumidor o demandante del servicio **en el momento en que éste cubra el precio total** por la atención médica de que fue objeto o bien, ser utilizada para cubrir el precio de los servicios correspondientes, si así lo prevé el contrato de adhesión.
- ✓ **La factura que ampare el pago de los servicios de atención médica debe cumplir con las disposiciones fiscales correspondientes.** El desglose de los servicios de atención médica proporcionados e insumos suministrados puede entregarse en un estado de cuenta anexo a la factura.

De la información preliminar

1. El prestador del servicio **debe poner** a disposición del público **un catálogo o lista de precios o tarifas de los servicios de atención médica**, mismo que debe sujetarse a lo siguiente:
2. Estructurarse en función de las áreas de servicio del propio establecimiento.
3. Señalar, en su caso, el **monto del anticipo que debe pagar** o proporcionar el consumidor o demandante del servicio para la prestación de los servicios.
4. Tratándose de **paquetes de servicios, deben especificarse el precio y los servicios** que los integran.
5. El prestador del servicio **debe informar** al consumidor o demandante del servicio que el establecimiento proveerá, **los insumos y medicamentos que se requieran** para la atención médica, durante la estancia hospitalaria, conforme a las dosis, cantidades y términos que ordene por escrito el médico tratante.

6. El prestador del servicio **debe contar con un mecanismo que permita informar** a los consumidores o demandantes del servicio, **los precios de los medicamentos** e insumos que habrán de suministrarse.
7. El prestador del servicio debe proporcionar al consumidor o demandante del servicio, el reglamento interno del establecimiento.
8. En caso de que el prestador del servicio requiera del consumidor o demandante del servicio un anticipo y/o depósito en garantía de pago para la prestación del servicio de atención médica, debe indicarlo en el catálogo o lista de precios o tarifas, señalado en el numeral 4.1 de esta Norma Oficial Mexicana.
9. El prestador del servicio debe exhibir en el establecimiento, a la vista del consumidor o demandante del servicio, el horario de funcionamiento administrativo del establecimiento, el nombre del encargado y el horario en que éste asiste.

De los contratos de adhesión

- a) El prestador del servicio **debe celebrar un contrato de adhesión** con el consumidor o demandante del servicio por la prestación del mismo. El contrato de adhesión debe **estar escrito en idioma español con caracteres legibles a simple vista**, sin perjuicio de que también pueda estar escrito en otro idioma. En caso de controversia, prevalecerá la versión en idioma español.
- b) El contrato de adhesión debe estar registrado ante la Procuraduría y debe contener, al menos, la siguiente información:
 1. Nombre o razón social y Registro Federal de Contribuyentes del prestador del servicio.
 2. Nombre, domicilio y teléfono del consumidor o demandante del servicio.
 3. Objeto del contrato.
 4. Precio, en el caso de paquetes de servicios, y de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para usuarios externos. En cualquier otro caso, el precio debe ser el que establezca el catálogo de precios vigente en el momento

de la contratación del servicio. En este caso, el prestador del servicio debe poner a disposición del consumidor o demandante del servicio el estado de cuenta correspondiente en forma diaria.

5. Lugar donde se prestarán los servicios de atención médica.
6. Requisitos que debe cubrir el consumidor o demandante del servicio y/o el usuario, para la prestación del servicio de atención médica.
7. Procedimiento para el pago por la prestación de los servicios de atención médica.
8. La responsabilidad del prestador del servicio por el resguardo de los objetos personales del usuario, consumidor o demandante del servicio o visitantes que le fueron entregados en custodia.
9. La indicación de que el consumidor o demandante del servicio se compromete a cumplir el reglamento interno del establecimiento.
10. Procedimiento para el alta del usuario.
11. Los límites de la responsabilidad del prestador del servicio de atención médica en el caso de que el consumidor o demandante del servicio contrate otros servicios con terceros.
12. El compromiso del prestador del servicio para mantener los datos relativos al usuario con carácter de información confidencial, salvo autorización escrita de éste, del consumidor o demandante del servicio o de la autoridad competente.
13. El procedimiento para que el consumidor o demandante del servicio y/o usuario presenten sugerencias, reclamaciones o quejas, respecto a la prestación de los servicios de atención médica.
14. Las penas convencionales para ambas partes por incumplimiento del contrato.

EJEMPLO DE CONTRATO EN SERVICIOS DE SALUD.

http://www.tsjtlaxcala.gob.mx/transparencia/Fracciones_a63/XI_SMed/6.-%20LAURA%20MUnOZ%20SOLIS%20DENTALvp.pdf

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

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.

TODOS SOMOS NEGOCIADORES EN SALUD. 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.

Para estar en negociación una de las dos partes debe estar en posesión de lo que la otra desea. En el fondo, negociar en salud es un mecanismo de comunicación que consiste en conocer los

deseos de la otra parte y en satisfacer los propios. Sus elementos básicos son la información, el poder y el tiempo. Así pues, antes de iniciar toda negociación en salud es necesario comprender las posiciones de ambas partes, pero también sus verdaderas necesidades y deseos. Solo la conciliación de los intereses comunes puede llegar a salir del callejón sin salida. Pero sobre todo, hay que ser conscientes de que toda relación es más importante que el conflicto en sí mismo, lastimosamente esta última parte se olvida en salud y se busca por negociaciones de gana-pierde.

Actividad a realizar:



El maestrante hará una super nota en el que analice los contenidos de la antología semanal.

Bibliografía básica.

Frenk Julio. Para entender el sistema de Salud en México. Nostra ediciones. México, 2008.

Soto-Estrada, G., Lutzow-Steiner, A., Gonzalez-Guzman, R. () Capítulo 9: Rasgos generales del sistema de salud en México. Encontrado en: Gonzalez-Guzman, R., Moreno-Altamirano, L., & Castro-Albarrán, J.M. (2011). La salud pública y el trabajo en comunidad. Editorial McGraw-Hill.

Linkografía de consulta

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=757792&fecha=01/11/2001

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/07-Mecanismos_Pago_Prestadores_Sist_Salud-Incentivos_Resultados_Impacto_Orgac_Paises_Desarrollo.pdf

<https://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/number5/bu0837.pdf>

<https://www.jornada.com.mx/notas/2021/06/21/politica/comision-negociadora-de-precios-de-medicinas-en-vias-de-desaparecer/>

<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/comision-coordinadora-para-la-negociacion-de-precios-de-medicamentos-e-insumos-para-la-salud-91422>