



LIBRO

NEGOCIACIÓN EN ORGANIZACIONES DE SALUD

MAESTRÍA: ADMINISTRACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD.

Cuarto Cuatrimestre.

Agosto-septiembre 2024

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

- 1.1. Actualización en Legislación de Seguridad Social relacionada con facturación y negociación.
- 1.2. Principios de negociación de servicios de salud.
- 1.3. Consideraciones financieras en la negociación de servicios de salud.
- 1.4. 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	Trabajo, que son tres, que cada uno tiene un porcentaje de 20% y estos trabajos, pueden ser:	60%
2	Mapa Conceptual, Cuadro sinóptico, ensayo o súper nota.	
3	Evaluación final	40%
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.

Comprendo también que todos se encuentran 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 y entregar sus actividades, pues la flexibilidad de la plataforma es que ustedes puedan ingresar en todo momento del día, teniendo 7 días para poder elegir cuando enviar sus actividades, excepto la última semana que solo son 6 días.

➤ Revise

Al inicio de cada semana las actividades, antologías, instrucciones 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.

Recuerde:

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

Atentamente

Gladis Adilene Hernández López

Facilitadora UDS

Cel: 9631688355

INDICE

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 II

2.1 Mecanismos de negociación de las redes de servicios desde los aseguradores

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantiza el derecho a la protección de la salud en su artículo cuarto. Este derecho, con carácter de derecho social y garantía individual, se aprobó en 1983 con el propósito de que todas las mexicanas y mexicanos tuvieran acceso a los servicios de salud en sus vertientes de educación para la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección y tratamiento de enfermedades y rehabilitación.

El artículo citado establece que el Estado debe garantizar la protección, respeto, promoción y garantía de la salud mediante el Sistema Nacional de Salud (SNS) que incluye a los sectores público, privado y social. Posteriormente, en 2011, se reformó el artículo primero constitucional sobre los derechos humanos entre los cuales está incluido el derecho a la salud. *(Esto es importante resaltar que se sigue estableciendo, hasta que culmine el gobierno actual, con el siguiente periodo, existirán cambios radicales).*

El mandato de garantizar el derecho a la protección de la salud se refiere específicamente a los servicios de salud que, en el ordenamiento de la Administración Pública federal, corresponde a la Secretaría de Salud (SS) que ejerce la rectoría, regulación, planificación y coordinación del SNS.

El sector público de salud se compone, por un lado, de la SS y los Servicios Estatales de Salud (SESA) y, por el otro de los servicios médicos o de salud de los institutos de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM). Es un sistema descentralizado, segmentado y fragmentado

que se fundamenta en dos diferentes artículos constitucionales (4° y 123° apartados A y B) con sus correspondientes leyes reglamentarias.

El Sistema Nacional de Salud en México, en su funcionamiento presenta segmentación y fragmentación. Coexisten distintos aseguradores que actúan de manera independiente y desarticulada y el acceso a uno u otro está en función de la inserción laboral y la capacidad de pago de las familias.

Los aseguradores principales son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que cubre al 43.3% de la población total del país, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que cubre alrededor del 7% y Petróleos Mexicanos (PEMEX), Fuerzas Armadas, Secretaría de Marina y varios aseguradores para trabajadores estatales cubriendo alrededor del 5.9% de la población.

Las personas que trabajan en el empleo informal o desempleadas, tienen como alternativa los servicios que ofrece la Secretaría de Salud (SSA), que desde el primer día del año 2020 comenzó a funcionar el Instituto de Salud Para el Bienestar (Insabi), que sustituye al Seguro Popular y promete a las personas que no cuentan con seguridad social poder recibir servicios gratuitos de salud.

Es importante señalar que es la propia Secretaría de Salud quien cumple con la función rectora del Sistema Nacional de Salud.

En el artículo 6 de la ley del seguro social de 2021 se reproduce el criterio de los ordenamientos anteriores y comprende dos tipos de régimen obligatorio y voluntario.

Seguro obligatorio

El seguro social se impone a la voluntad de los particulares. Es suficiente que una persona se encuentre en el supuesto de la disposición legal para que nazca la obligación, la cual involucra a terceras personas:

- Patrones, personas físicas y morales
- Cooperativas
- Asociaciones
- Uniones

Quienes incumplan las obligaciones establecidas en la ley serán objeto de una sanción independientemente de las responsabilidades que alguna contingencia pudiera depararles. Los sujetos no podrán separarse del sistema mientras subsista la causa que originó su inscripción. Los patrones y quienes se encuentren en situación similar deben registrarse, incorporar a sus trabajadores, pagar cuotas y retener las que correspondan a los asegurados.

Seguro voluntario.

El seguro voluntario es el primer tipo de seguro que surge en el mundo con los seguros privados, fue rechazado en la estructura de los seguros sociales. Por tanto, esta figura solo puede entenderse como de excepción, y su efecto limita o disminuye los beneficios que se otorgan a los asegurados.

Este tipo de seguro permite.

1. captar ingresos adicionales mediante aportaciones diferentes de las del régimen obligatorio.
2. Facultar al instituto administrador para incorporar a otros grupos sociales, ajenos a los trabajadores como los no asalariados, campesinos, profesionales, estudiantes, etc.
3. Facilitar la atención en forma más flexible que la del régimen obligatorio.

Seguro facultativo.

Proporciona al asegurado en el régimen obligatorio la posibilidad de incorporar en el sistema del seguro social a familiares o personas que no tienen el carácter de beneficiarios, mediante determinados convenios.

Para el asegurado es una satisfacción poder registrar a personas que dependen de él, con la ventaja de inscribirlas y darles de baja sin mayor trámite.

Es importante mencionar que el seguro social y seguro privado, reúnen diversas características y diferencias.

SEGUROS SOCIALES:

I. Pertenece a la rama del derecho social.

II. Este es Obligatorio.

III. Solamente se aseguran única y exclusivamente personas.

IV. Las cuotas se establecen en cuanto a su monto o periodicidad en la ley respectiva, de manera predeterminada en su tasa y base fiscal y su pago es obligatorio y coercible.

V. Integrado por un Fondo Común.

VI. Se requiere tener condición de Trabajador.

VII. Esta pactado por la Ley.

VIII. Formado por pagos Tripartitas.

IX. La Institución que lo maneja es un Organismo Público Descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio.

SEGUROS PRIVADOS:

Estos se pueden definir como una protección para reducir o eliminar el riesgo de pérdidas económicas mensurables que pueda sufrir un grupo de personas naturales o jurídicas, expuestas por igual a los mismos peligros, quienes, por medio de un sistema equitativo de contribuciones, podrán resarcir el daño sufrido por cualquiera de ellos.

La función principal del seguro es reponer el costo de una pérdida debida a causas fortuitas, y su propósito es repartir este costo, que normalmente correspondería a un solo individuo, entre un grupo numeroso sujeto a las mismas contingencias.

Las características del seguro privado son las siguientes:

- I. Se encuentra regulado por el derecho mercantil.
- II. Sigue fines lucrativos.
- III. Surge de la contratación hecha por Voluntad del contratante.
- IV. El pago de la Prima es por el propio interesado o asegurado.
- V. Se pueden modificar las cláusulas.
- VI. Se pueden asegurar personas o partes de estas; bienes muebles o inmuebles, animales o eventos, etc.
- VII. Las primas se establecen por mutuo acuerdo de las partes celebrantes del contrato de seguro y no puede obligarse al asegurado a pagar más porcentaje a dicha prima; salvo casos excepcionales.
- VIII. La falta de pago de la prima produce la pérdida del derecho del asegurado o sus beneficiarios, a la indemnización relativa y al seguro mismo.
- IX. El no estar previamente asegurado una persona o bien, antes de que ocurra el riesgo o siniestro, no produce ninguna reclamación o pago, pues éste aseguramiento no tiene efectos retroactivos.
- X. Lo maneja un Organismo Privado.

Además de lo anterior, en México existe un sector privado lucrativo de servicios de salud al cual acuden personas sin acceso al aseguramiento social y público, por lo cual tienen que acudir a alguno de los aseguradores ante señalado y personas que aun teniendo un asegurador realizan un gasto de bolsillo y acuden al sector lucrativo en busca de una mejor respuesta.

Estas diferencias en los aseguradores, también marca diferencias en los beneficios que recibe la población, pero la mayor dificultad que este modelo ofrece es la limitación para implantar a nivel nacional estrategias de salud pública uniformes y el llevar un adecuado registro epidemiológico.

Pese a que se cuenta con un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica al cual están obligados los aseguradores a reportar, no se ha logrado que el sector privado lucrativo se incorpore a esta obligación y en consecuencia se pierde información fundamental sobre la situación de salud del país y las estrategias nacionales limitan su impacto.

De manera general, los servicios se organizan en tres niveles de atención que no logran articularse por completo y presentan dificultades en los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

En el primer nivel se realizan acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente brindada por médicos generales y personal de enfermería.

El segundo nivel de atención brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio.

La atención que se brinda en el tercer nivel es especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica y en este grupo se encuentran los Institutos Nacionales de Salud.

Es por ello previo a lo anterior el estado mexicano a través de diversos tipos de negociación y autorizando al poder ejecutivo de realizar las gestiones necesarias para la creación de redes de servicios de aseguradoras, fundamentándolo con el artículo 25 CPEUM, el cual es citado posteriormente.

Artículo 25.

Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral y sustentable, que fortalezca la Soberanía de la Nación y su régimen democrático y que, mediante la competitividad, el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta Constitución.

La competitividad se entenderá como el conjunto de condiciones necesarias para generar un mayor crecimiento económico, promoviendo la inversión y la generación de empleo.

El Estado velará por la estabilidad de las finanzas públicas y del sistema financiero para coadyuvar a generar condiciones favorables para el crecimiento económico y el empleo. El Plan Nacional de Desarrollo y los planes estatales y municipales deberán observar dicho principio.

El Estado planeará, conducirá, coordinará y orientará la actividad económica nacional, y llevará al cabo la regulación y fomento de las actividades que demande el interés general en el marco de libertades que otorga esta Constitución.

Al desarrollo económico nacional concurrirán, con responsabilidad social, el sector público, el sector social y el sector privado, sin menoscabo de otras formas de actividad económica que contribuyan al desarrollo de la Nación.

Lo anterior permite la negociación con el sector privado de iniciar un proceso de aseguramiento para quien lo requiera y contrate, es necesario mencionar que para que este proceso se realice, obligatoriamente por decreto de ley, se le tiene que notificar y enterar a secretaria de hacienda y crédito público, así como a la secretaria de salud y la comisión nacional de seguros y finanzas, dicha autorización también tiene que establecerse en las normas jurídicas adecuadas, como son las siguientes:

I.- LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS TEXTO VIGENTE a partir del 4 de abril de 2015, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de abril de 2013 y actualizada hasta 24-01-2024.

Se transcribieron los preceptos que tienen relación con el sector salud, en relación con el seguro médico.

ARTÍCULO I.- La presente Ley es de interés público y tiene por objeto regular la organización, operación y funcionamiento de las Instituciones de Seguros, Instituciones de Fianzas y Sociedades Mutualistas de Seguros; las actividades y operaciones que las mismas podrán realizar, así como las de los agentes de seguros y de fianzas, y demás participantes en las actividades aseguradora y afianzadora previstos en este ordenamiento, en protección de los intereses del público usuario de estos servicios financieros.

Las instituciones nacionales de seguros y las instituciones nacionales de fianzas se regirán por sus leyes especiales y, a falta de éstas o cuanto en ellas no esté previsto, por lo que estatuye el presente ordenamiento.

SECCIÓN II

DE LAS OPERACIONES Y RAMOS DE SEGUROS

ARTÍCULO 25.- Las autorizaciones para organizarse, operar y funcionar como Institución de Seguros o Sociedad Mutualista, se referirán a una o más de las siguientes operaciones y ramos de seguro:

I. Vida;

II. Accidentes y enfermedades, en alguno o algunos de los ramos siguientes:

a) Accidentes personales;

b) Gastos médicos, y

c) Salud, y

III. Daños, en alguno o algunos de los ramos siguientes:

a) Responsabilidad civil y riesgos profesionales;

b) Marítimo y transportes;

c) Incendio;

d) Agrícola y de animales;

e) Automóviles;

f) Crédito;

g) Caución;

h) Crédito a la vivienda;

i) Garantía financiera;

j) Riesgos catastróficos;

k) Diversos, y

l) Los especiales que declare la Secretaría, conforme a lo dispuesto por el artículo 28 de esta Ley.

Las Instituciones de Seguros, podrán realizar el reaseguro respecto de las operaciones y ramos comprendidos en su autorización.

ARTÍCULO 208.- Con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población, las Instituciones de Seguros, atendiendo a las operaciones y ramos que tengan autorizados, así como a los seguros y coberturas que comercializan, deberán ofrecer un producto básico estandarizado para cada una de las siguientes coberturas:

- I. Fallecimiento, en la operación de vida;
- II. Accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades;
- III. Gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades;
- IV. Salud, en la operación de accidentes y enfermedades, y
- V. Responsabilidad civil, en el ramo de automóviles.

2.- LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 1935, TEXTO VIGENTE, Última reforma publicada DOF 04-04-2013.

Artículo 1º.- Por el contrato de seguro, la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

Artículo 2º.- Las empresas de seguros sólo podrán organizarse y funcionar de conformidad con la Ley General de Instituciones de Seguros.

Artículo 20.- La empresa aseguradora estará obligada a entregar al contratante del seguro, una póliza en la que consten los derechos y obligaciones de las partes.

La póliza deberá contener:

- I.- Los nombres, domicilios de los contratantes y firma de la empresa aseguradora;
- II.- La designación de la cosa o de la persona asegurada;
- III.- La naturaleza de los riesgos garantizados;
- IV.- El momento a partir del cual se garantiza el riesgo y la duración de esta garantía;
- V.- El monto de la garantía;
- VI.- La cuota o prima del seguro;
- VII.- En su caso, la mención específica de que se trata de un seguro obligatorio a los que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley, y
- VIII.- Las demás cláusulas que deban figurar en la póliza, de acuerdo con las disposiciones legales, así como las convenidas lícitamente por los contratantes.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

TITULO III

Disposiciones especiales del contrato de seguro sobre las personas

Artículo 162.- El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital.

Artículo 163.- El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

Artículo 164.- La póliza del seguro sobre las personas, además de los requisitos del artículo 20 de la presente ley, deberá contener los siguientes:

- I.- El nombre completo y fecha de nacimiento de la persona o personas sobre quienes recaiga el seguro.
- II.- El nombre completo del beneficiario si hay alguno determinado;
- III.- El acontecimiento o el término del cual dependa la exigibilidad de las sumas aseguradas, y
- IV.- En su caso, los valores garantizados.

Artículo 165.- La póliza del Contrato de Seguro de personas no podrá ser al portador. La nominativa se transmitirá mediante declaración de ambas partes, notificada a la empresa aseguradora. La póliza a la orden se transmitirá por medio de endoso que contenga, invariablemente, la fecha, el nombre y el domicilio del endosatario y la firma del endosante. No se admitirá prueba alguna de otra especie en esta forma de transmisión.

En caso de designación irrevocable de beneficiario, éste puede ceder su derecho mediante declaración que, como lo previene el artículo 19, deberá constar por escrito y, además, ser notificada al asegurador.

Artículo 166.- En el seguro de persona, si el contrato confiere al asegurado la facultad de cambiar el plan del seguro, la obligación que tenga que satisfacer el asegurado por la conversión no será inferior a la diferencia entre la reserva matemática existente y la que deba constituirse para el nuevo plan en el momento de operar el cambio.

Artículo 174.- El asegurado tendrá derecho a designar un tercero como beneficiario sin necesidad del consentimiento de la empresa aseguradora.

La cláusula beneficiaria podrá comprender la totalidad o parte de los derechos derivados del seguro.

Artículo 175.- El asegurado, aun en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

En todo caso, la aseguradora quedará liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente, realizada conforme a lo previsto en el contrato de seguro respectivo.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renunciado del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo siguiente.

Artículo 176.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

Artículo 179.- Cuando el asegurado renuncie en la póliza la facultad de revocar la designación del beneficiario, el derecho al seguro que se derive de esta designación no podrá ser embargado ni quedará sujeto a ejecución en provecho de los acreedores del asegurado, en caso de concurso o quiebra de éste.

Artículo 182.- Cuando los hijos de una persona determinada figuren como beneficiarios sin mención expresa de sus nombres, se entenderán designados los descendientes que debieran sucederle en caso de herencia legítima.

Artículo 183.- Por el cónyuge designado como beneficiario, se entenderá al que sobreviva.

Artículo 187.- Si el asegurado omitiere expresar el grado de parentesco o designare como beneficiarios de su póliza a personas que no deben suceder como herederos y faltare indicación precisa de la porción que corresponda a cada una, el seguro se distribuirá entre todas ellas por partes iguales.

Artículo 195.- El seguro temporal cuya duración sea inferior a diez años, no obligará a la empresa a conceder valores garantizados, para el caso de muerte.

Artículo 196.- El beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra la persona del asegurado. Si la muerte de la persona asegurada es causada injustamente por quien celebró el contrato, el seguro será ineficaz, pero los herederos del asegurado tendrán derecho a la reserva matemática.

Artículo 201.- En el seguro popular la empresa se obliga por la muerte o la duración de la vida del asegurado, mediante el pago de primas periódicas, sin necesidad de examen médico obligatorio. El capital asegurado no excederá de \$5,000.00 en capital o del equivalente en renta.

2.2 Consideraciones comerciales en las negociaciones de los servicios de salud

En un mundo cada vez más integrado resulta cada vez menos posible llevar las distintas esferas de política aisladas unas de otras. El vínculo entre el comercio y la salud se ha situado en el centro de un amplio debate: se deben abordar las preocupaciones reales y se ha de aclarar todo posible malentendido a partir de pruebas sólidas y de un análisis riguroso.

Las cuestiones del comercio y la salud pública ocupan un lugar prominente del temario, tanto en la OMS como en la OMC, y en el pasado reciente se han logrado avances significativos en la materia.

Aunque los Acuerdos de la OMC permiten explícitamente a los gobiernos adoptar medidas para restringir el comercio de conformidad con objetivos nacionales de política sanitaria, las normas de la OMC se centran en cómo se aplican las políticas, sin cuestionar el objetivo subyacente.

Es decir permite que examinen las formas en que los gobiernos aplican políticas sanitarias específicas que pueden tener consecuencias para el comercio.

Se examinan ocho cuestiones concretas en materia de salud, a saber, la lucha contra las enfermedades infecciosas, la inocuidad de los alimentos, la lucha contra el tabaquismo, el medio ambiente, el acceso a medicamentos, los servicios de salud, la seguridad alimentaria y la nutrición, y algunas cuestiones que están adquiriendo creciente importancia, como la de la biotecnología.

El comercio internacional de servicios de salud está creciendo en muchas esferas.

Numerosos profesionales de la atención de salud se están trasladando con carácter temporal o permanente a otros países, normalmente en busca de ingresos más elevados y mejores condiciones de trabajo.

También han aumentado considerablemente las inversiones extranjeras de empresas de gestión hospitalaria y compañías de seguros en busca de nuevos mercados.

Además, cada vez son más numerosos los países que tratan de atraer para sus servicios de salud a usuarios de otros países.

En un marco normativo adecuado, la liberalización del comercio puede contribuir a mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios y/o a aumentar los ingresos en divisas. Por ejemplo,

los hospitales financiados por inversores extranjeros pueden prestar determinados servicios no disponibles anteriormente.

El sector sanitario de algunos países, como Tailandia y Jordania, actúa como centro regional de suministro que atrae a pacientes extranjeros, lo que puede generar empleo y aumentar los ingresos del país.

Algunos países en desarrollo, en particular Cuba, Filipinas y la India, "exportan" personal médico y de enfermería, obteniendo así remesas de divisas y contribuyendo a subsanar carencias de esos servicios en los países receptores.

Las organizaciones que proporcionan salud pueden pensar que su servicio es sólo curar. Sin duda, eso es lo que espera el enfermo. Pero esta concepción supone que el agente se fija en el producto.

Cree que si el enfermo sana ha alcanzado los objetivos perseguidos. Pero si se actúa sólo bajo esta creencia se presta importancia sólo al producto, pero no al proceso. Indudablemente, el paciente desea y espera la curación.

Está convencido de ello. Pero su valoración del servicio la hace según el proceso, todo aquello que rodea a la pura atención médica: el producto, la recuperación de su salud, lo da por hecho.

Nos encontramos en un siglo que ha representado grandes avances sociales. En las últimas décadas se ha despertado conciencias dormidas ante la conservación medio ambiental, los derechos humanos o la solidaridad entre los pueblos.

Las empresas adoptan unos principios de gestión de marketing social. A través de los intercambios desean conseguir el bienestar de la sociedad desde una perspectiva económica.

Pretenden racionalizar el consumo de los recursos económicos y contribuir a que se respeten los valores de los seres humanos. Las organizaciones que prestan servicios de salud también deben adoptar aquellos principios de gestión que contribuyan a aumentar el bienestar de la Sociedad.

La estrategia de servicios tiene como finalidad principal consolidar e incrementar las relaciones con los clientes. En el caso de los servicios de salud, su adopción implica transformar los elementos tangibles del proceso asistencial en servicios tangibles y competitivos, proporcionando así al paciente una oferta diferenciada con la que se crea valor añadido al servicio prestado.

Los expertos también insisten en la responsabilidad de los gobiernos en el desarrollo de unos indicadores apropiados relativos al impacto del comercio en la salud, lo que sólo puede hacerse con el concurso de los académicos de ambos sectores.

La armonización de unos indicadores específicos para la salud y el comercio podría permitir su aplicabilidad en análisis conjuntos.

Los estudiosos recomiendan a los actores en el ámbito de la salud que, en tanto no se hayan obtenido evidencias en base estas actualizaciones metodológicas, adopten un “principio de precaución” en las negociaciones comerciales; por ello consideran conveniente que los países no adquieran ningún compromiso bajo el Acuerdo General de Bienes y Servicios (de la OMC) sin haber antes determinado qué beneficios comportaría dicho acuerdo para la salud pública.

Análisis particular sobre lo que debe de realizar cada agente del sector salud, para los acuerdos comerciales en la negociaciones de salud.

La OMS debe:

Asignar los recursos necesarios que permitan emprender y sostener un mayor liderazgo global en salud que actúe en el ámbito del comercio; o Diversificar sus relaciones con los principales organismos internacionales de comercio como la OMC, el Banco Mundial y los organismos comerciales o Incrementar las actividades de investigación, formación y cooperación técnica relativas a aspectos comerciales de la salud.

La OMC debe:

Dar a la OMS la condición de observador pleno en el Consejo General, para ser observador de los Aspectos de la Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio; o Incrementar la transparencia en los procesos de negociación y toma de decisiones; o Incrementar las actividades de investigación, formación y cooperación técnica relativas a los aspectos sanitarios del comercio.

El Banco Mundial, agencias afines y fundaciones deben:

Reconocer formalmente e incorporar la salud como un factor esencial en la formulación de las políticas comerciales; Incrementar el apoyo técnico y financiero a los programas centrados en el estudio de los vínculos entre salud y comercio.

Los gobiernos nacionales deben:

Apoyar y solicitar las acciones sugeridas para la OMS, la OMC y otras instituciones internacionales; Cooperar mutuamente en experiencias de comercio y salud, políticas adicionales, etc. En las negociaciones comerciales y la formulación de políticas, dar mayor atención a las consideraciones de salud (incluidas las cuestiones de salud de otros países).

Las ONG y la sociedad civil deben:

Ejercer presión política para apoyar el desarrollo de actividades relacionadas con la salud y el comercio dentro de su área de interés específica. Ejercer presión política para apoyar los esfuerzos de los organismos nacionales de salud.

La comunidad académica debe:

Establecer cursos sobre comercio como un elemento clave en los currículos de salud de grado universitario; Promover la formación en las implicaciones que para la salud tienen los acuerdos comerciales, e incorporarlos en los currículos de los grados de economía, finanzas, relaciones internacionales y comercio.

2.3 Negociación de precios en servicios de salud

La ampliación de la cobertura del seguro sanitario comporta un aumento del gasto nacional en medicamentos y servicios de salud. Con el propósito de abordar este problema, la OMS recomienda que cada país redacte un listado con los medicamentos y servicios fundamentales para su territorio. Si bien la mayoría de los medicamentos incluidos en dichos listados son genéricos, en muchos países los medicamentos patentados constituyen una parte considerable del gasto farmacéutico.

Con el fin de ayudar a controlar el gasto en medicamentos patentados, el gobierno mexicano creó en el año 2008 la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS).

La misión de dicha entidad consiste, como su propio nombre indica, en negociar con las empresas farmacéuticas los precios de los medicamentos patentados incluidos en el listado de medicamentos fundamentales de México.

Peter Drucker, entre sus muchas expresiones ya clásicas, definió el concepto de gerencia de una manera sintética al afirmar que consistía en "convertir" recursos en resultados. Nótese, que al utilizar el vocablo "convertir" estoy excluyendo la posibilidad de que se gastara en recursos lo que no se iba a transformar en resultados.

Parece simple, pero no lo es. Veamos primero a qué se refiere el autor cuando se habla de recursos: dinero, empleados, equipos, tiempo información, materiales, instrumentos, espacio, talento, competencias, cultura y otros.

Analicemos posteriormente a qué se refiere cuando habla de resultados: producción industrial, servicios prestados, mercancía vendida, personas transportadas, habitaciones vendidas, consultas realizadas, vidas salvadas, muertes evitadas, clientes satisfechos, seguridad ciudadana, pacientes con experiencias positivas y otros.

Se puede notar que tanto en los recursos como en los resultados, hemos incluido elementos tangibles e intangibles, con marcada intención de destacar que los segundos tienen tanta importancia como los primeros.

En realidad, en el mundo actual los resultados se miden principalmente por la medida en que han logrado cubrir y sobre todo superar las expectativas de los clientes, llámense estos huéspedes, ciudadanos, pasajeros, pacientes o espectadores y estas representan, en buena medida, valores intangibles.

Tradicionalmente, la salud pública presenta una necesidad creciente de dinero que en buena parte se justifica por la intención de corregir las fallas e insuficiencias que pudiera tener el servicio o para asegurar que se producirán notables mejorías dentro de lo bueno que se está haciendo. La idea parece atractiva, pero el análisis resulta insuficiente.

El problema principal está en qué se hace con el dinero que se recibe y no en cuánto dinero se tiene. La salud pública, lamentablemente, hereda y participa de las tradicionales ineficiencias de la administración pública conocidas, criticadas y sujetas a revisión importante en varios países del mundo.

Por otra parte, el buen estado de salud de la población es un requisito básico para aquellos países emergentes que aspiran a ser naciones prósperas y desarrolladas, pues muchos de los factores necesarios para lograrlo, tales como la educación, la productividad, la capacidad de

innovación, el acceso a las tecnologías contemporánea, la inversión extranjera, el turismo o la cultura empresarial dependen de ello.

Se justifica entonces que el gasto en salud, bien concebido, tenga un crecimiento notable, en estos casos.

Es por ello que en el estado mexicano, como se describió anteriormente se crea:

DOF: 26/02/2008

ACUERDO por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud.

Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos e Insumos para la Salud.

El objetivo de la Comisión es negociar el precio de medicamentos y demás insumos para la salud contenidos en el Cuadro Básico para el primer nivel de atención médica y en el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel.

Objetivo

La necesidad de garantizar las mejores condiciones de compra, aumentar la disponibilidad y acceso a medicamentos y demás insumos para la salud, a través de un proceso institucionalizado y transparente, dio pie a la creación de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, mediante acuerdo presidencial publicado el 26 de febrero de 2008 en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

El objetivo de la Comisión es negociar el precio de medicamentos y demás insumos para la salud contenidos en el Cuadro Básico para el primer nivel de atención médica y en el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, que cuenten con una patente vigente o

sean de fuente única, es decir, aquéllos para los cuales existe un posible oferente en el mercado al momento en que se tenga programado realizar la contratación y que sean objeto del procedimiento de adjudicación directa contemplada en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Integración

Titular de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Titular de la Secretaría de Economía.

Titular de la Secretaría de Salud.

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

La Secretaría de la Función Pública y la Comisión Federal de Competencia Económica participan como asesores permanentes de este Órgano.

El Presidente de la Comisión es designado por el Titular del Poder Ejecutivo Federal y es el responsable de conducir por un periodo de dos años los trabajos de la Comisión con el apoyo de un Secretario Técnico.

El Secretario Técnico tiene entre sus funciones coordinar los trabajos del Comité Técnico Clínico, Comité de Evaluación Económica y Comité de Análisis de Precios y Patentes, los cuales soportan el trabajo de la Comisión y se integran por representantes de las instituciones de la Comisión.

El día 1 de septiembre del año 2016 el Titular del Ejecutivo Federal, Lic. Enrique Peña Nieto, designó como Presidente de la Comisión al Secretario de Economía, Dr. Ildefonso Guajardo Villarreal.

Funciones

Ser la única instancia del Gobierno Federal que puede negociar anualmente los precios de los medicamentos y otros insumos para la salud que cuenten con una patente vigente o sean de fuente única.

Determinar el universo de los medicamentos y demás insumos para la salud sujetos a negociación. Este universo se determina en función de los requerimientos de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con base en la información otorgada por el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios referente a vigencia de patentes y registros sanitarios, respectivamente, para los medicamentos e insumos para la salud contenidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud.

Instrumentar estrategias de negociación y de adquisición que coadyuven a hacer más eficiente la compra pública, de esta manera ofrecer un servicio de salud, de acuerdo a las condiciones económicas de nuestro país.

“La buena opinión es la que califica la buena medicina”.

(Cervantes)

ACTIVIDAD PARA LA SEMANA DEL 09 AL 15 DE SEPTIEMBRE 2024

Cuadro sinóptico: Elaborar un cuadro sinóptico correspondiente a los temas abordados en la segunda unidad, con apoyo de la antología o de información adicional.

Bibliografía

- Corella José maría, introducción a la gestión de marketing en los servicios de la salud, Editorial Anales.
- Prieto, F. (2020) Servicios y Ronda Uruguay: Notas sobre el Acuerdo multilateral para el comercio de Servicios. En P. Leiva (Ed.), La Ronda Uruguay y el Desarrollo de América Latina. Santiago de Chile: PNUDCLEPI
- https://www.wto.org/spanish/res_s/booksp_s/who_wto_s.pdf
- https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5298148&fecha=07/05/2013
- <https://www.gob.mx/stps/prensa/instala-stps-comision-consultiva-nacional-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo>
- <https://economipedia.com/definiciones/comision-nacional-de-seguros-y-fianzas-cnsf.html>
- <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/comision-coordinadora-para-la-negociacion-de-precios-de-medicamentos-e-insumos-para-la-salud-91422>
- <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/comision-coordinadora-para-la-negociacion-de-precios-de-medicamentos-e-insumos-para-la-salud-91422>
- https://portalhcd.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/PortalWeb/Leyes/Vigentes/PDF/92_23_0421.pdf