



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 – Tzitol 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.

UNIDAD I

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

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

Mensaje de Bienvenida.

Estimado Maestrante aprovecho para felicitarlo por haber llegado hasta esta etapa de conclusión de un proceso de crecimiento profesional y personal en el que todo lo aprendido pueda ser aprovechado para beneficio propio y de la sociedad misma. Ha sido para mí una experiencia muy gratificante y satisfactoria haberlos acompañado en la formación de este grado académico, deseando fervientemente haber sembrado una buena semilla en la vida de cada uno, aunque hoy la educación se ha trasladado a la virtualidad, no deja de tener el mismo fin que es buscar la mejora constante de los seres humanos. Por último, pero no menos importante en esta materia encontrarán temas que ayuden al profesional de salud a aprender habilidades de negociación y que lo lleve a convenir sobre los servicios de salud y precios que se encuentran autorizados en el mercado, conocerá las regulaciones dentro de la ley del seguro social y el esquema de facturación de servicios médicos, así como la regulación dentro de los contratos que se llevan a cabo dentro de las organizaciones de salud. Ahora bien, disfrute de este módulo.

Mtra. Mónica Elizabeth Culebro Gómez.

UNIDAD I

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

En su formato más actual surge en Alemania en 1883, por adaptación del canciller Bismarck. Se trataba de un sistema de previsión que ofrecía a los trabajadores y a sus familias protección económica frente al riesgo de enfermedad. Actualmente, su característica clave es que los diferentes componentes que conforman el Estado de Bienestar derivan de la relación laboral.

Hoy en día está presente en varios países del centro de Europa como Alemania, Francia, Bélgica o Austria. En este sistema, la salud se concibe como un derecho o un bien tutelado por los poderes públicos. El Estado garantiza las prestaciones sanitarias. **El sistema se financia mediante cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores y la colaboración del Estado es variable.** Los beneficiarios son los cotizantes y las personas dependientes de ellos. La vinculación a los proveedores es por contrato. El pago a los proveedores se hace mediante contratos y por número de servicios. Existe libertad de negociación entre usuarios, proveedores y aseguradores. El sistema se concentra fundamentalmente en las funciones de restauración de la salud y, en menor medida, en las actividades de promoción y prevención. Rara vez incluye actividades sobre el medio ambiente, que están bajo la responsabilidad de otros sistemas.

El Servicio (sistema) nacional de salud nace en el Reino Unido tras la Segunda Guerra Mundial, en 1948. Pese a que tiene orígenes rusos, con el modelo Semashklo (URSS, 1918), se conoce también como Sistema Beveridge, que fue un economista británico que fijó las bases del futuro Estado de Bienestar en el Reino Unido. En su informe Report on Social Insurance and Allied Services, recoge que todo ciudadano, por el mero hecho de serlo, tiene derecho a participar de los beneficios de la economía, y que es responsabilidad del Estado asegurarle el acceso a éstos. Especial atención debe prestarse a los sectores más desfavorecidos de la sociedad: parados, enfermos y ancianos. Este modelo es típico de los países socialdemócratas, incluida España. En este sistema, la salud se concibe como un derecho, o bien tutelado por los poderes

públicos. El Estado garantiza y financia las prestaciones sanitarias. El sistema se **financia principalmente mediante impuestos y la asignación de los recursos se hace a través de los Presupuestos Generales del Estado**. La universalidad y la equidad son las bases del sistema. Todos los ciudadanos son beneficiarios, con independencia de su actividad laboral. La vinculación a los proveedores es por integración en el sistema, y su pago, por salario. Existe un control gubernamental de proveedores y de financiación. Pueden existir algunos copagos por parte de los usuarios. **También puede coexistir una prestación privada de servicios de carácter complementario y opcional**. Con frecuencia aparecen problemas de burocracia, sobreutilización, ineficiencia y listas de espera. El gasto global expresado como porcentaje de producto interior bruto es generalmente menor que en el modelo de seguros sociales.

Libre mercado.

Es el sistema predominante en EE.UU. La salud se concibe como un bien de consumo. La mayoría de los centros sanitarios son privados, existe una desregulación de la provisión de los servicios sanitarios. La principal fuente de aseguramiento son las empresas con cofinanciación de los trabajadores y de los empresarios, pero coexisten con seguros privados. Pese a la predominancia del sistema de libre mercado, también existen subpoblaciones que se benefician de pequeños sistemas nacionales de salud de seguridad social; por ejemplo, en EE.UU., el Estado garantiza la cobertura y la financiación de los mayores de 65 años, militares, nativos americanos y de los pacientes con insuficiencia renal crónica (Medicare) y de los pobres (Medicaid). Los costes totales de este sistema son elevados. Existen problemas de equidad y accesibilidad.

La financiación es el pago realizado como contraprestación por los servicios recibidos. En sanidad normalmente se entiende como el modo en que, de forma voluntaria u obligatoria, los ciudadanos contribuyen económicamente a cubrir los gastos asociados a las prestaciones sanitarias.

Existen tres grandes modelos de financiación que se corresponden con los grandes modelos de sistemas sanitarios:

• **Sistemas financiados a partir de los ingresos generales del Estado**, normalmente por impuestos. Se trata de un sistema económicamente cerrado e impide la selección adversa de colectivos o de riesgos. Este tipo de sistemas se caracterizan por:

- Cobertura universal.
- La contribución de los ciudadanos al sistema sanitario depende de la capacidad económica, personal o familiar, y no del consumo de servicios. Los impuestos finalistas (destinados directamente al gasto sanitario) son poco frecuentes.
- La cuantía de la financiación sanitaria guarda relación directa con la del sistema fiscal a la que pertenece. La progresividad o regresividad de la financiación sanitaria está relacionada directamente con la del sistema fiscal del que forma parte y, por tanto, con los criterios utilizados en la distribución del presupuesto.
- Los costes económicos asociados al uso de los servicios sanitarios se diluyen en toda la población. Las aportaciones (impuestos) se relacionan con la capacidad económica de cada uno, mientras que la utilización del servicio se vincula con las necesidades de salud.
- La financiación se canaliza en un flujo único.
- Los costes de transacción son bajos ya que no se requieren elementos de gestión detallados. Es decir, el sistema no requiere elementos de administración o gestión específicos, excepto los generados en la elaboración del presupuesto y su distribución.

• **Sistemas financiados a partir de las contribuciones sociales asociadas a la actividad laboral**. Se caracterizan por lo siguiente:

El derecho a la atención se deriva de la condición de trabajador o cotizante y se hace extensible a sus beneficiarios.

- La contribución económica guarda relación con el salario.
- La progresividad es dependiente de la organización del sistema en relación con los tramos de cotización y los topes establecidos, aunque también pueden existir múltiples regímenes o fondos, con contribuciones distintas.
- La dilución de riesgos no se produce a nivel de toda la población sino sólo a nivel de los trabajadores y sus beneficiarios. La contribución económica se relaciona con la capacidad de pago, y la utilización de servicios, con la necesidad. Sin embargo, es frecuente que exista una cierta relación entre ambos extremos, de manera que la cotización para colectivos diferentes sea distinta en función del riesgo potencial de sus miembros (p. ej., trabajadores de riesgo).
- Los costes de transacción varían según la complejidad del sistema.

• **Sistemas financiados a partir de contribuciones privadas**, a través del pago de primas de seguros privados, o bien mediante el pago directo a proveedores. Sus características son:

- ✓ El único derecho a la asistencia sanitaria es el que se deriva del contrato por el pago realizado. La aportación económica es la que establece el proveedor o, en su caso, la entidad aseguradora, y se relaciona con los servicios prestados o cubiertos y las condiciones en que se prestan.
- ✓ La cobertura depende de la capacidad económica individual y el coste de la prima guarda relación directa con el riesgo sanitario de quien contrata.
- ✓ La dilución de riesgos es mínima. El coste está directamente relacionado con el riesgo sanitario individual del beneficiario.
- ✓ Los costes de transacción son elevados, hay mucho trabajo administrativo para saber quién ha de pagar, qué y cuándo.
- ✓ Genera servicios abiertos, una gran movilidad entre compañías y un alto incentivo para la selección adversa de colectivos o de riesgos.

El nivel de cobertura sanitaria indica la proporción de la población que tiene acceso a los sistemas sanitarios. Por ejemplo, en el caso de los sistemas financiados por impuestos existe cobertura universal. Es necesario determinar la cartera de servicios del sistema entre los que se incluirán tanto servicios de restauración de salud (atención primaria y especializada) como de prevención y promoción de la salud.

Para decidir qué hacer y qué ofertar deberían considerarse las necesidades de salud de los usuarios, o sus demandas, así como la capacidad de oferta de los proveedores. En muchas ocasiones, el entorno sociopolítico y sus antecedentes históricos adquieren un gran protagonismo en esta decisión.

Pago a los proveedores

El pago al proveedor de la asistencia sanitaria (ya sea el profesional individual o la institución donde éste trabaja) puede realizarse de varios modos:

- **Pago por reembolso:** los proveedores realizan la prestación y después pasan factura. Ellos dictan los precios.
- **Contratos:** existe un acuerdo entre el financiador y el proveedor. El acuerdo suele ser de tipo prospectivo y regula una cantidad y las condiciones que se deben cumplir para su cobro. El financiador tiene más control sobre el coste que en el modelo anterior, pero limita la capacidad de elección de los usuarios de proveedor a aquellos que tienen un acuerdo con el financiador.
- **Sistemas integrados:** tanto el financiador como el proveedor están controlados por un único agente (p. ej., el Estado). Respecto al pago de los servicios, hay otra dimensión que debe considerarse: la unidad de pago. Ésta puede ser:
- **Por acto (consulta médica, intervención quirúrgica, etc.):** cada intervención o servicio genera una factura. Éste es el método más frecuente en el pago por reembolso.

- Por caso o proceso (proceso asistencial, episodio de enfermedad, actividad asistencial): se factura por la provisión de servicios durante la duración de la enfermedad, no por cada acto. Es frecuente en contratos. La unidad de producto suele estar establecida y tiene una tarifa estandarizada (p. ej., el pago basado en grupos relacionados con el diagnóstico).
- Por capitación (de usuario o de asegurado): se asigna una cantidad por persona a cubrir y el proveedor tiene libertad de gestión de esa cantidad, independientemente de que la persona enferme o no y de cuál sea su enfermedad.
- Por presupuesto: los proveedores, centros o establecimientos reciben una cantidad global para cubrir el coste de sus servicios. Esto incluye el pago del salario del profesional y de los medios necesarios para realizar su trabajo.
- Por salario: es la forma de pago a los profesionales más frecuente en los sistemas integrados. El profesional cobra por sus servicios una cantidad previamente estipulada y que rara vez depende del volumen específico de los servicios realizados.

Hay que hacer notar que los mecanismos de asignación de recursos pueden no ser únicos en un sistema.

El comercio internacional de servicios de salud ha experimentado un rápido crecimiento en los últimos años, si bien sigue siendo modesto en comparación con el comercio de otros tipos de servicios. Los nuevos proveedores de servicios de salud, en particular de las economías en desarrollo, están tratando de atraer a pacientes extranjeros para diversos tipos de tratamientos médicos especializados. La movilidad de los trabajadores del sector sanitario va en aumento, en particular debido al envejecimiento de las poblaciones y la escasez de personal especializado en algunas economías.

El sector sanitario está tratando de atraer inversiones extranjeras para generar nuevos recursos, reducir la carga que soporta el sistema sanitario público o fomentar la transferencia de conocimientos técnicos. En los últimos años, los rápidos avances tecnológicos, la digitalización y la disminución de los costos han contribuido a la rápida difusión de la sanidad

electrónica (por ejemplo, el diagnóstico a distancia) y al uso cada vez más frecuente de aplicaciones móviles para controlar la salud de los pacientes.

Los servicios sociales y de salud comprenden los servicios de hospital (servicios de salud prestados bajo la supervisión de médicos), otros servicios de salud humana (servicios de ambulancia y prestados en instituciones residenciales de salud), los servicios sociales y "otros" servicios sociales y de salud.

El sector de los servicios sociales y de salud es uno de los sectores de servicios con menor nivel de compromisos. A finales de 2020, las listas de 53 Miembros de la OMC (contando a los Estados miembros de la UE como un solo Miembro) contenían compromisos en al menos uno de los cuatro subsectores del sector de los servicios sociales y de salud. La mayoría de los compromisos se refieren a los servicios hospitalarios, seguidos de "otros servicios de salud humana". En los servicios sociales han asumido compromisos 15 Miembros.

Además, un total de 52 listas (contando a los Estados miembros de la UE como un solo Miembro) contienen compromisos relativos a los servicios médicos y dentales, y 22 contienen compromisos relativos a los servicios prestados por parteras, enfermeras, fisioterapeutas y personal paramédico.

Con el desarrollo de la telemedicina (servicios médicos prestados a distancia), el suministro transfronterizo de servicios (modo 1) es cada vez más importante. Sin embargo, el modo 1 ha sido objeto de un número menor de compromisos que los demás modos de suministro.

Los compromisos del modo 2 (consumidores que salen de su país para consumir un servicio en el extranjero) suelen estar sujetos a pocas limitaciones, mientras que los compromisos del modo 3 (empresas extranjeras que crean filiales o sucursales para prestar servicios en otro país) están a menudo sujetos a restricciones, como pruebas de necesidades económicas (que aplican criterios económicos para determinar si se justifica por razones económicas la entrada en el mercado de una empresa extranjera) o limitaciones a la participación extranjera en el capital.

En general, se aplican compromisos del modo 4 (personas físicas que se desplazan de su país para suministrar servicios en otro país) a todos los sectores de servicios.

Solo cuatro Miembros han consignado exenciones al trato de la nación más favorecida (NMF) (es decir, a la no discriminación) en estos sectores: Bulgaria, Chipre, la República Dominicana y Jordania.

1.2. Principios de negociación de servicios de salud

En la vida cotidiana los individuos experimentamos los conflictos como un fenómeno, algo que acontece en nuestro diario vivir y frente al cual asumimos una postura. Esa postura es construida a lo largo de nuestra educación. Es en nuestra formación donde asumimos esa versión negativa de los conflictos que como veremos a continuación no es la única.



Los elementos del fenómeno de los conflictos se reúnen en el cuadro superior como una escena de una película o una foto en la portada de un periódico. En el centro tenemos la

diferencia, esa oposición entre las partes que vemos a cada extremo. Esa diferencia es sobre un tema, el asunto que provoca la situación de conflicto. El tema es el aspecto objetivo del conflicto, mientras que las partes, los individuos involucrados, son el aspecto subjetivo.

Cada parte tiene su percepción del conflicto, o sea, su forma de entender lo que está sucediendo. Sobre esa percepción se desarrolla la reacción al conflicto. Reacción que normalmente suele ser negativa y cuya precondition biológica nos dispone a pelear o a huir de la escena. Eso es lo que se conoce como el **“mecanismo de lucha o huida”**.

La Negociación basada en intereses parte de la idea de que podemos trascender nuestro condicionamiento a huir o luchar en los conflictos y que, por el contrario, podemos hacer un manejo del conflicto. Tener una acción consciente y premeditada para atender estas situaciones. La acción consciente que propone la NBI, parte de quebrar el condicionamiento de los conflictos como algo negativo y se plantea la idea de que **los conflictos son una oportunidad**, pasamos a explicar ese punto.

Conflicto como oportunidad

Ver el conflicto como una oportunidad nos permitirá enfrentar de una forma totalmente diferente los conflictos que siempre vamos a tener que enfrentar como seres sociales e interdependientes que somos. Y esto es posible partiendo de la aceptación y reconocimiento de que **todas las personas somos y tenemos el derecho de ser diferentes (en cuanto a ideas, conductas, deseos, anhelos, etc.)** y que, entonces, por esas diferencias propias de las personas humanas existirán conflictos. Una de las bases para construir y consolidar sociedades y comunidades pacíficas consiste en el reconocimiento del derecho a ser diferentes.

Así, es posible y deseable que cuando nos encontremos ante una situación de conflicto lo veamos como una oportunidad de restaurar y reconstruir nuestras relaciones con las otras personas, en lugar de convertirlo en un campo de lucha y destrucción.

Niveles de conflicto

J.P. Lederach, un experto en conflictos con amplia experiencia en Centroamérica, plantea que, para llegar a trascender nuestra percepción tradicional de los conflictos, es necesario reconocer el valor que tiene el contexto o sustrato donde ellos ocurren. Bajo este enfoque, el abordaje de los conflictos, y por ende los procedimientos que se utilicen para su solución y los acuerdos que se puedan ir construyendo, serán más sostenibles si se entiende el contexto en el cual se producen los conflictos puntuales. Esto nos permite ver el conflicto de una forma más amplia y dinámica, como parte de un proceso de progresión permanente que va desde lo estático hasta lo dinámico.

En materia laboral existen escenarios típicos donde ocurren los conflictos. Por ejemplo, hablamos de conflictos en el lugar de trabajo, entre compañeros; o conflictos entre departamentos, por ejemplo en un hospital entre el departamento de atención de urgencias y el de proveeduría. Hay conflictos entre el jefe de área y el personal. Todos estos ocurren en el contexto interno de la organización. Hay conflictos laborales que ocurren más allá de ese contexto organizacional. Una discusión sobre salarios mínimos o sobre derechos básicos laborales se da en el contexto nacional o regional, en donde participan no solo empleadores y trabajadores, sino también el gobierno. Muchas veces los conflictos trascienden el contexto en el que ocurren o vinculan distintos niveles de acción.

Lederach en su planteamiento denominado “nido de los conflictos” (gráfico siguiente) sugiere que para cualquier conflicto debemos reconocer primero cuál es el tema específico sobre el que se desarrolla el conflicto. Luego, es importante entender entre quiénes es que se da el conflicto respecto a dicho tema. Seguidamente, ese tema se dará dentro de algún contexto inmediato (subsistema), como por ejemplo dentro de un departamento, o en el marco de un proyecto, o en una transacción específica. Este subsistema que constituye el contexto inmediato del conflicto, está, a su vez, contenido dentro de un sistema más amplio. Tomando un ejemplo concreto, pensemos en dos compañeros de trabajo que tienen un conflicto sobre

cuánto trabajo debe hacer cada uno para un proyecto al cual ambos han sido asignados. En este caso, el tema es la distribución de cargas de trabajo. La relación es la de ellos mismos como compañeros. El proyecto que les ha sido asignado es un subsistema, y la empresa en la cual trabajan es un segundo subsistema de orden superior que incluye al primer subsistema. A su vez, están inmersos en un sistema de relaciones laborales a nivel nacional, que incluye, por supuesto, las instituciones políticas y legislación del país.

Tipos de conflictos

Es importante también tener presente que existen diversos tipos de conflictos. A continuación se presenta una clasificación general, pero no exhaustiva, tomada de Moore, que describe algunos de los principales tipos de conflictos. Es importante destacar que en un conflicto real, es usual que se presente una combinación de varios tipos de conflictos a la vez.

1. Conflictos por datos: son generados por diferencias en la interpretación de los datos o de la información. Por ejemplo, un conflicto por límites entre las funciones de un departamento y otro. En este tipo de conflictos la intervención más conveniente consiste en la evaluación u orientación por un tercero imparcial, como podría ser un gerente o coordinador de un nivel superior. Claro que esta intervención o la información que ella genere no resuelve por sí solo el conflicto. Pero al menos sí evita que se discuta de forma innecesaria acerca de los límites que cada parte “piensa” que son los correctos. De esta forma, abre un amplio espacio para la negociación con base en criterios objetivos establecidos por expertos imparciales.

2. Conflictos por intereses: estos son los conflictos en los cuales se enfoca el curso.

3. Conflictos de relaciones: estos conflictos se originan por el tipo de relación entre las partes o la dinámica que existe entre ellas y en ellos juega un papel fundamental la comunicación. Los conflictos de relaciones son generados por una mala comunicación entre las partes. Para enfrentar estos conflictos es esencial que las partes superen las barreras de la

comunicación, utilizando las herramientas de comunicación que se describen en el capítulo cuarto.

4. Conflictos estructurales: esta clase de conflictos se derivan normalmente del acceso o posesión de recursos de poder entre las partes y el desequilibrio que esto suele generar. Por ejemplo, son los casos típicos de disputas generadas por la ubicación en las escalas jerárquicas y el uso (mal uso) que se haga de este poder. Las intervenciones recomendadas en este tipo de conflicto tienen que ver con la aceptación del principio general de igualdad de todas las personas y de la dignidad inherente a cualquiera de ellas, independientemente de su ubicación en una escala jerárquica de una organización o de la visión de una sociedad. El ideal sería que, si un conflicto estructural se da en una organización abierta y/o democrática, se acuerde modificar los procedimientos 3 Moore (1995, p. 63). o políticas que puedan acarrear estos conflictos. Esto, a partir de la participación amplia de todas las partes.

5. Conflictos de valores: este tipo de conflictos son los de más difícil solución, ya que tienen que ver con los valores o principios de las personas y, en general, con su visión del mundo. Suelen ser, por ejemplo, los conflictos por creencias religiosas o prácticas culturales, las cuales están profundamente arraigadas en las personas, incluso por prácticas ancestrales. Existen algunos contextos culturales (por ejemplos, las regiones donde hay gran concentración de poblaciones autóctonas con valores diferentes a los de la cultura dominante) en los cuales es vital reconocer las implicaciones de estas diferencias de valores sobre la posibilidad de negociar. En estos casos, es importante identificar aquellos aspectos del conflicto que no tengan que ver con los valores, partiendo del hecho que sobre esos ámbitos sí es posible o recomendable desarrollar procesos tradicionales de solución de disputas. Por otro lado, en los conflictos que necesariamente pasan por esos valores, estos deben ser definidos o abordados de tal forma que las partes no perciban que están amenazando o poniendo en riesgo dichos valores.

En el corazón de la Negociación Basada en Intereses (NBI) se encuentra el proceso “integrador” de buscar conjuntamente soluciones “ganar-ganar” o de mutuo beneficio. Esta

búsqueda es posible cuando cada parte reconoce que existen oportunidades para generar, en la mesa de negociación, nuevas opciones que satisfagan tanto sus intereses como los de las otras partes. Si bien este proceso se ve fortalecido (como veremos en el Capítulo 3) mediante la aplicación de unos principios que pueden considerarse novedosos al proceso tradicional de negociación colectiva, es importante reconocer que las negociaciones “ganar-ganar” no son algo totalmente nuevo y extraño al contexto laboral.

Hoy, cuando los cambios son continuos, en un entorno con importantes diferencias generacionales y con una sensación de "quemazón" generalizada, se necesitan personas que sepan asumir y controlar retos y riesgos. La negociación es una oportunidad para ello. La negociación como estrategia se convierte en una manera de trasladar la visión allí donde sucede lo importante. Es precisamente en la negociación donde se encuentran oportunidades para acortar esa brecha que no nos permite dar lo mejor de nosotros, al descubrir conjuntamente lo que nos separa de lo mejor que podemos ofrecer. La visión compartida es clave; antes de actuar hay que ir vinculando y compartiendo lo que se hace, la participación activa en el diseño y en las formas de aplicación lleva a que se puedan conseguir los objetivos. No es posible mantener una organización solamente jerárquica si se pretende dar voz⁴ a las personas. Hay muchas formas de organizar las cosas y también hay muchas (muchas más) de desorganizarlas. Primero hay que tener presente qué se pretende, para actuar en consecuencia y, en esa estrategia, las personas son la clave.

2) Tipos de negociadores

Improvisado	Negociador que no estudia ni prepara la negociación aunque actúa en ella.
Intuitivo	Negociador que sin preparación previa ni formación teórica percibe rápidamente las características de la negociación en que está inmerso y actúa en forma adecuada sobre ella.
Profesional	Negociador que contando con conocimientos teóricos y ayudado por la experiencia prepara y desarrolla la negociación según sus reglas del arte de la misma.

3) Ubicación de la negociación laboral:

Negociación	Comercial
	Política
	Geopolítica
	Laboral { Individual
	{ Colectiva
	Internacional
	Etcétera

4) Componentes de la negociación:

Sujetos negociadores	(¿quién?)
Materia negociable.....	(¿qué cosa?)
Lugar de la negociación.....	(¿dónde?)
Elementos de la negociación.....	(¿con qué?)
Modelos utilizados.....	(¿cómo?)

1.3. Consideraciones financieras en la negociación de servicios de salud

El Instituto México del Centro Internacional para Académicos Woodrow Wilson creó en 2017 la Iniciativa del Sistema de Salud de México como un espacio abierto para el diálogo dinámico y productivo al reunir a líderes y tomadores de decisiones del sector gobierno y del sector privado, así como a expertos en políticas en salud de ONGs y del ámbito académico, para

discutir los desafíos en materia de salud y las alternativas de política para abordarlos. Con esta Iniciativa, el Instituto México busca apoyar el fortalecimiento del sector salud a través del análisis objetivo y el análisis de propuestas en torno a los temas prioritarios para el sector salud.

El fin último del sistema de salud debiera ser mejorar la salud de los mexicanos. La cobertura universal en salud (CUS) es la estrategia que busca proveer a toda la gente que lo requiere acceso a los servicios de salud con un nivel de calidad suficiente para que sean efectivos, y garantizar que el uso de los servicios no exponga a los usuarios a dificultades financieras. El acceso incluye la promoción de la salud y la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa que para que una comunidad o un país puedan alcanzar la CUS se han de cumplir los siguientes requisitos: • garantizar el financiamiento sostenible de los servicios de salud; • contar con un sistema de salud sólido; • promover acceso a medicamentos y tecnologías esenciales, y • asegurar personal de salud suficiente, bien capacitado y motivado. El concepto de la CUS ha sido avalado en el marco del acuerdo internacional del 2015 para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y del compromiso de los países para cumplir con 17 metas al 2030. En este acuerdo los países pueden optar por distintas estrategias para alcanzar la CUS según su contexto y según la respuesta a tres preguntas básicas: • ¿Qué población estará cubierta de forma prioritaria? • ¿Qué intervenciones y hasta dónde cubrirá el sistema? • ¿Qué nivel de protección financiera se logrará a través del financiamiento público o aseguramiento privado?

Para responder estas tres preguntas, es necesario dialogar acerca de cómo se financiará el sistema, cómo se pueden lograr recursos suficientes para atender las necesidades de salud de la población, y al mismo tiempo protegerla de las consecuencias de los riesgos financieros de estar enfermo y de pagar de su bolsa por la atención médica. La trayectoria que habrá de seguirse para lograr la cobertura universal depende de las respuestas y, en particular, de las prioridades que se expresen al contestar estas preguntas. La estrategia del financiamiento del sistema de salud por lo tanto debe estar alineada a los objetivos de la CUS y lograr la combinación deseable de impacto en las condiciones de salud y protección financiera de la

población. El financiamiento no sólo tiene que ver con la forma en que se obtienen recursos para la salud. También es importante que los fondos logren solidaridad entre enfermos y sanos, pobres y ricos, jóvenes y adultos mayores, población urbana y población rural o indígena, entre otras características que explican la necesidad y utilización de los servicios de salud. Por último, la manera en que los recursos disponibles se asignan y convierten en servicios tiene implicaciones en cuanto a la equidad, la eficacia y la eficiencia del sistema de salud. Son tres las subfunciones del financiamiento de la salud que necesitamos abordar:

- 1) Recaudación y movilización de fondos. Se refiere a la necesidad de procurar financiamiento suficiente para la salud, o de defender y mantener las fuentes disponibles ante la presión de gasto de otros sectores;
- 2) Mancomunación y diversificación de riesgos. Consiste en lograr o mantener un nivel adecuado de protección contra riesgos financieros para que las personas que necesitan servicios no enfrenten barreras al acceso y no estén sujetas a gastos catastróficos o empobrecimiento por acceder a ellos;
- 3) Asignación y compra de servicios. Se enfoca a promover las reglas y los mecanismos operativos para que los recursos financieros, y en particular los presupuestos públicos y privados de las instituciones aseguren la equidad (atender a cada persona según su necesidad), la eficacia (tener efecto en la salud) y la eficiencia (obtener el mayor beneficio al menor costo posible) de los fondos disponibles para alcanzar la CUS.

Son muchas las formas en que se recauda dinero para pagar los costos del sistema de salud. Por lo general, el dinero se recibe de hogares, organizaciones o empresas y, en casos de países más pobres, de fuentes externas. Los recursos pueden ser recaudados a través de impuestos generales o específicos, aportaciones obligatorias o voluntarias a los seguros de salud, y pagos directos de las personas en el momento de usar un servicio de salud. El origen de los fondos es quizás la discusión más crucial para lograr la CUS. Por un lado, lograr mejorar las condiciones de salud requiere que las barreras financieras para el acceso a servicios se reduzcan o eliminen y, por el otro para contar con un nivel de protección financiera aceptable el acceso a servicios debe estar asociado a la necesidad más que a la capacidad de pago de las personas. En países

de ingresos medios y altos prevalecen básicamente dos modelos para financiar la CUS: a través de un sistema general de impuestos o a través de un sistema de seguridad social con cobertura de salud. Estos modelos en ocasiones coexisten dentro de un mismo sistema de salud, como es el caso de México, y ambos modelos brindan protección contra riesgos financieros y promueven la equidad mediante el pago anticipado de los costos de atención médica y las campañas de promoción de la salud, y de detección y prevención de la enfermedad. La diferencia más relevante entre ambos modelos radica en la base que se utiliza para recaudar los ingresos.

En los sistemas basados en impuestos, la fuente principal de recursos son los ingresos tributarios o fiscales generales, ya sea impuestos directos (a los ingresos de las personas o empresas) o indirectos (a las ventas, el consumo o los activos). Esta recaudación general es posteriormente asignada por el gobierno para la compra o la prestación de servicios de salud en instituciones públicas y privadas. En el componente de salud de la seguridad social, los fondos provienen directamente de los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes, las empresas y los gobiernos, que contribuyen de manera obligatoria. La seguridad social es un esquema de aseguramiento porque las aportaciones de los trabajadores, patrones y gobierno se consolidan o mezclan en un solo fondo para beneficio de las personas que necesitan el servicio. En los sistemas basados en impuestos generales el concepto de aseguramiento es implícito porque está integrado en la aportación que los contribuyentes hacen a través del pago de impuestos. En el caso de México, como en muchos otros países, la organización de la protección financiera para la población asalariada del sector privado y del gobierno federal y estatal se cubre a través de contribuciones de la nómina, mientras que los no asalariados, informales, y trabajadores por cuenta propia están cubiertos por varios tipos de seguros de salud, como el Seguro Popular de Salud y el IMSS Bienestar. Estos últimos están basados principalmente en impuestos generales, y en el cobro de cuotas por usar los servicios cuando éstos no forman parte de los beneficios explícitamente cubiertos.

En la mayoría de los países de ingresos medios y bajos los sistemas de salud dependen en gran medida de los pagos directos de los individuos a las aseguradoras privadas o a los proveedores de servicios de salud. Es común que se cobren tarifas o cargos por consultas con profesionales

de la salud, procedimientos médicos, medicamentos y otros suministros, y para análisis de laboratorio. Dependiendo de cada país, el pago directo o gasto de bolsillo, como comúnmente se le conoce, es recaudado por el gobierno en sus clínicas, por organizaciones no gubernamentales, centros de salud de las iglesias, y sobre todo prestadores privados.

Los pagos directos tienen serias repercusiones para la salud. Hacer que las personas paguen en el momento de la entrega del servicio induce a que los servicios no se utilicen de forma oportuna (especialmente los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad). Al posponer el uso de intervenciones de detección y control de enfermedades, se posterga el acceso. Eso a su vez reduce las perspectivas de curación y aumenta los costos de tratamiento. Por ello, los pagos directos que pueden ubicarse como gasto de bolsillo son una forma ineficaz e ineficiente de financiar la salud, y más aún, también perjudican las finanzas familiares. Muchas personas que sí buscan tratamiento, y que tienen que pagar en el momento del requerirlo, sufren graves dificultades financieras como consecuencia. El gasto catastrófico se define como un gasto directo en atención médica superior a un porcentaje (30% o 40%, según el criterio que se use) de los ingresos del hogar una vez descontado el gasto en necesidades básicas. Los gastos directos también pueden orillar a que los hogares caigan en pobreza. Los gastos catastróficos ocurren en países de todos los niveles de ingreso, pero son mayores en países que dependen más de los pagos directos para recaudar recursos para la salud. El gasto catastrófico en salud no es necesariamente causado por procedimientos médicos de alto costo o por un solo evento costoso. Para muchos hogares, los pagos relativamente pequeños también pueden resultar en una catástrofe financiera. Un desembolso constante de pagos médicos puede orillar a la pobreza a las personas con enfermedades crónicas o con discapacidades. Un gasto empobrecedor es aquél que una vez erogado —e independientemente del porcentaje que represente del ingreso disponible del hogar— deja al hogar con un nivel de recursos por debajo de una línea de pobreza preestablecida.

El progreso hacia la CUS depende de la obtención de fondos para que una colectividad suficientemente grande pueda garantizar que los aportantes sanos paguen los costos de los servicios médicos de los que se enferman. Cuantas más personas compartan el riesgo financiero de esta manera, más estable será la capacidad de la colectividad de sostener este

arreglo en el tiempo. Cuando los fondos cuentan con pocos participantes, están expuestos a eventos extremos que hagan inviable el fondeo en un año de exceso de utilización y reclamaciones.

El propósito principal de la agrupación de recursos en fondos es diluir el riesgo financiero asociado con la necesidad de utilizar los servicios de salud. Para constituir un fondo, los recursos que los constituyen deben pagarse por adelantado, antes de que ocurra la enfermedad; por ejemplo, a través de impuestos, contribuciones a la seguridad social y/o pago de primas de seguros. La mayoría de los sistemas de financiamiento de la salud incluyen un elemento de agrupación financiada por pago anticipado, combinado con pagos directos de individuos a proveedores de servicios, a veces llamados costos compartidos. La fragmentación institucional afecta todos los niveles de la estructura de financiamiento, desde cómo se contribuye y cuánto se destina del presupuesto federal a cada institución, cuántos fondos se tienen para mancomunar riesgos, y hasta la forma en que se pagan salarios, se presupuestan los servicios, se decide qué medicamentos o tecnologías comprar, qué infraestructura construir y cómo se utilizan los recursos.

La asignación y compra es el proceso en donde los recursos financieros que hayan o no pasado por la etapa de mancomunación se convierten en servicios de salud. Hay tres formas principales de hacer esto. Una es que el gobierno proporcione presupuestos directamente a sus propios proveedores de servicios de salud, quienes organizan las compras y pago de insumos, y la prestación de los servicios utilizando los recursos del gobierno y, a veces, las contribuciones de seguros. La segunda es cuando se asignan los recursos a una agencia de compras separada institucionalmente (por ejemplo, un fondo de seguro de salud o una autoridad gubernamental) para financiar y comprar los servicios en nombre de una población (una división comprador-proveedor). La tercera es que las personas paguen directamente a un proveedor por los servicios. Muchos países usan una combinación. Dentro de estas amplias áreas, los proveedores de servicios de salud pueden recibir pagos de muchas maneras.

diferentes, Las compras también incluyen decidir qué servicios deben financiarse, incluida la combinación de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación. Una de las barreras más importantes para lograr la CUS, más allá del nivel de gasto en salud, son las ineficiencias en el

uso de fondos de salud tanto públicos como privados. Un nivel insuficiente de gasto en salud puede limitar el alcance de cobertura poblacional y la profundidad de los servicios necesarios para cumplir con el compromiso de acceso. Sin embargo, una selección pobre de las intervenciones por cubrir, la mala calidad con la que éstas se ofrecen y en general, una débil administración del sector público y privado en la prestación de servicios de salud pública y de atención médica socavan el esfuerzo previo de movilización de fondos y mancomunación de recursos existentes.

En 2017 México destinó 5.4% de su PIB a salud, nivel muy inferior con respecto a otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (9.0%) y a otros países de América Latina como Brasil (8.9%), Chile (8.1%) y Colombia (6.2%). Esto es, México tiene un gasto en salud del orden de 1.2 billones de pesos, equivalentes a 9,605 pesos por persona. A pesar de que la insuficiencia de gasto en salud es un tema que ha estado presente en la agenda durante los últimos quince años, las tendencias no son favorables desde 2010, cuando esta cifra alcanzó 6.1%, y es una de las principales limitantes para alcanzar la CUS, así como hacer frente al nuevo perfil de necesidades de salud de la población.

El problema es que no sólo se dedican pocos recursos al sector salud, sino que el componente público del gasto sigue siendo menor de lo que se esperaría en un país que ha apostado por muchos años a tener un sistema de salud predominantemente público. El gasto público en salud asciende a tan sólo 2.8% del PIB, mientras que los países de la OCDE destinan 6.4%, en promedio. La participación del gasto público respecto al gasto total en salud ha aumentado casi 40% desde el año 2000, crecimiento que se explica en buena parte por la creación del Seguro Popular de Salud. Este crecimiento es ligeramente mayor al crecimiento promedio de los países OCDE entre 2000 y 2017 (25%). No obstante, pese a la canalización de más recursos públicos para la población sin seguridad social, el gasto público está todavía muy lejos del nivel deseable.

La cobertura de aseguramiento médico en México ha aumentado, pero sigue siendo incompleta. México ha expandido a lo largo de varios años la cobertura financiera de la atención médica, a través de los principales seguros públicos: IMSS, ISSSTE y Seguro popular de Salud controlado por INSABI, incluyendo el programa IMSS Bienestar. En conjunto, y como resultado

de duplicidad de coberturas, estos tres esquemas y el programa IMSS Bienestar cubren en principio a más del 100% de la población total. Los hogares en los quintiles más bajos de ingreso son los más vulnerables a experimentar gastos catastróficos y/o empobrecedores. La protección financiera de estos grupos de población ha sido un imperativo ético que ha empujado el desarrollo de programas de aseguramiento público como IMSS Bienestar y el Seguro Popular de Salud. En principio, la cobertura que brindan los seguros públicos en México da protección financiera a las familias y elimina las barreras económicas de acceso a servicios médicos. Sin embargo, en la práctica, el hecho de estar afiliado a un seguro público no garantiza el acceso efectivo a servicios médicos ni la protección financiera. A pesar de que el aumento en la cobertura financiera ha ido acompañado de más gasto público para la población sin seguridad social, las restricciones presupuestales siguen siendo una barrera para el acceso efectivo a atención médica.

Finalmente, la estructura de financiamiento de un sistema de salud debe estar alineada con los objetivos de salud de un país. En el caso de México hay que considerar dos elementos que deben guiar los esfuerzos por mejorar la forma en que se financia y se usan los recursos públicos y privados para satisfacer las necesidades de salud de la población. El primero es la extinción de las transiciones demográfica y epidemiológica: el nuevo perfil de enfermedades de la población ya corresponde al de una población más envejecida, y al de una población afectada por enfermedades no transmisibles o crónico-degenerativas y lesiones. El segundo elemento es el compromiso de alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para salud (ODS 3). Los ODS 3 son la referencia en cuanto a la mejoría en salud que queremos para los mexicanos para el año 2030. Expertos internacionales en salud global han propuesto un objetivo cuantitativo general para respaldar el cumplimiento de las 13 metas ambiciosas contenidas en los ODS, y para que los países tengan una noción más concreta y medible del reto asociado. Este objetivo se traduce en reducir en prácticamente 40% las muertes prematuras (muertes en menores de 70 años) para el año 2030, lo que debiera ser a su vez el resultado de lograr una serie de reducciones objetivo en la mortalidad específica para cada causa de muerte prematura. De acuerdo con proyecciones de mortalidad prematura total y por causa de muerte para México, al ritmo actual estamos lejos de alcanzar esa meta por un

margen de 64,000 muertes. Con base en las tendencias actuales, en 2030 se estima que un conglomerado de cuatro grupos principales de enfermedades no transmisibles, enfermedad vascular (incluidas enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y enfermedades hipertensivas), diabetes, enfermedad renal y hepática, representará más del 40% del total de muertes prematuras, manteniendo su posición actual como causa principal de mortalidad prematura. En particular, las causas de mortalidad donde se estima que habrá mayor déficit con respecto a la meta de reducción del 40% al 2030 corresponden a mortalidad por diabetes, enfermedad renal y un conjunto diverso de otras enfermedades no transmisibles, incluyendo enfermedades mentales y trastornos de conducta. La reducción en la mortalidad materna, neonatal e infantil en México es una historia de éxito y un importante factor que ha contribuido al aumento en la esperanza de vida. Sin embargo, hay espacio para garantizar que las tendencias favorables esperadas de mortalidad prematura en esta área se mantengan para cumplir con los ODS 3.

La mortalidad por estas condiciones sigue estando muy concentrada entre las poblaciones de bajos ingresos y sin acceso, que necesitan ser atendidas con servicios de calidad. Por otra parte, evidencia reciente del análisis de mortalidad para México ha permitido identificar como el factor principal que explica la mayor mortalidad en hombres adultos, el efecto combinado de un mayor número de muertes por violencia interpersonal y por enfermedades no transmisibles. De hecho, este efecto es de tal magnitud que la esperanza de vida en hombres muestra una reducción desde el 2012. El financiamiento tiene que estar en línea con la ruta elegida para alcanzar la cobertura universal, y ambas deben estar orientadas a atender el nuevo perfil de enfermedades de los mexicanos y alcanzar los ODS3. Este reto de alineación no es menor e implica cambiar la forma en que tradicionalmente se planea y concibe la estructura de financiamiento del sistema de salud.

I.4. Negociación de conflictos en salud

En el corazón de la Negociación Basada en Intereses (NBI) se encuentra el proceso “integrador” de buscar conjuntamente soluciones “ganar-ganar” o de mutuo beneficio. Esta búsqueda es posible cuando cada parte reconoce que existen oportunidades para generar, en

la mesa de negociación, nuevas opciones que satisfagan tanto sus intereses como los de las otras partes. Si bien este proceso se ve fortalecido mediante la aplicación de unos principios que pueden considerarse novedosos al proceso tradicional de negociación colectiva, es importante reconocer que las negociaciones “ganar-ganar” no son algo totalmente nuevo y extraño al contexto laboral.

Negociación distributiva El primero de estos subprocesos, la negociación distributiva, se aplica en situaciones en que “las metas de una de las partes están en conflicto directo y fundamental con las metas de la otra parte” (Lewicki, Barry y Saunders, 2008, p. 27). A este tipo de negociación se le conoce también como negociación competitiva, negociación de tipo “ganar-perder”, o “negociación bajo condiciones de conflicto sumacero” (Lewicki, 1981). Como los términos sugieren, se trata de una negociación asociada a conflictos por recursos cuya cantidad es fija y limitada. Cada parte desea apropiarse de la mayor cantidad posible de dichos recursos; sin embargo, lo que cada parte obtiene lo hace a expensas de la capacidad de la otra parte de cumplir sus objetivos. Tomemos un ejemplo simplificado.

1. Julieta construyó hace unos años dos apartamentos para alquilarlos. Actualmente le alquila el de la planta baja a Luis y María, un matrimonio joven, y el piso superior a Diego, un estudiante soltero. Ha llegado la hora de renovar el contrato, y de acordar el porcentaje del aumento anual en el precio de la renta.
2. Julieta desearía aumentar un 20% a la renta de ambos apartamentos, pero está dispuesta aceptar un 12% como mínimo. A pesar que está a gusto con los actuales inquilinos, en caso que alguno no esté dispuesto a pagar al menos el 12%, ella no renovaría el contrato y buscaría nuevos inquilinos, pues considera que puede encontrar en corto tiempo alguien dispuesto a pagarle ese valor.
3. Luis y María están muy a gusto en el apartamento, pues les queda muy cerca del trabajo. Consideran que el precio está bien y aunque preferirían que su aumento no fuera superior al 8%, están dispuestos a pagar hasta el 15%.
4. Diego considera el apartamento cómodo pero algo caro, y preferiría que el aumento fuera mínimo (de un 2%), pero en ningún caso estaría dispuesto a pagar más del 10%, porque ya en ese caso estaría dispuesto a perder algo de su privacidad mudándose con algún compañero de la Universidad y ahorraría

En una negociación distributiva, cada una de las partes tiene una posición como punto de partida, y existe una brecha entre las posiciones de ambos. La tarea del negociador consiste en lograr convenir sobre algún punto intermedio en el continuo entre ambos extremos. Cada una de las partes aspira a lograr concluir la negociación en su “punto meta”, el cual es su resultado óptimo de la negociación, en tanto que tiene un “punto de resistencia” que es el punto más allá del cual no está dispuesto a aceptar la negociación. Por ejemplo, en el caso anterior, hemos ilustrado con un diamante los puntos meta de Julieta (20%), Luis y María (8%) y Diego (2%). Con una estrella hemos marcado los puntos de resistencia de cada uno (12% para Julieta, 15% para Luis y María y 10% para Diego).

La distancia entre los dos puntos de resistencia es de gran importancia en este tipo de negociaciones, y se le conoce como “Zona de Posible Acuerdo” (ZOPA), “rango de concertación”, “rango de negociación”, o “rango de regateo”. En el caso que exista una sección de traslape entre los puntos de resistencia se puede decir que existe una Zona de Posible Acuerdo positiva. Por ejemplo, entre el 12% como mínimo que está dispuesta a aceptar Julieta, y el 15% como máximo que están dispuestos a pagar Luis y María, existe un rango de posibles alternativas, como por ejemplo 12%, 13%, 14% y 15%. Eso quiere decir que hay espacio para que, entre ambos, se pongan de acuerdo. La situación de Diego y Julieta refleja el caso contrario, no existe un espacio entre el 12% que es lo menos que está dispuesta a recibir Julieta y el 10% que es el máximo que está dispuesto a pagar Diego. En este caso se dice que la Zona de Posible Acuerdo o ZOPA es negativa, y que por lo tanto solo existe posibilidad de llegar a un acuerdo “si una o ambas partes cambian sus puntos de resistencia o si alguien más impone una solución que desagrade a una o ambas partes” (Lewicki, Barry y Saunders, 2008, p. 30). Sin embargo, ningún negociador entra a una negociación conociendo con seguridad el punto de resistencia de la otra parte; únicamente se conoce la oferta inicial que éste ha realizado. Por lo tanto, solo a través del proceso mismo de negociación es posible conocer si existe una ZOPA positiva o negativa. El reconocer los propios puntos meta y de resistencia, y lograr averiguar los de la otra parte, le permitirá al negociador saber hacia qué resultado apuntar en la negociación y en qué casos le resulta más conveniente apartarse del proceso de negociación

o rechazar una oferta inaceptable. Las tácticas de negociación en esta situación incluyen aquéllas que permitan averiguar cuál es el punto de resistencia de la otra parte, modificar la percepción de aquél respecto a cuán realista es su punto meta, o convencerlo de que el logro de su objetivo es poco probable (Lewicki, 1981). También tiene una importancia en las tácticas de este tipo de negociación el convencer a la otra parte de que sus costos por el retraso o estancamiento de las negociaciones son altos, pero que este no es el caso para el propio negociador, quien no enfrenta mayores costos por un impasse o un retraso (Lewicki, Barry y Saunders, 2008).

Negociación integradora. La negociación integradora, constituye la formulación de los autores que servirá de base para que casi dos décadas más tarde se desarrolle el concepto de Negociación Basada en Intereses (NBI). Dicha negociación tiene lugar en un contexto en el que las partes desean alcanzar una solución que sea mutuamente satisfactoria para ambos, y cuando al solución es factible teniendo en cuenta los asuntos en disputa (Lewicki, 1981). A este tipo de negociación, además de evolucionar y convertirse en el concepto de Negociación Basada en Intereses (NBI), se le conoce también como negociación de colaboración, de ganar-ganar, de ganancias mutuas o de solución de problemas (Lewicki, Barry y Saunders, 2008). En lugar de establecer estrategias en torno a unos valores que servirán como “punto meta” y “punto de resistencia”, en la negociación integradora las partes perciben que pueden hacerle frente de manera conjunta a un problema. Por lo tanto, las estrategias son desarrolladas en forma conjunta para identificar el problema, buscar alternativas de solución, asignar unos valores de preferencia a estas soluciones y generar un acuerdo respecto a aquellas soluciones que puede satisfacer a ambas partes (Lewicki, 1981). A la Negociación Integradora se le conoce como “Negociación de Expandir el Pastel” dado que... ... en lugar de enfocarse en dividirse un pastel limitado, las partes se concentran en generar un nuevo pastel más grande, que satisfaga los intereses de todos...

Por lo tanto, las conductas y las actitudes adecuadas para abordar una negociación integradora son marcadamente diferentes de aquellas adecuadas para una negociación distributiva. La negociación integradora requiere la divulgación de información correcta y significativa por parte de cada interesado, de manera que se disponga de la mayor cantidad de información para

construir en conjunto las alternativas de solución. Así, la ausencia de amenazas y de tretas para aparentar tener una posición más fuerte de lo que es en realidad son factores importantes. El éxito de la negociación también dependerá de la construcción de la confianza y apertura que puedan lograr las partes.

Negociación intraorganizacional o intracorporativa. El cuarto subproceso de la negociación laboral que fue visualizado por Walton y McKersie fue el de la negociación que deben realizar los negociadores con aquellos a quienes representan en la negociación. Esta es una visión que se ajusta muy específicamente a la naturaleza de las negociaciones de carácter colectivo; donde los negociadores no lo hacen a título personal sino como representantes de un grupo más amplio que los ha designado para tal fin. La complejidad de la negociación entre los representantes y las bases que los han designado para representarlos son un aspecto sumamente relevante de la negociación colectiva, y es importante la contribución de Walton y McKersie al haberla reconocido como un subproceso equiparable en importancia a cualquiera de los otros aspectos esenciales de la negociación. De hecho, este elemento de la negociación debe darse en varios niveles; por ejemplo, entre las bases y los equipos de negociación y a lo interno de los propios equipos de negociación, para que, de esta manera, exista una congruencia que sea transmitida al proceso de negociación con la(s) otra(s) parte(s). Abordar este subproceso, también implica reconocer que existen tensiones entre los roles del negociador. Los representantes en la negociación ocupan roles diversos; por una parte, aquellos que se les han asignado en el grupo al cual pertenecen y que representan; por otro lado, el rol que ocupan en el proceso de negociación interactuando con los representantes de otros grupos de la organización y sirviendo de puente entre su propio grupo y los otros. Estos roles que los sitúan en la frontera entre su propio grupo y los otros grupos (llamados “roles frontera o “boundary roles”) a menudo provocan tensiones. Por ejemplo, para un representante sindical involucrado en una negociación colectiva estas tensiones podrían manifestarse como un conflicto entre los temas en los cuales podría considerar nuevas alternativas para generar una solución integradora con sus contrapartes, versus la expectativa por parte de sus bases de que asuma una posición firme. El Caso de las negociaciones mixtas

Si bien la conceptualización de la negociación distributiva y la negociación integradora como categorías contrapuestas en el modelo de Walton y McKersie son elementos que cobraron mucha relevancia y mantienen gran vigencia, existe una omisión importante en muchos de los modelos que se han elaborado a partir de esta teoría. Se trata del concepto de negociaciones mixtas, las cuáles, para Walton y McKersie constituyen una gran cantidad de las negociaciones laborales en términos reales. Estas negociaciones no son puramente distributivas ni puramente integradoras, sino que constan tanto de elementos sustancialmente competitivos como de un potencial considerable para la integración (Walton y McKersie, citado en Fells, 1998, p. 3). La formulación teórica de Walton y McKersie propone que idealmente se puedan abordar, en primera instancia, los aspectos integradores de manera que ambas partes puedan “ampliar el pastel” en el máximo grado posible, para posteriormente pasar a los temas distributivos, donde las partes abordarán una estrategia más dura que les permita apropiarse de la mayor cantidad posible del nuevo “pastel ampliado”. Otros investigadores usan una lógica consistente a la de Walton y McKersie, pero utilizando los conceptos de “crear valor” y “reclamar valor”. En la etapa inicial, consideran que el modelo integrador permite que las partes puedan crear nuevo valor a través de la colaboración en generar nuevas alternativas de solución que anteriormente no estaban en la mesa de negociación. Una vez que las partes han creado la mayor cantidad de valor, aún deben negociar. El negociador enfrenta tensiones debido a su rol dual, que lo sitúa en la frontera entre su propio grupo y los otros grupos con los que debe negociar. Las negociaciones mixtas representan escenarios donde es importante tanto **CREAR VALOR** (negociar de forma integradora) como **RECLAMAR VALOR** (negociar en forma distributiva) para obtener la mayor proporción posible del nuevo valor que ha sido creado en la mesa de negociación.

Hará distribuirse los elementos de valor que existían inicialmente, más aquellos que han sido creados durante la negociación. En esta segunda fase, las partes negocian con el fin de “reclamar la mayor cantidad de valor que les sea posible obtener de la mesa de negociación” (Fells, 1998). Sin embargo, estas negociaciones mixtas presentan una tensión, debido a que, como ya ha sido mencionado, la visión de la negociación integradora que subyace la NBI promueve una actitud y estrategia de compartir información y crear confianza. En tanto que las estrategias que han sido concebidas desde la negociación distributiva promueven la estrategia contraria. Esta

aparente contradicción es una de las áreas que resulta más difícil de resolver de la formulación teórica de Walton y McKersie. (Fells, 1998). Evolución posterior del Modelo de Walton y McKersie El modelo de Walton y McKersie es considerado un modelo predominantemente teórico y descriptivo, es decir, un modelo que generó una explicación desde la teoría de la conducta para las dinámicas de negociación laboral que habían sido registradas en los estudios de relaciones industriales. Por lo tanto, no es un modelo que propusiera una metodología específica de negociación como la más deseable o conveniente. No fue sino hasta 1981, con la publicación del libro “Getting to Yes” (traducido como “¡Sí, de acuerdo!” u “¡Obtenga el sí!”) de Roger Fisher y William Ury, que se popularizó un modelo de negociación que era prescriptivo y práctico y que retomaba los principios de la negociación integradora formulados por Walton y McKersie. El modelo de Fisher y Ury propone un modelo de negociación que ellos llaman Negociación Basada en Intereses (NBI) o Negociación Por Principios (NPP), la cual intenta superar tanto los modelos tradicionales de negociación “dura” (estilo de negociación competitiva o de “ganar-perder”) como la negociación “suave” (estilo de negociación que procura lograr un acuerdo a toda costa, y que tiende a hacer concesiones unilateralmente con tal de lograrlo).

RECURSO DIDÁCTICO PARA EVALUAR EL APRENDIZAJE

El siguiente caso, es únicamente para que el alumno analice y reflexione sobre la forma de aplicar la negociación basada en intereses de tipo integradora, así como analice el proceso en el que se desencadena la negociación. **No es necesario que lo aborde en su ensayo, es únicamente para que le ayude en la comprensión de la materia** aplicado a las organizaciones de salud.

El Hospital ABC

Está pronta a realizarse una sesión entre los negociadores del **Sindicato de Profesionales en Salud que laboran en el Hospital ABC** y los representantes de la **Administración Hospitalaria**

respecto a algunos temas sensibles. A través de la descripción del caso, ilustraremos los cuatro sub-procesos de negociación.

- **Negociación distributiva**

Uno de los temas a discutirse es el del **aumento salarial**. Bajo el modelo de Walton y McKersie, este tema constituye un tema competitivo o “suma cero”, pues entre más alto sea el aumento salarial, menos será el dinero del cual dispondrá la Administración para presupuestar en otros rubros. Los miembros del sindicato deberán negociar internamente un valor meta para el aumento, y un valor mínimo que autorizarán al equipo negociador a aceptar. Claramente, el equipo negociador buscará obtener el máximo aumento posible. La Gerencia por su parte hará lo propio y asignará a sus negociadores un valor deseado para el aumento, y además les indicarán un monto máximo para el cual están autorizados a negociar. La negociación misma no va a generar recursos adicionales, así que cada parte buscará “reclamar” el máximo valor posible. Si el máximo que está dispuesto a pagar la Administración es mayor al mínimo que está dispuesto a aceptar el Sindicato, existe un espacio para el posible acuerdo. En este caso, si las partes abandonan la mesa, estarán “dejando valor” en la mesa. Si por el contrario, el monto mínimo que espera el sindicato es mayor que el máximo que está dispuesto a aceptar la administración, no existe un espacio para el posible acuerdo. Como ambas partes buscan obtener el resultado más favorable a sus intereses, intentarán ocultar de la otra parte cuál es el extremo del valor que están dispuestos a negociar, y por el contrario, intentarán averiguar cuál es el máximo que el otro está dispuesto a ceder. También intentarán hacer a la otra parte pensar que el resultado de no alcanzar un acuerdo será muy desfavorable para ellos, y que tienen pocas posibilidades de obtener el resultado deseado.

Negociación integradora

Entre los y las enfermeras pertenecientes al Sindicato de Profesionales en Salud y las Administración del Hospital ABC, se habían venido generando crecientes tensiones derivadas de los **desacuerdos entre ambas respecto a las normas para el servicio de enfermería relacionadas con el ambiente de cuidado para los pacientes**. El personal de enfermería considera que, como profesionales expertos en el tema, deberían ser ellos y

ellas quienes establecieran a la administración las pautas sobre este asunto. Por su parte, en la Administración se consideran los expertos en la gestión de centros médicos y, por lo tanto, los más adecuados para definir las políticas del Hospital, incluyendo las relacionadas con este tema. Tradicionalmente, el ambiente competitivo que ha predominado en las negociaciones colectivas ha impulsado a ambas partes a ser más desconfiadas y a buscar solucionar los problemas con un mínimo de apertura y divulgación de la información hacia la otra parte. Sin embargo, en este caso, los negociadores tanto del Sindicato como de la Administración habían participado en capacitación sobre negociación integradora. Cada uno logró convencer al sector de la organización al cual representan, de que existía la posibilidad de generar nuevas soluciones respecto a este tema planteando la negociación a partir de los intereses compartidos por ambas partes, tales como el bienestar de los pacientes y la buena reputación del hospital. Al inicio del proceso de negociación ambas partes descubrieron que sería mutuamente ventajoso lograr la designación bajo un nuevo programa de Hospitales “Estrella” desarrollado por el gobierno, que requería la aplicación de estrictos estándares que habían sido relacionados con mejorías en el ambiente de cuidado a los pacientes. Este modelo incluía procesos que daban al personal clínico mayor autonomía sobre aspectos de cuidado de los pacientes y sobre algunos aspectos de manejo de personal, tales como la asignación de horas extra. Sin embargo, en el proceso de negociación fue difícil armonizar las visiones de los representantes de la administración en general, los representantes de la administración del servicio de enfermería y los diferentes niveles de personal de enfermería. Finalmente, se decidió que la implementación de las normas del Programa Estrella para el servicio de enfermería serían negociadas únicamente entre la representación del personal de enfermería y la representación del servicio de enfermería. La confianza existente entre estos dos sectores permitió que trabajaran conjuntamente y aceptaran conjuntamente la responsabilidad por la propuesta desarrollada ante sus bases.

• Estructuración de actitudes

En el caso del conflicto expuesto en la sección anterior, relacionado con los estándares que afectaban la autonomía clínica de las enfermeras en el Hospital ABC y algunas políticas de personal, tales como las de asignación de horas extras, ambos grupos requirieron superar la atmósfera existente de poca confianza y de recelo a compartir información. Esta dinámica entre

las partes era la habitual, dado el historial existente de negociaciones bajo un esquema de “ganar-perder”, en el cual el grado de logro de los objetivos de la otra parte representa una reducción de las posibilidades de lograr los objetivos del propio grupo. En este caso, ambas partes requieren primero tomar conciencia de que existen alternativas de negociación que pueden lograr ganancias mutuas para ambas partes. Esta toma de conciencia se dio inicialmente en el caso del Hospital ABC durante la capacitación de los negociadores de ambos sectores en el curso sobre negociación integradora. Posteriormente, al identificar el Programa “Estrella” como un objetivo que era ventajoso para ambas partes y que además abordaba el interés del personal de enfermería con contar con procesos de gestión que les brindara mayor autonomía clínica y en cuanto a procedimientos como la asignación de horas extra. Las partes continuaron en la negociación buscando construir mejor comunicación y confianza mutua. Incluso, cuando se determinó que la perspectiva limitada de los representantes administrativos que no pertenecían al servicio de enfermería estaba entorpeciendo el proceso de negociación, se acordó que éstos se retiraran de manera que la construcción de la propuesta final de solución la prepararan únicamente el personal administrativo y no-administrativo del servicio de enfermería.

• **Negociación intra-organizacional**

Tomando una vez más el caso de la negociación integradora en el Hospital ABC, en que los negociadores de ambos sectores lograron enfocarse en el objetivo mutuamente beneficioso de obtener la designación de Hospital “Estrella”, claramente este proceso requirió de profundas negociaciones entre los equipos negociadores de cada sector y los interesados a quienes ellos estaban representando en la mesa de negociación. Un primer nivel de la negociación abordó el tema de que se autorizara a los representantes para proceder a negociar desde este nuevo enfoque colaborativo. De tal forma, los negociadores requirieron demostrar a sus bases que comprendían sus preocupaciones y al mismo tiempo obtener su aprobación para negociar con mayores niveles de flexibilidad que dejaran espacio para proponer nuevas alternativas de solución. Un ejemplo de esta negociación a lo interno de un mismo sector fue el acuerdo entre los representantes gerenciales de que únicamente aquellos del servicio de enfermería permanecerían en las etapas finales de la negociación. En una cultura tradicional de

negociación competitiva o adversarial, es común que la propuesta de la negociación integradora enfrente desconfianza de parte de un sector importante de los grupos representados de alguno u ambos bandos, debido precisamente al carácter de flexibilidad y apertura que tiene este modelo de negociación. Muchos afiliados del sindicato, o ejecutivos de la gerencia, tienden a desconfiar de la confianza y flexibilidad que desarrollan los negociadores cuando negocian según este modelo, y alegan que esto “los distancia de la voluntad y de los intereses del grupo al cual representan.” Por esto, es importante que los negociadores desarrollen destrezas para fortalecer la confianza con la otra parte sin perder legitimidad ante sus bases. Ayudándoles a éstos últimos a comprender la dinámica de “ganar-ganar” que caracteriza a este tipo de negociación.

- **Negociación mixta** Si bien en el ejemplo planteado del Hospital ABC se desarrolló un escenario de negociaciones independientes para el tema del aumento salarial de todos los afiliados al sindicato y para el tema de los cambios en la gobernanza para obtener mayor autonomía clínica y administrativa para los trabajadores del servicio de enfermería, a menudo estos tipos de asuntos se encuentran de manera combinada en las negociaciones colectivas. En este caso, no es inusual pensar en un mismo proceso de negociación en el que hubieran sido abordados ambos temas. De ser este el caso, podrían haberse manejado de diferentes modos: una opción es que se hubieran abordado primero los temas cooperativos, para crear el máximo de valor en la mesa antes de pasar a los temas distributivos, de “repartirse el pastel”. Otra opción podría haber sido el crear comisiones separadas, dentro del mismo proceso de acuerdo o convención colectiva, para tratar ambos temas simultáneamente. A menudo se sugiere también hacer una lluvia de ideas de todas las posibles opciones suspendiendo temporalmente el pensamiento sobre la escasez y distribución de los recursos disponibles, planteando las diversas soluciones “como si el dinero no fuera un factor determinante”. Esto permite mayor creatividad en la generación de opciones, aunque luego las partes deban regresar a la posición de obtener para sí la mayor cantidad posible del valor que se ha creado en la mesa (Barret, 2008).

Actividad a realizar:

El maestrante hará un ensayo en el que analice las formas de negociación en los servicios de salud, así como las técnicas que son necesarias para la solución de conflictos en salud.



Bibliografía básica.

- Villa Juan Pablo. Manual de negociación y resolución de conflictos. Editorial PROFIT. México, 2018.
- Bravo Peralta. Martín Virgilio, Manual de negociación, mediación y conciliación. IBI UBIS. Colección Jurídica. México, 2017.
- Briceño Ruíz. Alberto. Derecho de la seguridad social. Editorial, Oxford, México, 2019.

Linkografía de consulta

<http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2020/10/Sistemas-de-salud.-Modelos.pdf>

http://www.funpadem.org/app/webroot/files/publication/files/12_pub179_ibbtrainingmanualspanish.pdf

<https://storage-economista.s3.dualstack.us-west-2.amazonaws.com/files/2019/02/28/foro-financiando-el-sistema-nacional-de-salud-2019.pdf>