



Mi Universidad

LIBRO

Negociación en Organizaciones de Salud

Maestría en Administración en Sistemas de Salud

Cuarto Cuatrimestre

Septiembre-Diciembre
Mtra. Mónica E. Culebro Gómez

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

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

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

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

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

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

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

Misión

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

Visión

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

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



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

Eslogan

“Mi Universidad”

ALBORES



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

Negociación en organizaciones de salud

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

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)

Criterios de evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
1	Ensayo	20%
2	Mapa conceptual	20%
3	Cuadro sinóptico	20%
4	Examen	40%
Total de Criterios de evaluación		100%

Calificación mínima aprobatoria: 8

UNIDAD II

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

En los últimos años, la cuestión concerniente a la manera prestar los servicios de salud que resulten más eficaces en función de los costos incurridos ha adquirido cada vez mayor interés entre los encargados del manejo de la asistencia médica, los seguros de salud, los prestadores, los pacientes y los gobiernos. Los sistemas de pago a prestadores han sido uno de los puntos clave en este debate. Estos mecanismos se definen como la forma en que se asigna al prestador del servicio de salud el dinero proveniente del gobierno, la compañía de seguros u otro organismo financiador. Distintos sistemas de pago generan distintos incentivos para la eficacia, la calidad y la utilización de la infraestructura de salud, y estos incentivos pueden variar según se trate del prestador, el paciente o el pagador.

Todo contacto entre médico y paciente implica un problema de información asimétrica, para desventaja de este último. El paciente depende del médico para conocer la naturaleza de su enfermedad pero no sabe si la cantidad y calidad de la asistencia recibida son las correctas. Sólo los resultados pueden (a veces) evaluarse. Además, si el paciente no paga directamente sino a través de un seguro médico, no tiene que preocuparse por el costo del tratamiento, con lo cual mucho más queda librado al criterio del médico. Por lo tanto, el problema de información se plantea entre el profesional y la compañía aseguradora. Asimismo, las aseguradoras y los pacientes no siempre tienen las mismas ideas acerca del tratamiento “correcto”. El problema es cómo alinear las preferencias de todas las partes.

Los mecanismos de pago a prestadores son una de las herramientas con las que se puede abordar este problema. Un mecanismo de pago puede definirse como un tipo de contrato entre dos o más actores pacientes, prestadores y pagadores que crea incentivos específicos para la prestación médica y minimiza el riesgo de que se manifieste una conducta oportunista.

En el caso de los mecanismos de pago a prestadores, éstos sirven para ocuparse de algunos de los aspectos derivados de la falta de información simétrica entre actores, al definir reglas como el precio por paciente o grupo de pacientes, el reintegro de los costos y los criterios para el traslado o rechazo de pacientes. Si bien este tema se encuentra en el programa de cualquier sistema de salud, resulta de suma importancia en el caso de los países en vías de desarrollo, en los cuales la escasez de recursos disponibles para la asistencia médica requiere que se obtenga el mayor provecho posible de la inversión en esta área.

La literatura económica se refiere a este tipo de contratos que crean incentivos en base a información imperfecta como teoría de la agencia. Esta teoría analiza la relación contractual entre dos actores: un principal y un agente, donde el primero contrata al segundo para que realice una tarea o servicio. Si los objetivos de ambos actores no necesariamente concuerdan, entonces el agente sabiendo de la imposibilidad de que se supervisen/conozcan perfectamente sus acciones no cumple con los objetivos del principal si existe una contradicción entre éstos y los propios. Según la teoría del principal-agente, no existe el contrato perfecto pero se puede llegar al mejor acuerdo posible si el principal genera incentivos de manera que la mejor opción para el agente sea alinear lo más posible sus metas con las del principal. Esos incentivos se relacionan especialmente con los mecanismos de pago.

Las reformas en el pago a prestadores afectan principalmente a cuatro actores: la infraestructura sanitaria (por ej. hospitales), los profesionales de la salud (por ej. médicos y enfermeros), los pacientes y los aseguradores/pagadores. Cada actor tiene su propio conjunto de objetivos que pueden o no coincidir con los de los demás. Dependiendo de la manera en que se los utilice, los mecanismos de pago a prestadores pueden aumentar las diferencias entre estos objetivos o pueden constituir un medio para conciliar los objetivos de cada actor con el resto. Los pagadores son las instituciones que aseguran y pagan los servicios de salud. Sus

ingresos provienen de los pacientes directamente, o indirectamente a través de los impuestos, como en el caso del sistema público de salud. Los pagadores privados (por ej. las compañías de seguros médicos) tienden a maximizar una función de beneficio, mientras que los pagadores públicos buscan minimizar el costo. Los hospitales pueden ser instituciones con o sin fines de lucro. Las primeras buscan obtener beneficios, mientras que las segundas buscan combinar beneficios y maximización de cantidad de pacientes atendidos (Dranove, 1988).

La intención de los pacientes es maximizar su propio conjunto de preferencias, de las cuales invertir en asistencia médica es sólo una de entre las muchas maneras que eligen para gastar sus recursos. Finalmente, los profesionales de la salud tienden a maximizar los beneficios, aunque su conducta varía de acuerdo con sus preferencias por el altruismo hacia los consumidores de servicios de salud. Las relaciones entre los actores en la prestación médica están determinadas por las diferencias/similitudes en cuanto a sus objetivos y al grado de precisión con que se puede controlar el desempeño vía acuerdos/contratos negociados. Los médicos, como mandatarios (agentes) de los pacientes, de las instituciones sanitarias y de las aseguradoras, a menudo se encuentran atrapados entre conjuntos de objetivos contrapuestos.

En la medida en que su desempeño como agentes no se puede controlar, podrían perseguir sus propios objetivos y no los del principal con el que tienen un contrato. Los investigadores suelen utilizar esto como explicación para la demanda inducida de servicios de salud (Dranove, 1988a).

Una solución parcial para ese problema sería elegir métodos de pago que alineen (o sirvan para alcanzar un término medio entre) los objetivos del principal y del agente.

En otras palabras, los métodos de pago a prestadores pueden constituir un mecanismo que permita llegar a un término medio entre actores que tienen distintos objetivos, así como también pueden ofrecer incentivos financieros para alentar a los actores a alcanzar esos objetivos acordados. Por ejemplo, Ellis y McGuire (1986), en un ejercicio de modelización

económica, comprobaron que, en una situación en la que un médico que busca obtener beneficios actúa como agente tanto del paciente como del hospital, un método de reintegro total de costos tiende a dar como resultado una oferta excesiva de servicios, mientras que, en un sistema de pago anticipado, el resultado dependerá de las “preferencias” del médico entre sus dos principales (el hospital y el paciente). Suponiendo que el hospital tiene más influencia sobre la facultad para recetar del médico, los autores sugieren que existe una tendencia hacia la oferta insuficiente de servicios de salud en un mecanismo de pago anticipado. Señalan que un método mixto de reintegro que combina elementos de los sistemas de pago anticipado y retroactivo puede ser la mejor alternativa para llegar a un término medio entre los objetivos de los tres actores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) **sugiere que los objetivos de los contratos de seguro entre prestadores y pacientes, establecidos por medio de métodos de pago, deben servir para mejorar la eficacia y la calidad, aumentar la disponibilidad, permitir que el paciente elija al médico y deben ser fáciles de implementar.** A menudo, las comunidades europeas han optado por combinar diversos métodos de pago para así incrementar la productividad sin dejar de mantener satisfecho al paciente y ejercer un control adecuado de los costos. Además, en los países de Europa Occidental existe una perspectiva compartida de que todos los miembros de la sociedad tienen la responsabilidad de garantizar, a través de la acción colectiva, un nivel adecuado de bienestar para todos (Graf von der Schulenberg, 1994).

2.2. Consideraciones comerciales en la negociación de los servicios de salud

Los actuales procesos de la globalización están creando vínculos más estrechos entre las personas y las poblaciones de los más diversos países. Es cada vez mayor la influencia de factores externos sobre la salud de las poblaciones y los sistemas de salud instituidos para

proveer atención sanitaria. Los vínculos que existen entre el comercio internacional, la liberalización comercial y la salud requieren un análisis de las cuestiones que afectan a la comunidad sanitaria.

Esta es la principal conclusión de un serie de estudios sobre políticas y salud encargada por la revista *The Lancet* I al doctor Richard D. Smith del departamento de políticas y salud pública de la Escuela de higiene y medicina tropical de Londres. En los estudios presentados en febrero de 2009 los autores de la serie instan a los profesionales de la salud a que dediquen sus esfuerzos a implicarse de manera sustancial y sostenida en las cuestiones relacionadas con el comercio, a fortalecer las capacidades institucionales en este sector y a situar a la salud en un lugar más prioritario en la agenda de las negociaciones comerciales. Los expertos señalan que los numerosos y expeditivos acuerdos y tratados comerciales que actualmente se celebran, tienen también implicaciones que van más allá de sus límites institucionales, y requieren de un mayor protagonismo de los diversos actores implicados (la OMS, el Banco Mundial, la OMC, agencias regionales, fundaciones, gobiernos nacionales, sociedad civil, las ONG y la comunidad académica).

En la actualidad, para una efectiva custodia de los sistemas sanitarios nacionales se requiere una comprensión detallada de los maneras en que el comercio afecta y afectará a las políticas y sistemas sanitarios de un país, así como optimizar las oportunidades de beneficiar a la salud y la atención sanitaria al tiempo que se reducen los riesgos que comporta establecer metas para la salud en las políticas comerciales.

Para conseguirlo, es fundamental que las personas implicadas en la salud entiendan la importancia que reviste el comercio y se involucren con sus contrapartes implicadas en los ámbitos de comercio y políticas comerciales. Los autores de la serie señalan la importancia de aportar mayores evidencias sobre los vínculos que existen entre la salud y el comercio. Para

ello han identificado tres áreas en las que estas evidencias se requieren para poder observar los efectos del comercio sobre la salud.

En primer lugar, la evidencia que permita medir los flujos comerciales en el sector salud. En segundo lugar, la evidencia de los efectos de estos flujos, que debe servir principalmente para determinar si el comercio contribuye a mayores o menores índices de salud, o si ésta conduce al desarrollo económico, o bien si la salud y el comercio tienden a reforzarse mutuamente. Y, por último, hace falta evidencia sobre las respuestas políticas destinadas a mitigar los efectos negativos del comercio sobre la salud, o a optimizar los beneficios sanitarios, distribuyendo costes y beneficios adecuadamente entre las diversas poblaciones. 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.

A escala mundial, las conclusiones de los expertos señalan la necesidad de establecer dentro del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS un capítulo específico para el comercio que funcione como un centro de intercambio de información referida a los indicadores nacionales, y que produzca regularmente informes y actualizaciones sobre los progresos en los ámbitos de la salud y el comercio.

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. Asimismo, reconocen la necesidad de una acción concertada y estratégica para abordar los

vínculos entre salud y comercio. Ello debería incluir la creación de comités interministeriales que garanticen que las políticas comerciales y de salud de cada país se realicen de manera equilibrada y coordinada, tal y como fue recomendado a los gobiernos por la 59ª Asamblea Mundial de la Salud.

Igual importancia confieren los expertos a las organizaciones de la sociedad civil, que deberían dar su apoyo a las misiones negociadoras, conseguir asistencia técnica para los países de ingresos medios y bajos, o movilizar a la opinión pública a fin de que ésta regule tanto actuación de los estados más poderosos como los intereses corporativos. Aun cuando un equilibrio entre salud y comercio sea deseable, los estudiosos señalan que las cuestiones comerciales relativas a la salud están firmemente ancladas en la jurisdicción del comercio y, por ende, en las agendas comerciales. Por ello es necesario que la OMS se implique más estrechamente con las organizaciones internacionales de comercio, por ejemplo, accediendo a la condición de observador pleno en el Consejo General de la OMC. Por último, en sus estudios los expertos señalan que los actores de la salud pública deben reconocer la urgente necesidad de comprometerse de manera sustancial y sostenida con las cuestiones comerciales, fortalecer las capacidades institucionales en este sector e insistir en que la salud se coloque entre las prioridades de cualquier negociación comercial.

El concepto de comercio internacional de servicios es relativamente nuevo. Se ha considerado durante mucho tiempo que los servicios, a diferencia de la mayor parte de la producción agrícola e industrial, no son comercializables cuando tienen que salvar fronteras o, más en general, grandes distancias. La única excepción significativa han sido los servicios relacionados directamente con el intercambio de productos (transporte, seguro, etc.) y, más recientemente, el turismo.

El bajo nivel del comercio de servicios se ha atribuido a dificultades institucionales, administrativas y/o técnicas, como la existencia de monopolios públicos (educación, servicios telefónicos) y de una reglamentación y unos controles estrictos en materia de acceso a los

mercados (finanzas, varios servicios profesionales), y la necesidad de que se establezca un contacto físico directo entre proveedores y consumidores (como en los servicios de salud y otros servicios sociales). No obstante, las dificultades se han atenuado o han desaparecido por completo en un número creciente de sectores.

La introducción de nuevas tecnologías de comunicación, especialmente Internet, ha contribuido a reducir los obstáculos al comercio relacionados con la distancia. Los gobiernos han comenzado a reconsiderar su función en el suministro de servicios y ello ha ofrecido nuevas oportunidades a la participación del sector privado, tanto nacional como extranjero. La entrada en vigor del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) en 1995 confirmó la tendencia mundial a la reorganización y reestructuración de los servicios. El Acuerdo fue un hito en la historia del sistema de comercio multilateral, comparable a su homólogo en el comercio de mercancías, el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT), que entró en vigor en 1948.

El AGCS ofrece un sistema de condiciones previsible y exigibles jurídicamente para el comercio de servicios y puede tener repercusiones positivas sobre la inversión, la eficiencia y el crecimiento. A pesar de algunas falsas impresiones por parte del público, sus rasgos distintivos son el pragmatismo y la flexibilidad. Dado el tradicional principio de consenso que se sigue en la Organización Mundial del Comercio (OMC), este era el único criterio aceptable para diseñar un Acuerdo para unos 140 participantes, entre ellos alrededor de 70 países en desarrollo y 30 países menos adelantados.

Cada Miembro de la OMC debe especificar en su lista de servicios, para cada sector, dos tipos de obligaciones legales, referentes al acceso a los mercados y al trato nacional. La concesión de acceso a los mercados implica que el Miembro debe abstenerse de aplicar seis tipos de restricciones enumeradas en el artículo XVI del AGCS. En su mayor parte se trata de obstáculos en forma de contingentes que pueden limitar, por ejemplo, el número de proveedores (hospitales, médicos, etc.) o de operaciones (número de camas, consultorios, etc.) de servicios.

Este artículo prohíbe también la aplicación de pruebas de necesidades económicas, p. ej., condicionar la autorización del acceso al mercado a unos indicadores preestablecidos, como el número de camas de hospital o de consultorios per cápita.

En este contexto es indiferente que las medidas sean no discriminatorias (es decir, que incluyan a los proveedores nacionales). El artículo XVII define el trato nacional como la ausencia de medidas que modifiquen las condiciones de competencia en detrimento de los servicios o proveedores de servicios extranjeros. Aunque este artículo no establece otras directrices, queda entendido que un compromiso pleno impediría, por ejemplo, que los hospitales de propiedad extranjera fueran excluidos de subvenciones u otros beneficios concedidos en el marco de las políticas nacionales. No se prohíbe expresamente la negación del acceso al mercado y el trato nacional, pero ello ha de ser incluido en la lista como limitaciones.

Las limitaciones aplicables a todos los sectores consignados en la lista pueden figurar en una sección horizontal para evitar su repetición. Los compromisos pueden variar entre las regiones (estados, provincias, etc.) de un país que consigna sus compromisos en listas, y su entrada en vigor se puede posponer hasta una fecha posterior, es decir, se asumen compromisos previos. Los Miembros pueden perseguir objetivos nacionales en esferas tales como las normas, las licencias y los títulos de aptitud nacionales con el fin de garantizar la calidad del servicio. Por ejemplo, se puede exigir a los hospitales privados que formen a un mayor número de miembros del personal de los necesarios para cubrir sus propias necesidades, que reserven un número determinado de camas para pacientes necesitados o que presten servicios de urgencia en las zonas más distantes. En tanto en cuanto esas prescripciones no se centren en los proveedores extranjeros ni les discriminen de otra forma, no están comprendidas en los artículos XVI y XVII y no deben ser consignadas en listas.

Los Miembros tienen la posibilidad de reducir determinados compromisos mediante la modificación de las listas, que, sin embargo, debe ser negociada, a ser posible con una

compensación, con los interlocutores comerciales afectados. Además, el AGCS prevé la suspensión temporal de los compromisos en caso de que surjan problemas en materia de balanza de pagos. Una cláusula de excepción general exime a los Miembros de todas sus obligaciones cuando existen razones imperiosas de política (protección de la vida y la salud, etc.). Estas disposiciones no han sido invocadas hasta la fecha.

El AGCS es aplicable únicamente a medidas que i) adopten los gobiernos, a cualquier nivel, u organismos dependientes de los gobiernos y que ii) incidan en el suministro de servicios en cualquiera de los cuatro modos. Podría resultar imposible, pues, impedir que agentes privados discriminaran a los proveedores extranjeros (p. ej., los seguros médicos a hospitales extranjeros) o se opusieran con éxito a medidas relacionadas con la exportación (p. ej., incentivos para atraer pacientes extranjeros) si estas no tuvieran efectos discriminatorios en sectores y modos sujetos a compromisos específicos.

Se suele establecer una relación positiva entre el número de sectores en los que los distintos Miembros de la OMC asumen compromisos y su nivel de desarrollo económico. Al parecer, a los países desarrollados les resultó más fácil, o más rentable económicamente, que a la mayoría de los países en desarrollo presentar listas relativamente extensas.

Un tercio de los Miembros de la OMC (todos ellos países en desarrollo y países menos adelantados) solo asumieron compromisos respecto de 20, o menos, de los aproximadamente 160 sectores de servicios definidos en la Ronda Uruguay. Otro tercio consigno en listas entre 21 y 60 sectores y el tercio restante incluyó hasta un máximo de 130 sectores.

Sin embargo, la composición de este último grupo no es uniforme, pues además de la práctica totalidad de los miembros de la OCDE, también figuran en él varias economías en desarrollo y en transición e incluso algunos países menos adelantados (Gambia, Lesotho y Sierra Leona). Menor aún es la uniformidad de los grupos de países en lo que respecta a los compromisos en los servicios de salud.

Un miembro Canadá, no ha asumido compromisos en ninguno de los cuatro subsectores pertinentes (servicios médicos y dentales; servicios proporcionados por parteras, enfermeras, fisioterapeutas y personal paramédico; servicios de hospital; y otros servicios de salud humana como servicios de ambulancias y servicios de instituciones residenciales de salud), en tanto que el Japón y los Estados Unidos solo han consignado en su lista uno de los cuatro subsectores. Esta actitud contrasta con la de países menos adelantados como Burundi, Gambia, Lesotho, Malawi, Sierra Leona y Zambia, que han incluido al menos tres subsectores. Estonia, Georgia, Jordania, Kirguistán y Letonia, que se adhirieron recientemente a la OMC, también han asumido compromisos relativamente amplios.

No obstante, el sector de la salud es entre los sectores de servicios, exceptuando la educación, aquel en el que se han producido menos consolidaciones en la OMC. De los cuatro subsectores, es en el de los servicios médicos y dentales en el que se han asumido más compromisos (54 Miembros), seguido de los servicios hospitalarios (44 Miembros) y de los servicios proporcionados por enfermeras, parteras, etc. (29 Miembros). En conjunto, esto indica que a los gobiernos les resulta más fácil políticamente, o más atractivo económicamente, liberalizar sectores intensivos en capital y conocimientos técnicos que actividades intensivas en mano de obra. ¿Qué factores pueden explicar el escaso nivel de compromisos en los sectores de servicios? La razón más evidente es la existencia de monopolios estatales, legales o de hecho, que ofrecen servicios gratuitos o a un precio muy inferior al de su costo real. No parece que haya razones para asumir consolidaciones de política externa, al menos respecto del modo 3 (presencia comercial), cuando las actividades del sector privado están prohibidas o son comercialmente poco atractivas. Sin embargo, las situaciones de monopolio total son raras.

En muchos países con un sector sanitario público también existen proveedores privados. El simple hecho de que los proveedores comerciales puedan sobrevivir económicamente indica

que los segmentos público y privado no compiten directamente, lo que significa que no prestan los mismos servicios. Por ejemplo, pueden existir diferencias en los plazos de espera, la calidad del equipo o los tipos de tratamiento ofrecidos. Teniendo esto en cuenta, cinco Miembros de la OMC (Letonia, Malasia, México, Polonia y Eslovenia) limitaron sus compromisos a varias partes del servicio de salud privado. Sin embargo, dadas las políticas vigentes en muchos países, cabe pensar que el potencial del comercio del modo 3 y, en consecuencia, de que se asuman compromisos sustanciales, ha sido menor en los servicios de salud que en otros sectores. Es posible también que las peticiones de liberalización o las consolidaciones en materia de política liberal hayan sido menores en este sector en la Ronda Uruguay. En ausencia de intereses exportadores evidentes, muchos gobiernos pueden haber dudado en pedir compromisos de acceso en el extranjero y tener que corresponder con sus propias consolidaciones en los servicios de salud.

Al parecer, en estas negociaciones no hubo quien marcara el camino, como lo hicieron los Estados Unidos, la Unión Europea y otros países de la OCDE, que, impulsados por unos fuertes intereses de exportación, jugaron ese papel en otras esferas como las telecomunicaciones y los servicios financieros. Además, como ya se ha indicado, muchos gobiernos pudieron sentirse, con razón o sin ella, preocupados por los posibles efectos que la liberalización del acceso al mercado podría tener sobre objetivos básicos de calidad y protección social. En última instancia, los compromisos contraídos respecto del modo 3, tal vez el modo de mayor importancia en muchos servicios de salud, han podido inspirarse en el deseo de superar los déficit de capital físico y humano y de promover la eficiencia mediante la inversión extranjera directa y la aportación consiguiente de personal calificado y conocimientos técnicos.

La comparación de las listas y de los sectores pone de manifiesto que las condiciones comerciales son considerablemente más restrictivas para el modo 4 que para los demás modos. En razón de las dificultades políticas existentes, muchos miembros han limitado la entrada de personas físicas a las transferencias intraempresariales o los expertos con conocimientos

especiales de los que no se dispone en el país. Este hecho contrasta con las condiciones para el modo 2 (consumo en el extranjero), que suelen ser las más liberales.

En muchos casos, los gobiernos han podido considerar que no tendría sentido intentar influir en la estructura de la demanda una vez que los consumidores han salido de los países correspondientes. Sin embargo, puede darse esa posibilidad. Como ejemplo cabe citar la decisión de excluir el tratamiento de salud en el extranjero de las subvenciones nacionales al consumidor o de los sistemas públicos de reembolso. El comercio del modo 2 puede revestir importancia económica en sectores como la educación y la salud, donde el traslado de los consumidores puede ser considerado como un sustituto parcial del movimiento del personal en el modo 4 y de la inversión directa en el país en el modo 3. Los países en desarrollo económicamente avanzados situados en las proximidades de grandes mercados de exportación, como México, Marruecos y Túnez, parecen gozar de una posición especialmente favorable para desarrollar ese comercio, es decir, para atraer pacientes extranjeros con miras a un tratamiento sanitario prolongado.

Para tener un panorama completo de las limitaciones establecidas por distintos Miembros es necesario examinar las partes horizontales y relativas a sectores específicos de las listas. Las limitaciones horizontales, que se aplican a todos los sectores en los que se han asumido compromisos, reflejan generalmente preocupaciones y objetivos de política económica general. Puede tratarse de restricciones cambiarias, restricciones respecto de la presencia física de proveedores extranjeros, límites a la participación extranjera en el capital, restricciones sobre la forma jurídica del establecimiento (p. ej., únicamente empresas mixtas), exclusión de entidades de propiedad extranjera de determinadas subvenciones e incentivos, o limitaciones a la adquisición de tierra y bienes raíces. No siempre existe una relación directa entre los compromisos horizontales y por sectores específicos y puede haber anotaciones

contradictorias en las dos secciones. En este estudio se ha tomado en consideración la versión más restrictiva o más específica.

Las limitaciones relativamente reducidas aplicables a los servicios de salud en los modos 1 y 2 (comercio transfronterizo y consumo en el extranjero de servicios de salud) se aplican en su mayor parte a sectores específicos. En general, se refieren a la no transferibilidad de las prestaciones de seguros. Las limitaciones horizontales es decir, las que se aplican a todos los sectores consignados en listas que pueden ser pertinentes para los servicios de salud consisten en la imposibilidad de que los proveedores extranjeros opten a percibir subvenciones y en restricciones a la disponibilidad de divisas.

Los efectos restrictivos que comportan esas limitaciones pueden establecerse también mediante otros obstáculos no siempre registrados en las listas, como el no reconocimiento de las licencias, títulos de aptitud o normas extranjeras. Por ejemplo, los seguros de salud públicos pueden negarse a reembolsar el costo del tratamiento en el extranjero alegando que los servicios en cuestión eran de peor calidad que los que se ofrecían en el país. Sería difícil impugnar esas prácticas en el marco del AGCS.

La aplicación de medidas similares por compañías privadas de seguros ni siquiera entraría en el ámbito del Acuerdo. Si bien es cierto que el artículo VII faculta a los Miembros a concertar acuerdos de reconocimiento o a otorgar dicho reconocimiento de forma autónoma, a pesar del posible conflicto con la obligación del trato NMF, no están obligados a adoptar un enfoque liberal a este respecto. En virtud de las disposiciones pertinentes del párrafo 3 del artículo VII, se exige simplemente a los gobiernos que cuando otorguen el reconocimiento no lo hagan de manera que constituya un medio de discriminación o una restricción encubierta al comercio de servicios.

2.3. Negociación de precios en servicios de salud

Anteriormente, existía una Comisión encargada de 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. Esta comisión tenía las siguientes funciones:

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.

NOTA IMPORTANTE.

El 20 de julio de 2021 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el “Acuerdo por el que se abroga el diverso por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, publicado el 26 de febrero de 2009, así como sus modificaciones subsecuentes” (“Acuerdo”) que entrará en vigor el 21 de julio de 2021.

En torno a ello, debe considerarse: 1. El “Artículo Único” simplemente abroga el acuerdo por el que se crea la referida Comisión, así como los posteriores acuerdos que la regulaban. No existe mayor regulación o disposición de interés. 2. Sin perjuicio de este Acuerdo que abroga la creación de la Comisión, lo cierto es que la misma dejó de operar -ser utilizada- con la actual Administración Pública (2019-2024). Su función era negociar anualmente con los particulares los precios de insumos para la salud que contaran con patente o fuesen de fuente única, bajo un procedimiento con escasa regulación. 3. Aún cuando no hay mayor disposición (salvo la que abroga la creación de la citada Comisión), de los Considerandos del Acuerdo se desprenden tres cuestiones relevantes: i. Que por reformas a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal del 30 de noviembre de 2018, se otorgaron a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público facultades para fungir como área consolidadora de procedimientos de compra de bienes y contratación de servicios

ii. Que el quinto párrafo del artículo I de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público prevén mecanismos alternos de contratación en materia de salud iii. Que se abroga el acuerdo que crea la Comisión derivado de los dos puntos anteriores, así como “dadas las nuevas estrategias de contratación se hace innecesario contar con la Comisión...”, lo que implica que las políticas públicas de la actual Administración se traducen jurídicamente en la extinción de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros insumos para la Salud y su sustitución por: i) las nuevas facultades de la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (quien no solo puede realizar licitaciones consolidadas, sino también adjudicaciones directas consolidadas e incluso utilizar el abastecimiento simultáneo consecuencia de la reciente reforma al artículo 59 del Reglamento de la Ley de Adquisiciones); o, ii) Las compras con organismos intergubernamentales

internacionales (como lo es la UNOPS) que no solo prevén procedimientos licitatorios sino también negociaciones (similar a la adjudicación directa) para la contratación de insumos con patente o de fuente única.

Es así, que la actual administración reitera que las **nuevas facultades (mayores que las de la extinta Comisión, por ambiguas y genéricas) para realizar procedimientos de licitación consolidados, pero también adjudicaciones directas (bajo modalidades de consolidación y abastecimiento simultáneo) en materia de salud**, para insumos con o sin patente o de fuente única, **corresponden a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público**, así como a cualquier otra dependencia o entidad de la Administración Pública Federal que celebre convenios de coordinación con organismos intergubernamentales internacionales (como el caso INSABI-UNOPS).

UNIDAD III

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

En esta sección se mencionarán de manera general las principales características de los sistemas de salud que operan en la región. Indicaremos en particular si existe un esquema o seguro público que cubra a toda la población o si, por el contrario, parte de la población carece de cobertura o tiene la opción de escoger un seguro privado en vez de afiliarse al esquema público. Es obvio que bajo este último esquema, en el que se puede escoger, el seguro privado puede llegar a tener un papel mucho más importante que en los sistemas donde un esquema público ofrece cobertura universal.

Cabe señalar en este contexto que varios países de la región han comenzado a concederle un espacio explícito a los seguros privados dentro de sus sistemas de salud al permitir a la población escoger entre diferentes aseguradores públicos y privados. Éste es el caso de Colombia, donde 46 aseguradores compiten por el aseguramiento de los 42 millones de habitantes. De la misma manera, en Chile la población puede decidir si prefiere asegurarse con el asegurador público, Fondo Nacional de Salud -FONASA- donde recibe un plan de beneficios igual para todos independientemente del monto de aporte o si, por el contrario, prefiere cotizar a alguna de las 14 Instituciones de Salud Previsional -ISAPRES- que entregan un plan de beneficios que se establece en función del aporte y perfil de riesgo.

Los sistemas de salud de la región pueden establecerse en cuatro grupos según su grado de fragmentación (integrado o segmentado) y participación del sector privado en el aseguramiento y la prestación de servicios dentro de los

sistemas públicos de salud o de los sistemas de seguridad social. Sólo una minoría de los países de la región tiene sistemas integrados de salud (países angloparlantes del Caribe, Costa Rica, Brasil y, muy recientemente, Uruguay) en tanto que son mayoría los países que tienen sistemas altamente segmentados por grupos poblacionales.

En los sistemas integrados existían tradicionalmente sistemas nacionales de salud que ofrecían una atención que cobijaba todos los niveles de atención y a (casi)toda la población dentro de un único sistema público (este sigue siendo el caso en los países del Caribe angloparlante). Sin embargo, en algunos países (Brasil y Uruguay) estos sistemas han ido evolucionando hacia otros con un mayor pluralismo de los actores. Así, por ejemplo, gran parte de los servicios de salud ofrecidos por el Sistema Único de Salud de Brasil son prestados por el sector privado. De la misma manera, en Uruguay diferentes aseguradores y prestadores de servicios públicos y privados, con y sin ánimo de lucro, están cumpliendo con su función dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). De manera que están surgiendo modelos integrados de salud que ofrecen los mismos servicios para todos, independientemente de su capacidad socioeconómica, y que dejan un espacio importante para la participación de los seguros privados dentro de los sistemas de salud.

En los sistemas segmentados, tipo predominante de sistema de salud en la región, los grupos más pobres por lo general no tienen una cobertura explícita de aseguramiento y dependen de la red de prestadores de servicios de salud financiados con impuestos generales. Los trabajadores del sector formal constituyen la población cautiva de una o varias entidades de seguridad social segmentados por tipo de empleo, -por ejemplo trabajadores del sector formal privado, trabajadores del sector formal público, maestros, fuerzas militares, etc.- que son financiados con aportes de los trabajadores, de los empleadores y, en ocasiones, por el Tesoro nacional. Finalmente, la población con capacidad de pago y descontenta

con la calidad de los servicios prestados en las redes del sistema público y de seguridad social acceden a las redes privadas de servicios de salud pagando de su bolsillo o con el apoyo de sus seguros privados voluntarios. Dentro de cada uno de estos segmentos existen reglas propias y separadas de financiamiento, prestación y regulación.

Ahora bien, al igual que en el caso de los sistemas integrados, los sistemas segmentados también varían en cuanto a la participación del sector privado en las funciones de prestación de servicios y aseguramiento). Sucede que mientras en algunos países el sector privado no cumple un papel explícito dentro de las estrategias del gobierno para garantizar la cobertura universal de aseguramiento (por ejemplo en Venezuela, México y Ecuador), en otros participan activamente dentro de ésta. En este último grupo se encuentran aquellos países donde esta participación activa del sector privado ya cuenta con varias décadas de experiencia (por ejemplo Chile) mientras que en otros ésta ha surgido después de los noventa (por ejemplo Colombia y República Dominicana).

Tabla I
Clasificación de los sistemas de salud según segmentación y participación del sector privado

		Integración sistemas	
		Integrado	Segmentado
Participación del sector privado en prestación (p) o aseguramiento (a)	Sí	Brasil (p), Uruguay (p, a; SNIS)	Chile (a, p), Colombia (a, p), Perú (a), Argentina (a), Nicaragua (a, p), República Dominicana (a, p), Paraguay (a, p)
	No	Antigua y Barbuda, Barbados, Costa Rica, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kits y Nevis, Saint Vincent y Grenadines, Trinidad y Tobago	México, Ecuador, Bahamas, Belice, Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Saint Lucía, Surinam, Venezuela.

La anterior clasificación es importante ya que ayuda a entender el papel suplementario que pueden jugar los seguros privados de salud de acuerdo a la estructura del sistema

de salud. Así, en los sistemas integrados sin participación del sector privado en el aseguramiento, -por ejemplo Brasil, que sólo tiene participación del sector privado en la prestación como se señala en la tabla con (p)-, el seguro privado no podría suplir un papel de seguro principal en salud, pues son los gobiernos locales los que están a cargo de garantizar la atención en salud de la población de referencia pero sí podrían tener -y de hecho, tienen- un papel de seguro privado como duplicado, complementario o suplementario.

Algo similar ocurre en los sistemas segmentados sin participación explícita del sector privado en el aseguramiento. **Como ejemplo, en México y Venezuela, los seguros privados sólo podrían ofrecer seguros voluntarios que ofrezcan productos complementarios, suplementarios o de duplicado fuera de los sistemas de salud.** En efecto, cuando el seguro privado de salud no juega un papel de seguro principal, el mercado potencial de desarrollo de éste se limita a los estratos más ricos de la población dada la escasa capacidad de pago de la mayoría.

De la misma manera, en los sistemas segmentados no existe un mercado importante para el seguro privado de salud si éste no es integrado explícitamente dentro de las estrategias de cobertura universal de aseguramiento. En este caso, al igual que en los sistemas integrados sin participación del sector privado, los seguros privados dirigen sus esfuerzos a ofrecer productos a los estratos más ricos de la población. Así por ejemplo, los seguros privados de salud cubren apenas un 3,2% de la población de México (Lara di Lauro 2004) y sólo un 1,1% de la de Venezuela (ALAMI 2009). Este porcentaje no es muy diferente en el conjunto de países que comparten estas características en sus sistemas de salud, como se verá más adelante en las respectivas descripciones.

Como caso extremo, Costa Rica que tiene un sistema integrado de seguridad social que cubre prácticamente a la totalidad de la población, tenía prohibido hasta hace muy poco la operación los seguros privados de salud en el país. En contraste, en los países que incorporan explícitamente el sector privado dentro de sus estrategias de extensión de cobertura de aseguramiento, los seguros privados cubren a una parte importante de la población. Es así como en Colombia los seguros privados de salud con ánimo de lucro que operan al interior del sistema general de seguridad social cubren un 35% de todos los colombianos (ACEMI, 2009). Como muestran los anteriores párrafos, la integración de los seguros privados de salud a los sistemas de seguridad social de los países permite a éstos captar grandes montos de subsidios públicos y se está convirtiendo posiblemente en la oportunidad más importante para los seguros privados en la región (Sánchez y Oyarzo, 2002).

Finalmente se debe señalar que existen en **algunos países de América Latina empresas privadas que ofrecen planes de salud en contextos diferentes al de las compañías de seguros, las cuales se denominan Empresas de Medicina Prepagada (EMP)**, en algunos países no existe regulación para estas compañías, tal es el caso de Venezuela y Argentina, lo contrario ocurre en el caso colombiano, en donde se han adoptado normas especiales para esta regulación. Las EMP tienen como obligación la prestación de un servicio, razón por la cual se considera que estas empresas deben contar con una red propia para la prestación de los servicios de salud. Las EMP están preparadas para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y para atender directamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.

Las principales diferencias entre las aseguradoras y las EMP están en primer lugar en que las EMP se encargan de la prestación directa del servicio; la otra gran diferencia es que en el contexto de la compra de un seguro el evento asegurado es incierto, en tanto

que a los afiliados a una EMP por voluntad propia pueden acceder a la atención de salud con fines preventivos o curativos.

Desde la perspectiva del sector privado que ofrece cobertura de aseguramiento en salud o que presta servicios de salud en Argentina, pueden identificarse los siguientes cuatro tipos de actores privados:

➤ **Obras sociales nacionales**

Las obras sociales nacionales son entidades de seguridad social sin fines de lucro tradicionalmente vinculadas con la gestión sindical por rama de actividad. En cada rama productiva los sindicatos administran su propio seguro de salud. Si bien durante la década de los noventa, se avanzó hacia un proceso de desregulación que permitió transferencia de recursos de afiliados por la rama de actividad a instituciones de aseguramiento social de otras, en general el mecanismo se mantiene como en sus orígenes. Las obras sociales, salvo excepciones, no cuentan con instituciones propias. Por tanto, esta organización vertical se traduce en mecanismos de contratación con clínicas y prestadores, tanto públicos como privados. En algunas ocasiones las obras sociales nacionales contratan a empresas de medicina prepaga, seguros privados de salud en Argentina, para que gestionen su cartera. El órgano que vigila y supervisa a las OS es la Superintendencia de Servicios de Salud que funciona en el ámbito del Ministerio de Salud.

➤ **Empresas de medicina prepaga (EMP)**

Las EMP forman parte del denominado sector privado del sistema sanitario. Predominan las empresas de medicina prepaga que asumen la forma de sociedades comerciales, por encima de aquellas constituidas como asociaciones de profesionales sin fines de lucro.

➤ **Cooperativas y Mutuales (CyM)**

El sector privado comprende también las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud pero no operan ni como OS ni como medicina prepaga. Estas entidades tienen un peso importante distribuido a lo largo y ancho del país y contar con cerca de 2,6 millones de asociados (alrededor de un 7% de la población total). Según datos de 2008 del censo general hecho por el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES), del total de los mutuales que prestan servicios, el 27% corresponde a mutuales de salud, agrupando a 2.165.380 asociados. Por su parte, las cooperativas que prestan servicios de salud agrupan a 533.670 asociados.

➤ **Prestadores privados de salud**

Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden a los afiliados de las obras sociales y de las EMP y a los usuarios que acceden directamente a ellos. En Argentina el sector prestador privado es más importante que en la mayoría de los demás países de la región. Así por

ejemplo, el estudio de cuentas nacionales de salud de Argentina indica que ya en el año 1997, más del 30% del gasto total en salud se asignaba a clínicas privadas o a médicos y profesionales de la salud, comparado con sólo un 20% dedicado a los establecimientos sanitarios públicos.

El sistema mexicano de salud está compuesto por dos sectores: el público y el privado.

El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social (Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

El sistema mexicano de salud es un sistema segmentado que dependiendo de la población objetivo de cada subsistema, ofrece beneficios muy diferentes.

En el país hay tres grupos distintos de beneficiarios:

- Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias;
- Los trabajadores independientes, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, junto con sus familias, y
- La población con capacidad de pago.

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos o jubilados y sus familias, son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren casi 49 millones de personas. El IMSS, dirigido a los trabajadores del sector formal privado, cubre a más del 80% de la población con seguridad social del país, y la atiende en sus propias unidades, y con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE, dirigido a los trabajadores del gobierno, da cobertura a otro 18% de esta población, también en unidades propias y con sus recursos humanos. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de empresas públicas PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud al 1% de la población con seguridad social en clínicas de PEMEX y de las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios.

El segundo grupo de usuarios incluye a los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes. Se trata de la población no asalariada, que debe distinguirse de los trabajadores informales, que son sólo una parte de este universo. Tradicionalmente, este sector de la población había recurrido, para resolver sus necesidades de salud, a los servicios de la SSA, los SESA y el IMSS-O, y recibía servicios sobre una base asistencial.

Actividad a realizar:



El maestrante hará un mapa conceptual en el que analice los contenidos de la antología semanal.

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

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

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

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

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

http://www.mgk.mx/files/pAcuerdo_extincion_CCNPM.pdf