

UDS

LIBRO

Negociación en organizaciones de salud

Maestría en administración en sistemas de salud

Cuatrimestre: Septiembre - Diciembre

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

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 de Primaria 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 tarde.

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 septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas 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, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

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

INDICE

UNIDAD I	9
1.1 Actualización en Legislación de Seguridad Social relacionada con facturación y negociación	9
1.2 Principios de negociación de servicios de salud	16
1.3 Consideraciones financieras en la negociación de servicios de salud	23
1.4. Negociación de conflictos en salud	32
UNIDAD II	44
2.1. Mecanismos de negociación de las redes de servicios desde los aseguradores	44
2.2. Consideraciones comerciales en la negociación de los servicios de salud.....	47
2.3. Negociación de precios en servicios de salud	56
UNIDAD III	59
3.1. Segmentación de mercados en servicios de salud y negociación de cada segmento (Prepagas, EPS, ARS)...	59
3.2. Esquemas de contratación en servicios de salud	70
3.3. Comparativos de manuales de facturación de la Seguridad Social	83
UNIDAD IV	88
4.1. Análisis de contratos en servicios de salud	88
4.2. Talleres de negociación de servicios de salud dinámica de grupos	98
Bibliografía básica.....	100

Contenido.

UNIDAD I

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

UNIDAD II

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

UNIDAD III

- 3.1. Segmentación de mercados en servicios de salud y negociación de cada segmento (Prepagas, EPS, ARS)
- 3.2. Esquemas de contratación en servicios de salud
- 3.3. Comparativos de manuales de facturación de la Seguridad Social

UNIDAD IV

- 4.1. Análisis de contratos en servicios de salud
- 4.2. Talleres de negociación de servicios de salud dinámica de grupos

Presentación de la materia:

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

MODELO OBLIGATORIO DE SEGURIDAD SOCIAL

La seguridad social 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.

MODELO UNIVERSAL DE SEGURIDAD SOCIAL

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.

CARACTERÍSTICAS:

- ✓ 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.

MODELO DE 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

I.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.

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 resuelven 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 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 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 voz 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.

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 INSABI 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 haya o no pasado por la etapa de mancomunación se convierten en servicios de salud. Hay tres formas principales de hacer esto.

- 1) 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.
- 2) 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).
- 3) 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.

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 INSABI. 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 e INSABI de Salud, 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 INSABI. 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

muerres. 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 a aceptar un 12% como mínimo. A pesar de 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%.

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 desagrada 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 mejoras 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. (Ver páginas 9 a la 43)

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.

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.

- A. En primer lugar, la evidencia que permita medir los flujos comerciales en el sector salud.
- B. 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.
- C. 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 previsibles 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 (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 cubija 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 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 (Sánchezy 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 y 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 o 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), INSABI (SPS) y el IMSS BIENESTAR.

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** (ISSFAM), 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-BIENESTAR, y recibía servicios sobre una base asistencial.

Actividad a realizar:



El maestrante hará un mapa conceptual en el que analice los contenidos de la unidad 2 y parte de la unidad 3 (Ver páginas 44 a la 69)

3.2. Esquemas de contratación en servicios de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entre las **insuficiencias del SP estaba el predominio de programas de atención orientados a curar enfermedades, con insuficiente consideración a las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y el abordaje de los determinantes ambientales y sociales de la salud**. Adoptó una importante separación entre el cuidado de la salud colectiva y de las personas, que

condicionaron conductas de la población y prácticas de los servicios contrarias a la integralidad de la atención y un comportamiento asistencial mayormente reactivo a la demanda y, por tanto, episódico en los cuidados de salud a las personas.

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

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

Los problemas acarreados por el SP y otras fallas sistémicas del sector, como es la segmentación de la atención a la población en varias instituciones **prestadoras de servicios de salud que funcionan con presupuestos desiguales**, son de tal magnitud que sólo llevando a cabo un cambio estructural y funcional del Sistema de Salud será posible alcanzar la salud universal de la población, sin exclusiones ni desigualdades.

Para atender esta premisa de transformación se crea el INSABI en 2019 por mandato de la LGS, asignándole en la propia ley atribuciones, funciones y mecanismos para conducir los servicios de salud dirigidos a la población sin seguridad social.

El INSABI es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado en la Secretaría de Salud.

La fórmula legal del INSABI para relacionarse con los gobiernos de las entidades federativas es a través de Acuerdos de Coordinación, dirigidos a garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la LGS.

El INSABI tiene planteado la siguiente misión y visión.

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

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

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

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

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

Otra cara de este problema **es la inequidad en la distribución de los recursos existentes**. La CDMX dispone de 1.81 médicos especialistas por 1,000 habitantes, **en cambio en Veracruz, Puebla y Chiapas esta relación es de 0.31, 0.32 y 0.33, respectivamente**. En la CDMX hay 1.56 camas censales por 100,000 habitantes, mientras otros 30 estados no llegan a uno. Asimismo, las enfermeras generales en la CDMX son más de 3 por cada 1,000 habitantes, cuando en otros 9 estados no llegan a uno y ningún estado alcanza la cifra de 2. Asimismo, hay notables diferencias en la disponibilidad de recursos entre las capitales de los estados y los municipios del interior, al igual que entre zonas urbanas y rurales (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2019).

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

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

Diversos estudios llevados a cabo en los últimos años por centros académicos y de investigación (INSP, CONEVAL, UNAM), realizados desde la perspectiva de la calidad de la atención médica, así como la información que proporcionan los registros continuos de la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, PEMEX y otras instituciones sobre los niveles de suministro de medicamentos e insumos, han reflejado

desabasto coyunturales o por periodos prolongados en los servicios de salud, lo que también ha sido manifestado por la población usuaria de los servicios de salud en quejas y reclamos ante las autoridades sanitarias, en instancias de defensa a los consumidores y en el sistema judicial.

Se añade la obsolescencia de muchos equipos médicos de diagnóstico y terapéuticos en los establecimientos de salud expresada por el personal trabajador del sector, así como la falta de estos cerca de donde vive la población que los obliga a viajar largas distancias, a veces a estados diferentes de donde viven, para poder acceder a los mismos.

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

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

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

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

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

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

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

Las reformas a la LGS, publicadas en el DOF el 29 de noviembre de 2019, establecen un mandato claro de abordar este problema, al dejar establecido en su artículo 77 bis 35 fracción X, que el INSABI podrá:

Proponer, con sujeción a los recursos disponibles, programas de regularización del personal profesional, técnico y auxiliar para la salud que participe en la prestación de los servicios a que se refiere el presente Título, en el que consideren, entre otros aspectos, la antigüedad y el desempeño.

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

En México persisten los problemas de falta de cobertura de los servicios de salud, a pesar de estar documentado en numerosos estudios y su superación ha sido considerada como objetivo en numerosos planes y programas de desarrollo sectorial. Las más importantes barreras de acceso que han sido descritas son las siguientes:

- (1) de tipo geográfico, que afectan principalmente a las regiones rurales y de difícil acceso vehicular;
- (2) de orden social, relacionadas con la estigmatización y la discriminación que afecta a la población de zonas de alta marginación y las regiones que padecen situaciones de violencia;
- (3) las étnico-culturales, entre las que destacan la poca consideración a la cultura y falta de entendimiento de usos y costumbres de grupos poblacionales indígenas relacionados con los servicios de salud;

- (4) las organizacionales y de género, cuando los criterios de organización y funcionamiento de los establecimientos de salud no consideran suficientemente las características de las personas, familias y comunidades a quienes atiende y los requerimientos dictados por diferencias de género de las personas;
- (5) así como las económicas, ligadas al cobro a los pacientes en los servicios públicos y privados para poder recibir atención médica y a la compra de medicamentos y otros insumos, especialmente en el segundo y tercer nivel de atención.

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

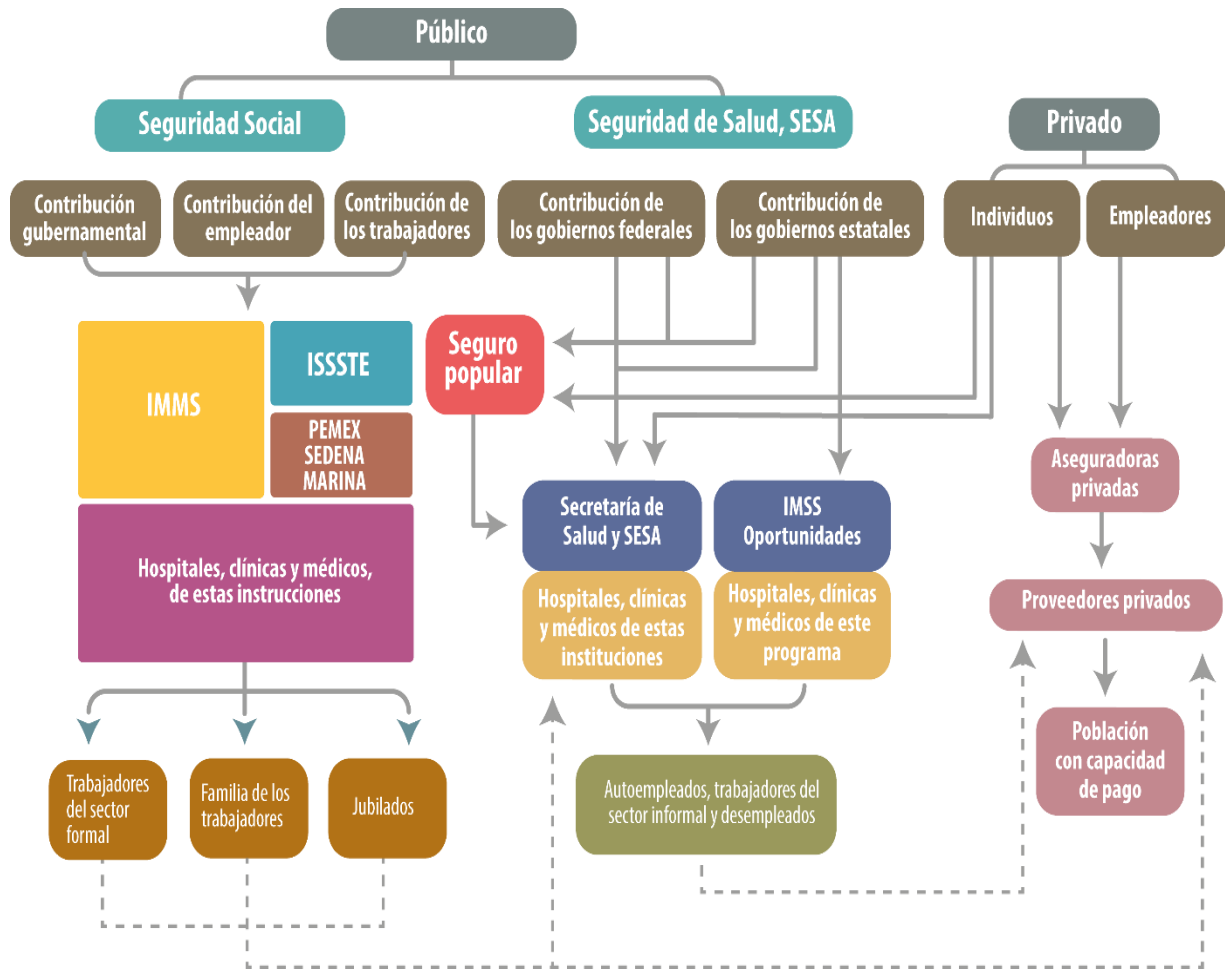
Agrava ese cuadro la escasa coordinación entre los prestadores públicos que coexisten en un mismo territorio, que determina un escaso grado de complementariedad de las capacidades existentes ejemplificado en el poco uso compartido de los servicios de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación que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

Para que el INSABI pueda cumplir las misiones que tiene asignadas en la transformación del SNS, necesita completar sus capacidades y desplegar todas las funcionalidades que le marcan la LGS y otras disposiciones legales. **Esta plenitud institucional requiere que esté completada la plantilla de personal, así como aprobados y en ejercicio diversos convenios de trabajo, manuales, reglas de**

operación y demás instrumentos legales propios de los organismos descentralizados de la administración pública federal, que posibilitarán al INSABI desarrollar las políticas, planes y programas para la gratuidad de la atención, así como realizar la planeación y gestión de los recursos humanos, materiales y financieros para asegurar la universalidad, integralidad y continuidad de la atención a la población sin seguridad social, particularmente de quienes están en situación de vulnerabilidad.

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

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



El INSABI, como parte de la administración pública, asume la responsabilidad indelegable de ser un generador de políticas públicas coherentes y articulador de los propósitos nacionales de bienestar en lo concerniente a la prestación de servicios de salud.

El modelo de salud que promueve se inscribe en las directrices del PND *Por el bien de todos, primero los pobres y No dejar a nadie atrás y no dejar a nadie fuera*. Tiene prioridades claras en la ejecución de políticas y planes de salud ligadas **con los programas de bienestar del gobierno para los grupos en**

condiciones de vulnerabilidad, como son: los pueblos y comunidades indígenas, las mujeres víctimas de violencia y que sufren desigualdades, las personas con discapacidad, los niños y las niñas, adolescentes y las personas adultas mayores, así como la población LGTTTBIQ, afrodescendiente y las familias en situación de pobreza. Se hace la identificación territorial, familiar y comunitaria de estos grupos, para priorizar las inversiones en recursos humanos, materiales y en infraestructura en los servicios de atención que los benefician.

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

3.3. Comparativos de manuales de facturación de la Seguridad Social

En todos los casos analizados en esta investigación, en el SNS coexisten el sector público y el sector privado, que interactúan de manera diversa y en proporciones también diferenciadas según el país de que se trate.

En el caso mexicano, el sector público incluye dos subsectores. Uno está integrado por instituciones de salud creadas en el marco del sistema de seguridad social para atender las necesidades de salud de los trabajadores que desempeñan sus actividades laborales en el campo de la formalidad. Estas instituciones se financian con contribuciones sociales tripartitas y usualmente proveen a su respectiva población derechohabiente de servicios de salud de manera directa, en establecimientos sanitarios y con personal propio.

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

El INSABI, como principal elemento de este subsector, opera fundamentalmente con la infraestructura y los recursos humanos y materiales de la SS y de los Sistemas Estatales de Salud (Sesa). La atención de la salud en el marco del SPSS se realiza mediante diferentes esquemas de aseguramiento que generan al interior de este componente público del SNS una segmentación de la atención con paquetes heterogéneos de servicios. Por su parte, el acceso al sector privado de atención a la salud depende de la capacidad de

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

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

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

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

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

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

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

No obstante, en el sistema mexicano se están desarrollando algunas fortalezas en el terreno de la gestión, que introducen elementos positivos de cara a la futura creación de un SNS público que alcance la universalidad. En este sentido, se valora positivamente el avance logrado en los últimos años con la extensión del SPSS, que está permitiendo corregir algunas inequidades e incorporar colectivos vulnerables al sistema de protección, así como fiscalizar con mayor intensidad los procesos administrativos y financieros de las instituciones implicadas y de los regímenes estatales, al tiempo que se avanza en una cierta descentralización hacia las entidades federativas en un intento de propiciar una atención de la salud más eficaz. Se está abriendo espacio a ciertas oportunidades para el objetivo de la universalidad en tanto se desarrollan avances en la discusión sobre la regulación de las funciones financieras y de prestación de servicios orientada a conseguir mayores grados de eficiencia financiera y eficacia general del sistema de atención a la salud.

Todos ellos, requisitos esenciales para abordar la necesaria transformación del sistema que demanda un volumen importante de recursos. Son procesos que han estado y están presentes en otros sistemas analizados como condición de la cobertura universal y que precisan considerables dosis de recursos financieros públicos.

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

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

Es en este ámbito de la atención a la salud donde el esfuerzo en México ha de ser relativamente más intenso, lo que no sólo requiere de la inyección de recursos al sistema de atención a la salud en sí mismo, con los correspondientes desarrollos en materia de infraestructura, sino que también traslada demandas importantes al sistema educativo profesional y superior. Conviene destacar que en materia de recursos humanos persisten diferencias más o menos marcadas dependiendo de la entidad federativa. La inadecuación es, incluso, más cualitativa que cuantitativa, con fallas en la distribución del personal de salud e incongruencias en las competencias y capacidades del personal de acuerdo con las necesidades del país para que se brinde una atención resolutive y de calidad mejorando los tiempos de espera para recibir esta atención.

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

UNIDAD IV

4.1. Análisis de contratos en servicios de salud

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

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

Para la existencia del contrato se requiere:

- I. Consentimiento;
- II. Objeto que pueda ser materia del contrato.

El contrato puede ser invalidado:

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

¿Quiénes pueden celebrar un contrato?

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

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

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

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

CONSENTIMIENTO

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

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

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

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

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

- El error de derecho o de hecho invalida el contrato cuando recae sobre el motivo determinante de la voluntad de cualquiera de los que contratan, si en el acto de la celebración se declara ese motivo o si se prueba por las circunstancias del mismo contrato que se celebró éste en el falso supuesto que lo motivó y no por otra causa.

- Se entiende por dolo en los contratos, cualquiera sugestión o artificio que se emplee para inducir a error o mantener en él a alguno de los contratantes; y por....

- Mala fe, la disimulación del error de uno de los contratantes, una vez conocido.

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

OBJETO EN LOS CONTRATOS

Artículo 1824.- Son objeto de los contratos:

- I. La cosa que el obligado debe dar;

II. El hecho que el obligado debe hacer o no hacer.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta Norma Oficial Mexicana no es aplicable a:

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

DEFINICIONES GENERALES

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

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

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

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

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

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

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

DISPOSICIONES GENERALES

- ✓ Los precios o tarifas de los servicios de atención médica deben expresarse en moneda nacional, sin menoscabo de que también puedan indicarse en moneda extranjera conforme a la legislación monetaria, especificándose en todo caso si incluyen o no el Impuesto al Valor Agregado correspondiente.

- ✓ El establecimiento debe contar con personal responsable de atender las quejas y reclamaciones de los usuarios, consumidores o demandantes del servicio, surgidas en relación con la prestación y el precio de los servicios de atención médica.

- ✓ El médico tratante está obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, al consumidor o demandante del servicio, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes. Esta información debe proporcionarse cuando y como se solicite, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

- ✓ El responsable del establecimiento está obligado a proporcionar por escrito al usuario, consumidor o demandante del servicio, cuando lo solicite, el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó el internamiento, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

- ✓ El prestador del servicio es responsable ante el usuario, consumidor o demandante del servicio por el incumplimiento de los servicios de atención médica que contrate con éste, aun cuando el prestador del servicio subcontrate con terceros dicha prestación.

- ✓ Cuando el consumidor o demandante del servicio efectúe un anticipo o depósito en garantía de pago, el prestador del servicio de atención médica debe expedirle recibo o comprobante, en el que consten los datos de los servicios contratados, sin perjuicio de lo dispuesto por la legislación fiscal.

- ✓ La garantía de pago debe ser reintegrada al consumidor o demandante del servicio en el momento en que éste cubra el precio total por la atención médica de que fue objeto o bien, ser utilizada para cubrir el precio de los servicios correspondientes, si así lo prevé el contrato de adhesión.

- ✓ La factura que ampare el pago de los servicios de atención médica debe cumplir con las disposiciones fiscales correspondientes. El desglose de los servicios de atención médica proporcionados e insumos suministrados puede entregarse en un estado de cuenta anexo a la factura.

De la información preliminar

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

6. El prestador del servicio debe contar con un mecanismo que permita informar a los consumidores o demandantes del servicio, los precios de los medicamentos e insumos que habrán de suministrarse.
7. El prestador del servicio debe proporcionar al consumidor o demandante del servicio, el reglamento interno del establecimiento.
8. En caso de que el prestador del servicio requiera del consumidor o demandante del servicio un anticipo y/o depósito en garantía de pago para la prestación del servicio de atención médica, debe indicarlo en el catálogo o lista de precios o tarifas, señalado en el numeral 4.I de esta Norma Oficial Mexicana.
9. El prestador del servicio debe exhibir en el establecimiento, a la vista del consumidor o demandante del servicio, el horario de funcionamiento administrativo del establecimiento, el nombre del encargado y el horario en que éste asiste.

De los contratos de adhesión

- a) El prestador del servicio debe celebrar un contrato de adhesión con el consumidor o demandante del servicio por la prestación del mismo. El contrato de adhesión debe estar escrito en idioma español con caracteres legibles a simple vista, sin perjuicio de que también pueda estar escrito en otro idioma. En caso de controversia, prevalecerá la versión en idioma español.
- b) El contrato de adhesión debe estar registrado ante la Procuraduría y debe contener, al menos, la siguiente información:
 1. Nombre o razón social y Registro Federal de Contribuyentes del prestador del servicio.
 2. Nombre, domicilio y teléfono del consumidor o demandante del servicio.
 3. Objeto del contrato.

4. Precio, en el caso de paquetes de servicios, y de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para usuarios externos. En cualquier otro caso, el precio debe ser el que establezca el catálogo de precios vigente en el momento de la contratación del servicio. En este caso, el prestador del servicio debe poner a disposición del consumidor o demandante del servicio el estado de cuenta correspondiente en forma diaria.
5. Lugar donde se prestarán los servicios de atención médica.
6. Requisitos que debe cubrir el consumidor o demandante del servicio y/o el usuario, para la prestación del servicio de atención médica.
7. Procedimiento para el pago por la prestación de los servicios de atención médica.
8. La responsabilidad del prestador del servicio por el resguardo de los objetos personales del usuario, consumidor o demandante del servicio o visitantes que le fueron entregados en custodia.
9. La indicación de que el consumidor o demandante del servicio se compromete a cumplir el reglamento interno del establecimiento.
10. Procedimiento para el alta del usuario.
11. Los límites de la responsabilidad del prestador del servicio de atención médica en el caso de que el consumidor o demandante del servicio contrate otros servicios con terceros.
12. El compromiso del prestador del servicio para mantener los datos relativos al usuario con carácter de información confidencial, salvo autorización escrita de éste, del consumidor o demandante del servicio o de la autoridad competente.
13. El procedimiento para que el consumidor o demandante del servicio y/o usuario presenten sugerencias, reclamaciones o quejas, respecto a la prestación de los servicios de atención médica.
14. Las penas convencionales para ambas partes por incumplimiento del contrato.

EJEMPLOS DE CONTRATO EN SERVICIOS DE SALUD.

- ✓ <http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/C.%20GERTRUDIS%20IRENE%20ORDONEZ%20ALVAREZ%203.pdf>
- ✓ http://www.tsjtlaxcala.gob.mx/transparencia/Fracciones_a63/XI_SMed/6.-%20LAURA%20MUnOZ%20SOLIS%20DENTALvp.pdf

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

La presencia de tipos de poder, formas de negociación, tipos de negociación, componentes de los procesos de negociación, etc., hacen parte de la vida diaria. Hacen parte de la personalidad de cada individuo, independiente de su edad, estilo de vida, conocimiento, profesión que desempeñe o tendencia sexual. Por lo tanto, en el área de la salud también se van a encontrar las diferentes características que componen el arte de la negociación. En las empresas de salud se encuentran múltiples zonas donde se presentan negociaciones, no solo a nivel de la alta gerencia. Así, los componentes y las características de una negociación se encuentran incluidos en las relaciones de las personas en todos los servicios de un hospital – públicos y privados - en todas las oficinas de entidades prestadoras de salud, en los laboratorios, en los bancos de sangre, en las farmacias, entre las casas farmacéuticas nacionales y multinacionales, universidades de áreas médicas y paramédicas, especializaciones, maestrías y doctorados de salud y epidemiología, etc.

TODOS SOMOS NEGOCIADORES EN SALUD.

Negociar es un acuerdo obtenido a través de una prestación recíproca que da satisfacción a ambas partes; es una solución que respeta los intereses

Evidentemente, para llegar a un desenlace así, todo negociador en salud debe en primer lugar reconocer y comprender sus propias necesidades y objetivos, luego los del otro. En suma, conocerse a sí mismo y después al otro constituye la esencia misma de toda negociación exitosa. Se necesitan algunas cualidades accesibles para la mayoría de las personas: respeto, capacidad de escucha, buen sentido de la observación, algunas aptitudes en comunicación, una pizca de sabiduría y un poco de humor.

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

Actividad a realizar:



El maestrante hará un cuadro sinóptico en el que analice los contenidos de la última parte de la unidad 3 y los temas de la unidad 4 (Ver página 69 a la 99)

Bibliografía básica.

- Cadena Rodríguez, Jean. Manual de negociación, técnicas de negociación y comercio internacional, Grupo editor ESPE, México, 2020.
- Briceño Ruíz. Alberto. Derecho de la seguridad social. Editorial, Oxford, México, 2019.
- 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.

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>