



Maestría en Administración en  
Sistemas de la Salud

MAPA CONCEPTUAL

UNIDAD II Y UNIDAD III

Negociación en Organizaciones de salud  
Maestrante

Lic. Brenda Janeth Trejo Cristiani

Docente

Mtra. Mónica Elizabeth Culebro Gómez.

NOVIEMBRE 2021

# Negociación en organizaciones de salud

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

¿Que son?

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.

¿Que es un mecanismo de pago?

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.

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.

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.

## Consideraciones comerciales en la negociación de los servicios de salud

En la actualidad, para una efectiva custodia de los sistemas sanitarios nacionales se requiere una comprensión detallada de las 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.

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

1.- la evidencia que permita medir los flujos comerciales en el sector salud

2.- 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.

3.- 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.

La introducción de nuevas tecnologías de comunicación, especialmente Internet, ha contribuido a reducir los obstáculos al comercio relacionados con la distancia.

La entrada en vigor del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS)

El AGCS ofrece un sistema de condiciones previsible y exigibles jurídicamente para el comercio de servicios y puede tener repercusiones positivas sobre la inversión, la eficiencia y el crecimiento.

Dado el tradicional principio de consenso que se sigue en la Organización Mundial del Comercio (OMC)

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.

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.

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.

## 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

Esta comisión tenía las siguientes 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.

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 1" ("Acuerdo") que entrará en vigor el 21 de julio de 2021.

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 inter gubernamentales internacionales (como el caso INSABI-UNOPS).

# Negociación en organizaciones de salud

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

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.

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).

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.

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.

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.

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.

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 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).

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.

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
- Empresas de medicina prepaga (EMP)
- Cooperativas y Mutuales (CyM)
- Prestadores privados de salud

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

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

El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

El sistema mexicano de salud es un sistema segmentado que dependiendo de la población objetivo de cada subsistema, ofrece beneficios muy diferentes. En el país hay tres grupos distintos de beneficiarios:

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