



PASIÓN POR EDUCAR

## ENSAYO

### UNIDAD I

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

1.2. Principios de negociación de servicios de salud

1.3. Consideraciones financieras en la negociación de servicios de salud

1.4. Negociación de conflictos en salud

Mtra. Mónica Elizabeth Culebro Gómez  
Maestría en Administración en Sistemas de la Salud  
4to. Cuatrimestre  
Alumno: Héctor Hugo Zenteno Rodríguez  
Universidad del sureste  
Octubre del 2021

## INTRODUCCION

En este ensayo se hablara de diferentes puntos de vista del sistema de prevención que se ofrece a los trabajadores y a sus familiares, como también la protección económica frente al riesgo de enfermedades. Este sistema está asentado y financiado mediante las cuotas obligatorias de empresarios y trabajadores y por otra parte, la colaboración del estado que es muy variable, estos modelos se dan en los países socialdemócratas, incluida el país de España. El sistema se financia mediante impuestos y la asignación de recursos que se da a través de los presupuestos generales del estado. También se encuentra la prestación de los servicios de salud en forma privada, como en el caso de los estados unidos que la mayoría de los centros sanitarios son privados y su principal fuente de aseguramiento son las empresas con financiamiento de los trabajadores y de los empresarios, pero coexisten con seguros privados. Pese a la predominancia del sistema libre mercado se llega a dar otros modelos de financiamientos que corresponden al sistema sanitario que a continuación mencionaremos.

En este rubro hablaremos del sistema financiado, a partir de los ingresos generales del Estado, a partir de las contribuciones sociales asociadas a la actividad laboral y a partir de contribuciones privadas. También se analizara como se da el pago a los proveedores de la asistencia sanitaria, cuál sería su objetivo y para que fue diseñado.

Otro punto que abordaremos en este ensayo es como resolver o tener una postura ante los conflictos que puedan suceder en una negociación de los servicios de salud, como sería la postura de un individuo que pueda pasar bajo un conflicto social o laboral, el que hacer o como tomarlo, como actuar, y explicar las clases o tipos de conflictos que se puedan dar o su combinación de estos mismos, como también su negociación.

Cuando hablamos en materia de salud, México busca apoyar el fortalecimiento del sector salud a través del análisis objetivo y el análisis de propuestas en torno a los temas prioritarios para el sector salud, a través de la cobertura universal de salud (CUS). El acceso incluye la promoción de la salud y la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.

Por lo cual 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. Por ello en este ensayo hablaremos de las distintas estrategias para alcanzar la cobertura universal de la salud (CUS), como la forma de financiarse en el marco de la salud.

## DESARROLLO

En su formato más actual surge en Alemania en 1883, por adaptación del canciller Bismarck. Se trataba de un sistema de previsión que ofrecía a los trabajadores y a sus familias protección económica frente al riesgo de enfermedad. En este sistema, la salud se concibe como un derecho o un bien tutelado por los poderes públicos. 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.

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. El Estado garantiza y financia las prestaciones sanitarias. El sistema se financia principalmente mediante impuestos y la asignación de los recursos se hace a través de los Presupuestos Generales del Estado. La universalidad y la equidad son las bases del sistema. 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.

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. 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: • los 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: • los 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.

- Y los Sistemas financiados a partir de contribuciones privadas, a través del pago de primas de seguros privados, o bien mediante el pago directo a 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:

El pago por reembolso: los proveedores realizan la prestación y después pasan factura. Ellos dictan los precios. Los 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. Los 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.

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.

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. Es en nuestra formación donde asumimos esa versión negativa de los conflictos que como veremos a continuación no es la única. 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. 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. . 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, etc. Mencionaremos algunos Tipos de conflictos que se pueden dar:

A.- 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.

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

C.- 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.

D.-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.

E.-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.

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.

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. En la negociación es donde se encuentra la oportunidad de 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.

Por otro lado hablaremos de la iniciativa de salud en 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. 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: A.-garantizar el financiamiento sostenible de los servicios de salud; B.- contar con un sistema de salud sólido; C.- promover acceso a medicamentos y tecnologías esenciales, y D.- 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. 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. Son tres las subfunciones del financiamiento de la salud que necesitamos abordar: 1) Recaudación y movilización de fondos; 2) Mancomunación y diversificación de riesgos; 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.

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.

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. 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). 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. . 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.

## CONCLUSIÓN

En el sistema de salud el estado está obligado a financiar su sistema de salud que es un derecho que le asiste al trabajador porque el mismo se financia a través de las cuotas obligatorias que tienen que aportar para su salud, tanto trabajadores como empresarios.

Por otro lado el estado debe garantizar y financiar las prestaciones sanitarias ya que el recurso es a través de los impuestos y la asignación de los recursos del estado, y todo ciudadano debe ser beneficiado independientemente de su actividad laboral.

El gran problema que hay en las prestaciones sanitarias es el modelo o combinaciones de modelos que se puedan encontrar en un país desarrollado o en subdesarrollo, como en el caso de México, que es un modelo combinado en iniciativa privada y de instituciones de gobierno. Y en el mercado nos encontramos en centramos estos tres modelos financieros: el primer modelo, es a través de los impuestos, el segundo modelo es a través de la cuota salarial, y el tercer modelo es a través de la cuota privada. Estos modelos nos dan una referencia como está constituido el servicio de la salud en nuestro estado o país y que Actualmente en el mercado libre de la salud, tenemos a las empresas privadas que día a día van acaparando más terreno en beneficio de la salud y desgraciadamente las instalaciones de gobierno son más precarias ante la gran demanda constante de personas que necesitan los servicios de salud por el mal manejo de los recursos extranjeros y del estado. Y por lo cual el trabajador tiene que acudir los servicios de salud en una forma privada, pegando al bolsillo de manera directa al trabajador y creando un gasto directo en el bolsillo y originando una pobreza mayor en el país.

En estas mismas necesidades encontramos también los conflictos que pueden ocurrir en las empresas privadas y de gobierno y también estamos ante la necesidad de resolverlos de la mejor manera posible y se plantean varios modelos para mejorar y un ambiente social en el trabajo. Siempre las negociaciones van encaminadas a mejorar la salud de las poblaciones se encuentran entre las más complejas de cualquier sector. Esta complejidad plantea retos, así como oportunidades significativas para los que tratan de influir sobre las decisiones. Separando el proceso en partes más manejables y señalando algunas prácticas uniformes de negociación, esperamos ayudarle a aumentar su eficacia cuando intente persuadir a otros de que se sumen a su cometido en pro del desarrollo sanitario.

Los seres humanos nos pasamos la vida negociando, muchas veces sin darnos cuenta y Lo hacemos en aquellas situaciones en las que Nuestro punto de vista o nuestras preferencias



son inicialmente diferentes de las de otras personas implicadas y Deseamos encontrar un desenlace favorable porque No podemos o No queremos imponer una solución unilateral.

La negociación es inherente a las relaciones humanas y Va más allá de los conflictos o de los problemas. Saber llegar a acuerdos es una competencia esencial para trabajar y para poder vivir mejor. La negociación es tanto un proceso como una técnica, y, aunque cada caso tiene sus propias características, hay elementos o herramientas comunes en todas ellas, que es precisas conocer para afrontarlas con éxito.

## BIBLIOGRAFIA

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