



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

MATERIA:

Negociación en Organizaciones de Salud

ENSAYO

PRESENTA:

Montserrat López Nandayapa

PROFESOR:

Mónica E. Culebro Gómez

Comitán de Domínguez, Chiapas a 03 de Noviembre del 2021

INTRODUCCIÓN:

La definición de cobertura universal de salud es la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, incluyendo la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluidos los medicamentos) y mecanismos de organización y financiamiento adecuados para cubrir a toda la población; según la Organización Mundial de la Salud.

El derecho a la salud es el valor central de la cobertura universal de salud y debe ser promovido y protegido sin restricciones. Por lo tanto, dicha cobertura fortalece la necesidad de formular e implementar políticas e intervenciones, y se requiere un enfoque intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. problemas de salud. Y promover el compromiso con la salud, promover la salud y el bienestar de toda la sociedad, enfocándose en los pobres y grupos vulnerables.

Al prevenir gastos médicos catastróficos, el acceso universal a servicios médicos integrales a un costo razonable y sin riesgos económicos, y todas las personas que necesitan servicios médicos básicos de alta calidad (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) se encuentran en dificultades económicas

DESARROLLO:

Actualmente en México el acceso a los servicios de salud pública se denomina “IMSS-BIENESTAR” que es un programa en coordinación con las Direcciones de Prestaciones Médicas, de Finanzas y de Administración.

IMSS-BIENESTAR es un programa de salud del Gobierno Federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ofrece servicios de salud a la población no protegida por los sistemas de seguridad social, especialmente en zonas rurales donde el Programa se constituye en el referente para la atención a la salud, desde una perspectiva comunitaria, lo que contribuye a la inclusión social y a hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud. También puede coexistir una prestación privada de servicios de carácter complementario y opcional.

A pesar de lo anterior mencionado los sistemas de salud públicos se encuentran saturados o bien no atienden con eficacia a la población es por esto que surgió el “libre mercado” es decir la opción de pagar un seguro de gastos médico y servicios privados.

Debido a esto existen tres grandes modelos de financiación que se corresponden con los grandes modelos de sistemas sanitario los cuales son:

- ✚ Sistemas financiados a partir de los ingresos generales del Estado
- ✚ Sistemas financiados a partir de las contribuciones sociales asociadas a la actividad laboral
- ✚ Sistemas financiados a partir de contribuciones privadas

De tal manera una vez mencionado estos sistemas de financiamiento se abordará más a fondo el pago a proveedor por asistencia sanitaria.

- ✚ Pago por reembolso
- ✚ Contratos
- ✚ Sistemas integrados
- ✚ Por acto (consulta médica, intervención quirúrgica, etc.)
- ✚ Por caso o proceso (proceso asistencial, episodio de enfermedad, actividad asistencial)
- ✚ Por capitación (de usuario o de asegurado)
- ✚ Por presupuesto
- ✚ Por salario

Dentro de este orden de ideas, también, se debe de mencionar los conflictos y los tipos de estos mismos. La palabra conflicto proviene del latín conflictus, que significa enfrentarse, y tiene como definición: una forma de resolver las contradicciones que surgen a partir de la incoherencia de juicios, objetivos, intereses, conclusiones, inferencias, opiniones o puntos de vista sobre determinados aspectos.

Los elementos de los conflictos son: Percepción, partes, diferencia, tema, reacción y manejo. Así pues, la reacción al conflicto 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 huída”.

Cabe considerar que existen diferentes tipos de conflicto:

- ✚ Conflictos por datos
- ✚ Conflictos por intereses
- ✚ Conflictos de relaciones
- ✚ Conflictos estructurales
- ✚ Conflictos de valores

Ahora bien, los recursos financieros también juegan un papel de importancia es por esto que 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.

Así se puede señalar que la estrategia del financiamiento del sistema de salud por lo tanto debe estar alineada a los objetivos de la CUS, debido a lo anterior existen tres sub-funciones del financiamiento de la salud las cuales son:

- ✚ Recaudación y movilización de fondos
- ✚ Mancomunación y diversificación de riesgo
- ✚ Asignación y compra de servicios

Los recursos se pueden recaudar a través de impuestos generales o específicos, contribuciones obligatorias o voluntarias al seguro médico y pagos directos cuando las personas utilizan los servicios médicos.

Por último, la negociación de conflictos de salud da pie al llamado “Negociación Basada en Intereses (NBI)” siendo este el proceso entre dos o más personas que concurren entre sí, de forma voluntaria; identificando un conflicto que les atañe y cuyo objetivo es alcanzar un acuerdo que satisfaga sus necesidades o intereses. A continuación, se mencionará los tipos de negociación.

- ✚ Negociación integradora
- ✚ Negociación intraorganizacional o intracorporativa
- ✚ Negociación distributiva
- ✚ Negociación integradora
- ✚ Estructuración de actitudes
- ✚ Negociación intra-organizacional

CONCLUSIÓN

En nuestra actual constitución política de México nos indica bajo el artículo no.4 que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” esto hace el sustento principal para el impulso global de la cobertura universal en salud. De forma práctica, esta cobertura universal implica la conexión entre la demanda y la oferta de servicios (promoción, prevención y atención).

La capacidad de la sociedad, los estados y gobiernos para responder a las necesidades de salud de la población, a través de legislaciones, disponibilidad de infraestructura, capital social y tecnológico, así como estrategias integradas de planificación, organización, acción y financiamiento que tienen como finalidad la protección de salud de toda la población de manera equitativa e inclusiva.

Referencias bibliográficas

Culebro Gómez Mónica E. (2021) Negociación en Organizaciones de Salud

Marleny Valencia A. Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa. Rev Fac Nac Salud Pública. 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2011000100010&lng=en

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

Pan American Health Organization, World Health Organization. 53rd Directing Council. 66th Session Of The Regional Committee Of Who For The Americas. Resolución CD53/R5, Rev. 2-ANNEX A. Strategy for universal access to health and universal health coverage. Washington, D. C.: PAHO/WHO; 2014.

Ramis Andalia RM. Algunas reflexiones acerca de la noción de determinantes, determinantes sociales y desigualdades en salud. Infodir. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infod/n1512/infod04212.htm>

World Health Organization. World Health Report 2010. Health systems financing. Path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.