



LIBRO

NEGOCIACIÓN EN ORGANIZACIONES DE SALUD

MAESTRÍA: ADMINISTRACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD.

Cuarto Cuatrimestre

Gladis Adilene Hernández López

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

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

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

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

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

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los

jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

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

Misión

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

Visión

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

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



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

Eslogan

“Mi Universidad”

ALBORES



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

NEGOCIACIÓN EN ORGANIZACIONES DE SALUD

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

INDICE

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.

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.

Criterios de evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
1	Son tres trabajos, que cada uno tiene el valor del 20%, estos pueden ser:	60%
2	Mapa Conceptual	
3	Cuadro sinóptico	
4	Ensayo	
5	Súper nota	
Examen		40%

DESPEDIDA

Con la presente antología estamos dando por culminado nuestro recorrido por el aprendizaje virtual, a través de modalidades o metodologías vigentes en estas formas de educación, que combinadas con la didáctica y sus herramientas nos permiten desarrollar de forma significativa los contenidos para que nuestros nuevos maestros puedan adquirir nuevos conocimientos.

Como les he mencionado durante estas semanas todos estamos aprendiendo unos más rápido otros quizás más lento, pero lo importante es no quedarnos estáticos, sin movernos, pues eso sería como darnos por vencidos, pero sé que si están dando lectura a esto es porque están dispuestos al cambio, porque buscan que ser distintos de los demás, sea el aprendizaje en la modalidad que sea, y están abriendo nuevas posibilidades de enseñanza en la práctica profesional.

Quiero agradecerles el esfuerzo que cada uno ha dado para esta asignatura, y permitirme trabajar con ustedes, han cumplido con lo que se ha solicitado, como les dije al inicio esto es una suma de esfuerzos para trabajar colaborativamente.

Por último deseo que conozcan algo más de su facilitadora, mi nombre es Gladis Adilene Hernández López, originaria y residente de la ciudad de Comitán de Domínguez, Chiapas, licenciado en derecho (UNACH), con una maestría en formación en competencias (UDS), un doctorado en educación (UDS), abogado litigante, docente UDS, madre de una pequeña de ocho años, espero algún día poder coincidir con cada uno de ustedes de forma personal, quizá a través de nuestra universidad, no me queda más que felicitarlos y quedo a sus órdenes.

Felicidades por su esfuerzo y felicidades maestros.

Respetuosamente

Gladis Adilene Hernández López

“Lo mejor que se puede compartir es el conocimiento” Alain Ducasse

INDICE

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.

Unidad III

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

En diferentes países del mundo existe una opción llamada “medicina prepagada” como medio para mantener la salud y evitar gastos mayores. La medicina prepagada surgió en México en 1999 como respuesta a las fallas de mercado que presentaban los seguros de salud, se le denominó Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

En la presente antología se encuentra que el proceso de diseño de las ISES presentó fallas en su una transferencia debido a la falta de revisión de las limitaciones y restricciones del proceso de transferencia de política.

En los sistemas de salud de varios países del mundo existe una opción llamada “medicina prepagada”.

A diferencia de los seguros médicos tradicionales, en la medicina prepagada la misma persona es el prestador de servicios y quien se encarga de la parte financiera.

El objetivo es evitar caer en gastos catastróficos utilizando la prevención como medio para mantener la salud y para evitar gastos mayores.

En el marco de los seguros privados, esta opción enfatiza la prevención mucho más que la curación; es decir, en el largo plazo se reducen los gastos en materia de salud.

Su objetivo fue cambiar la estructura de la provisión y financiamiento del cuidado de la salud; se combinó el risk pooling con la provisión de servicios clínicos a través de organizaciones con planes de prepago (Hsiao, 1995).

Debido a que este tipo de organizaciones buscaba proveer servicios de calidad al menor costo posible, el Estado intervino en las regulaciones para garantizar a los usuarios que su salud estuviera en buenas manos.

Al final de la década de 1990, países como Estados Unidos, Chile y Colombia utilizaban la medicina prepagada como una opción para la protección de la salud. México tomó esa experiencia para regular un mercado ya existente de Organizaciones Administradoras de la Salud (OAS). Dicho mercado contaba con un vacío regulatorio: presentaba problemas de insolvencia tanto para afiliados como para prestadores de servicios. Asimismo, este servicio debía ofrecer garantías a los usuarios.

A diferencia de los Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM), que no están orientados al servicio preventivo, las OAS funcionaban como operación de seguros: la empresa acepta un pago y se hace responsable. Estas instituciones operaban al margen del marco regulatorio que dirigía a los seguros privados; afirmaban que, al contar con sus propios recursos, no podían ser reguladas de la misma forma que las aseguradoras.

El objetivo es estudiar el diseño de la política pública que dio lugar a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), mismas que respondían a la necesidad de regular un mercado imperfecto en la provisión de seguros en salud.

De acuerdo con Evans y Davies (1999), el proceso de transferencia de políticas puede dividirse en una serie de etapas. Primero, reconocer la necesidad de cambio y buscar ideas sobre políticas a escala regional, local, nacional e internacional. Segundo, contactar a los expertos para movilizar el conocimiento y dar seguimiento a una red alimentadora de información, cognición y recepción. Tercero, que surja, mediante seminarios, conferencias e

intercambios de documentos, una red de transferencias y de movilización cognoscitiva. Por último, una evaluación en donde se decida entrar en la corriente de políticas; es decir, en la instrumentación del proceso y del resultado.

El marco jurídico previo a las ISES impedía regular la actividad de la medicina prepagada y ponía en riesgo tanto el crecimiento ordenado de este mercado, como sus ventajas potenciales.

Debido a que las ISES son instituciones especializadas, era necesario regularlas en factores tanto de solvencia como de capacidad con la que contasen los médicos y los servicios (prestadores).

Había dos alternativas: hacer una ley específica que las regulara, o crear una comisión para el caso. Finalmente se optó por la realización de diversas reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS).

La propuesta de regulación de las ISES se llevó a cabo junto con la Secretaría de Hacienda. Ésta se encargó de la parte técnica y del financiamiento. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) vio por los aspectos técnicos y la Secretaría de Salud (SSA) cubrió las cuestiones operativas.

En primer lugar, se consideró que las operaciones realizadas por estas instituciones contaban con elementos de seguros; por lo que se considerarían como tales. Segundo, las ISES debían de constituirse como especializadas en servicios, en planes de ramo salud, tema que difiere de los SGMM. Por último, estas instituciones debían regularse tanto por la SSA como por la CNSF por medio de dictámenes anuales, provisionales y definitivos.

La instrumentación de nuevas políticas tiene un costo económico que implica una restricción para su posible transferencia. Si no se logra cubrir el costo de contar con una nueva política, ésta no se puede transferir, aunque sea una posible solución.

A raíz de lo anterior, se impulsa un sistema prepago tipo seguro mediante el cual los pagos se hacen poco a poco y los gastos grandes de algunos, son compensados con las contribuciones de todos.

De esta forma, la atención toma una forma claramente mercantil, pero ahora con el sistema de prepago. Las personas de escasos recursos poseen apoyo estatal para no pagar cuotas y el tabulador se ajusta conforme el ingreso de las personas, es decir, se subsidia la demanda, con la idea de que en el futuro la prestación de servicios se haga por empresas médicas privadas que compitan entre sí y con las públicas por los fondos del seguro.

La cantidad de prestaciones incluidas en el paquete sin embargo es reducida, marginando muchas acciones hospitalarias y otras tantas propias del primer nivel de atención. Las autoridades han argumentado que, gracias a este programa, se ha logrado un incremento sustancial en el financiamiento de los servicios de salud para la población no derechohabiente.

Adicionalmente podemos mencionar, que lejos de buscar una cobertura universal de los servicios, aparentemente se agregó un elemento más a nuestro sistema de salud de por sí muy fragmentado, con lo cual se corre el riesgo inminente de una nueva segmentación de la población, además de que ignora la informalidad laboral y se restan en posibilidades a la incorporación de la persona y su familia a los sistemas de seguridad social completos y bien establecido, aunque sumamente segmentados y con serios problemas de financiamiento. Se requerirá de más tiempo para hacer una evaluación del impacto real de este programa.

3.2 Esquema de contratación de servicios de salud

Los recursos humanos para la salud (RHS) son un componente fundamental en el proceso de producción de servicios en cualquier sistema de salud (SS). Se entiende por RHS el conjunto de individuos que reciben algún tipo de entrenamiento para ejecutar tareas relacionadas con

la producción de servicios de salud personales y poblacionales, a los procesos relacionados a esta producción y a su evaluación.

La planeación de los RHS debe considerar sus formas de entrenamiento y participación laboral. Sin embargo, los RHS tienen la particularidad de que son el único activo con preferencias y capacidad de control sobre los procesos de diseño, planeación y ejecución de políticas en salud.

Los SS es poder enfrentar de manera exitosa las grandes transformaciones demográficas y epidemiológicas. Tanto la migración, como el envejecimiento y el incremento de las enfermedades crónico degenerativas en las poblaciones llaman a importantes ajustes en la asignación de recursos y la prestación de servicios.

En esta última función se requiere de la participación de nuevas categorías de personal de salud (técnicos en salud, especialistas en promoción y prevención de la salud, entre otros) distintas a las tradicionales y con capacidad de adaptarse rápidamente a los requerimientos institucionales.

Se ha planteado insistentemente que la estrategia de atención primaria a la salud (APS) es el mecanismo que tienen los sistemas para lidiar exitosamente con la demanda generada por los cambios demográficos como el envejecimiento y las enfermedades crónico degenerativas con el fin de dar respuesta efectiva y con calidad a estas necesidades y preservar su sustentabilidad financiera.

En las últimas dos décadas en el campo de la educación también ha habido importantes cambios. Entre las ocupaciones de la salud dos cambios que destacan son el incremento en la formación bajo el marco conceptual del estructuralismo para el desarrollo de competencias y de otros enfoques innovadores.

El segundo es un aumento acelerado en la oferta de escuelas privadas para la formación de trabajadores de la salud de nivel profesional y técnico. Este último fenómeno ha sido documentado a lo largo de la región.

En el contexto anterior, el presente instrumento se centra en identificar los aspectos clave tanto en la formación de RHS como en su incorporación a la producción de servicios en el contexto de la reforma del sector salud en México.

Se revisan aspectos específicos de la formación tales como tendencias educativas y la orientación de la formación. Del lado de la demanda institucional se revisan aspectos relativos a la capacidad de las organizaciones para el reclutamiento de personal, las condiciones laborales y el mercado laboral.

El artículo finaliza con una propuesta para llevar a cabo un ejercicio de planificación estratégica de RHS a partir de los fenómenos que las instituciones del país tienen que enfrentar en el futuro cercano y también de la posibilidad de que el SS se mueva a la siguiente fase de la reforma, es decir, a la integración.

Características para contratar personal de salud, año 2025.

I.- Formación orientada a la atención primaria para la salud

En los últimos años, las instituciones de salud mexicanas han realizado esfuerzos importantes por desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud, dirigidas a la población.

Sin embargo, no existe evidencia suficiente que demuestre que estas acciones en sí mismas representen la implantación de un modelo de atención hacia la APS.

Esta representa una estrategia mucho más compleja, y los RHS deben participar en la promoción de estilos de vida que reduzcan los riesgos a la salud y en garantizar una atención continua a lo largo del ciclo de vida.

Otro aspecto fundamental es el cambio del papel del médico, quien, en el modelo de prestación vigente, participa de manera tangencial en tareas de promoción y educación para la salud.

De esta forma, el médico atiende a los enfermos y aplica el método clínico estableciendo diagnósticos y tratamientos.

El resto de las acciones de APS como las de educación, promoción, prevención (inmunizaciones) y el control y seguimiento del paciente en la comunidad son ejecutadas por personal de salud formado en áreas técnicas de enfermería, nutrición, psicología, entre otros. En el aspecto educativo, se requiere que todos los estudiantes de las carreras del área de la salud conozcan el modelo de APS y el papel que cada uno de ellos puede desempeñar en dicho modelo, sin que ello implique limitar o no adquirir conocimientos de las áreas clínicas, las cuales también son necesarias para preservar la salud de la población.

Desafortunadamente, a la fecha, muy pocas escuelas incluyen contenidos de APS en sus currículos, y en aquellas que lo hacen solo representan un porcentaje menor del total de créditos de la carrera.

La APS, como modelo de atención, demanda de los egresados no solo capacidades y habilidades técnicas, sino también conocimientos sobre las formas en las que operan los servicios de salud para atender a las poblaciones con distintas necesidades y no solo a pacientes. La formación de especialistas en salud pública, tanto de nivel profesional como técnico, es fundamental para la operación de un modelo de APS.

Esta formación se ha incrementado en los últimos años, pero es todavía insuficiente.

2.- Formación basada en competencias

Hace ya un siglo de la publicación del informe Flexner (1910) y de los manuscritos de Welch-Rose (1915) y Goldmark (1923), que establecieron los cimientos para la educación formal de médicos, enfermeras e ingenieros en salud pública.

La formación de los RHS requiere en la actualidad de replanteamientos profundos para enfrentar los retos de los cambios demográficos, epidemiológicos, sociales y económicos de un mundo cada vez más interconectado, globalizado, así como la ampliación, diversificación y obsolescencia de los saberes.

Además del problema de falta de personal adecuado para atender los requerimientos del SS, existe en ellos falta de competencias laborales para enfrentar los retos actuales.

Las instituciones educativas están alejadas de los SS, por lo que han quedado desfasadas de las necesidades y demandas del sector. Los programas educativos fragmentados, estáticos y poco pertinentes requieren colocar en el centro de su currículo la atención de los egresados hacia los usuarios.

Es necesario que el nuevo profesional sea capaz de colaborar en equipos de trabajo multidisciplinarios, basar su práctica en evidencia científica e incorporar la mejora continua de la calidad como parte inherente a su práctica profesional cotidiana.

Las instituciones educativas y los SS operan y formulan políticas desde lógicas distintas, y no existen puentes que permitan una coherencia en materia de formación de RHS. La interdependencia de los sectores de salud y educación es de la mayor relevancia para lograr la eficiencia, la efectividad y la equidad en salud.

El puente puede ser el consenso para crear un modelo de atención al cual ceñirse, obligadamente, para tomar decisiones en materia curricular para la formación de

profesionales de la salud. Las instituciones educativas son elementos cruciales para la transformación de los SS.

Sin embargo los RHS se siguen formando con modelos curriculares predominantemente clínicos y centrados en la atención curativa e individual, más que en un modelo que privilegie la APS y que favorezca la prevención de enfermedades. Además de que el currículo de las universidades y centros de enseñanza se encuentra fragmentado, es excesivamente especializado.

Los profesionales no desarrollan las competencias básicas que todo profesional de la salud debe tener para contribuir a alcanzar la salud y bienestar de la población.

En las escuelas de medicina las plantillas académicas se dedican principalmente a la actividad clínica y en menor proporción al trabajo de investigación, al comunitario y a la prevención. Aunado, se encuentra la ausencia de políticas públicas que enfatizan la APS, y tampoco se cuenta con un modelo de prevención rector en el SS.

Es urgente integrar en el currículo las «competencias para la vida», de modo que los egresados sean competentes para el trabajo en equipo, la comunicación efectiva, la toma de decisiones, el liderazgo proactivo, el trabajo multidisciplinario. Todas estas, competencias esenciales para garantizar un alto nivel de calidad en los servicios de salud.

Los modelos educativos tradicionales, memorísticos y sobresaturados de contenidos teóricos ya no son pertinentes ni efectivos para la formación de RHS. Es necesario implementar programas que favorezcan el desarrollo de competencias a través de estrategias de enseñanzas activas, participativas, centradas en el alumno y en la construcción de sus propios saberes.

Favorecer la reflexión crítica, la búsqueda de evidencias, el trabajo colaborativo, la innovación y la creatividad para solucionar problemas, así como la formación de actitudes que lleven a un

actuar ético, responsable, comprometido con cerrar las brechas de inequidad que aún persisten.

En general, en México, la determinación de escasez o de excedente de personal de salud no deriva de ejercicios sistemáticos sino de percepciones de los propios actores interesados. Datos de la Secretaría de Salud muestran que los indicadores de productividad de los últimos 10 años son sumamente bajos entre los médicos especialistas (2 consultas diarias por médico) pero comparativamente altos entre médicos generales y familiares (13 consultas diarias por médico).

Por lo tanto, es posible plantear para algunas especialidades, particularmente pediatría y ginecoobstetricia, dada su capacidad de producción de servicios y la tendencia en la demanda futura hará que el requerimiento institucional disminuya. Desafortunadamente, la tendencia actual de contratación muestra que esta crecerá en los próximos años, por lo que la productividad podría caer aún más y generar enormes ineficiencias en el uso de los RHS.

En contraste, el incremento de médicos familiares, enfermeras profesionales y especialidades médicas relacionadas con el cambio epidemiológico se plantea como necesario.

3.3 Comparativos de manuales de facturación de la seguridad social

La Reforma Fiscal para 2014, incluye entre tantas cosas una fiscalización mucho más amplia a los contribuyentes, teniendo en cuenta que en lo general se tiene a estas fechas la obligación de expedir factura electrónica, con las excepciones publicadas el 23 de diciembre de 2013, es evidente que el objetivo principal de este esquema es para que la autoridad fiscal en todo momento cuente con información suficiente para conocer de la razonabilidad con la que los contribuyentes realizan su pagos de contribuciones, lo anterior, debido a que se tendrá el valor de los ingresos facturados, las erogaciones como son los gastos y costos, datos que hasta antes de la reforma se podían conocer igualmente, solo faltaba un dato con el que no contaba la autoridad, era precisamente el importe de las nóminas pagadas.

Otro de los objetivos importantes que persigue el esquema es que se informe en todo momento de las retenciones que ha efectuado el patrón a los trabajadores y conocer en consecuencia igualmente el nivel de cumplimiento dentro de la contextualización del seguro social.

Con el esquema del Comprobante Fiscal Digital de la nómina hoy la autoridad fiscal contará con toda la información de ingresos y deducciones realizadas por el contribuyente, aunque dicho sea de paso, en realidad no alcanzará para conocer la realidad sino solo un aproximado, ello debido a que existen momentos diferentes para las deducciones que dependen de algunas condiciones, como lo es el costo de ventas, adquisiciones a personas físicas, así también con personas morales, entre otros, pero igualmente aclarar que por el momento no es el tema.

Por otro lado deberá observarse que con los datos que hoy ha de contener la nómina en CFDI el propio Instituto Mexicano del Seguro Social tendrá elementos para conocer el alcance del cumplimiento por parte de los patrones, por lo que deberá tenerse especial cuidado en los conceptos y montos que se informen.

UNIDAD IV

4.1 Análisis de contratos de servicios de salud

La contratación es una herramienta cada vez más utilizada para mejorar el desempeño de los sistemas de salud tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Adopta diferentes formas, y no puede limitarse a la mera compra de servicios. Los agentes interesados conciertan contratos para formalizar todo tipo de relaciones entre ellos. Una tipología de este sistema demostrará su diversidad y permitirá comprender mejor los diversos aspectos de la contratación.

En los últimos años la organización de los sistemas de salud ha sufrido importantes transformaciones. A fin de corregir la escasa eficacia de sus sistemas de salud, la mayoría de los países han emprendido reformas que han desembocado en grandes cambios institucionales, entre ellos la descentralización de los servicios de salud y administrativos, la autonomía de los proveedores de servicios públicos, la separación de los órganos de financiación y los proveedores de servicios, la ampliación de las opciones de financiación sanitaria, y el desarrollo del sector privado con o sin fines de lucro.

Estas reorganizaciones institucionales conducen no sólo a la multiplicación y la diversificación de los agentes interesados, sino también a una mayor separación de la prestación de servicios y las funciones administrativas. Los sistemas de salud son cada vez más complejos y ya no pueden operar aisladamente. Los agentes implicados se percatan progresivamente de que necesitan forjar relaciones, y la manera más sencilla de lograrlo es la acción concertada, aunque algunos prefieren un compromiso más formal.

La interacción entre los agentes puede adoptar diversas formas y realizarse a distintos niveles. Hay varios tipos de relaciones contractuales: algunas están basadas en la naturaleza del contrato (público o privado), otras en las partes involucradas, y otras aún en el alcance del contrato.

Aquí se clasifican en tres categorías según el objeto del contrato: delegación de responsabilidad, acto de compra de servicios, o cooperación.

La Constitución Política en el precepto número quinto, establece la sujeción de los servicios públicos al régimen fijado por la ley. Esta circunstancia implica dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en particular frente a la contratación celebrada entre las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud, que estos acuerdos no puedan estar orientados exclusivamente por el beneficio económico que puedan reportar a las partes y que deban responder al objetivo primordial de mantener o recuperar la salud y garantizar el acceso a los servicios de salud de los afiliados.

En el del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la celebración del contrato de prestación de servicios de salud resulta imperiosa, lo anterior dada la distinción entre los roles de aseguramiento y prestación que se asignan a las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud, así como la limitación también normativa, de la posibilidad de prestación directa de la totalidad de los servicios por las EPS. La celebración de estos acuerdos resulta de tal importancia y a la vez de tal complejidad que se presentan casos emblemáticos.

Un asunto adicional que debe considerarse de forma prioritaria para el estudio de la finalidad y desarrollo de la celebración de los acuerdos de voluntades de prestación de servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo constituye el carácter autónomo de la seguridad social y el reconocimiento especial que, sobre algunos de sus elementos integrantes como la financiación, las entidades y los procedimientos se ha efectuado en la normatividad y la jurisprudencia nacional.

La celebración de un contrato de prestación de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud comporta la ejecución de recursos públicos de destinación específica, la vinculación de los prestadores de servicios de salud a dicho sistema y el establecimiento de las condiciones para la garantía de un derecho fundamental como lo es el de la salud.

Dado lo anterior, es preciso afirmar que la finalidad de este acto jurídico plantea, más allá del ejercicio de la libertad contractual de los contrayentes, la realización de los objetivos de la seguridad social bajo un marco preciso y previamente determinado.

Sobre la normatividad aplicable al contrato de prestación de servicios de salud se establece Al definir el acuerdo de voluntades, que este se sujetará a las normas que le sean aplicables, la naturaleza jurídica de las partes y demás solemnidades que las normas pertinentes determinen estableciendo:

“Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen. (...)”

Dada esta aproximación, se analizará a efectos de dilucidar cuales son los objetivos a garantizar a través de la celebración de este contrato, la naturaleza jurídica de los actores involucrados en la celebración del contrato, los derechos que se deben garantizar a los beneficiarios de los servicios, la normatividad especial que se determina para esta contratación dentro del propio SGSSS y los objetivos que orientan la actividad de las EPS y los PSS.

Al ser la prestación de servicios los Beneficios en Salud una de las principales garantías de los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el contrato de prestación de servicios de salud resulta ser un instrumento determinante para este propósito, dado lo anterior es necesario establecer con precisión el papel que se asigna en el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los aseguradores y prestadores de cara a este objetivo y las reglas específicas que se definen en la celebración y ejecución de estos acuerdos.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado es importante que para que se lleve a cabo este proceso existe una base legal, reglamentaria que es ley general de salud, de ella se establece un reglamento denominado de la ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, citare algunos artículos base al tema de análisis y no toda la ley.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. -
Presidencia de la República.

MIGUEL DE LA MADRID H., Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que confiere al Ejecutivo Federal a mi cargo la Fracción I del Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en los Artículos 1o., 2o., 3o., Fracción I, 27 Fracción III, 32, 33 45, 47, 100, 313 a 350 y demás relativos de la Ley General de Salud y

CONSIDERANDO

Que el 3 de febrero de 1983, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la adición al Artículo 4o., Constitucional, en cuyo párrafo tercero se dispuso que "Toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la Fracción XVI del Artículo 73 de la Constitución".

Que la citada adición constitucional representa además de elevar a la máxima jerarquía el derecho social mencionado, la base conforme a la cual se llevarán a cabo los programas de gobierno en materia de salud, así como el fundamento de la legislación sanitaria mexicana.

Que el 26 de diciembre de 1983, el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4o. Constitucional, la cual fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y en vigor el 1o. de julio del mismo año

Que las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la integración, objetivos y funciones del Sistema Nacional de Salud y la distribución de competencias, entre la Federación y las Entidades Federativas, han quedado definidas en cumplimiento al mandato Constitucional.

Que el Sistema Nacional de Salud es la instancia de enlace entre los sectores público, social y privado en la consecución del Derecho a la protección de la salud, a través de mecanismos de coordinación y concertación de acciones;

Que los servicios de salud son el conjunto de acciones realizadas en beneficio del individuo en la sociedad, que tiene como finalidad proteger promover y restaurar la salud;

Que la Ley General de Salud clasifica a los servicios de salud en tres tipos: De atención médica, de salud pública y de asistencia social; entendiéndose por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionen al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud;

Que los servicios de atención médica representan un medio para la conservación y protección de la salud de las personas, involucrando actividades de prevención, curación y rehabilitación;

Que a la Secretaría de Salud corresponde el control de la prestación de servicios de atención médica, como materia de salubridad general, siendo necesario que esta dependencia cuente con los instrumentos legales y reglamentarios para realizar específicamente sus atribuciones, y

Que en ejercicio de la facultad que al Ejecutivo Federal confiere la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para proveer, en la esfera administrativa, a la exacta observancia de la Ley, he tenido a bien expedir el siguiente

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA.

Artículo 1o.- Este Reglamento es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto proveer, en la esfera

administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica.

ARTÍCULO 17.- Los establecimientos de carácter privado, en los términos del Artículo 44 de la Ley, prestarán los siguientes servicios:

I.- Colaborar en la prestación de los servicios básicos de salud a que se refiere el Artículo 27 de la Ley, con especial énfasis en la educación para la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria, planificación familiar y disponibilidad de insumos para la salud;

II.- Proporcionar servicios de urgencias en los términos de la Ley y este Reglamento;

III.- Hacer con oportunidad las notificaciones correspondientes de las enfermedades transmisibles a la autoridad sanitaria, en los términos señalados por la Ley;

IV.- Proporcionar atención médica a la población en casos de desastre;

V.- Colaborar en la formación y desarrollo de recursos humanos para la salud, y

VI.- Desarrollar actividades de investigación, de acuerdo a los requisitos señalados por la Ley y dentro del marco de la ética profesional.

La proporción y términos para la prestación de estos servicios podrán fijarse en los instrumentos de concertación que al efecto suscriban la Secretaría y los establecimientos, tomando en cuenta el grado de complejidad y capacidad de resolución de cada uno de ellos. En todo caso la participación de los establecimientos privados, en los términos de este Artículo, se basará en las disposiciones técnicas que al efecto emita la Secretaría.

ARTÍCULO 18.- Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable, mismo que deberá tener título, certificado o diploma, que, según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate.

Los documentos a que se refiere el párrafo anterior, deberán encontrarse registrados por las autoridades educativas competentes.

ARTÍCULO 19.- Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior llevar a cabo las siguientes funciones:

I.- Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables;

II.- Vigilar que dentro de los mismos, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación;

III.- Atender en forma directa las reclamaciones que se formulen por irregularidades en la prestación de los servicios, ya sea las originadas por el personal del establecimiento o por profesionales, técnicos o auxiliares independientes, que en él presten sus servicios, sin perjuicio de la responsabilidad profesional en que se incurra;

IV.- Informar, en los términos que determine la Secretaría, a las autoridades sanitarias competentes, de las enfermedades de notificación obligatoria, así como adoptar las medidas necesarias para la vigilancia epidemiológica, tomando en cuenta lo dispuesto en la Ley, y

V.- Notificar al Ministerio Público y, en su caso, a las demás autoridades competentes, los casos en que se les requieran servicios de atención médica para personas con lesiones u otros signos que presumiblemente se encuentren vinculadas a la comisión de hechos ilícitos.

ARTÍCULO 22.- No podrá ser contratado por los establecimientos de atención médica, ni por los profesionales que en forma independiente presten sus servicios, personal de las

disciplinas para la salud que no esté debidamente autorizado por las autoridades educativas competentes.

ARTICULO 25.- El personal que preste sus servicios en los establecimientos para la atención médica en los términos que al efecto se establezcan por la Secretaría, podrá portar en lugar visible, gafete de identificación, en el que conste el nombre del establecimiento, su nombre, fotografía, así como el puesto que desempeña y el horario en que asiste, dicho documento, en todo caso deberá encontrarse firmado por el responsable del establecimiento.

ARTÍCULO 40.- La determinación de las cuotas de recuperación de servicios públicos de salud a la población en general, deberá ajustarse a los criterios y procedimientos previstos al efecto por la Ley.

ARTICULO 41.- La Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, tomando en cuenta la opinión de la Secretaría, establecerá las tarifas a que estarán sujetos los servicios de atención médica de carácter social y privado, con excepción del servicio personal independiente, las cuales estarán de acuerdo con el grado de complejidad y poder de resolución de los mismos.

ARTÍCULO 71.- Los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención médica para el internamiento de enfermos, están obligados a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos.

ARTICULO 216.- La autorización sanitaria es el acto administrativo mediante el cual la autoridad competente, permite a una persona o entidad pública, social o privada, la realización de actividades relacionadas con la salud humana en los casos y con los requisitos y modalidades que determine este Reglamento y las disposiciones que del mismo emanen.

Las autorizaciones sanitarias tendrán el carácter de licencias, permisos, registros o tarjetas de control sanitario.

ARTICULO 233.- Corresponde a la Secretaría, al Departamento del Distrito Federal y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, la vigilancia del cumplimiento de este Reglamento y demás disposiciones que se emitan con base en el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Título Decimoséptimo de la Ley.

Las autoridades municipales, participarán en dicha vigilancia en la medida que así lo determinen los convenios que celebren con los gobiernos de su respectiva entidad federativa y por lo que dispongan los ordenamientos locales.

ARTÍCULO 234.- Las demás dependencias y entidades públicas coadyuvarán a la vigilancia del cumplimiento de las normas sanitarias y cuando encontraren irregularidades que a su juicio constituyan violaciones a las mismas, lo harán del conocimiento de las autoridades sanitarias competentes.

ARTÍCULO 235.- El acto u omisión contrario a los preceptos de este Reglamento y a las disposiciones que de él emanen, podrá ser objeto de orientación y educación de los infractores independientemente de que se apliquen, si procedieren, las medidas de seguridad y las sanciones correspondientes.

4.2 Talleres de negociación de servicios de salud dinámicas de grupos

Una de las estrategias de promoción de la salud es el desarrollo de habilidades para la vida considerando a las propias personas como principal recurso para la salud.

Un taller ha de conseguir que sus participantes se conviertan en «activos» para tomar decisiones y generar salud, centrándose en el desarrollo y adquisición de habilidades en grupo de una manera motivadora y con la finalidad de alcanzar unos objetivos. Los conceptos que fundamentan el diseño de un taller y que han de plantearse como etapa 0 son: planificación participativa, capacitar, aprendizaje significativo, aprender en grupo y técnicas participativas.

Las etapas que se deben seguir para diseñar un taller y facilitar su aplicación son: etapa 0 de fundamentación, etapa inicial, de acogida y de evaluación inicial; etapa central o de construcción del aprendizaje basado en la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades, y etapa final o de evaluación.

Promover la salud es «capacitar» a las personas para que puedan mejorar la salud actuando sobre sus determinantes. Una de las estrategias de la promoción de la salud (PS) es el desarrollo de habilidades considerando a las propias personas como principal recurso para la salud.

Un taller diseñado desde el contexto de la participación de la salud ha de conseguir que sus participantes se sientan protagonistas, desarrollen habilidades, se conviertan en «activos para tomar decisiones y generen salud. Un taller ha de capacitar a las personas, las ha de «empoderar» dándoles más autonomía y «poder» para decidir; ha de centrarse, sobre todo, en el desarrollo y adquisición de estas habilidades, en el «aprender haciendo» de una manera motivadora y divertida.

Pero, ¿qué es un taller? Es un espacio de aprendizaje, de trabajo artesanal en el que «producimos» actividades grupales con un sello personal, uniendo teoría y práctica, y con la finalidad de alcanzar unos objetivos de salud. Las y los profesionales de la salud tienen en su mayoría poca formación para crear contextos de aprendizajes efectivos a través de métodos y estrategias participativas. Así pues, el objetivo de este artículo es describir las etapas que se deben seguir para diseñar un taller basado en la PSI y facilitar su aplicación, especialmente en el ámbito de atención primaria.

Etapas 0 de fundamentación. Conceptos clave para diseñar un taller: planificación participativa, capacitar, aprendizaje significativo, aprender en grupo y técnicas participativas.

Planificación participativa

La planificación participativa de programas y actuaciones en salud consiste en incorporar la participación de la población en todas las fases del proceso de planificación: desde el estudio de necesidades hasta la evaluación, pasando por la determinación de objetivos, actividades y recursos. Las decisiones sobre qué hacer y cómo, con qué recursos, cuándo, dónde y cómo

se evaluará el programa o intervención deben ser tomadas teniendo en cuenta los intereses de los protagonistas (técnicos y población) de manera consensuada entre ellos, que estarán siempre presentes en este proceso como columna vertebral de la acción.

El diseño del taller corresponde a la fase de la planificación relacionada con la definición de objetivos operativos y actividades: acciones concretas para alcanzar los objetivos formulados en relación con unas necesidades que deben ser «compartidas» por profesionales y población implicada.

La participación de la población en este diseño no debe ser algo aislado y puntual. Ha de formar parte de un proceso de intervención más amplio y en una fase previa se debería incorporar a las propias personas para realizar, de manera conjunta, el análisis de la necesidad que se va a abordar. En la medida que opiniones, valores y creencias de la población se integren en esta fase; los objetivos, actividades, recursos y evaluación, es decir, el taller en su conjunto estará «impregnado» de la «cultura» de sus protagonistas y se incrementarán las posibilidades de éxito⁸. De igual manera puede ser conveniente realizar talleres piloto en varios grupos antes de su implementación.

Capacitar

«Capacitar» en el sentido de «alfabetizar en salud» se refiere a «las habilidades cognitivas personales y sociales que determinan la capacidad individual de las personas para acceder, comprender y utilizar información con el fin de promocionar y mantener una buena salud».

La participación activa en un grupo es el método más efectivo para «alfabetizar» en salud, descubrir nuevas capacidades, desarrollar las que se poseen y compartirlas entre otros iguales.

Esta potenciación de capacidades, «capacitar para capacitar», supone un proceso gradual de «empoderamiento» a través del cual los individuos tienen un mayor control sobre las decisiones y las acciones que afectan a su salud. Este proceso que está estrechamente ligado

al concepto de participación es requisito, método y objetivo de la PS. Desde esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que si enfocamos la educación para la salud (EPS) desde un modelo participativo y adaptado a las necesidades, la población adquirirá responsabilidad en su aprendizaje y este no estará centrado en el «saber», sino también en el «saber hacer».

Así pues, la EPS, planteada desde un taller de PS, debe estar centrada en conceptos y acciones de empoderamiento, de transferencia de capacidades entre personas y profesionales; va más allá de transmitir información, ha de fomentar la motivación y las habilidades. Se trata de crear contextos para desarrollar un proceso de enseñanza-aprendizaje participativo en donde se combine el «saber», el «querer» y el «poder»: las competencias que al finalizar dicho proceso las personas participantes deben haber adquirido.

Aprendizaje significativo

Solo podemos aprender a partir de aquello que ya conocemos y este conocimiento previo es, de forma aislada, la variable que más influye en el aprendizaje: «porque las personas aprenden a partir de sus vivencias y modelos cognitivos previos, reorganizándolos y modificándolos ante nuevas informaciones o experiencias».

En esta teoría se fundamenta el diseño de talleres. Para lograr este aprendizaje significativo es necesario que las actividades que elaboremos (y su secuenciación) faciliten que las personas participantes construyan significados. Las actividades deben poseer «coherencia en su estructura interna» (significatividad lógica), deben estar relacionadas con lo que ya se conoce (significatividad psicológica) y la persona debe presentar una predisposición para aprender. Si las personas no desean aprender no se plantearán ningún cambio. Así pues es necesario utilizar estrategias que favorezcan la buena disposición a aprender ya que se ha evidenciado la relación entre motivación y resultados del aprendizaje.

Aprender en grupo

El trabajo en grupo y colaborativo es una estrategia de aprendizaje que favorece la motivación, la participación y facilita la construcción del aprendizaje significativo. Para conseguirlo en un taller se requiere trabajar en grupos de entre 8 y 15 personas. La investigación del aprendizaje grupal como práctica pedagógica ha demostrado sus ventajas, su efectividad en el aprendizaje y en la formación integral del alumnado. También hay evidencia de sus mejores resultados para facilitar cambios de comportamientos frente al uso de estrategias individuales.

El aprendizaje en grupos desarrolla sobre todo habilidades para la interacción social, de respeto y apoyo, interrelacionadas con los conocimientos y las actitudes a adquirir. Es decir, permite integrar las experiencias del alumnado en el aprendizaje y enriquecerse a la vez con las experiencias de los demás. Además, favorece el diálogo, la participación activa y la crítica sobre el tema a abordar; desarrolla habilidades para la resolución de conflictos, el trabajo colaborativo y facilita la evaluación continua.

Técnicas participativas

Son instrumentos que indican de manera explícita los pasos que se deben seguir para desarrollar una actividad de manera adecuada. Se seleccionan, entre otros criterios, según los objetivos y las características de los miembros del grupo. Estas técnicas facilitan que este se implique, dialogue, comparta, analice, etc., partiendo de su propia realidad y experiencia, con sus propios códigos, es decir, desde su percepción.

El aprendizaje vicario tiene un papel importante en la adquisición de comportamientos ya que la persona, al observar la conducta de los demás y las consecuencias de sus respuestas ante las circunstancias, puede aprender respuestas nuevas o modificar las previas, adaptándolas a su persona y contexto.

Estas técnicas incrementan la motivación y facilitan el aprendizaje significativo.

Etapa inicial. ¿Cómo empezar?

Esta etapa es de vital importancia y está orientada al logro de una acogida agradable y un clima cordial que genere confianza entre las personas participantes en el taller (a partir de ahora PPT) y entre ellas con la persona que dinamiza el taller (a partir de ahora PDT). Es importante llegar al lugar de la sesión con el tiempo suficiente para preparar todos los detalles, cuidar el espacio y la disposición de sillas y mesas, los materiales, etc., y recibir a las personas que van llegando.

El recibimiento no ha de improvisarse, es necesario que preparemos las palabras de recepción, cómo vamos a recibir a las PPT, cómo presentamos el taller (los contenidos en general que se van a abordar) y cómo nos presentamos nosotros. La posición que adopta la PDT respecto al grupo se percibe desde los primeros momentos. Es importante que sea «horizontal» y de «cercanía», que también nos situemos como «aprendices» y «artesanas» junto al resto del grupo. Esta proximidad habrá que continuar mostrándola con nuestra «manera de hacer» durante el desarrollo de la sesión o sesiones. En esta etapa se pretende iniciar y trabajar la cohesión grupal definida como «deseo de permanecer en el grupo como resultado de las relaciones entre sus miembros». Para conseguir esta cohesión, la PDT debe crear un contexto favorable durante todas las actividades del taller.

Después de la fase de recibimiento introduciremos una dinámica grupal o técnica de presentación para que las PPT se conozcan, aprendan sus nombres y compartan los motivos por los que acuden al taller y qué esperan conseguir. Como parte de la técnica de presentación (si no disponemos de tiempo suficiente), o bien planteando una segunda dinámica, se incorpora una actividad que permite que las PPT expresen qué es lo que saben y opinan sobre el tema de salud que va a abordarse: es lo que se conoce como actividad de evaluación inicial.

El punto de partida son las propias personas del grupo. Ahora ya se conocen, nos conocen y son conscientes de por qué han acudido a la sesión y cuáles son sus expectativas. Esta evaluación inicial nos permitirá compartir con las PPT cómo viven y sienten el problema o

tema, qué comprensión tienen del mismo; se trata de partir «de lo que saben, sienten y pueden hacer»; que se sitúen como verdaderas protagonistas del proceso y dispuestas a aprender a partir del propio conocimiento. Y esta suma de experiencias, saberes y actitudes compartidas será la base para construir los aprendizajes.

Finalizamos la etapa inicial con un breve momento de síntesis. La PDT formula preguntas a partir de lo aportado hasta ahora, las devuelve como eco al grupo a partir de lo que sus miembros han expresado que «ya saben» y lo que «desean aprender». La PDT relaciona estos centros de interés con la enunciación de los objetivos específicos y contenidos previstos e invita a que sean «objetivos y contenidos compartidos». Puede ser la ocasión de renunciar a plantear determinados objetivos o modularlos (e incluso modificarlos) según las capacidades, deseos y expectativas del grupo.

Etapa central. ¿Cómo construir los aprendizajes?

Es la etapa más creativa desde el punto de vista del diseño del taller. Se trata de combinar actividades grupales, centradas en la vida real de las PPT, que permitan alcanzar los objetivos formulados. Un esquema sencillo para facilitar la elección de las dinámicas más adecuadas es seguir una secuencia lógica en el proceso de aprendizaje: primero deberá posibilitarse la adquisición de conocimientos, después profundizaremos en las actitudes y seguidamente se trabajarán las habilidades. En la realidad todo está más difuminado y ocurre al unísono: aunque una dinámica esté enfocada a la adquisición de información sobre el tema, estamos generando una actitud de interés hacia él y al mismo tiempo estamos desarrollando habilidades de comprensión y comunicación.

Adquisición de información: «saber»

Estos objetivos están relacionados con los conocimientos que debe adquirir el grupo. Son aprendizajes en la esfera cognitiva que se producen mediante procesos intelectuales. A través de la dinámica o dinámicas propuestas, la PDT tiene que conseguir que el grupo adquiera

información veraz, actual y fiable sobre el tema en cuestión y promover un proceso de asimilación personal de dicha información.

Cambio de actitudes: «querer»

Estos objetivos están relacionados con los sentimientos, se refieren a la disposición afectiva de las personas para actuar de una manera determinada ante una situación. Son los objetivos más difíciles de alcanzar y a los que debemos dedicar más tiempo en su desarrollo. Las técnicas nos permitirán hacer un buen análisis con el grupo sobre todos los aspectos que se hayan identificado como influyentes en el tema e ir dando respuestas a cada uno de ellos. El énfasis debe ponerse en el planteamiento de cuestiones, la resolución de problemas y la toma de decisiones.

Adquisición de habilidades: «poder»

Las habilidades son las destrezas que las personas han de adquirir para ejecutar una tarea adecuadamente y se relacionan con el «saber hacer». Estas actividades son muy relevantes ya que forman parte del «aprender haciendo» que caracteriza al taller.

Desde esta perspectiva, la negociación, la resolución de problemas y el juego de roles en el contexto real que viven las personas del grupo serán los más idóneos para trabajar este componente del aprendizaje.

Etapa final. ¿Cómo evaluar?

En la etapa final hemos de disponer de un tiempo y espacio para, a través de alguna dinámica grupal, revisar y evaluar el aprendizaje. Es importante que las PPT reflexionen sobre lo aprendido en esta experiencia: sobre sí mismas, sobre las otras participantes, sobre la salud y el tema que hemos tratado; sobre qué significa este aprendizaje para la propia persona; cómo va a afectar a sus actitudes y conductas, y qué acciones va a transferir a su día a día como resultado de este aprendizaje.

Otro elemento clave es el diseño de la evaluación del taller que debe ser planteado en términos de mejora de la acción (evaluación del proceso) y de los resultados obtenidos:

cambios conseguidos en los miembros del grupo atribuidos al taller (evaluación de los resultados).

El taller o cada sesión del mismo han de finalizar con un cierre. La PDT resume «el camino» recorrido por el grupo, agradece la participación y motiva al compromiso de las PPT con acciones en la vida real. Una propuesta de cierre es invitar a todas las personas a situarse de pie y en círculo y a expresar con una palabra o frase cómo se sienten después de todo lo experimentado. La PDT acaba agradeciendo la participación y felicitando a las personas participantes.

Es cierto que un taller no puede responder a todos los determinantes sociales de la salud y que los factores contextuales y del entorno son los que más influyen en la salud de las personas. Pero, planteado desde la perspectiva de la PS e independientemente del tema que abordemos, el taller sienta las bases para que las personas participantes se capaciten en el control de su propia salud y de todos aquellos factores que la determinan.

ACTIVIDAD PARA LA SEMANA DEL 16 AL 21 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Elaborar una súper nota correspondiente a los temas abordados en la tercera y cuarta unidad con apoyo de la antología o de información adicional.

Bibliografía

- ✓ Bennet, Colin. 1991, “How States Utilize Foreign Evidence”, Journal of Public Policy, vol. 11, núm. 1, pp. 35-50.
- ✓ Benson, D. y A. Jordan. 2011. “What Have We learned from Policy Transfer Research Dolowitz and Marsh Revisited”, Political Studies, vol. 9, pp. 366-376.
- ✓ Bitrán, Ricardo y Almarza, F. 1996. “Instituciones de Salud Previsional en Chile”, en Seminario Regional de Reformas a la Seguridad Social en Salud en Argentina, Chile y Colombia.
- ✓ Chan, Sewin. 2002. Manual de Health Economics, Robert F. Wagner Graduate School of Public Service.
- ✓ [http://www.anmm.org.mx/bgmm/2013/5/2013%20Sep-Oct%3B149\(5\)555-61.pdf](http://www.anmm.org.mx/bgmm/2013/5/2013%20Sep-Oct%3B149(5)555-61.pdf)