

Ministerio de Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Bases y prioridades de una Política de Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud

El Salvador, febrero de 2011

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Representación en El Salvador

Bases y prioridades de una Política de Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud

Documento de Trabajo

Informe de consultoría

Dr. Pedro E. Brito Quintana
Consultor Internacional en
Desarrollo de recursos humanos en salud

Febrero de 2011

Ministerio de Salud

Bases y prioridades de una Política de Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud

1- Introducción

La Política de Salud 2009-2014 **Construyendo La Esperanza** es la definición política más importante del Gobierno de El Salvador que preside Mauricio Funes para mejorar la salud de la población salvadoreña. Bajo la conducción de la Dra. María Isabel Rodríguez, Ministra de Salud, se plantearon seis líneas de política y 25 estrategias principales para avanzar en la transformación del sistema de salud vigente hasta el año 2009. Una de las líneas y tres de sus estrategias se refieren al desarrollo de los recursos humanos de salud, componente fundamental de cualquier sistema de salud.¹

Allí se plantea la necesidad de definir y ejecutar una política nacional de desarrollo de los recursos humanos, la búsqueda de mecanismos efectivos de cooperación entre el sistema de salud y las instituciones formadoras de personal de salud y la necesidad de potenciar la práctica de los agentes comunitarios de salud como un componente importante del primer nivel de atención en el sistema de salud.

Con dicha política el Gobierno se propone garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la seguridad social) y regule efectivamente lo privado; que garantice el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud; a un ambiente sano y seguro. Se incluye el objetivo (pero no se limita a ello) de crear y mantener un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.

Entre los principales problemas que debió enfrentar la nueva gestión en Salud se identificaba la “ausencia de una política de gestión y desarrollo de recursos humanos en salud; inadecuada distribución del personal, personal de salud insuficiente en toda la red pública de establecimientos de salud, combinado con una carencia de plazas para cubrir necesidades básicas. Personal de salud muy por debajo de los mínimos internacionales recomendados; la contratación de la mayor parte de los médicos especialistas con modalidades de menos de cuatro horas de trabajo diarias perjudica la atención al público y la gestión del hospital, así como la calidad del trabajo”².

La mayoría de esos problemas, identificados tempranamente en la gestión, son de índole estructural, largamente instalados en un sistema de salud segmentado y fragmentado, desfinanciado, carente de políticas y con baja capacidad de gestión efectiva y eficiente de sus principales componentes, entre ellos, de los recursos humanos de salud. La vigencia de esos problemas y el reconocimiento de otros identificados posteriormente, que impiden el avance de la transformación del sistema de salud, le colocan al Gobierno el imperativo de construir a la brevedad posible una política de desarrollo de recursos humanos teniendo en consideración los requerimientos de la Reforma de la Salud en el país.

Así como los problemas de salud – enfermedad requieren que las políticas públicas que les respondan sean no sólo alineadas e integradas a una política de salud, sino que también sean integrales (que actúen sobre los determinantes sociales como empleo, ingreso, educación,

¹ María Isabel Rodríguez. Construyendo la Esperanza. Estrategias y Recomendaciones en Salud 2009-2014. Ministerio de Salud y Asistencia Social, 2009

² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de Labores 2009-2010. 2010.

ambiente, cultura, vivienda); de la misma manera se requiere que las políticas para reorientar los procesos de desarrollo de los recursos humanos en el sistema nacional de salud, sean también integrales e integradas, alineadas a la política nacional del salud.

La razón de ello es que los problemas de los agentes esenciales de la atención y del cuidado de la salud de la población, que son los trabajadores de la salud, conocidos como recursos humanos, no son sólo problemas de dotación de medicinas, vacunas e instrumentos para atender el servicio. Es indispensable asegurar que los trabajadores de salud estén motivados y competentes técnicamente, y que trabajen en adecuadas condiciones, de manera efectiva y productiva en el lugar que se le necesita y en el momento en que se le requiere. En asegurar estas condiciones de manera sostenible consiste básicamente una política de recursos humanos de salud.

2- La Reforma de Salud y los Recursos Humanos: bases de una Política Nacional

La propuesta de Reforma de la Salud en El Salvador, definida por el Presidente Funes como prioridad de su gobierno el 15 de setiembre del 2010³, define al desarrollo de los recursos humanos de salud como piedra angular del sistema de salud, y uno de las ocho prioridades que la componen.

Los ocho ejes prioritarios para estructurar los cimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud constituyen las condiciones políticas e institucionales claves para asegurar su construcción, fortalecimiento y sostenibilidad.

Ejes de la Reforma de Salud en El Salvador

1. *Construcción de la Red Integrada de Servicios de Salud del Ministerio de Salud*
2. *Construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas*
3. *Respuesta a las necesidades de medicamentos y vacunas*
4. *Articulación Progresiva con la Seguridad Social y Otros prestadores públicos y Fortalecimiento de la Intersectorialidad*
5. *Apoyo al Foro Nacional de Salud*
6. *Creación del Instituto Nacional de Salud (Red de laboratorios de salud pública y Escuela de Gobierno)*
7. *Desarrollo de un Sistema Único de Información en Salud*
8. ***Recursos Humanos en Salud como piedra angular del Sistema Nacional Integrado de Salud.***

La atención de la salud es un acontecimiento social de la mayor importancia, por el cual personas que se han calificado técnica y socialmente (los trabajadores de la salud), contribuyen,

³ El Presidente Mauricio Funes en ocasión de la Conmemoración del CLXXXIX Aniversario de la Independencia Patria (15 de setiembre de 2010) dijo: "La reforma más trascendental que hemos iniciado es la creación del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud. Esta es una iniciativa revolucionaria, un cambio profundo que llevará atención médica a cada uno de los salvadoreños, empezando por los que nunca la recibieron, que son los más pobres y excluidos. Este nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, junto a la eliminación de las cuotas voluntarias y el suministro de medicamentos gratuitos, significará un aumento de la inversión destinada a salud, en 2011, de más de 100 millones de dólares. Un esfuerzo sin precedentes, realizado además en un contexto de fuertes restricciones presupuestarias...Para decirlo de modo directo: la Salud es la prioridad de mi gobierno".

a través de acciones sanitarias de contenido técnico especializado, a que otras personas (los ciudadanos) puedan preservar, recuperar o mejorar su salud.

En ese encuentro esencial se da la posibilidad o la negación del cumplimiento del derecho a la salud. Por eso se dice del personal de salud que son personas que sirven (curan y cuidan) a otras personas, y con justicia se les menciona como los agentes esenciales, el factor principal del proceso sanitario. Pero no siempre se les reconoce como agentes del derecho a la salud, cuya contribución es, asimismo, esencial en un enfoque de política social basado en la garantía de derechos.

La Reforma de la Salud y la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en pleno avance, colocan en la agenda política del Ministerio de Salud, con el rótulo de URGENTE, la construcción de la política de desarrollo de los recursos humanos de salud. Un análisis preliminar de las necesidades de recursos humanos que la Reforma plantea muestra algunos problemas preocupantes.

Para la gestión y provisión de los servicios de salud, el Ministerio de Salud cuenta con una fuerza laboral de 24,007 recursos humanos. De ellos 5,816 constituyen el personal administrativo y 18,191 son profesionales y técnicos. Los profesionales médicos hacen un total de 4,318 (17.97% son Residentes, 33.21%, Médicos Generales, 37.21% Médicos Especialistas, el 5.46% con función administrativa y el 6.13% en servicio social), lo que corresponde al 23.73% del total del personal.

El personal de Enfermería asciende a 5,639, de los cuales 60% son auxiliares y 40% enfermeras graduadas que corresponden a un 31% del total general. Los promotores de salud son 2,157 que representan el 9.1% del total de recursos humanos. El restante está constituido por profesionales y técnicos en química y farmacia, fisioterapia, nutrición, anestesia y laboratorio clínico, entre otros.

Una parte significativa del personal no profesional (más del 2% del total de recursos humanos del sistema) cobran menos del salario mínimo para una jornada de ocho horas diarias. Alrededor del diez por ciento del personal tiene contratos precarios, es decir, no tienen prestaciones ni beneficios sociales.

A esto se suma un gran desorden en la clasificación de las plazas, que lleva a que por ejemplo un trabajador que desempeña una función de profesional esté ocupando una plaza de ordenanza, o médicos especialistas ocupando plazas de residentes. Todo esto está siendo afrontado en este momento por el Gobierno, en busca de la solución de esta condición de precariedad e injusticia.

Mientras tanto, una parte sustancial de los médicos especialistas tiene dedicaciones de dos horas por día y su asistencia a los servicios se concentra durante la mañana. Si se toman los 30 hospitales del país y considerando a todos los médicos, sean o no especialistas, se encuentra que el 42.5% de los médicos trabajan dos horas por día (en el tercer nivel esto asciende a 60%), el 25.8% trabaja cuatro horas por día y solamente el 18.5% trabaja ocho horas por día. Así, si se calculara no el número de profesionales censados en el sistema, sino las horas trabajadas en el mismo, se reduciría vertiginosamente el número de profesionales (es decir que de cuatro médicos de 2 horas diarias de dedicación, se podría contar sólo un recurso de dedicación de 8 horas).

Esta situación agrava uno de los problemas más críticos del sistema, que es el alto déficit del personal de salud en todos los niveles y categorías del sistema. Es enorme la brecha entre lo que se tiene en este momento y lo que el sistema público necesita para llevar adelante la Reforma de Salud. El déficit es de al menos 40% (pero las estimaciones en algunos establecimientos y áreas son mayores). Efectivamente, El Salvador está entre los países de las Américas con una relación más baja entre trabajadores de salud y población.

Sin embargo, en el país se presenta una situación peculiar, ya que una parte importante del personal requerido está disponible en el mercado de trabajo (a diferencia de otros países en donde no hay personal calificado) y posee las competencias técnicas necesarias para integrarse al sistema, pero la falta de recursos financieros del Estado impide que se incorporen al sistema público de salud.

A estos problemas se agrega el hecho de las necesidades de formación que presentan muchos trabajadores en el sistema y la limitación en las competencias requeridas para implementar el nuevo modelo, lo que refleja una baja articulación entre el sector educación (en especial universidades) y el sector salud.

La falta de una política de desarrollo y gestión de recursos humanos también se expresa en la carencia de la carrera funcionaria del personal de salud, lo que da lugar a una serie de disfunciones en el sistema que se traducen en grandes inequidades, injusticias y una gran falta de estímulo para el personal de salud. La carencia de dicha política también se expresa en una distribución inequitativa e inadecuada del personal de salud en las diferentes instancias del sistema y también en la falta de un sistema de información adecuado como apoyo a la gestión de personal.

En el año y medio transcurrido se ha venido trabajando para ordenar, en la medida de lo posible, este cuadro de deterioro en el camino de la formulación de una política pública para los trabajadores de la salud. En este período se trató de que el sistema de salud funcione de la mejor manera posible en beneficio de la población.

Habiendo sido lanzada la Reforma, empiezan a hacerse evidentes las limitaciones del actual ordenamiento de los recursos humanos, y las dificultades para enfrentarlos sin una dirección estratégica y de largo plazo. En este momento se impone definir los principios y las prioridades de una política de recursos humanos y construir las condiciones políticas e institucionales para ir resolviendo los principales problemas de manera progresiva y sostenible.

Principios de la Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos de salud

Una política de desarrollo de recursos humanos para apoyar la Reforma de Salud en El Salvador no sólo deberá tener como objetivo satisfacer las necesidades de personal que la transformación del SNIS plantea, sino también sentar la bases institucionales y obtener los recursos necesarios para asegurar que el desarrollo del personal se realice acorde a los siguientes principios:

- ❖ ***Equidad en los diversos procesos del desarrollo de Recursos Humanos: educación, trabajo, distribución y gestión del personal***
- ❖ ***Respeto y garantía de los derechos tanto de los trabajadores como de los ciudadanos que acuden a los servicios***
- ❖ ***Suficiencia de los recursos humanos según las necesidades del sistema, en cantidad y calidad***
- ❖ ***Sostenibilidad del desarrollo de los recursos humanos, tanto en lo institucional como en lo financiero***

El cumplimiento de estos principios y la gestión efectiva y solvente de la política, va a requerir construir una capacidad institucional de gobierno sólida, en todos los niveles del SNIS.

Esta capacidad de gobierno de los procesos de recursos humanos de salud deberá enfocarse en el desarrollo del personal en alineamiento con los objetivos y principios de la reforma de Salud. Implicará solventes funciones de planificación, regulación y financiamiento a nivel del sistema,

pero en todas partes de las RIISS y niveles del SNIS, será indispensable construir una Gestión del Trabajo de naturaleza participativa, efectiva y eficiente, para asegurar:

- ❖ *Condiciones de Trabajo con Dignidad, Equidad y Calidad*
- ❖ *Oportunidades equitativas y sostenibles de desarrollo profesional y técnico*
- ❖ *Relaciones laborales justas y constructivas*

3- Prioridades para una agenda de Política

Un grupo de trabajo interdisciplinario convocado por la ministra de Salud para identificar los componentes principales de una agenda de política de recursos humanos de salud para enfrentar las necesidades que plantea la Reforma de Salud arribó a la siguiente caracterización de las prioridades a ser abordados por la Política Nacional de Recursos Humanos de Salud.^{4 5}

Prioridades para una agenda de Política Nacional de Recursos Humanos de Salud

- 1. *Recursos Humanos necesarios para el Primer Nivel de atención de las RIISS, del Sistema Nacional Integrado de Salud***
- 2. *Recursos Humanos necesarios para los Hospitales del Sistema Nacional Integrado de Salud***
- 3. *Reorientar y regular las Residencias Médicas en concordancia con las prioridades de la Reforma de Salud***
- 4. *Desarrollo de Líderes (áreas críticas) para la Reforma de Salud***
- 5. *Asegurar la pertinencia social y técnica de la práctica de los Promotores de Salud,***
- 6. *Desarrollar una Carrera Sanitaria para el conjunto de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud***
- 7. *Reorientación de la Formación Profesional y Técnica acorde a los requerimientos de la Reforma de Salud***
- 8. *Educación Permanente para todos los trabajadores del Sistema Nacional de Salud***

⁴ El grupo que se reunió del 7 al 10 de diciembre de 2010, estuvo conformado por funcionarios del MSPAS y expertos internacionales, trabajó en interacción con la Ministra y su equipo y en consulta con diversos funcionarios del MSPAS.

⁵ Existen algunos otros componentes de recursos humanos incluidos entre las prioridades de la Reforma que, por indicación de la Ministra, no serán incluidos en este relevamiento, debido a que serán enfrentados de manera integrada en cada una de las prioridades en cuestión. Se trata del desarrollo de recursos humanos esenciales para el Sistema Nacional de Emergencias Médicas y para el componente de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico que forma parte del proyecto del Instituto Nacional de Salud.

3.1 Asegurar los recursos humanos necesarios para el Primer Nivel de Atención y las RIISS del Sistema Nacional Integrado de Salud

El Ministerio de Salud ha empezado a implementar un modelo de atención basado en la Atención Primaria de Salud Integral, para garantizar el acceso a los servicios de salud, cerca al lugar de vivienda, principalmente a aquella población que vive en condiciones de exclusión. El modelo que se propone contempla la construcción de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Dicha

RIISS se desarrolla en torno a la comunidad, las familias y las personas.

Es un enfoque que supone una nueva cultura organizacional con énfasis en los determinantes de la salud, enfoque democrático participativo para la gestión, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones; comunicación en todos los sentidos posibles; desarrollo y puesta en práctica de programas transversales integrales centrados en la persona y no en problemas o patologías

En este nuevo modelo, el primer nivel de atención en la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud está constituido por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS Familiares) y Equipos Comunitarios de Salud Familiar con Especialidades (ECOS Especializados). Este primer nivel de atención debe estar en condiciones de resolver cerca del 95% de los problemas de salud que se presentan en la comunidad.

La instalación de ECOS familiares y especializados se está realizando de manera progresiva, empezando con 63 municipios en el 2010 hasta llegar en el 2014 a los 262 municipios que es la meta nacional.

Existen problemas de índole cuantitativa y cualitativa que se deben enfrentar:

- ❖ Se ha calculado un déficit global de 8062 trabajadores de salud del Primer Nivel de Salud para cubrir las necesidades de ECOS Familiares y Especializados en el año 2014. Se incluyen en este cálculo todas las categorías de personal de los ECOS familiares y especializados, siendo la categoría crítica para este nivel la de los médicos familiares. Existe un déficit muy grande, debido a que el actual sistema de residencias médicas no considera esta especialidad como importante.
- ❖ El personal existente, así como el personal que es necesario incorporar en el corto plazo, carecen de las competencias que se requieren para el desempeño en un nuevo modelo de atención basados en la Atención Primaria de Salud Integral y en las Redes Integradas de Servicios de Salud.
- ❖ De similar manera, dicho personal requiere desarrollar una cultura y competencias para el desempeño en equipos inter profesionales, de manera de dar cuenta de una atención integral basada en un modelo de cuidado igualmente integral y continuo.
- ❖ En este nivel se ha encontrado un serio problema de precariedad del trabajo. Aproximadamente 4000 trabajadores mantienen vínculo laboral con el MSPAS de un año de duración y/o bajo la modalidad de servicios profesionales. En este contexto de precariedad es muy difícil asegurar condiciones para un desempeño adecuado, continuado y de buena calidad.
- ❖ Una dificultad es la renuencia de los profesionales de salud a desempeñarse en este nivel de atención. Como consecuencia de un modelo de formación biomédico, centrado en el hospital y tendiente a la especialización, y de la falta de incentivos (monetarios y no monetarios) para su radicación en este nivel, es muy difícil conseguir personal en la cantidad y calidad que se requiere.

La política deberá definir estrategias de cambio educacional y de mejoría del desempeño, estrategias de gestión, incluyendo los recursos financieros para llenar las plazas que se requieren así como el desarrollo de incentivos para reclutar y retener personal en este nivel de atención.

3.2. Asegurar los recursos humanos necesarios para los Hospitales (Segundo y Tercer Nivel) del Sistema Nacional Integrado de Salud

En el sistema de salud que se heredó de los gobiernos anteriores los hospitales eran el eje exclusivo del sistema para la atención a la población. Por ello, en estos niveles, la consulta externa electiva y la consulta de emergencias de los diferentes hospitales incluye un alto porcentaje de pacientes y atenciones de primer nivel (en algunos de ellos alrededor del 40% y en otros hasta el 100%). Esto se debe a que no se cuenta con unidades de salud en los municipios correspondientes o por la falta de resolutivez del primer nivel de atención.

Los Hospitales públicos del Ministerio de Salud son treinta. De ellos tres tienen categoría de tercer nivel, dos son regionales, doce hospitales departamentales y trece municipales. Estos últimos, en los años noventa, fueron recategorizados como hospitales sin dotarlos de las condiciones ni recursos para tal función, habiendo sido centros de salud. Los hospitales regionales y departamentales sufrieron un serio deterioro desde los años noventa. De la misma forma cayeron drásticamente las camas por habitante en el sector público (también cayeron en el ISSS).

La Reforma de la Salud pretende, en un entorno institucional de Redes Integradas de Servicios de Salud (RIISS) que vincula de manera sistémica los tres niveles de resolutivez, que el segundo nivel atienda como mínimo las cuatro especialidades básicas de pediatría, cirugía, medicina interna, obstetricia y ginecología, más las especialidades que sean prevalentes en una determinada área geográfica, descongestionando la atención de este tipo en los hospitales de tercer nivel.

El nuevo modelo de RIISS contempla definir, de acuerdo al perfil epidemiológico y área geográfica, el conjunto de prestaciones que brindarán cada uno de los hospitales. Esto permitirá la redefinición del cuadro básico de medicamentos de cada institución, ya que se elaborará de acuerdo a la oferta de servicios que cada institución brindará a la población y no a reposiciones históricas.

Un objetivo importante es que los tres hospitales de tercer nivel puedan dedicarse a consultas y cirugías más complejas de acuerdo con su nivel de resolutivez. Esto conlleva la necesidad de fortalecer con equipo y recurso humano necesario y suficiente para prestar la atención adecuada. El funcionamiento exitoso de la Red Integrada es condición para el éxito de este eje de la Reforma.

Para poder asegurar este cambio en la respuesta de los hospitales en el marco de la Reforma hay varios problemas de recursos humanos que se deben enfrentar de manera integral.

- ❖ Un déficit actual global de 4,200 trabajadores para asegurar un funcionamiento normal de los servicios de día y de las emergencias en los hospitales. Sin embargo se estima que la magnitud del déficit que existiría para que los hospitales funcionen acorde al nuevo modelo de atención es mayor, y se están realizando cálculos para definirlo.
- ❖ Serio déficit de médicos especialistas en categorías críticas como oftalmología, otorrinolaringología, cirugía pediátrica, cirugía torácica, neurocirugía, urología, ortopedia, hemato- oncología, patología clínica, medicina familiar, alergología, medicina interna, dermatología, emergencias, anestesiología y radiología. Se está evaluando actualmente las necesidades de otras especialidades.

- ❖ Problemas complejos en la gestión del personal debido a la enorme diversidad de modalidades de contrato de médicos según:
 - La dedicación horaria: hay siete modalidades de contratos que van desde dedicaciones de una hora hasta ocho horas de trabajo.
 - Fuentes de financiamiento: cinco modalidades diferentes.

Ello afecta las posibilidades de una gestión de personal para la calidad y la productividad del servicio

- ❖ Alta conflictividad laboral derivada de situaciones de larga data como son: una gran heteronimia salarial para similares categorías y funciones, deterioro del nivel adquisitivo de los salarios, deficientes condiciones de trabajo y la precariedad de algunos contratos de trabajo. A ello se agrega una alta fragmentación de la representación sindical (existen unos 15 sindicatos diferentes que representan otras tantas categorías diferentes de personal de salud).
- ❖ Existe un número insuficiente de profesionales para realizar la función docente a diversas universidades y escuelas, además de condiciones técnicas precarias para la gestión educacional en las unidades docentes. Esta es una condición problemática ligada a la función docente que se realiza en los hospitales del MSPAS, que deviene en interferencia con la función de servicio en los hospitales

3.3 - Reorientar, reorganizar y regular las Residencias Médicas

Como se ha indicado en las dos prioridades anteriores existe un serio problema de déficit de especialidades críticas tanto para el primer nivel de atención (medicina familiar, medicina interna, pediatría, cirugía, psiquiatría y gineco -obstetricia), así como para los hospitales de segundo y tercer nivel. Este déficit cuantitativo se complica por que se requiere un desempeño en un entorno organizacional de RISS, clave para los objetivos de la Reforma de ampliación de la cobertura hacia la universalidad con calidad y resolutivez.

La actual organización y funcionamiento de las residencias médicas se caracteriza por:

- ❖ Falta de dirección estratégica y de gobernanza que se traduce en
 - la inexistencia de un cuadro de especialidades prioritarias, y ausencia de planificación de la producción de especialistas,
 - carencia de marcos e instrumentos de regulación de los procesos de ingreso, evaluación, docencia, y de la calidad de la formación de especialistas.

Esta carencia esencial hace que la formación de especialidades obedezca más a criterios del mercado de atención especializada y a la presión de las corporaciones profesionales que a las necesidades del sistema de salud. La Universidad, la otra parte clave en este proceso, asume su responsabilidad de manera autónoma y parcial, en base a sus propios objetivos, intereses y normativas.

- ❖ Déficit de especialidades requeridas de manera imperativa por la Reforma de Salud, para los diversos niveles del SNIS. De manera perentoria se resalta la necesidad de especialistas en Medicina Familiar. Este déficit es consecuencia directa del anterior y de la falta de incentivos para esta práctica.
- ❖ Debilidad de la gestión educacional de las residencias. En un primer intento de mejorar esta situación se decidió definir 10 Unidades de Formación de Profesionales (UFP) con un hospital líder que sería el Hospital Rosales. No obstante se requiere definir también qué tipo

de especialidades se formarían en cada una de estas UFP y definir los programas de formación comunes. Las definiciones claves y el peso de la gestión terminan en manos de las direcciones de los hospitales, sin que exista una orientación estratégica del MSPAS. Las unidades de formación de profesionales (UFP) carecen de condiciones técnicas, reglamentarias y tecnológicas adecuadas, así como una adecuada asignación de responsables de las mismas.

- ❖ Programas de formación (currícula) técnicamente deficientes y formulados de manera autónoma por las unidades docentes y las universidades participantes, sin orientación ni alineamiento con los modelos de atención y los programas del SNIS.
- ❖ Reglamentación de la organización y funcionamiento insuficiente, inadecuada y obsoleta. Esta normativa debe incluir también la reglamentación y control de las condiciones de trabajo y de bienestar en que se desempeñan los residentes, con la finalidad de mejorarlas.

3.4. Desarrollar el Liderazgo necesario para la Reforma de la Salud

La Reforma de Salud ha puesto de manifiesto las grandes y urgentes necesidades de personal responsable de la conducción estratégica (técnica y política) del SNIS. Una primera expresión de esta necesidad se dio con el cambio de los treinta directores de los hospitales que dependen del MSPAS. Se debió proceder a un programa urgente de capacitación en Gestión de Hospitales con la invaluable cooperación de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y el apoyo de la OPS/OMS.

De un lado se requiere formar para el desempeño de funciones a nivel de liderazgo sectorial, en el corto y mediano plazos, una masa crítica de profesionales en funciones o áreas del conocimiento y de la gestión sanitaria de importancia crucial para el desarrollo y fortalecimiento del SNIS.

Existe una carencia, que data de muchos años, de este tipo de personal que dirija y gestione las políticas, estrategias, programas y servicios de salud en concordancia con los objetivos y principios de la Reforma de Salud. De otro lado se necesita dotar, de manera urgente, al personal que actualmente está ejerciendo esas funciones de las competencias técnicas y de liderazgo para que responda a las exigencias del cambio que se viene dando en el SNIS.

La oferta existente (maestrías en Salud Pública y programas específicos en gestión de servicios) dejan mucho que desear en términos de su orientación, contenidos, calidad docentes y perfiles de competencias.

Esa es la razón por la cuál la Reforma plantea como una de sus prioridades la creación y funcionamiento de una **Escuela de Gobierno** (EGS) que el MSPAS está empeñado en definir y en dotarlo de las capacidades institucionales, científicas, y materiales necesarias para responder a este importante desafío ⁶.

⁶ La EGS formará parte el Instituto Nacional de Salud y deberá constituirse en un centro para el desarrollo de capacidades de gobierno y conducción que aseguren el desarrollo de políticas públicas y del sistema de salud en beneficio de toda la población salvadoreña. Será el soporte esencial de la conducción política del sistema de salud mediante la producción y utilización de conocimiento, información y tecnología para las decisiones de política y de gestión en salud, y deberá asegurar la disponibilidad y competencia de los recursos humanos responsables de la conducción del sistema de salud en todos sus niveles.

Como parte de sus responsabilidades la EGS deberá contribuir a resolver esta carencia de personal de conducción estratégica del SNIS. Entre las áreas identificadas como críticas se han identificado las siguientes:

- Epidemiología
- Políticas Públicas y Planificación en Salud
- Gestión de sistemas y servicios de salud
- Economía de la Salud
- Salud Ambiental
- Gestión de Recursos Humanos de Salud
- Evaluación de políticas, programas y servicios de salud

3.5. Asegurar la pertinencia social y técnica de los Promotores de Salud en la articulación entre sus comunidades y el Sistema Nacional Integrado de Salud

Los Promotores de Salud constituyen una categoría de personal de importancia crucial para el desarrollo y consolidación del nuevo modelo de atención basado en la APSI y las RIIS que propone la Reforma de Salud para el primer nivel de atención del SNIS.

Ellos conforman los ECOS familiares y se constituyen en el vínculo más importante entre las comunidades a las que pertenecen y el SNIS en su nivel de primer contacto. Además son responsables en buena medida de promover la participación ciudadana en salud y de vincular las estrategias y programas de salud tanto con las políticas públicas inter sectoriales en el nivel local (para enfrentar los determinantes sociales de salud y de llevar a la comunidad los programas de promoción de la salud), como con los gobiernos locales.

Sin embargo en el momento actual se han identificado algunas situaciones problemáticas que deberán ser objeto de atención en la política nacional de recursos humanos.

- ❖ Se ha calculado en 2033 el déficit de promotores de salud que se requiere incorporar en el primer nivel de atención, hasta el año 2014. Se requiere formar e incorporar, de manera progresiva, al servicio en el primer nivel de atención esa cantidad de promotores formados con un perfil de desempeño integral e integrado siguiendo el modelo de atención señalado.
- ❖ El perfil de desempeño de los promotores en funciones actualmente en el sistema de salud deja mucho que desear. Se caracteriza por ser un perfil fragmentado en programas de control de enfermedades. Esta característica se debe a que la estrategia de incluir el desempeño de promotores fue impulsada por los programas de control de enfermedades, responsables de su formación siguiendo programas exclusivamente centrados en la enfermedad objeto y estrategias para su control.
- ❖ Un tercer problema radica en que un buen número de promotores, que según el nuevo modelo de atención, debería trabajar en su comunidad de origen, no lo hacen. Han sido contratados e incorporados al servicios en otras comunidades, por lo común alejadas de su lugar de residencia. Se va requerir una estrategia de gestión de personal para la redistribución progresiva de este personal para estar acorde la orientación del modelo del primer nivel.

3.6. Desarrollar una Carrera Sanitaria para el conjunto de los trabajadores del Sistema Nacional Integrado de Salud

En el momento actual el Sistema Nacional de Salud no cuenta con un marco normativo y sus respectivos instrumentos para orientar, ordenar y gestionar los diversos procesos de desarrollo de recursos humanos de salud. La Reforma de Salud y la transformación del sistema al SNIS

pone en el orden del día la necesidad de una carrera sanitaria para los trabajadores del sector público.

En un contexto de alta conflictividad como el que se vive en el sector salud se hace necesario también el establecimiento de mecanismos de prevención y gestión de los conflictos laborales de manera que se impida la disrupción de los servicios y la atención a la población.

Una carrera en el servicio civil es un conjunto de reglas de juego institucionalizadas con la finalidad de regular una relación laboral en el ámbito de la administración pública. Es el conjunto de normas diversas (leyes, decretos, reglamentos) que tiene por objetivo ordenar las relaciones de trabajo y el desempeño propiamente de los recursos humanos.

En el campo de la salud hay *especificidades que es importante considerar y que se refieren a la naturaleza de los servicios y bienes sociales que produce y distribuye el sector de la salud*, y que conviene distinguir en el marco de un marco de carrera para la administración pública en general.

Por lo general una carrera sanitaria aborda temas como:

- Los derechos como trabajador
- Las necesidades del usuario de los servicios de salud
- Los requerimientos de la institución en la que trabaja

Por ello las carreras sanitarias tienden a comprender normas y reglas de juego acerca de:

- ❖ Transparencia e igualdad de oportunidades para el acceso equitativo a los puestos de trabajo
- ❖ Estabilidad laboral sujeta a evaluación del desempeño, educación continua y certificación periódica de competencias
- ❖ Perspectivas de desarrollo personal y profesional a través de escalafones y sistemas con reglas claras y conocidas
- ❖ Normalización y extensión de los beneficios laborales
- ❖ Oportunidades permanentes de capacitación y desarrollo profesional
- ❖ Condiciones favorables para la concentración de horarios y retribuciones que permitan un mayor compromiso y participación del trabajador
- ❖ Remuneración y beneficios equitativos y programados
- ❖ Estructura de las escalas
- ❖ Optimización del clima laboral interno
- ❖ Condiciones para un ejercicio profesional satisfactorio
- ❖ Participación en la generación y desarrollo de valores humanos en el trabajo
- ❖ Creación de condiciones para ambientes laborales más saludables⁷

⁷ Las carreras sanitarias en los actuales momentos en América Latina tienden a incluir: sistemas de evaluación del desempeño, sistemas de certificación periódica de la competencia profesional, sistemas de incentivos variables por rendimiento, individuales y colectivos. sistemas de incentivo por localización geográfica, criterios para la "movilidad horizontal" (cambio de condiciones de trabajo sin necesariamente pasar a funciones superiores o de mayor responsabilidad), movilidad vertical (cambio en la responsabilidad y las funciones), sistemas de capacitación y desarrollo del capital humano, obligaciones en materia de aporte al sistema de información (actualización de las bases de datos), disposiciones básicas de ética y deontología, códigos o disposiciones de derechos recíprocos entre profesionales y usuarios, disposiciones para el retiro, flexibilidad para la descentralización, entre otras definiciones y normas.

La definición de una carrera sanitaria, más allá de la claridad de sus objetivos y los beneficios que conlleva tanto para los trabajadores como para los servicios y la propia ciudadanía, supone un proceso de participación informada y responsable por los actores significativos del campo laboral en salud.

Este componente es de alta importancia y complejidad política. Va requerir movilizar toda la capacidad de liderazgo, convocatoria y de negociación del Ministerio, así como un componente clave de comunicación, información y sensibilización social. Va a requerir de una estrategia ad hoc, considerando los objetivos de la Reforma de un lado y la problemática laboral y social del personal, así como de criterios técnicos muy claros en el diálogo social que se debe establecer con los actores, en especial con los actores políticos y sindicales.

3.7. Reorientación de la Formación profesional y Técnica en Salud acorde a los requerimientos de la Reforma de Salud

Este tema es uno de los más antiguos, persistentes y complejos que conforman la problemática de campo de desarrollo de los recursos humanos de salud en casi todos los países del mundo. El aspecto central es la persistencia de un modelo de educación en salud (impartido por las facultades y escuelas de ciencias de la salud) caracterizado por la hegemonía biomédica, orientación individualista, pato céntrica, recuperativa, y centrada en la institución del hospital, en la dependencia de la tecnología médica y en el paradigma profesional del especialista clínico.

- ❖ En El Salvador no ocurre una excepción y se observa que la formación profesional y técnica del pre-grado y post grado no responde a las necesidades ni requerimientos del sistema de salud. Esta situación se hace crítica en estos momentos con la definición y prioridad de la Reforma de Salud y la construcción del SNIS.
- ❖ La formación de profesionales y técnicos, en especial de los profesionales de medicina y enfermería, se realiza mayormente en los hospitales del tercer nivel.
- ❖ Desde el punto de vista institucional la articulación (para calificar de alguna manera la relación) entre la Universidad y el MSPAS es incipiente, centrada en la necesidad de utilización de los servicios de salud para la formación de personal profesional y técnico.
- ❖ La carencia de planificación de personal y de regulación de los procesos de formación de recursos humanos (en tanto instrumentos de gobernanza por la autoridad sanitaria nacional) permite que los procesos de formación se den de manera fragmentada y autónoma obedeciendo más a criterios de mercado o a la presión corporativa, que a criterios basados en necesidades sanitarias. Esto lleva, en algunas categorías profesionales y técnicas, a problemas posteriores de empleo y de mercado laboral.
- ❖ En los actuales momentos no se dispone de ámbitos institucionalizados para la discusión de estos y de otros problemas que permita llegar a acuerdos entre la autoridad sanitaria nacional (el MSPAS) y los actores principales acerca de la orientación de la formación en salud y avanzar de manera conjunta en la planificación y regulación de dichos procesos.

Una relación diferente, orientada por los objetivos de la Reforma, respetuosa y efectiva, con las universidades y escuelas de ciencias de la salud es de gran importancia para el desarrollo de los recursos humanos en una perspectiva de mediano y largo plazo. No hay posibilidades de que los objetivos, principios y beneficios de la Reforma se hagan realidad, sin una transformación cualitativa de la formación del personal de salud.

Hay necesidades del SNIS que tienen que ver con el cambio de los modelos de atención, con la calidad, con la resolutivez de los servicios, con la dignidad en la atención a los ciudadanos, que

requieren personal formado con otro modelo educacional, formaos en otro paradigma de salud. Algunas de esas necesidades son de urgencia, inmediatas, y otras son de medio y largo plazo, pero ambas igualmente importantes. Todo ello requiere un cambio fundamental en la formación de los recursos humanos, de pre y post grado que no se puede postergar.

3.8. Asegurar Educación Permanente para todos los trabajadores del Sistema Nacional Integrado de Salud

La capacitación del personal de salud en servicio es una de las actividades más frecuentes, abundantes y menos aprovechadas en el sistema de salud. Por lo general las actividades de capacitación se realizan con la finalidad de incluir nuevos conocimientos y criterios de atención o de control en el marco de programas verticales centrados en la enfermedad o para mejorar aspectos específicos de la administración en sus diversos componentes.

- ❖ La capacitación se realiza sin arreglo a objetivos sistémicos o de las necesidades de mejoría del desempeño que emergen de estrategias para mejorar la atención en calidad o en cantidad.
- ❖ No existe una gestión de la capacitación en el sistema de salud. Son actividades fragmentadas, autónomas, esporádicas y sin coordinación. Ello lleva a duplicación de costos e interferencia con el desarrollo de los servicios debido a frecuentes ausencias de los trabajadores (a veces los mismos una y otra vez, en los servicios de primer nivel) debido a que deben asistir a actividades de capacitación.
- ❖ No existe una idea de la magnitud de la inversión en capacitación, pero se considera significativa. Tampoco se tiene una evaluación de su efectividad.
- ❖ Las estrategias educacionales, por lo común presenciales y técnicamente deficientes, se orientan principalmente a la adquisición de nuevos conocimientos instrumentales y a la reproducción de prácticas que no se ajustan a los objetivos y necesidades de transformación de los modelos de atención y de la mejoría de los servicios para la calidad y la universalidad de la atención.
- ❖ No existe un sistema, ni un programa, ni un plan sistemático para el desarrollo de acciones educacionales para el personal en activo, en respuesta a las necesidades de cambio de las prácticas sanitarias que plantea la Reforma.

La educación es una estrategia potente y de enorme potencia transformador y gratificante de cualquier práctica o actividad humana. Por esa razón es que actualmente se abusa de la capacitación con fines instrumentales y de cortas miras, y ese abuso es una pérdida enorme cuando se da en ausencia de un paradigma de cambio integral en el sistema de salud.

En la actual coyuntura de la Reforma y de cambio del sistema de salud se requiere desarrollar un *sistema nacional de educación permanente* para todos el personal de salud que se caracterice por los siguientes criterios:

- ❖ Acceso universal y gratuito a todos los trabajadores del SNIS
- ❖ Programas educacionales en respuesta a las necesidades del servicio, del desempeño laboral y el desarrollo profesional
- ❖ Calidad, pertinencia técnica y social, efectividad
- ❖ Flexibilidad y ajuste a las condiciones de trabajo
- ❖ Gobernanza única y gestión educacional eficiente
- ❖ Infraestructura y tecnologías adecuadas

4- La estrategia para la construcción de la Política

La política de desarrollo de recursos humanos, a diferencia de otros problemas o temas de alta importancia política en la transformación del sistema de salud en El Salvador, se caracteriza - como es inherente al propio campo de recursos humanos- por altas complejidad y conflictividad. Cada una de las prioridades presenta características diferenciadas, actores distintos, objetivos específicos.

El contexto en que se desarrollará el proceso se caracteriza, de un lado, por la alta prioridad política que el Presidente ha otorgado a la Reforma de Salud, sólido liderazgo político y técnico de la máxima autoridad sanitaria, muy significativos logros en lo que va de la gestión y una progresiva consideración y aceptación por la ciudadanía de los avances. Sin embargo existen al mismo tiempo serias carencias de recursos financieros en un contexto económico y fiscal de país de enormes restricciones y dificultades, necesidades de personal en los diversos niveles que no son posibles de satisfacer oportunamente, necesidades de abastecimientos de bienes esenciales para la atención, etc. Es de esperar que un proceso de negociación política de algunas prioridades vaya a generar o disparar nuevos requerimientos de recursos que no sería posible satisfacer en el corto o mediano plazo. El cuadro debe incluir también una intensa y permanente campaña de acoso mediático a la gestión en salud y por un persistente clima de conflictividad laboral y profesional que, eventualmente, lleva a enfrentamientos de tipo político.

En ese contexto y dada la naturaleza y trascendencia de la agenda definida por la Ministra de Salud plantea una estrategia de construcción diferenciada de las condiciones y oportunidades para avanzar la política, en dependencia de las prioridades definidas.

En la base de toda la estrategia está la realización de un diálogo social amplio y democrático con los actores significativos, diálogo y negociación que deberá estructurarse en base a una muy sólida propuesta del Ministerio de Salud.

Hay prioridades como las que se refieren a la transformación de la formación profesional y técnica, a las residencias médicas y formación de especialistas y la que tiene que ver con la carrera sanitaria que van a requerir de amplios, largos y tal vez arduos procesos de diálogo y negociación entre el Ministerio, en tanto Gobierno, con actores muy caracterizados del campo de recursos humanos como las universidades, sindicatos, colegios profesionales, asociaciones profesionales y entidades de la sociedad civil. En tanto que hay otras prioridades que van a requerir en lo esencial de una negociación al interior del propio Gobierno, y de manera prioritaria con el Ministerio de Hacienda por mayores recursos financieros para satisfacer las necesidades de personal que requiere la Reforma. Hay otro grupo que va a requerir sobre todo de capacidades técnicas y de gestión muy sólidas para construir sistemas de educación para el liderazgo sectorial o para la educación permanente para el desarrollo de competencias para promotores de salud y otras categorías de personal de importancia crítica para el avance de la Reforma.

Para todos los casos será una condición indispensable contar con sólidos diagnósticos y análisis, con apropiadas caracterizaciones de los problemas y de las soluciones y de las condiciones del cambio, que permitan generar propuestas técnicas y políticas de alta calidad y solidez que permitan una negociación efectiva y favorables a los objetivos de la reforma y de la ciudadanía, es decir, objetivos legítimos, y no solamente a las corporaciones o a intereses privados.

Se producirá un documento de bases políticas y prioridades de la política nacional de recursos humanos de salud alineada con los objetivos y necesidades de la Reforma de la Salud para servir como base de argumentación política y sustentación de las propuestas para las diversas prioridades y las negociaciones a realizar.

5- La Capacidad de Gobierno del Campo de Recursos Humanos y la Política de Recursos Humanos de Salud

La construcción de una política nacional de desarrollo de recursos humanos que responda a las necesidades y objetivos de la Reforma de Salud es un proceso político de alta complejidad y de la mayor importancia estratégica. Siendo una política pública es una iniciativa de gobierno en uso de sus atribuciones constitucionales y respondiendo a la responsabilidad gubernamental de proteger y mejorar la salud de todos los ciudadanos.

La reorientación y reestructuración de los procesos de desarrollo de recursos humanos en el SNIS, y para ello es indispensable contar con una política de recursos humanos, es una condición *sine qua non* para el logro de los objetivos y el cumplimiento de los principios de la Reforma.

La definición y construcción de viabilidad y factibilidad de una política pública, para el caso de la política de recursos humanos que requiere la Reforma, es un desafío que requiere, para su realización, de una capacidad de gobierno fuerte y efectivo.

Esa capacidad de gobierno fuerte y efectivo, que se debe traducir en **condiciones políticas y técnicas para asegurar la gobernanza y de gobernabilidad** del campo de recursos humano, constituye el factor esencial para construir dicha política⁸. Esta capacidad de gobierno supone:

- ❖ **Liderazgo político del proceso de construcción de la política.** Se trata de la capacidad de convocatoria política, de dirigir y facilitar el diálogo social, de generar la base de información y conocimiento para que dicho diálogo y las decisiones sean informadas y responsables, y de asegurar las condiciones y factores para el logro de la definición de la política. La autoridad sanitaria nacional (el MSPAS) debe ser un convocante respetado y considerado el interlocutor válido y legítimo de este proceso.
- ❖ **Soporte técnico sólido y competente por parte del aparato de gestión del MSPAS,** como autoridad sanitaria y responsable del gobierno en Salud, para alimentar con propuestas, instrumentos de institucionalización (leyes, regulaciones, reglamentos, normas técnicas, protocolos) y de inteligencia (argumentos técnicos, análisis estratégico, información científico-técnica) tanto el diálogo social como la implementación de las propuestas concertadas.

En la práctica, gestionar la política pública de recursos humanos significa que el liderazgo político lo detenta y lo ejerce, a lo largo de todo el proceso de construcción de la política y de su puesta en ejercicio o en funcionamiento, la Autoridad Sanitaria Nacional, es decir, la Ministra de Salud Pública y Asistencia Social y su despacho.

En este caso existe una dimensión de liderazgo especial adicional, ya que la Dra María Isabel Rodríguez es una de las mayores autoridades, reconocidas a nivel mundial, en el campo de desarrollo de recursos humanos, formación profesional y gestión universitaria. Este es un capital técnico que configura una ventaja política muy importante para dicho liderazgo.

Dicho liderazgo será ejercido de manera consistente a través de los dos momentos claves de la construcción de la política:

⁸ Según Joan Prats la gobernabilidad se refiere a la base institucional de una política pública, es decir las leyes, normas, reglamentos, regulaciones y culturas institucionales, es decir las reglas de juego, que sustentan una política. Mientras que la gobernabilidad se refiere a las condiciones políticas que asegurar que una política se cumpla, se haga efectiva y obtenga los objetivos que le dieron origen. Joan Prats en *De Burócratas a Gerentes. Las Ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado*. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, 1999.

- ❖ el momento del **diálogo social**, con participación democrática de los actores relevantes a cada elemento de la propuesta de política, el momento de la negociación política;
- ❖ el momento de **institucionalización de la política**, es decir del desarrollo de los instrumentos jurídicos, reglamentarios, financieros y de gestión, así como de las reglas de la participación de las instituciones *ad hoc* y de los actores sociales para el cumplimiento de la política.

Y en todo momento el liderazgo político requerirá de una gestión ampliada de los procesos que implica la política. Es decir que se necesita del soporte institucional y técnico sólido y oportuno *de las diversas instancias del MSPAS y sus unidades* (más allá del organigrama) alimentando el diálogo y las decisiones con aportes de alta calidad y pertinencia.

Esa capacidad técnica sólida no es únicamente requerida en ambos momentos de la definición de la política sino también en la gestión de la misma, es decir, de la **gestión estratégica del campo de recursos humanos en el SNIS en función de los objetivos de la reforma.**

La gestión estratégica del desarrollo de recursos humanos orientada por la política de recursos humanos implica que el MSPAS *a través de sus instancias específicas y con el apoyo del conjunto de organizaciones del ministerio* supone que las siguientes funciones de carácter esencial deben ser asumidas y ejercidas de manera competente y sostenida:

- ❖ **Planificación del personal** requerido por el SNIS acorde a las necesidades poblacionales y en respuesta a los objetivos de la Reforma. La planificación no es un mero ejercicio técnico (que requiere de competencias técnicas específicas aunque el enfoque es inter disciplinario) sino un proceso de definiciones políticas con los actores relevantes en el marco de objetivos y resultados que fija la política en un horizonte de tiempo a definir.
- ❖ **Regulación de los procesos inherentes al complejo desarrollo de recursos humanos**, función esencial que cobra más importancia en un marco de economía de mercado y con estatutos de autonomías institucionales (universidades, colegios profesionales) que de no tener la orientación y la modulación del Estado pueden llegar a actuar en contra de los objetivos de la Reforma y las necesidades de la población. Actualmente se reconoce universalmente que los mercados de trabajo, de educación profesional y de desarrollo profesional, así como las relaciones laborales y la profesionalización, requieren de una capacidad sólida de regulación por el Estado.
- ❖ **Gestión de los procesos de trabajo, de las relaciones de trabajo (individuales y colectivas)**, de los conflictos laborales y de la educación permanente del personal que trabaja en el SNIS. Esta es una función que requiere ser sólida a nivel del MSPAS y también en las instancias descentralizadas, en especial en los hospitales y las RIISS.
- ❖ **Inteligencia para la gestión estratégica del desarrollo de los recursos humanos.** Es decir la producción, procesamiento, análisis y difusión de la información y del conocimiento relevante para alimentar las decisiones en la planificación, regulación y gestión de los recursos humanos de salud.

La construcción, mantenimiento y desarrollo de esta capacidad es esencial y urgente. Va a requerir de decisiones, intervenciones y recursos no sólo para el proceso de construcción de la política nacional de recursos humanos, sino también para la gestión estratégica en el marco del SNIS y en búsqueda de asegurar los objetivos de la Reforma.