

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD: LA EXPERIENCIA DOMINICANA

Compilado por:
Rosa María Borrell
y
Wilfredo Lozano



FLACSO

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Programa República Dominicana



Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá (PASCAP)

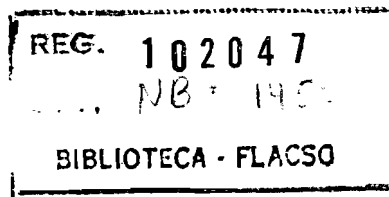
FLACSO/Programa República Dominicana
Apartado Postal 332-9
Santo Domingo, República Dominicana
Teléfono/Fax: (809) 541-11-62

OPS/OMS/PASCAP/Oficinas en Santo Domingo
República Dominicana:
Avenida San Martín No. 253
Edificio Santanita Apartamento 403
Teléfono: (809) 562-1519

Desarrollo de recursos humanos en
salud: la experiencia dominica-
na / Compilado por Rosa María
Borrel y Wilfredo Lozano. --
Santo Domingo : FLACSO, 1995.
215p.

1. Recursos humanos en salud
2. Desarrollo de personal - Re-
cursos humanos I. Borrel, Rosa
María, comp. II. Lozano, Wil-
fredo, comp.

○ 331.11961069



© 1995
Programa FLACSO-República Dominicana
ISBN 84-600-9251-8

Edición: Wilfredo Lozano

Composición, diagramación y portada: Josie Antigua

Impreso en: Editora Taller

Depósito Legal

Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización escrita.

Impreso en República Dominicana

Indice

Presentación	5
Prólogo	7
Introducción	9

Primera Parte

Políticas de Salud y Recursos Humanos 11

I. Desarrollo de Políticas de Recursos Humanos en Salud	13
Las Políticas de Recursos Humanos en Salud en la Región de las Américas	14
Las políticas de recursos humanos de los años 60	15
La década de los 70 y el Plan Decenal de Salud	15
La meta de Salud para todos las Políticas de Recursos Humanos en los 80 y la Situación a iniciarse en los 90	17
Referencias	20

Dra. María Isabel Rodríguez

Segunda Parte

La Universidad y la salud de la población..... 21

II. Función de la Universidad en la Formación de Recursos Humanos	23
1. El proceso de modernización	23
2. Los nuevos cambios y metas	25
3. Nuevo Desarrollo y Universidad	26
Bibliografía	31

Lic. Rubén Silié

Lic. José Agustín de Miguel

III. Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población	33
1. La Crisis Latinoamericana	33
2. La crisis y la salud	33
3. Universidad y Crisis	34
4. El papel de la Universidad en la Elevación del nivel de salud de la población	35
Bibliografía	37

Dr. Fernando Sánchez Martínez

IV. Respuesta de la Universidad a las Necesidades de Recursos Humanos en Salud	39
--	----

Dr. Mariano Defilló Ricar

V. Transformación curricular en el área de la salud; una visión de la formación de recursos humanos en salud	45
1. Contextualización histórica del problema	45
2. Curriculum o la pertinencia social de la universidad	47
3. Recursos humanos en salud: predicados para una estrategia	48

Víctor Hugo De Lancer, Ph.D.

Tercera Parte

Situación de la oferta y la demanda de fuerza de trabajo en salud	51
--	-----------

VI. Mercado de trabajo, y mercado de trabajo en salud: hipótesis para el estudio del caso dominicano	53
1. El mercado de trabajo como esfera de relaciones sociales	53
2. La problemática del mercado de trabajo en América Latina	54
3. Intervención estatal y mercado de trabajo	56
4. Mercados de trabajo institucionalizados: el caso del sector salud	57
Bibliografía	60

Wilfredo Lozano

VI. Situación, oferta y demanda de la fuerza de trabajo en salud en la República Dominicana	61
1. La conceptualización de la fuerza de trabajo en salud	61
1.1. Los conceptos	61
1.2. Las fuentes de datos	62
1.2.1. La oferta	62
1.2.2. La Demanda	62
2. La planificación de la oferta y demanda de fuerza de trabajo en salud en el sector público privado	63
3. Algunas hipótesis de investigación sobre fuerza de trabajo en salud	63
4. Conclusiones	65

Clara Báez

VIII. Oferta de Recursos Humanos en Salud	67
1. Introducción	67
2. Oferta de carreras de ciencias de la salud	68
3. Evolución del ingreso, la matrícula y el egreso estudiantil	68
3.1. Ingreso	69
3.2. Matrícula	70
3.3. Egreso	71
4. Características de la población estudiantil	72
4.1. Distribución por sexo	72
4.2. Nacionalidad	73
5. El contexto	74

6. Algunas consideraciones para el debate	77
Referencias	95

Fátima Guerrero

Cuarta Parte

Sanearamiento ambiental y recursos humanos en salud	97
--	-----------

IX. La situación Sanitaria y Ambiental en la República Dominicana y el Desarrollo de los Recursos Humanos Requeridos	99
1. Los problemas más relevantes	99
Sobre el Agua	99
Sobre la recolección y disposición de aguas residuales	99
Sobre la recolección y disposición de desechos sólidos	99
Sobre la contaminación ambiental	100
Riesgos del medio laboral	100
2. Análisis situacional de los recursos humanos con que cuenta el país para enfrentar los problemas señalados.....	100
2.1. El sector formador.....	100
Los recursos humanos que dispone el servicio	102
3. Orientaciones de la OPS/OMS	104
4. Reflexiones Sugeridas	105
Bibliografía Consultada	106

Lic. Rosa María Borrell Bentz

X. Impacto de las políticas ambientales sobre la salud de la población dominicana	167
Un abordaje metodológico para una posterior exposición	107
Un tema para desarrollar	107
Una conclusión para pensar	108

Pedro Juan del Rosario

Américo Badillo

XI. Situación ambiental en la República Dominicana y respuesta de las Universidades Nacionales	109
1. Introducción	109
2. Desarrollo	109
2.1. Medio Físico-Biológico	109
2.2. Medio Socio-económico	110
2.3 Medio Psíquico	110
3. Instituciones relacionadas al área	110
4. Respuesta de la universidades	110
5. Conclusiones y recomendaciones	110

Ing. José del Carmen Bautista Perdomo

XII. Situación de las aguas y de los desechos sólidos	113
1. Introducción	113

2. Situación del agua potable en la República Dominicana	113
Agua potable en la Ciudad de Santo Domingo	116
3. Alcantarillados sanitarios y excretas	117
Alcantarillado Pluvial en la ciudad de Santo Domingo	119
4. Residuos Sólidos	123
5. Perspectivas	126

Por Ing. Roberto Castillo Tió

XIII. El saneamiento del ambiente y la salud de la población	
Plan regional de inversiones en ambiente y salud	127
Introducción	127
Antecedentes	129
Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud	129
Estrategias de implementación	131

Ing. Luis Alberto Leal

Quinta Parte

Comunidad y recursos humanos en salud 133

XIV. Formación Profesional y Salud Comunitaria	135
Introducción	135
1.1. La Comunidad	135
1.2. La organización de la Comunidad	136
1.3. Promoción de Recursos Humanos	136
1.4. La Universidad	137
1.5. Formación profesional y salud comunitaria	138
1.6. Conclusiones	139
Bibliografía	140

Dr. Miguel Suazo

XV. El IDDI, el Desarrollo y la Salud Comunitaria	141
Introducción	141
Punto 1: Es necesario fundamentar las políticas y acciones de desarrollo en principios claros, coherentes y justos	142
Punto 2: Promover la unificación de los sectores que componen la sociedad dominicana	142
Punto 3: El rol de las ONGs en el desarrollo nacional	143
Punto 4: Es necesario atender las causas de nuestros problemas y no solamente los síntomas	143
Punto 5: La salud comunitaria como catalizador de cambios	144
Punto 6: Conclusión	144

David Luther

XVI. Salud y participación comunitaria	147
1. El sistema dominicano de salud y la participación comunitaria	147

Dr. Onofre Rojas

Sexta Parte

Vigilancia epidemiológica y recursos humanos en salud..... 153

XVII. Principales problemas y retos para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica en el país, la perspectiva de los niveles locales	155
--	-----

Dr. Fernando Rojas

XVIII. Avances y limitaciones del desarrollo de la capacidad de análisis de la situación de salud y condiciones de vida para la planificación y toma de decisiones de las intervenciones del sector salud	159
---	-----

Dra. Fátima Guerrero

Septima Parte

Economía campesina, medio ambiente y recursos humanos en salud..... 165

XIX. El campesino dominicano: cultura, ambiente y salud	167
Introducción.....	167
1. Crítica a algunos enfoques	167
2. La cultura campesina	169
3. Cultura y gestión ambiental	172
4. Crisis de los sistemas campesinos	179
5. Racionalidad Campesina	180
6. El desarrollo sustentable en las sociedades locales rurales	181
Bibliografía	184

Pedro Juan del Rosario

Américo Badillo

XX. Ambiente y Salud	187
1. Aspectos Históricos de Ambiente y Salud.....	187
2. El Ambiente como Factor Precipitante de Salud/Enfermedad	188
3. Algunas experiencias en programas conjuntos de ambiente y salud	189
Bibliografía	193

Dr. Rafael Fernández Lazala

XXI. Medio Ambiente y la Salud en la República Dominicana.....	195
Alteraciones del medio ambiente y sus potenciales y reales efectos en la salud	196
La situación ambiental y la salud en la República Dominicana	196
Bibliografía	201

Hugo R. Mendoza

QUINTA PARTE

COMUNIDAD Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD

XIV

Formación Profesional y Salud Comunitaria

*Dr. Miguel Suazo**

Introducción

Quiero agradecer esta oportunidad de poder conceptualizar en voz alta el trabajo que durante largos años ha venido haciendo mucha gente. Que cargadas de buenas intenciones han trillado un camino y han reivindicado un derecho en el área de salud: la de mejorar las condiciones de vida de la población.

La comunidad fue anterior a lo que hoy entendemos como formación de recursos humanos en salud. Ha existido como ente en desarrollo que busca salidas a su realidad.

Ha sido un espacio constante que ha presionado en la sociedad civil para ser reconocida en sus diferentes estratos y situaciones y ha retado a las instancias formales, como la salud pública, la educación. Los partidos políticos, la iglesia, entre otros, para que redefinan sus prácticas y las reconozcan como marco referencial.

1.1. La Comunidad

En los años 70 se discutió bastante sobre lo ficticio de referirnos a la comunidad como un todo homogéneo, ya que en dicha definición se obviaba diferencias sociales, fundamentalmente de clases y las necesidades que de cada una de ellas se generaban. Así entonces, se refirió toda la atención en materia de participación a los sectores populares que eran los que vivían en las peores condiciones materiales de existencia.

Hablar de comunidad fue sinónimo de barrio marginado o rural y el proceso para comprenderla como hoy entendemos. Pasó desde ser el escenario pasivo que recibía programas de donaciones, alfabetización, beneficencia en general, hasta entender que debía participar de manera puntual “ayudando” a los actores principales, médicos, educadores, salud pública, universidades, en campañas de apoyo, vacunación, etc. El sujeto histórico eran quienes tenían, en última instancia, el poder que otorga el conocimiento y que en el fondo despreciaba a la comunidad por no ser generadora de un conocimiento científico, era una colaboración utilitarista la que se gestaba.

Este fenómeno no ocurría al azar, coincidía con el momento seguido a la democratización y masificación de la enseñanza universitaria que abrió puertas a que muchos jóvenes de esas comunidades visualizaran como un medio de ascenso el estudio universitario y se distanciaron de su núcleo de origen. El conocimiento y el lenguaje fueron los muros para separarlos de su propio ambiente, sin que ello los elevaran de clase como falsamente pensaron.

En este momento la comunidad vivía como expectativa el que sus hijos se hicieran profesionales para salir de la pobreza y ascender socialmente. Ya que este era el espejo de lo que anteriormente significaba ser profesional, pero que en realidad la distinción social no lo daba el título académico, sino la extracción social de los grupos élites que

* Médico. Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud Instituto Tecnológico de Santo Domingo.

durante la época de Trujillo llegaban a ser profesionales. De manera que se heredaron las formas mas no el poder económico.

El elemento comunicación y el enfrentamiento conocimiento científico vs. conocimiento popular, definían la relación del mundo académico y la comunidad como antagónicos, enfrentamiento este que se verificaba de manera primordial en el espacio de la consulta del ámbito hospitalario, donde el poder del médico despreciaba los aportes y sugerencias del paciente y establecían la distancia exigida, cosa que no pasaba en la consulta privada, dicho sea de paso.

Las políticas de salud pública en ese contexto visualizaban a la comunidad como un elemento al que había que ayudar y recibir su aporte en aspectos puntuales.

En las décadas de los 60 y 70, la Universidad con sus prácticas extramurales también ratifica la visión de que este era un escenario experimental, donde se aprendía a hacer levantamientos cartográficos, encuestas, campañas de vacunación, pero no la identificaba como el sujeto histórico del proceso salud-enfermedad. Y así debía ser, ya que el contexto histórico de esos años, como todos recordarán, situaba en la universidad las expectativas sociales del cambio revolucionario convirtiendo al movimiento estudiantil en un acontecimiento mesiánico por donde pasaba la coyuntura para ser transformada.

1.2. La organización de la Comunidad

Es importante hacer notar que mientras este proceso se verificaba, la propia comunidad se articulaba de manera espontánea alrededor de grupos religiosos, culturales y en sus propias creaciones y manifestaciones, quizás como respuesta autónoma a su imposibilidad real de ser partícipes del proceso que la universidad, los partidos políticos y otros grupos, estructuraban en nombre de ellos, pero al margen de ellos. Ahí tenemos que mencionar las comunidades eclesiales de base y su correlativo en la Teología de la Liberación, una nueva forma de entender la fe con una exigencia práctica de compromiso y opción por los

pobres desde nuevas alternativas y espacios de participación social. De igual modo, el movimiento clubístico, el rescate de las expresiones culturales, los maestros y las propuestas alternativas de educación, entre otros, empezaron a delinear una nueva definición de comunidad que se basaba en la autogestión, primero negándose a concertar con las estructuras gubernamentales y luego asociándoles para exigirles el cumplimiento de su papel.

En esta etapa llegaron a construir los primeros ejemplos de concertación entre clubes, iglesias, núcleos de amas de casa, padres de la escuela, maestros, en la formación de los comités de salud surgidos del seno mismo de la comunidad.

Aquí se inicia un fenómeno extraordinario en vía contraria, la comunidad va a la universidad a pedir su vinculación y el apoyo al proyecto popular, lo cual al conseguirse, legitimó a la comunidad como protagonista de su proceso de búsqueda. Ello abrió las puertas para que los partidos políticos también se tuvieran que adecuar a una nueva forma de hacer política en el ámbito formal, donde no tenían ya ni credibilidad ni vigencia.

1.3. Promoción de Recursos Humanos

Para mí, aquí nace una nueva etapa en la formación de recursos humanos en salud, en la presión de este movimiento por tener profesionales del área de la salud y no sólo médicos. Ello ya implicó:

- 1ro. Que se iniciara de una forma novedosa la idea del equipo de salud.
- 2do. Que a lo interno del curriculum se tuviera que reorientar el concepto de "práctica" por el de modificación de las condiciones de salud.
- 3ro. Que la comunidad fuera de cabeza de la dirección del proceso comunitario de salud, integrando a los profesionales y no lo contrario como hasta entonces había sido.

4to. Que la comunidad exigiera al mundo profesional la formación y utilización de sus recursos empíricos, que eran los que finalmente se vinculaban en alma y cuerpo al proyecto por ser los verdaderos dolientes de su drama.

Una cosa curiosa es que todavía no había ocurrido la reunión del Alma Ata, donde se declararía en principios la necesidad de ampliar la cobertura, promover la autogestión en la participación de la comunidad.

Simultáneamente ya la universidad entraba en su proceso de revisión en su misión y propósitos y surgían nuevas modalidades de gestión universitaria en el ámbito público y privado. Formado por personas bien intencionadas que viabilizaban la existencia de formulaciones curriculares más ágiles y más acordes con el contexto, permitiendo así que se cumpliera aquello de que la formación de los recursos humanos deben estar acordes con las circunstancias históricas del momento.

Los ajustes estructurales de la década de los 80, la recomposición de la geopolítica de los 90, dio más valor al proceso que se había generado y hemos descrito, ya porque la matrícula universitaria en el área de salud disminuyó considerablemente, por no ser ésta una opción atractiva económicamente, por las altas tasas de desempleo o el mal pago, pero por su parte, la comunidad estaba ahí, en su mismo lugar, con espacios reivindicados en la sociedad civil, con voz y reconocimiento, ejemplos sobran (Copadeba, Ciudad Alternativa, etc.) y esperando definir su rearticulación con la universidad.

1.4. La Universidad

El endiosamiento al médico tan bien descrito en la historia de la medicina, al vincular su arte con el de salvar y dar vida, fue transmitido por la universidad y vendido falsamente a quienes llegamos a las facultades deslumbrados por el poder del conocimiento más que por el conocimiento mismo.

El médico no era concebido como parte del equipo de salud, sino como su cabeza y punto de referencia, el resto era despectivamente denominado como paramédico, auxiliares o equipo de apoyo.

El concepto subyacente en la formación de los recursos humanos de salud estaban en consonancia con los principios filosóficos de la universidad y no con las necesidades de modificar las condiciones de vida de la población. De ahí que el hospital pasara a ser el representante de la comunidad en cuanto beneficiarios del servicio, volumen para el adiestramiento, escenario de práctica para la academia y el escenario privado, el verdadero lugar del ejercicio profesional.

La subyacente teórica de este modelo respondió a la monopolizada visión del carácter biologicista imperante. La construcción del concepto salud apenas llegaba a entender el ambiente, el saneamiento, la prevención como un todo discursivo que bañaba de un toque social a la comprensión de la insalubridad. Ello explica que la formación de recursos humanos, analizándolo desde el curriculum se centraba en un bloque de asignaturas epidemiológico. Preventivos o en ciclos del internado, que se denominaron "sociales", pero donde lo que se hacía era reproducir el esquema tradicional de servicios y que lo único que ahora cambiaba era el escenario del hospital a la comunidad pobre, urbana o rural y a veces ni eso, porque esos ciclos sociales se realizaban en el hospital mismo.

La misma década de los 70 parió otras posibilidades curriculares que quería desarrollar una conciencia crítica y de mayor compromiso en el producto de las facultades de salud. En 1973 Intec, Universidad recién nacida incluía en su curriculum una pasantía rural a mitad de carrera donde los estudiantes tenían que vivir en el área rural, desarrollando acciones en el área de la salud comunitaria. Con objetivos precisos que denominaron "pertinencia social" y que no era más que "un deseo institucional el que los estudiantes se integren a la realidad nacional y desarrollen la capacidad de aplicar creativamente sus conocimientos a la solución de los problemas dominicanos".¹ "El objetivo general de una

experiencia curricular como la pasantía en el instituto es el propiciar en el estudiante una mejor comprensión de los problemas nacionales y en última instancia, contribuir a un compromiso solidario de este con su pueblo".²

Ya la identificación de la necesidad de vincular al estudiante con la realidad desde una perspectiva de retribución social estaba abriendo una nueva orientación inserta en el curriculum mismo y no como un anexo. Lo que marcaba un determinado tipo de formación, de seguro cargado de errores, pero señalando una nueva senda en lo que era la formación de recursos humanos en salud, ya que los dirigía hacia la promoción de la comunidad y hacia la autogestión y transformación de lo que entendían eran sus problemas de salud, mientras la propia universidad estatal rescataba su internado en el contexto comunitario, dejándose permear por las agrupaciones populares denominados Comité de Salud, que empezaban a articular modelos alternativos en comunión con la gente del pueblo y sus estructuras, tal era el caso como el de los módulos de prevención en alcohol y droga en Gualey y luego los primeros pasos allí mismo, formando promotores comunitarios, juntas-universidad, ministerio de salud y comunidad.

1.5. Formación profesional y salud comunitaria

La universidad define en sus propósitos y su filosofía sus lineamientos y deseos, pero no por ello se puede lograr todo lo que los textos recogen. Por ejemplo, para referirse a la formación de recursos humanos en salud hay que tomar en cuenta variables que intervienen en dicho proceso.

Veamos:

1ro. Los docentes, los cuales tienen su propio sesgo desde el dominio específico de su área de competencia, su carga ideológica

y toda la autonomía para filtrar su cosmovisión a los estudiantes desde su cátedra, independientemente de los lineamientos institucionales.

2do. Los estudiantes, los cuales llegan con legítimas expectativas individuales y familiares de formación y ascenso a los cuales la universidad ni debe ni puede pedir que renuncie.

3ro. El propio sistema de salud que no ha contemplado en ningún momento la unificación de políticas de formación de recursos humanos en salud desde el mundo académico, un país como el nuestro tiene más de 20 universidades, más de 10 escuelas de medicina, varias de odontología, bioanálisis, repetidas maestrías y residencias médicas, lo cual es reflejo del ejercicio democrático de la libre empresa, pero a su vez de la pobreza conceptual en la comprensión de la necesidad de formar recursos para modificar las condiciones de salud de la población.

No nos sobran recursos de salud, más bien se encuentran concentrados en zonas y lugares específicos, donde se puedan autogenerar mejores condiciones de ejercicio y supervivencia, obligando así a que se fortalezca un diseño "privado" de formación de recursos y que el sector público, que es el grueso de la población, tenga que hacer uso del mismo, en desmedro de lo que podría ser el fortalecimiento.

A la par de este fenómeno debemos también reconocer la fragilidad de este proceso. Aún el recurso humano formado en las instancias formales es un ave de paso en medios sociales tan inestables como el nuestro. El personal en servicio, sea o no profesional, se ve presionado a cambiar de ocupación tan rápidamente como lo demande su situación socioeconómica, no importa la inversión hecha en su formación podrían pasar de la noche a la

2. Reglamento Académico. Pág. 44.

mañana de superespecialistas a vendedor de productos cosméticos o a ambas cosas a la vez.

Aquí es donde la comunidad juega un papel importante, dada su permanencia como ente colectivo y sujeto protagónico de la realidad. No son extraños a ellas, no necesitan de ese contexto para las superaciones individuales: no son actores transitorios, son los dolientes y propietarios de aspiraciones de modificación de sus condiciones materiales de existencia. Este es el punto clave para que universidad y el sector oficial de la salud redimensionen su papel sin querer atribuirse el control absoluto de la formación de recursos, sino más bien, partiendo de lo importante y valioso que ellos son, pero reconociendo y aceptándolos como efímeros artífices que tienen que estar llamados a renovarse y a concertar con el conocimiento popular para establecer vasos comunicantes entre este y el conocimiento científico.

Estos planteos implican lucha de poder, implican reconocer y aceptar la validez del conocimiento popular y ello es difícil, porque desde el ámbito académico, este se contrapone, se invalida, se desconoce como conocimiento, además es obvio que se descalifica también a su portador.

La comunidad tiene un mundo de significaciones y representaciones acorde con su forma de conocer el mundo, un lenguaje particular para expresar lo conocido y una

acción consecuente con ello. Aquí radica un serio problema para lograr la necesaria concertación que debe haber entre lo académico, lo oficial y lo popular.

1.6. Conclusiones

Para incidir en la modificación de la salud de la población hace falta la voluntad política más que ninguna otra cosa. Hay que sentar en la misma mesa a todos los formadores de recursos humanos en salud para legitimar sus respectivas áreas de dominio científico, impidiendo la ya señaladas duplicidades. Lo segundo es reconocer a estos recursos como piezas de un proceso, no como los protagonistas en sí, dada sus legítimas expectativas personales. Es rescatar de sus conocimientos su cuota de retribución social, y tercero, abrir el espacio a la participación comunitaria, no como sujeto pasivo, sino como el elemento articulador. Ello implica, en cierto modo, hacer un puente entre el conocimiento popular y el científico, sin desmeritarlo; todo lo contrario, interpretando desde esa forma de conocer la realidad que requiere ser transformada.

Esta manera de interpretar la dinámica de formación de recursos en salud implica una manera diferente de articular el curriculum, de concebir el perfil del egresado y de redefinir el papel de las instancias formadoras ante la salud de la comunidad.

Bibliografía

1. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) (1994). Reglamentos académicos. Santo Domingo.
2. Foro Nacional de Recursos Humanos en Salud (1991). Foro No. 1 "La Universidad y la Salud de la Población en República Dominicana". Doc. No. 2. Santo Domingo.
3. Instituto de Medicina Dominicana (1993). Medicina Tradicional 500 Años Después. Historia y Consecuencias Actuales.
4. Dra. Adelaida Oreste (1993). Proyecto de capacitación para promoción de agentes multiplicadores de promotores en la estrategia de A.P.S. Santo Domingo.
5. Dra. Isabel Rodríguez (1991). Desarrollo de políticas de recursos humanos en salud. Foro Nacional de recursos humanos en salud. Flacso-Pascap-OPS-OMS.
6. Daniel Purcallas (1992). Transformación estratégica en recursos humanos en salud. Publicación especial. San José, Costa Rica. Pascap.