

# **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)**

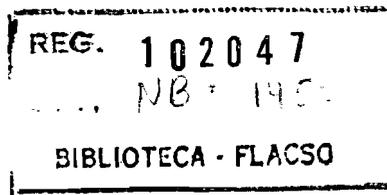
FLACSO/Programa República Dominicana  
Apartado Postal 332-9  
Santo Domingo, República Dominicana  
Teléfono/Fax: (809) 541-11-62

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**

<b>Situación de la oferta y la demanda de fuerza de trabajo en salud .....</b>	<b>51</b>
--	-----------

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**

<b>Sanearamiento ambiental y recursos humanos en salud .....</b>	<b>97</b>
--	-----------

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*

---

**SEXTA PARTE**

---

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD**



## XVII

# Principales problemas y retos para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica en el país, la perspectiva de los niveles locales

*Dr. Fernando Rojas\**

Tanto el Dr. Mateo como el Dr. Rodríguez, comenzaron a hacer diagnósticos sobre los principales problemas para el desarrollo de la vigilancia epidemiológica. Lo único que haremos nosotros es continuar esos apuntes que ellos correctamente emitieron en esta presentación.

Recuerdo en estos dos años, algunas experiencias locales como fue la epidemia de fiebre tifoidea y otra de dengue hemorrágico. Recuerdo en una de las tareas, con la de fiebre tifoidea que me juntaba con un periodista en la noche de uno de los días de mucho boom publicitario y le preguntaba: ¿qué es lo que va a salir mañana en el periódico? y él muy jocosamente contestó “el muerto número diez (10). Digo; “Déjame correr rápido porque todavía no le he podido yo detectar”. Y realmente la prensa en muchas de estas cosas, ha tenido mucho resorte y muchas formas de como recoger y manejar la información.

Sin embargo, cuando uno mira las cosas con un proceso mucho más amplio, a lo largo del tiempo, siente satisfacción con algunos roles y papeles que ha ido tomando la epidemiología. Yo diría que toda esta preocupación sobre fiebre tifoidea y salmonelosis, que fue un objeto donde nosotros estuvimos trabajando con interés, lo que sí permitió descubrir era el problema de la calidad de agua que recibía la población dominicana y hoy podríamos decir que el gobierno dominicano está invirtiendo 300 millones de dólares en los últimos dos (2) años,

para mejorar el abastecimiento de agua potable de la República Dominicana y ahí ha contribuido la epidemiología, la prensa, etc.

Quizá con la nueva tarea que uno está observando, la ve en los barrios marginales como la zurza y todos estos barrios donde comienza a observarse el problema del hacinamiento, los grandes deterioros de calidad de vida que está teniendo esta población, la preocupación sobre estas condiciones de vida está permeando toda la población dominicana y creo que todos los que estamos trabajando en salud pública y en epidemiología, estamos dando aportes importantes en ese sentido.

Para aquella reunión de noviembre de '91, se identificaron una serie de elementos: un aspecto era la pobreza organizacional del sistema de vigilancia actual, el formulario de notificación de enfermedades específicas, el EPI-1, es el único instrumento con el cual se hacía la vigilancia en la mayoría de los niveles locales. Este formulario, la mayoría de las veces está tardíamente elaborado y en base a registros de morbilidad, que en muchas de las ocasiones no tiene adecuada sustentación diagnóstica. No se establecen redes locales y en las actuales condiciones para la vigilancia de enfermedades específicas, la dificultad de captar información de instituciones de salud que no son dependientes de SESPAS, limita la capacidad de conocer oportunamente qué ocurre en el comportamiento de una enfermedad determinada. Muchas veces, y vuelvo a rescatar

---

\* Médico, epidemiólogo. Director Comisión Técnica Reforma de Salud.

mis experiencias de trabajo en estos últimos dos (2) años, sólo a través de las notificaciones que teníamos, y de los EPI-1 de la SESPAS, no podíamos ir conociendo el comportamiento de las enfermedades problema en un momento determinado.

Otro aspecto que se citó era la no identificación de los principales componentes de un sistema de vigilancia. No se han establecido en los niveles locales, los componentes mínimos para un sistema de vigilancia. Aunque se conoce cuáles pueden ser los componentes importantes, no se pone énfasis en que éstos se desarrollen adecuadamente en los servicios. Concretamente los aspectos de estadística de la mortalidad y otras estadísticas vitales, no son objeto de atención en este momento en los niveles locales.

También se relataba como un tercer elemento identificado, la no integración de los laboratorios a los programas de vigilancia de enfermedades específicas. Muy típico todo este aspecto de los antígenos febriles como diagnóstico para tifoidea, la ausencia de los laboratorios de bacteriología, lo que ha hecho generar una demanda cada vez más fuerte de que los laboratorios de bacteriología se desarrollen en la mayoría de los servicios de salud o por menos que existan adecuados niveles de referencia.

Un cuarto elemento planteado, era la no integración de otros sectores a la vigilancia, comenzando con otros sub-sectores como el IDSS, el privado, las ONGs, también hay que resaltar el interés creciente de la Asociación Médica Dominicana de participar en la construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica nacional. En aquella sesión de trabajo hace años y medio, se resaltaba que la formación del recurso humano, limitaba el desarrollo del sistema nacional de vigilancia. La organización de la atención médica de salud, así como también la propia formación del recurso humano, actuaban como limitantes importantes, en el desarrollo del sistema nacional de vigilancia. En otras palabras, el médico no estaba preparado para apoyar estos sistemas.

En esta apretada síntesis diagnóstica se planteaba también la desvinculación del

epidemiólogo del hospital de otros espacios de acción. La tradición de un hospital que no sale de sus muros, también se transmite al epidemiólogo del hospital que no mira y observa sobre la necesidad de incorporar otros componentes a los sistemas de vigilancia que pudiera desarrollarse en la institución.

Se resaltaba, que los programas verticales poseen una vigilancia de mayor calidad, mientras que la unidad central de vigilancia de la SESPAS, permanecía sin un adecuado nivel de desarrollo, aunque el Dr. Mateo ha planteado algunos avances importantes, uno sigue observando que por ejemplo, los elementos de retroalimentación como son los boletines epidemiológicos, no suelen ser presentados con adecuada oportunidad y hasta cierto punto están reflejando la pobreza de un sistema de vigilancia. La prensa a veces actúa con criterios más ágiles, lo que debe ser propio al departamento de epidemiología.

Se resaltaba en aquella ocasión, el cambio permanente de las autoridades centrales debilitando el apoyo de la vigilancia. En países como el nuestro donde existe gran debilidad institucional, los sistemas de vigilancia no se desarrollan de manera adecuada. En los últimos 25 años, el promedio de duración de un Ministro de Salud es de un (1) año, salvo contadas excepciones. Estas situaciones antes mencionadas, producen que se vaya siempre detrás de los problemas, muy excepcionalmente se actúa con sentido de oportunidad y el epidemiólogo llega después que el problema existe. No evita el fuego sino que trata de apagarlo.

Los epidemiólogos, se planteaba, tienen baja motivación para su trabajo y se dedican casi exclusivamente a administrar programas de control y no realizan vigilancia. Realmente, hay que considerar que en la mayoría de las provincias lo que tenemos son administradores de salud, que están muy inmersos en la gerencia de programas y escasamente motivados para desarrollar adecuados sistemas de vigilancia.

No se cuenta, también se decía, con voluntad política para el desarrollo de una vigilancia de carácter nacional, por tanto no se asigna recursos para ello.

En un sistema de salud donde la preponderancia de los clínicos es determinante, se

quiere pensar distintamente cómo desarrollaremos el liderazgo de la epidemiología como ciencia que pueda contribuir decididamente a mejorar el sistema de salud.

Hay necesidad de integrar la vigilancia al sistema local de salud. Un sistema de vigilancia epidemiológica debe responder a necesidades locales, de ninguna manera responder a necesidades de un nivel central como la SESPAS, o en el caso que ahora plantea la AMD, responder a un nivel central de La Asociación Médica sino básicamente responder a lo que está requiriendo ese propio nivel local. En ese momento, también se planteaba que debía responder, o sea, debía estar integrado un sistema de vigilancia, a un sistema local de salud. Se consideró necesario también, ir eliminando las dificultades que confronta el epidemiólogo del hospital, induciendo los criterios de evaluación de desempeño que los superiores poseen de su trabajo; ya que sólo se considera trabajo del epidemiólogo a su verdadera tarea. Esto quizás haciendo referencia a la tarea de un epidemiólogo concreto, o sea, que muchas veces terminaba manejando programas de tuberculosis, programas de control de tuberculosis o de cualquier otra enfermedad específica.

Por último se resaltaba, que el Laboratorio Nacional, que está encargado de apoyar a este

sistema de vigilancia de enfermedades específicas, carecía de recursos económicos para brindar un servicio eficiente.

Cuando nosotros revisamos esto, pensamos si realmente la mayoría de estos problemas discutidos hace año y medio, quizás no sean problemas de año y medio, sino problemas de mucho tiempo atrás, quizás los desafíos, los retos que tiene la epidemiología, de poder desarrollar un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica. Yo los centraría básicamente en el planteamiento de desarrollar ese liderazgo de la salud pública, ese liderazgo de la epidemiología dentro de los sistemas de salud, de forma tal que se reconozca la contribución importante que ellos puedan hacer al desarrollo del sistema de salud. Pienso que ese podría ser el elemento vital y en definitiva, la necesidad de adecuar la formación de nuestro recurso humano en salud y en epidemiología, para que pueda cumplir y asumir ese reto.

Esa sería mi contribución inicial, y dejaría más que nada a que podamos retomar entre todos lo que han sido esos problemas de la vigilancia epidemiológica que fueron discutidos quizás con muchos de los que están aquí, y que se retomen para seguir identificando los nuevos desafíos y retos de la epidemiología dominicana para el futuro.

