

PLANIFICACION DE
RECURSOS HUMANOS EN SALUD:
UNA NECESIDAD PARA EL LOGRO DE SPT-2000

ROSA M. SUAREZ, AMALIA DEL RIEGO,
ONOFRE ROJAS Y MANUEL GONZALEZ P.

Sumario

Mediante este estudio los autores actualizan la discusión sobre los Recursos Humanos en Salud en República Dominicana a la luz de la meta: "Salud para Todos en el Año 2000"; planteando sugerencias sobre el tipo de recursos necesarios en consonancia con esa meta, así como señalando las limitantes principales por ellos identificadas, para que dichos recursos pudieran adecuarse a la misma y los posibles caminos a seguir para superar dichas limitantes.

I. Introducción

El análisis de la formación, distribución y utilización de Recursos Humanos en Salud (RHS) en los momentos actuales cobra una inusitada importancia

-
- * Rosa María Suárez, investigadora del Centro Nacional de Investigación en Salud Materno-infantil (CENISMI). Amalia del Riego, Ayudante de Profesor, Departamento de Salud Pública, UASD. Onofre Rojas, estudiante, Maestría en Salud Pública, UASD. Manuel P. González, Profesor de Práctica de Epidemiología en INTEC, estudiante de término de la Maestría en Salud Pública, UASD.
 - ** Recursos Humanos en Salud (RHS): conjunto de personas capacitadas para la prestación de servicios de salud, ocupadas o no, y sujetas a una relación de compra y venta de esa mercancía especial constituida por la capacidad de cada uno en la resolución de problemas de salud.

en función de la proximidad del vencimiento del plazo para el logro de la Meta "Salud para todos en el año 2000", con la cual nuestro país realizó compromiso formal durante la Conferencia Mundial Sobre Atención Primaria que tuvo lugar en Alma Ata, U.R.S.S., y cuya consecución se encuentra muy lejos de lograr.

La meta SPT-2000 plantea la reorganización de los servicios de salud con equidad, eficiencia y eficacia, así como la promoción y mejoramiento de la articulación intersectorial y de la cooperación intra e interregional, con miras a satisfacer las necesidades básicas de la población, a reducir las desigualdades, aumentar la calidad de vida y eliminar la pobreza extrema. Todo esto mediante la implementación de una estrategia: **"LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS)**.

La asunción de la APS como estrategia fundamental para el logro de SPT-2000 implica necesariamente la reorganización del sector salud y el establecimiento de cambios cualitativos importantes en cuanto a las condiciones de vida de la población. Como punto clave de esa reorganización surge la necesidad de investigar la problemática de los RHS para poder planificar y programar el tipo, calidad y cantidad de RHS que requiere la viabilización de esa meta.

En la América Latina se puede ubicar el inicio de la investigación sobre RHS con los estudios realizados por Juan César García¹ y, posteriormente, por Jorge Andrade,² en los cuales quedó (con diferentes niveles de análisis), caracterizada la esencia de la problemática que nos ocupa. Estudios más recientes, tales como los realizados por Nogueira,³ María del Carmen Troncoso⁴ y Tirsis Quezada,⁵ reflejan la vigencia, en casi todos sus aspectos, de las situaciones identificadas por García y Andrade.

En nuestro país, contamos con los estudios realizados por la Lic. María Solís⁶ y Lic. Rosa María Borrel,⁷ las cuales han llenado un nivel descriptivo en el conocimiento de la problemática en estudio mediante el empleo de la oferta y demanda como categorías de análisis.

Partiendo de los esfuerzos previamente señalados, nuestro problema se centra en actualizar y profundizar el conocimiento sobre la situación actual de los recursos humanos en salud, en particular los del subsector público, haciendo énfasis en identificar las posibles determinantes de los problemas que confrontan los mismos con la finalidad de abrir un espacio de discusión en relación a los cambios que deben operarse en el sector en vías de formar un RHS que responda a los lineamientos de SPT-2000.

II. Marco General de Referencia

La problemática de los Recursos Humanos en Salud (RHS), al igual que cualquier componente de la realidad de salud de una formación social no puede

situarse al margen del marco histórico y social de la misma, ya que su movimiento ejerce influencias en todos los procesos que intervienen en la conformación de ella, determinando entre otras cosas:

- Las formas e intensidad como se distribuyen los riesgos y desarrollo de potencialidades en los diferentes grupos sociales que constituyen la población, la cual, a nuestro entender, constituye el objeto y sujeto del accionar en salud.

- El contenido y dinamismo de la práctica en salud (tradicionalmente denominada práctica médica), tanto formal como informal.

- Y las formas de interpretar los problemas de salud colectiva, es decir, los modelos conceptuales vigentes.

Es por esto que no podemos tratar de establecer un diagnóstico situacional de los RHS en el país y mucho menos proyectar las necesidades en este sentido, sin explicar el marco general de inserción de esta problemática y las mediaciones existentes entre este proceso particular y los procesos generales de nuestra sociedad.

La Sociedad Dominicana se encuentra sumida desde hace más de una década en una depresión económica que se ha venido profundizando desde 1984, generando crisis económicas que han devenido en crisis social e incluso, han llegado a transformarse en crisis políticas.

Ceara⁸ identifica cuatro factores que combinados han dado origen al surgimiento de la crisis y que citamos a continuación:

- a) *Factores de orden estructural asociados al carácter de economía sub-desarrollada y que por sí solos son causantes de crisis.*

- b) *Factores vinculados al inadecuado manejo de la política económica durante el período 1968-1977 y cuyo resultado principal fue un rápido crecimiento que endogenizó algunas causas de la crisis, independizando la fase depresiva del ciclo económico de la situación internacional.*

- c) *Factores vinculados a la situación internacional que han provocado una crisis de inserción de la Economía Dominicana a la economía mundial.*

- d) *Por último, la política de ajuste recesivo (a partir de 1982) agudiza la situación de las actividades productivas porque deflaciona la economía y mejora la rentabilidad relativa de las actividades financieras.*

A estas consideraciones se le agrega la conformación de nuestra actual estructura de poder, la lucha de clases y la correlación de fuerzas que condicionan las modalidades de intervención económica del Estado, así como la situación generada por las negociaciones con el FMI, a raíz de las cuales, el propósito fundamental de las políticas económicas del Estado se ha orientado al pago de la deuda externa.

Para garantizar el pago de dicha deuda el Estado Dominicano ha venido utilizando diferentes mecanismos, dentro de los cuales cabe destacar, por las repercusiones inmediatas que ocasiona, la reducción del gasto público, sobre todo en los renglones de educación, salud y transporte, verificándose una disminución del gasto per capita.⁹ Contradictoriamente, se ha verificado un notable aumento del medio circulante que ha profundizado la crisis magnificando el proceso inflacionario.

Los niveles de desempleo han aumentado y el crecimiento de la fuerza de trabajo (que se estima en 90,000 cada año) sobrepasa a la capacidad de absorción del sistema productivo (estimada en 30,000 empleos/año) según datos reportados por el IEPD.¹⁰

A pesar de haberse producido un aumento del salario mínimo en términos absolutos, lo cierto es que el salario real, medido por el poder adquisitivo, ha experimentado un marcado descenso. De igual forma se ha observado una tendencia descendente de la proporción de salarios de las ventas industriales.¹¹

En relación al sector salud es importante destacar que en el 1983 el gasto percapita era de RD\$16.86 (US\$10.73) y en el 1986 RD\$12.99 (US\$4.48), de lo que deriva que éste ha disminuido en un 58%, lo cual resulta alarmante.

Todo lo señalado, unido a una gran deficiencia de servicios básicos (agua, luz y transporte), conlleva a considerar que se ha producido un marcado deterioro de la calidad de vida de los dominicanos en la última década, que se profundiza en los últimos tres años y que se manifiesta en su estado de salud.

El comportamiento de algunos indicadores tradicionales que tratan de medir el estado de salud de la población es el mejor ejemplo, así para el 1986, CONAPOFA y el CELADE reportan una tasa de mortalidad infantil de 75 por mil, sin embargo, esta tasa no se distribuye homogéneamente en toda la población, existiendo diferencias según regiones de salud, zona (urbana y rural) y ubicación social. De tal suerte que en los grupos económicos bajos se reporta una tasa de 83 por mil, y en los grupos económicos altos de 21 por mil.

El porcentaje de niños hospitalizados por desnutrición en el H.R.R.C. disminuyó entre 1977 al 1986, sin embargo aumentaron los casos graves de desnutrición; el mismo comportamiento se observó en la consulta externa.

Del 1977 al 1986 se duplicó la cantidad de niños de bajo peso al nacer (de 6.2% al 14.3%).

La situación de la desnutrición tiene grandes repercusiones en las posibilidades de supervivencia de nuestros niños, ya que el CENISMI reporta que en dicho centro asistencial 12 de cada 13 casos de muerte por diarrea eran desnutridos y que el 67% de los fallecidos por neumonía eran desnutridos.

En un estudio realizado en la M.N.S.A., se observó un aumento en la proporción de prematuros dentro de los niños de bajo peso al nacer y la mortalidad materna muestra una tendencia ascendente, siendo de 15 por mil en 1981 y de 22 por mil en 1985. En cuanto a las causas de muerte, la prematuridad ocupa el primer lugar al interior de todos los grupos de edades de los menores de 14 años (CENISMI, febrero 1987), en segundo lugar está la sepsis y en tercer lugar los estados mal definidos.

En el grupo de los pre-escolares (1-4 años), las principales causas de mortalidad son los estados mal definidos, desnutrición, sepsis, neumonía y enfermedad diarreica aguda (CENISMI, febrero 1987).

Como hemos expresado antes, la carencia de un sistema adecuado de información en salud, limita mucho las posibilidades de análisis de los procesos mórbidos en la población, sin embargo la situación anterior de estos indicadores, con todas las deficiencias que puedan tener, nos orientan a ubicar que existen diferentes perfiles de salud en la población y que lo que predomina, se corresponde con un perfil producto del deterioro progresivo de la calidad de vida de nuestro pueblo. Dentro de todo este contexto, nos encontramos con un sector salud fragmentado, incapaz de dar respuesta a los problemas de salud colectivos.

A nivel del subsector estatal, que es el responsable de brindar asistencia al 80% de la población y de velar que el 100% tenga acceso equitativo a la salud, podemos observar mediante las acciones de salud implementadas en las dos últimas décadas, cambios de estrategias que impiden la continuidad de procesos previamente establecidos y cuya génesis se encuentra en una priorización de los intereses particulares del grupo de poder en el sector, sin tomar en cuenta las verdaderas necesidades de salud de la población.

Esto es lo que explica el divorcio entre el discurso de SPT-2000 y APS que vienen enarbolando las distintas autoridades de salud y las estrategias llevadas a cabo, por lo cual no podemos apreciar los avances de la República Dominicana hacia la referida meta.

III. Los RHS y sus Categorías de Análisis

En la investigación de los RHS constituyen categorías centrales la oferta, la demanda y la interacción oferta demanda, en cuyo marco queda comprendido el estudio de la Producción, Distribución y Utilización de dichos recursos.

El abordaje de la Producción de RHS se realiza principalmente mediante el análisis del Proceso de Educación en Salud Institucional o Formal, es decir, al través de la forma de transmisión del saber en salud, su dinámica y las

relaciones de enseñanza, de cuya interacción (socialmente determinada) surge un producto con un perfil profesional caracterizado por la calidad y cantidad de los conocimientos, actitudes y destrezas adquiridos durante la enseñanza.

La Distribución está referida esencialmente al esparcimiento espacial-geográfico de los RHS, al tipo de cantidad existente y al subsector de salud en que estén brindando su servicio; finalmente, la utilización se refiere a la relación entre los RHS empleados por el subsector público y los disponibles.

Las categorías de análisis descritas fueron ubicadas dentro de un análisis estratégico del sector. En este sentido, un elemento esencial para las mediaciones entre el proceso general y el particular lo constituyó el análisis de la Integración Docente-Asistencial, la cual consideramos es un reflejo directo del contenido de las propuestas políticas de los grupos dirigentes de nuestra sociedad.

IV. Análisis y Discusión

Hacia el 1965, en nuestro país sólo existía una universidad que impartía enseñanza en salud; a partir de este año, como fruto de la consolidación del sistema capitalista puesta a nuestro país por la Intervención Norteamericana, comienzan a proliferar universidades privadas, existiendo para el 1983 alrededor de 15 centros ofertando las carreras tradicionales de medicina, bioanálisis, odontología, enfermería y farmacia.

Para el año 1983, el 63.1% del total de matrículas existentes en todas las universidades (22,094) le correspondía a medicina, ocupando bioanálisis el segundo lugar con un 18.9%; a partir de 1980 se observó una tendencia a la disminución de la matriculación en medicina producto de la grave crisis del sistema hospitalario y el alto desempleo de los egresados para esa época, tendencia que se ha mantenido constante sobre todo para la universidad estatal, pero que ha sido compensada con el incremento de la matriculación de las demás carreras en particular odontología, bioanálisis y enfermería.

Cabe señalar que sólo a partir del 1979 que aparecen programas de formación alternativos, como la licenciatura en nutrición y programa de Educadores en salud que oferta la Universidad Central del Este (UCE), programa de terapia física del INTEC y el programa de educadores en salud de UTESA.

La estructura curricular de la mayor parte de las carreras y en prácticamente todas las universidades del país se caracteriza por seguir una lógica formal, organizando los contenidos de lo general a lo particular, de lo normal a lo patológico y de lo sindrómico a lo nosográfico; es decir, de lo preclínico a lo clínico, la cual se fundamenta en el modelo flexneriano, en el que las asignaturas

y sus contenidos no se corresponden con las reales necesidades de la población. La única excepción está en la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM), cuyos currícula son modulares e integradores; pero, su aplicación real adolece de múltiples problemas ya señalados por Breilh.¹²

El objeto de estudio de todos los currícula lo es la enfermedad, en base a un enfoque biologicista e individual, negando la calidad de proceso del fenómeno y negando su determinación histórica y social; todo lo anterior queda reflejado en el mínimo peso específico que tienen la epidemiología y materias afines (preventiva, metodología científica de investigación, etc.) dentro de ellos, la cual es menor al 5% del crédito total en las carreras que existe (fundamentalmente la medicina) y en éstas tiene un origen marcadamente foráneo ya que los docentes, en términos generales, se han formado en el exterior y se encuentran desvinculados de la actividad de investigación; además, las fuentes bibliográficas son casi exclusivamente foráneas.

Las universidades no constituyen Centros reales de generación de conocimientos, siendo notorio que esta actividad esté limitada, casi exclusivamente, a la realización de las tesis de grado, cuando existe, y el que casi la totalidad de las investigaciones generan conocimientos que constituyen réplicas de los foráneos y que por lo general no atañen a las necesidades reales de desarrollo de un cuerpo propio de conocimientos que permitan abordar y transformar el proceso de salud-enfermedad de nuestro país.

La transmisión del conocimiento es fundamentalmente pasiva y se produce mayormente en el aula; las prácticas, cuyo peso es muy limitado, se convierten generalmente en meras demostraciones y el trabajo hospitalario, con mayor peso en las etapas últimas de la carrera, es el único contacto con el fenómeno de salud-enfermedad, en un estadio tan particular que impide la aplicación de todo conocimiento que no sea esencialmente clínico.

Estas condiciones tienen su expresión lógica en la formación de un personal con un cuerpo desintegrado de conocimientos, cuya orientación es esencialmente clínica-biologicista, con capacidades técnicas mínimas, fundamentalmente dirigidas al abordaje del proceso salud-enfermedad en estadio terminal y sólo en función de la enfermedad, lo cual, en el mejor de los casos, le permite ejercer resolviendo problemas de poca complejidad y responsabilidad, requiriendo de estudios ulteriores (especialización) para poder estar en capacidad de competir en el mercado.

En adición a lo anterior, está el hecho de que todas las universidades forman personal siguiendo esencialmente criterios económicos y/o en base a la demanda de los matriculados; o esa, no existe una determinación efectiva de cuáles son los RHS que requiere el país a la luz de las políticas nacionales de salud y el perfil de salud de nuestra población. En consecuencia, el recurso for-

mado no se corresponde ni en cantidad ni en calidad, con las necesidades de SPT-2000, incoherencia que no resulta casual, sino que es resultante lógica del modelo de práctica médica favorecido por el sistema: la práctica clínica, individual y privada, por su carácter netamente economicista, en donde la salud es una mercancía más que se compra en el mercado y la atención en salud es un área más para la realización del capital.

En cuanto a la oferta de RHS, nos encontramos que entre 1974 y 1982 se experimentó en el sector público un crecimiento extraordinario de los mismos, algo menos de un 200%,¹³ sin embargo existen enormes diferencias entre este sector y el privado, tanto en la oferta como en la distribución de los distintos tipos de RHS. Los médicos del sector privado exceden en 345 los del sector público, sin embargo éste cuenta con más del doble de enfermeras que el sector privado.

Este marcado crecimiento está determinado en parte, por el incentivo hacia la producción de RHS en toda la América Latina y por el proceso de crecimiento de la educación superior en la República Dominicana, sobre todo con el rápido incremento de universidades privadas; agregándose a todo el ensanchamiento de la economía dominicana y la formación de un nuevo bloque de clases durante el período de los 12 años de Balaguer, lo cual propiciaría las condiciones fundamentales para el crecimiento de los centros privados de atención en salud, el crecimiento de las instituciones sin fines de lucro y la ampliación del I.D.S.S. Acorde con el estudio Población y Salud del IEPD, la mayor cantidad de los RHS corresponde a los auxiliares de enfermería, luego tenemos el grupo de médicos, las enfermeras graduadas y finalmente los odontólogos.

Existe una extraordinaria desproporción entre la relación de RHS/habitantes existentes entre los subsectores público y privado, lo que contrasta de manera significativa con las posibilidades de avanzar hacia SPT-2000, y aun al interior del mismo subsector estatal (SESPAS/IDSS), se verifican marcadas diferencias, evidenciándose una inadecuada distribución de los RHS.

Al interior de la SESPAS nos encontramos con una distribución desigual por regiones de salud, ya que más del 50% de los RHS del Subsector se encuentran concentrados en las regiones 0 y I,¹⁴ distribución que se mantiene según el tipo de recurso.

Es notable la escasa cantidad de RHS existentes en la SESPAS en áreas tan importantes para la implementación de la APS como es la de educadores para la salud, psicólogos, nutricionistas, dietistas y estadígrafos, de los cuales es importante destacar el caso de los educadores para la salud y los trabajadores sociales, recursos indispensables en la implementación de la mencionada

estrategia, cuya razón por 100,000 habitantes es de 2.48 y 1.41 respectivamente en las zonas donde más existen.

Integración Docencia Servicio (IDA):

Un Reflejo de los Avances Hacia la Meta SPT2000

En la República Dominicana la IDA ha sido considerada como una necesidad para la formación y capacitación de los RHS por un lado y por otro ha sido utilizada como un mecanismo de ahorro de gastos en salud mediante el uso intensivo de una fuerza de trabajo (FTS) barata i.e. médicos internos y residentes.

Son limitadas las expresiones de IDA que existen en nuestras universidades, pueden mencionarse los grupos extramurales y la labor comunitaria de la Escuela de Odontología de la UASD; la denominada pasantía rural en INTEC, los consultorios de la PUCMM en los barrios de Pekín y Cienfuegos en el municipio de Santiago y en el municipio de Navarrete. Así mismo la UNIBE ha establecido consultorios en la Capital para asistencia médica y odontológica, igual sucede con la UCE; sin embargo, salvo algunas excepciones los intentos de IDA, en particular aquellos que han pretendido ejecutarse con participación comunitaria, se han quedado cortos en dos aspectos fundamentales: la ausencia de la investigación como herramienta básica de la IDA y la deformación de la participación comunitaria, reduciéndose ésta a una modalidad pasiva, esencialmente ejecutora de acciones concebidas y programadas al margen de la comunidad.

V. Algunas Consideraciones para la Discusión

Después de haber analizado la situación actual de los RHS en la República Dominicana tratando de identificar sus determinantes, consideramos que se hace impostergable la creación y puesta en marcha de un programa de desarrollo de RHS que responda a nuestras necesidades en miras del avance hacia SPT-2000, mediante la APS como estrategia. Dicha propuesta deberá tener en cuenta que la aplicación de la Atención Primaria en Salud para el logro de SPT-2000 implica una redistribución de poder en el sector, por lo que, nuestras propuestas llevan implícitos los ajustes necesarios que deberán producirse al interior del mismo, así como la dirección en que deberá darse esa redistribución del poder.

Como elementos a considerar en un programa de formación y desarrollo de RHS destacamos los siguientes:

1. Reorientación del tipo de profesional: a nivel de pregrado se requiere dar paso a la incorporación de profesionales en áreas vitales para el desarro-

llo de la estrategia de APS tales como psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos y comunicadores sociales con mención en salud, así como trabajadores comunitarios, educadores par la salud, nutricionistas, técnicos medios en salud, etc.; en el nivel de post-grado consideramos que debe promoverse la formación de maestros en salud pública, epidemiólogos, administradores de salud, salud ocupacional, salud pública, veterinaria, etc.

2. Reorientación curricular: se hace necesario cambiar los contenidos actuales para dar paso a un curriculum orientado por la investigación como eje integrador y facilitador de la comprensión de nuestra realidad de salud y que le de mayor peso específico a la epidemiología, la prevención, así como a la comprensión de la participación de la población en la resolución de sus problemas de salud.

3. Práctica en Salud: se impone una redistribución del personal existente para elevar la productividad y la equidad de los servicios, así como la definición por parte de las autoridades competentes (SESPAS) del tipo, cantidad y calidad del RHS necesario para asumir coherentemente la APS, de manera que pueda coordinar su formación y/o capacitación con las instituciones formadoras; el recurso ya formado deberá ser fortalecido con programas de educación permanente, especialmente los pasantes, enfermeras, promotores de salud, epidemiólogos, técnicos medios en salud y administradores de salud, dada su importancia en la implementación de la APS. Finalmente, toda la reorientación del servicio deberá realizarse en función de la estrategia de APS y las autoridades del sector deberán brindar los medios necesarios para la aplicación de dicha estrategia.

4. Fortalecimiento de la Integración Docente Asistencial: toda vez que este aspecto es una resultante cualitativa del modo de articularse los dos procesos anteriores, constituye un indicador fidedigno de los avances hacia SPT-2000k, ya que el grado de IDA está determinado por la correlación de fuerzas del sector, donde los grupos que detentan el poder se opondrán a su desarrollo toda vez que identifiquen en ella su potencial estratégico para la redistribución del poder técnico que se encuentra implícito en la APS; además, en términos del proceso enseñanza-aprendizaje la IDA, a través de la investigación será un reflejo del incremento del potencial transformador del RHS en formación, posibilitando una reconceptualización del proceso salud-enfermedad desde una dimensión colectiva.

5. Fomento de una Auténtica Participación: Comunitaria en Salud: dado que la participación es una actividad política que implica el ejercicio del poder, constituye también un indicador fidedigno del progreso hacia la meta SPT-2000i; su presencia evidenciará el proceso de democratización del poder en

salud, el cual como es lógico, será obstaculizado con miras a preservar la estructura de poder actual.

Como mecanismo para lograr una auténtica participación en salud deberán fortalecerse las organizaciones de lucha para la salud, creando comités populares de salud que puedan integrar en su quehacer, los recursos humanos de la comunidad de manera que se establezca una mediación entre la población y las unidades prestadoras de servicios.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. García, Juan César: "La articulación de la medicina y la educación en la estructura social", *Salud y Política*, UASD, Facultad de Ciencias Médicas, Santo Domingo, Enero 1979.
2. Andrade, Jorge: "Marco conceptual de la educación médica en América Latina. Educación Médica y Salud, 12(1-4), OPS/OMS, Washington.
3. Nogueira, Roberto: "Mercado de trabajo en salud: conceptos y medidas" *Educación Médica y Salud*, 20(4), OPS/OMS, Washington, 1987.
4. Troncoso, María del Carmen y cols.: "El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en Argentina" *Educación Médica y Salud*, 20(4), OPS/OMS, Washington, 1987.
5. Quezada, Tirsis: "Recursos humanos en salud en cinco países de América Latina: situación actual y análisis de sus indicadores". Proyecto "Prospectiva Tecnológica para América Latina", UNU-Unicamp-Cendes, Caracas, 1987.
6. Díaz Solís, María: Recursos humanos en salud. Estudio sobre la relación oferta-demanda en la República Dominicana, 1979-1989". Colección SESPAS, Santo Domingo, República Dominicana, 1985.
7. Borrel, Rosa María: "Programas de integración docente-asistencial", Colección SESPAS, Santo Domingo, República Dominicana, 1985.
8. Ceara, Miguel: "Algunos impactos sociales de la crisis económica 1980-1986, Santo Domingo, República Dominicana, INTEC, 1987.
9. Idem.
10. Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD): *Población y Salud en la República Dominicana*, Estudio No. 5, Santo Domingo, República Dominicana, 1986.
11. Ceara, Miguel, op. cit.

12. Breilh, Jaime; Laurell, Asa Cristina: "Enseñanza y usos de la Epidemiología". Colección SESPAS, Santo Domingo, República Dominicana, 1982.
13. IEPD, *op. cit.*
14. Díaz Solís, María, *op. cit.*