

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)

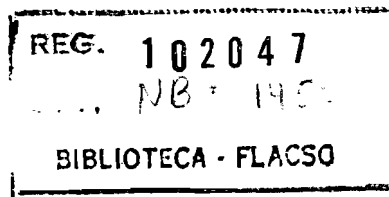
FLACSO/Programa República Dominicana
Apartado Postal 332-9
Santo Domingo, República Dominicana
Teléfono/Fax: (809) 541-11-62

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

XVI

Salud y participación comunitaria

*Dr. Onofre Rojas**

1. El sistema dominicano de salud y la participación comunitaria

1.1. Me parece que la primera cuestión a definir es el propio concepto de participación comunitaria. Cuando hablamos de participación de la comunidad nos referimos a la acción de colaboración que prestan los moradores de un barrio, de una sección o de un paraje para la construcción de una determinada obra.

Estamos pensando en la mano de obra "comunitaria" gratis para la construcción de un pequeño acueducto, en la integración de voluntarios para una jornada de vacunación, en la limpieza, canalización y encanche de una zanja teniendo como estímulo los alimentos del PMS; o además de lo ya señalado estamos pensando en otras cosas.

Cuando hablo de participación comunitaria estoy pensando en un concepto mucho más integral que implica no sólo la participación en la fase de ejecución de obras comunitarias, sino que también los diferentes actores comunitarios tienen que tomar parte en la generación de las decisiones, en la planificación de las acciones, pero también en la evaluación y el control.

Pero esta dinámica de la participación comunitaria no puede ser limitada a los sectores que habitan los barrios marginales de las grandes ciudades, o los parajes

rurales más apartados y dispersos. Esa es la concepción de la participación comunitaria que se corresponde con el manejo tradicional de la estrategia de Atención Primaria en Salud, que tradicionalmente ha sido vista como atención en el primer nivel de atención y en las zonas rurales dispersas; es lo que Mario Testa ha definido como Atención Primitiva, antes que atención primaria.

La participación comunitaria debe ser vista más en el sentido de la activa participación de los diferentes sectores sociales. Y en ese sentido se debe pensar más en la idea de la participación social.

De tal suerte que no piense en que participación comunitaria simplemente la integración de los sectores más empobrecidos de una determinada unidad geográfica y poblacional como fuerza de trabajo voluntaria, sino que se entiende la participación de los diferentes actores y representantes sociales en el proceso de toma de decisiones y de construcción de alternativas a los problemas más acuciantes de la propia comunidad.

1.2. Un punto que me parece fundamental al momento de discutir toda la cuestión de la participación comunitaria es la dinámica descentralización versus centralización. En medio de la realidad organizacional del sistema de salud dominicano es muy difícil, por no decir imposible, abordar la cuestión

* Médico Salubrista. Catedrático de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) e Investigador del Centro de Investigación y Promoción Social (CIPROS).

de la participación comunitaria, sin fijar claramente las transformaciones necesarias en la organización del Estado dominicano a fin de que la participación pueda concretarse en una verdadera y significativa realidad y no en un mito que solamente aparece en las grandes declaraciones y en los manuales de los organismos de cooperación técnica internacional y en el discurso de las ONGs.

En muchos países, pero en el nuestro de manera especial, se ha pretendido entrar en la moda de la descentralización delegando responsabilidades y atribuciones en mecanismos jerárquicos menores, pero sin que estos cuenten con los recursos necesarios para cumplir con las nuevas funciones.

La descentralización no debe ser vista como un mecanismo de repartición de la crisis, sino como una estrategia que permite potencializar los recursos, obtener mejores resultados y ampliar el horizonte de la democracia en la República Dominicana.

Este planteo conduce a un escenario nacional, que aparentemente es de gran aceptación: me refiero a toda la cuestión de las reformas, y especialmente las que tienen que ver con el orden político. De tal manera que las organizaciones sociales y la sociedad civil en su conjunto puedan tener canales adecuados de expresión real e institucional.

Al respecto deben plantearse todo un conjunto de cuestionamientos alrededor del actual sistema de representación en el orden congresional y municipal, así como en los relativo a las gobernaciones provinciales.

No pretendemos, en lo absoluto, adentrarnos en consideraciones particulares, pero lo que es definitivamente cierto es que se requiere de una transformación profunda de las formas de representación, las cuales deben expresarse de manera muy concreta en el sector salud, y más específicamente a través de los planteamientos que se han venido realizando

alrededor de los llamados sistemas provinciales de salud (SPSO o sistemas áreas de salud (SAS) como llaman otros.

La realidad es que se requiere de canales de expresión que permitan que la participación social en salud deje de ser un mero discurso y se convierta en una realidad necesaria a la transformación del sistema de salud actual, el cual no responde a las necesidades, a los problemas y las expectativas de salud de una población que requiere de mayor atención.

1.3. La participación y el sistema de salud

La problemática y los obstáculos que se encuentran en la participación comunitaria en relación al sistema de salud, es una problemática más amplia que puede ser referida a la cuestión de la organización del estado dominicano.

Tal y como señalamos anteriormente en relación a la descentralización en salud, en que es muy difícil verla al margen de la descentralización política en un sentido más amplio. Los obstáculos que encontramos en el sector salud son parte de los obstáculos que plantea al desarrollo de la participación un sistema que se ha caracterizado por ser más paternal que autogestionario, de ser más centralizado que descentralizado, de ser más individual que colectivo.

Es por ello que en el sector salud nos encontramos con los dos obstáculos, que a mi juicio son las murallas de contención más poderosas que se erigen en contra de la democracia y la participación.

Me refiero al **autoritarismo** ancestral que ha caracterizado nuestra historia y la **corrupción** que hoy prevalece, pero que también proviene de bastante tiempo atrás.

Es por esta razón que reformas fundamentales que se requieren en el sector no pueden ser hechas al margen de reformas más generales en la sociedad y en su sistema político.

1.4. Otro obstáculo importante a la participación es la desarticulación del sistema de salud,

lo que hace que incluso no exista un sistema como tal, sino un sector parcelado en subsectores que actúan autónomamente; no en una lógica de descentralización y de búsqueda de mayor eficacia y eficiencia, sino como un mecanismo anárquico que cada día más nuestra obsolescencia e incapacidad para responder a las necesidades de salud de la población.

La desarticulación del sistema y la incorporación intrasectorial se constituyen en un importante obstáculo a la participación comunitaria. No existen poblaciones de referencia claramente establecidas y por tanto aparecen importantes acciones duplicadas sin una clara responsabilidad del subsector y por tanto eso se constituye en confusión para los roles de diferentes actores.

Si no existe una coordinación y una articulación intrasectorial, la situación se presenta difícil en el ámbito intersectorial. Es en la coordinación y conjugación de esfuerzos entre los sectores en donde cobra mayor fuerza y eficacia la acción de la participación comunitaria.

1.5. El esquema de organización del SECTOR SALUD en República Dominicana es esencialmente biomédico, lo que se traduce en que las prácticas en salud son principalmente de tipo curativas, y por tanto su campo de acción esencial es el paciente, visto como individuo, y no la acción comunitaria.

Por tanto ese es un obstáculo fundamental para la participación, puesto que es en el terreno de las prácticas curativas en donde menos capacidad de participación tienen las colectividades, en la medida en que los sistemas biomedializados fundamentan su quehacer en el ejercicio y el poder individual del médico sobre el paciente.

Aunque de manera creciente cobran vigencia las acciones en el campo de la prevención y la promoción de la salud las labores de atención médica siguen constituyendo las de mayor importancia en

la República Dominicana. En donde este planteamiento cobra su pleno valor es cuando nos adentramos en la financiación de la salud y la inversión destinada a los diferentes renglones. La SESPAS y el IDSS asignan la mayor parte de su presupuesto a las actividades de atención médica directa.

Aunque la participación de la comunidad en las acciones de atención médica son menos importantes, pero esto no quiere decir que no sea posible y que sean carentes de valor. En muchos modelos se han experimentado formas de participación sumamente interesantes, a través de comités hospitalarios, patronatos, etc. En el caso de la República Dominicana la experiencia más importante son los comités de salud de las clínicas rurales.

Estas entidades pueden coadyuvar enormemente a que la propia atención médica responda más adecuadamente a las necesidades de atención de las propias comunidades y no a los intereses particulares del equipo de salud.

1.6. Cuando señalamos que la experiencia de la participación en el sistema de atención médica de la República Dominicana está circunscrita a las clínicas rurales, esto se debe a que la atención primaria en el país ha sido conceptualizada y puesta en práctica con el sinónimo de salud rural.

De tal manera que en la realidad ha existido una confusión que identifica la atención primaria en salud, como la atención en el primer nivel, pero limitada aún más al medio rural. El eje esencial de toda la estrategia de atención primaria en salud es el que se refiere a la participación de la comunidad en la resolución de los principales problemas de salud que afectan a los diferentes grupos poblacionales.

Al ser limitada la estrategia a un primer nivel de atención y en las zonas rurales, esto ha traído como consecuencia que la APS sea vista como atención rudimentaria, primitiva y carente por tanto de "cientificidad".

Y es que debemos puntualizar que en general no ha existido una verdadera voluntad política y un compromiso de los sucesivos gobiernos de asumir a plenitud la estrategia de APS que desde finales de la década de los 70 fue aprobada como la fórmula más adecuada para alcanzar las metas de salud para todos en el año 2000. Esas metas y esa estrategia es mucho más amplia y compleja que la tensión de las clínicas rurales y que la instalación de un sistema de promotores de salud. Las metas de acceso universal a los servicios de salud, inmunización para un 100% de los menores de 5 años y de las embarazadas, atención y cuidado al 100% de las embarazadas, agua potable para el 100% de la población constituyen metas sociales que requieren de acciones de mayor envergadura y de una clara orientación.

La estrategia de atención primaria implica descentralización implica intersectorialidad y por tanto concertación de recursos, implica participación real. La atención primaria no es simplemente la atención que se brinda en una clínica rural. Ese es un simple eslabón dentro de una cadena mucho más larga, que no se limita a la atención en el medio rural, sino que la atención primaria también es urbana. Es una estrategia que no se limita al primer nivel de atención, sino que también puede ubicarse en otros niveles del sistema de servicios de salud.

Al mismo tiempo que la APS es una estrategia fundamentada esencialmente en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. Por tanto, tiene un alcance mucho más amplio que el que se desprende de las acciones de atención médica y en donde es crucial la acción consciente de la comunidad en la búsqueda de alternativas reales y viables a los problemas de salud de la colectividad.

- 1.7. En el país se están abordando todo un conjunto de propuestas relativas al sector salud, las cuales merecen ser comentadas, aún sea de manera muy rápida, para

observar que cada una de ellas plantea la cuestión de la participación.

La primera de esas propuestas es la que elaboró la Comisión Nacional de Salud creada por decreto presidencial en agosto de 1991 con la finalidad de hacer una propuesta a la presidencia de la República sobre las reformas necesarias en el Sistema Público de Servicios de Salud. Dicha comisión concluyó su informe en octubre del mismo año y puede ser considerado este como uno de los documentos más importantes y valiosos de la historia de la salud pública de la República Dominicana. En dicho informe uno de los planteamientos centrales es la crítica a la pobre utilización de la estrategia de atención primaria en salud y su recuperación negativa en los resultados nacionales con respecto a indicadores fundamentales en los que el país pudiese tener una mejoría más significativa.

Como consecuencia de lo anterior es que se hace el planteo de recuperar la APS como estrategia válida y que permitiría obtener avances significativos en el bienestar colectivo. Como parte de dicha propuesta ya se contempla la necesidad de impulsar los llamados sistemas provinciales de salud como una alternativa a probar para el desarrollo de la salud pública en la República Dominicana.

De igual modo la Comisión Nacional de Salud hace un conjunto de propuestas que buscan una estrecha coordinación intra e intersectorial, así como propuestas muy claras que se orientan hacia la descentralización del poder en el sector. De manera que como propuesta de una comisión oficial, en la que además del ministro de salud, el director del IDSS, el director de los servicios de salud de las F.F.A.A. y el sector privado; también participaron los sectores de las principales universidades del país, la Asociación Médica Dominicana y una comisión de técnicos nacionales e internacionales. Es importante que en un documento de esa naturaleza se hayan plasmado elementos que contribuyen al

proceso de descentralización y de participación.

La otra gran propuesta es la conocida como el PROYECTO DE MODERNIZACION DEL SECTOR SALUD, la cual se elaboró a instancia de la SESPAS y con el apoyo del PNUD con la finalidad de seguir los lineamientos ya trazados por la comisión nacional de salud y hacer una propuesta mucho más operativa en relación a los cambios que se requieren en el sector salud en República Dominicana.

En los acápites de ORGANIZACION DEL SECTOR y en el de ATENCION A LAS PERSONAS es que en el PROYECTO DE MODERNIZACION DEL SECTOR SALUD se hacen referencias más claras a la descentralización y participación comunitaria. Estas propuestas llegan a un nivel de concreción al que no podían llegar las de la comisión nacional de salud, ya que no era ese su objeto de trabajo.

Pienso que también es un paso de avance, que por lo menos en el plano de las propuestas, se recojan los puntos de vista relativos a la necesidad de la participación comunitaria y la descentralización como aspectos importantes para las necesarias e impostergables reformas que requiere el sector salud en la República Dominicana. Otra propuesta que está sobre el tapete, y aunque desconozco su contenido, son las propuestas de reformas a la seguridad social. Sería necesario conocer de sus alcances, así como las propuestas específicas que se realizan para lo que sería la participación de los trabajadores en un marco de propuestas como las señaladas.

Finalmente, quisiera destacar que se encuentra en marcha la elaboración de una propuesta para lo que sería un plan nacional de alimentación y nutrición, en la que de alguna manera, ya se aborda la necesidad de participación de diferentes actores, tanto en la elaboración, como la puesta en marcha de medidas tendentes a considerar la seguridad alimentaria a nivel local. Esta es una propuesta que está en construcción y que sería necesario esperar

los resultados finales del grupo de trabajo, así como las propuestas de los diferentes actores vinculados a la problemática alimentaria y nutricional.

2. Formación profesional y salud comunitaria

2.1. Lo primero sería partir de un hecho cierto, y es que la formación de los profesionales en salud responde a las necesidades del sistema en que se forman los recursos humanos en salud (RHS). De tal manera que contrario a los que muchos piensan el sistema de salud ejerce una acción de determinación sobre los recursos humanos, y estos a su vez ejercen una acción de condicionamiento sobre dicho sistema. Esa relación se expresaría como se ve en el siguiente diagrama.



2.2. Como ya hemos señalado el sistema de salud del país responde a un modelo biomédico y por tanto la formación de profesionales del sector responde, en su esencia a ese modelo. De ahí que se presente una contradicción permanente entre el discurso de avanzada de la universidad y su realidad práctica en materia de formación de recursos humanos.

2.3. En general comparto los criterios de Miguel Suazo con relación al concepto de comunidad. De acuerdo también en que la masificación de la enseñanza y la esperanza de adquirir un título para el cambio de status social era un simple espejo, ya que era la extracción social de la élites lo que daba el status y no precisamente el título. Sin embargo, es necesario apuntar que el incremento de las matrículas universitarias produjo un incremento en la oferta de profesionales, lo que a su vez se traduce en una desvalorización de la fuerza de trabajo en salud.

2.4. Me parece muy acertada la crítica al modelo universitario que consideró las llamadas actividades extramurales como mecanismos de promoción de la participación comunitaria. Estas acciones de “extensión” o “extramurales” evidencian el reconocimiento de la propia Universidad de que ella está dividida de la comunidad por un muro o que necesita extenderse hacia los sectores populares.

2.5. Me parece muy importante el planteamiento relacionado con que las comunidades han buscado sus propias formas de organización y como parte de ese juicio destaca la participación de las comunidades eclesiales de base en la forjación de esas formas organizativas. Sin embargo, es preciso agregar que se han producido múltiples distorsiones por parte de partidos, de ONGs e incluso de las propias iglesias con respecto al desarrollo autónomo de organizaciones comunitarias. En algunos casos esto se ha manifestado por el interés de controlar la dirección de un determinado movimiento o mediante la pérdida de identidad por parte de líderes comunitarios, los cuales muchas veces pasan de formar parte del cuerpo de las ONGs y en vez que líderes

comunitarios son asalariados de estas organizaciones.

2.6. No me siento tan convencido en relación a los cambios que Miguel Suazo considera que expresan “una nueva etapa en la formación de recursos humanos” y que se expresaría en:

Forma novedosa del equipo de salud.

- Que la comunidad sería la cabeza del proceso.

- Reorientación curricular. 2.7.

- Formación y utilización de recursos humanos empíricos.

2.7. Formación profesional y salud comunitaria. La situación del propio personal docente es una de las problemáticas y obstáculos más importantes. La calidad profesional se deteriora de manera creciente, debido entre otras cosas a la incapacidad de las universidades para competir con otros sectores que proporcionan mejores oportunidades al personal calificado.

Me detengo en estos comentarios y paso a exponer algunos criterios que hemos definido para la acción de los recursos humanos en salud en el marco de un sistema provincial de salud.