

SECCION ESPECIAL

LA CALIDAD EN LOS PROCESOS DE FORMACION DEL PERSONAL DE SALUD

Dr. Cesar Mella Mejias

Presentado ante el panel "Promoción de calidad" en el marco del foro centroamericano "El desarrollo de los recursos humanos en la reforma del sector salud". San Jose, Costa Rica, 21-23 de julio 1994

A manera de frases motivadoras

No hay quien dude que la producción de saber requiere el análisis riguroso de las condiciones de esta producción, lo que exige identificar problemas estructurales y enfoques comunes que permitan la comparación.

Además, no es exagerado afirmar que en toda América Latina estas condiciones son en la actualidad simplemente catastróficas, porque se están mezclando problemas y tallas estructurales del pasado (nunca enfrentados ni resueltos) con la actual crisis económica y social, con los retos y exigencias del futuro, lo que a su vez solicita el diseño de una educación superior para el desarrollo de nuestras sociedades.¹⁻²

Universidades sobrepobladas e infradotadas, en la práctica ingobernables, que reciben por lo mismo exiguo apoyo de los gobiernos nacionales, con profesores mal pagados y muchas veces desmoralizados; con estudiantes descontentos y expuestos a un futuro laboral incierto.

Los académicos producen escasamente o lo hacen de manera poco relevante para la sociedad; los cursos que se imparten son obsoletos y aburridos; la vida en Facultad es muchas veces sólo un remedio del trabajo que se supone debe realizar un equipo intelectual.¹⁻³

1.- Síndrome actual de la educación médica.-

Acercándonos al fin del siglo, los últimos

años han sido especialmente convulsos en todo el mundo. Los espacios que ha ganado la lucha social en términos de derechos y democratización, se ha visto obstaculizada en Latinoamérica por una profunda crisis económica que amenaza con calificar de retroceso este decenio, precedido por lo que se denominó la década perdida.

Los signos y síntomas que exhibe la Educación Médica varían de un país a otro, pero podemos ofrecer una pequeña agenda de los mismos:

a) Los cambios económico-sociales, por un lado, y por el otro, el desarrollo de la ciencia y la tecnología, influyen en una creciente institucionalización de las prácticas en salud, provocando una pérdida de la autonomía del médico, afectando a los actores y al proceso de la Educación Médica⁴

b) El mundo de las prácticas en salud se refleja en la Educación, ella a su vez reproduce conocimientos, cultura e ideología que se reflejan en la sociedad.

c) El impacto de los ajustes y las corrientes neoliberales en la educación superior han acentuado el espacio del ejercicio liberal y la superespecialización, haciendo más patente una segmentación en la atención, que a su vez se refleja sobre aspiraciones y motivaciones del personal en formación.

d) Las estrategias ensayadas en los últimos años y expresadas al través de los

planes de estudios (Integración docente asistencial; enseñanza problematizadora; medicina en la comunidad, etc) se ven dificultadas por los exiguos recursos de nuestras universidades y por el poco apoyo de los gobiernos. e) Se estima que más de la mitad de las escuelas médicas son privadas. El carácter empresarial en los fines de estas instituciones formadoras, podría representar a sectores de clases cuyas expectativas del educando y su acción futura no refleje las genuinas necesidades de la población. Por ejemplo la formación de un generalista integral estará destinada a la atención del sector marginal de la población.

f) Como señala el famoso "Documento de Edimburgo"⁵, muchas facultades asumen un bajo compromiso concreto frente a la realidad de salud de la población. Desde las políticas de admisión pasando por la estructura del cuerpo docente, contenidos curriculares, desarrollo científico-técnico, metodologías pedagógicas y alternativas de especialización. Los indicadores de éxito orientan más hacia la aprobación de exámenes de admisión a residencias en el país o en el extranjero que a la respuesta a las cambiantes necesidades y demandas de la sociedad.

g) Mucha validez tienen las observaciones de Frenk y Col.⁶, citados por Block cuando caracterizan la formación del médico de la siguiente manera: a) Se otorga importancia particular al tipo de práctica que se realiza en las instituciones hospitalarias dedicadas a la atención de enfermedades agudas con baja prevalencia; b) se pone el énfasis en la función asistencial dirigida sobre las fases más activas de la enfermedad, relegando a segundo plano aspectos tales como rehabilitación, reinserción, seguimiento de crónicas, etc. c) se privilegia la función curativa ignorando la importancia de la promoción y prevención; d) no se tiene en cuenta los factores psicológicos, sociales y ambientales de la salud/enfermedad, ni se integran eficazmente al currículum los aportes de las ciencias sociales, las ciencias humanas y la epidemiología; e) se acentúan los aspectos memorísticos del aprendizaje, descuidando la capacidad de raciocinio y el desarrollo del criterio clínico para la evaluación de la condición del paciente.⁶

h) En los años 60 se produjeron crisis universitarias donde el movimiento estudiantil luchó contra la política de cupos, por lo general fundamentadas en criterios de excelencia. Ahora, "las puertas abiertas al", expanden centros universitarios en toda la geografía de los países, pero sin reformas, ni desarrollo, con docentes reclutados por una supuesta "vocación", pero sin formación alguna.

El estudiantado latinoamericano, en buena proporción arrastra deficiencias formativas y estructurales que retratan el sistema inestructurado y heterogéneo de la educación primaria y media de procedencia.

Existe un proceso de alineación relativa de los centros formadores que Rodríguez⁷ retrata de forma patética cuando dice que la universidad no puede desconocer aún más sus docentes y educandos, no deben ignorar hacia donde se están dirigiendo sus profesionales. No puede cerrar los ojos a sabiendas que muchos de sus egresados se enfrentarán al subempleo, a la fuga al exterior en la búsqueda de ese mercado de trabajo que ya no es atractivo, a engrosar la legión de frustrados o a la búsqueda de incorporación a un sector privado que a su vez es cada vez más hostil con los procedentes de algunos estratos poco favorecidos. No queremos con esto decir que los estudios se conviertan en instrumentos para restringir ingresos y orientar capacidades hacia campos que no corresponden a las necesidades de la población sino que deben producirse un trabajo de conocimiento generador de propuestas, de intervenciones para la regulación de un mercado en beneficio de la población.

En fin se hace evidente que tanto los usuarios (población, pacientes, etc.); los docentes o profesionales en formación y casi todas las instancias del aparato formador estamos inconformes en diferentes grados con la calidad.

2. ¿De qué Calidad estamos hablando?.-

El término Calidad (Quality) posee más de una docena de significados⁸. Para Juran (1990)⁹ Calidad es Adecuación al uso.

Pero, ¿qué significa calidad cuándo se habla de formación de personal para atender a la salud de la población?

¿Es la escuela de medicina en términos gerenciales y empresariales, una unidad de producción de servicios educacionales?

¿Es la calidad la adecuación fiel y acrítica de la escuela, a las necesidades de elevación del nivel de salud de la población? ¿Es que se trata de evaluar la calidad por el índice

académico de sus postulantes o por el porcentaje de aprobación de los exámenes nacionales y extranjeros de sus egresados, que aspiran a proseguir estudios o a obtener plazas mejor remuneradas?

¿Es la calidad un principio hipocrático de tipo moral, basada en no dañar y siempre hacer

*** UN ENSAYO DE PROPUESTA PARA EL ANALISIS Y DISCUSION SERIA EL SIGUIENTE**

QUE	QUIEN	COMO Y PARA QUE	CUANDO
I) EVALUACION ANIMACION CULTURAL E IDEOLOGIA EN LA INSTITUCION FORMADORA EJ. ESCUELA DE MEDICINA	- La asociación de un consultor externo y uno interno con credibilidad y liderazgo. - Una alternativa puede ser designación de un "comité de calidad"	a) Reconociendo la "no calidad" el centro formador reacciona y decide asumir el discurso: evaluación, calidad total. b) Se aplica una estrategia que permita obtener un diagnóstico global de situación c) Se convocan talleres de "planificación estratégica de calidad"	- Puede tomar de 1 a 2 meses - Esta etapa implica actualizar toda biografía de la institución de enseñanza.
II) DEFINIR METAS CUADRO DE CALIDAD - OBTENER EL COMPROMISO POLITICO (PODER)	Involucra a la alta gerencia (Rectores, Decanos, Directores, etc.)	Se emiten resoluciones de consenso a respetar y aplicar por los estamentos de poder.	3 a 4 meses de aplicación
III) ETAPA DE NEGOCIACION Y MANEJO ESTRATEGICO	Ya el discurso de calidad abarca a todas las instancias	El impacto de las transformaciones y exigencias ha generado resistencia y distorsiones que deben superarse combinando el consenso, el liderazgo y la coherción.	6 meses
- SE CREAN LAS BASES OPERATIVAS PARA APLICAR Y MONITOREAR LA CALIDAD	El "contagio" se verticaliza desde un servidor hasta la alta gerencia.	- En esta etapa debe surgir un nuevo paradigma educativo.	
IV) ETAPA DE CONSOLIDACION, DESARROLLO Y EVALUACION PERMANENTE Y TOTAL DE LA CALIDAD	La totalidad de los actores involucrados en el proceso educativo.	El centro formador consolida sus estándares de calidad para aplicarlos y evaluarlos de forma permanente y creativa, procurando metas cada vez más exigentes de la calidad.	Se inicia a partir del primer año y se supone (permanentemente) la evaluación de la calidad total.

el bien? ¿Es la calidad, poseer determinado porcentaje, en la evaluación, que un sistema externo de acreditación determine en una institución de educación?

Bien, calidad, es en parte eso y mucho más.

Atrapados en el paradigma flexneriano, que no hemos podido superar, todos hemos vivido en estos años la frustración que emana de un producto deficiente. Refiriéndose a la calidad José Silvio¹⁰, plantea, que es la adecuación de un objeto (material o inmaterial) a una norma o modelo ideal, que permite evaluarlo y determinar el grado de adecuación de las características de ese objeto a esa norma. La evaluación resultante nos permite decidir sobre su mala o buena calidad. Cuando decimos que un egresado universitario es de buena calidad, estamos comparando varias de sus características (conocimientos, capacidad para resolver problemas, desempeño profesional, etc.) con el modelo normativo representativo de un egresado de un sistema determinado y situado dentro de un contexto de desempeño concreto, que nos permite clasificarlo como bueno, regular o malo.

Los criterios evaluativos variarán de una disciplina a otra y de uno a otro contexto, posiblemente, pero la aplicación genérica del concepto de calidad y el acto evaluativo mediante el cual se construye nuestro juicio sobre la calidad se mantienen invariables.

3.- ¿Cómo evaluar la calidad?

Los años 60 y 70 se plagaron de evaluaciones de Escuelas, Facultades y Departamentos; generalmente por consultores externos a esa realidad, cuya imagen-objetivos chocaba con realidades locales, que a veces generaban un temor paralizante de iniciativas.

La visión tradicional de la evaluación plantea: que se consigue una mejoría de la calidad, (auditoría convencional basada en parámetros externos), identificando, denominando y castigando el error, a través del desarrollo post-factura de controles que evalúen la conducta médica mediante muestras del universo de atenciones o consultas realizadas. Es dudoso que tales medidas pueden ejercer un efecto re-educativo sobre los médicos.

Toda evaluación de la calidad debe contener:

a) Una idea clara del método, objetivo y la construcción de una imagen objetivo (¿Qué queremos que sea nuestra escuela?)

b) Tener en cuenta la noción de proceso (inicia y no termina nunca...)

c) Basar la evaluación en principios educacionales discutidos y aceptados en el entorno político-cultural (cada país decide las características de su proceso-enseñanza aprendizaje...)

d) Todos los agentes deben estar activamente involucrados. Profesores, empleados

PLANIFICACION ESTRATEGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD (Calculos de b. para influir sobre c., d. y e.)

b. ACTORES, INSTITUCIONES O FUERZAS SOCIALES	c. CAMPO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	d. MODELO PRESTADOR e. SITUACIONES DE SALUD
Ministerios de Salud Seguridad Social. Otros empleados Universidades Otros formadores. Colegas Profesionales Gremios y sindicatos. Estudiantes. Productores e Importadores de tecnologías, etc.	Proceso de formación absorción, empleo, y trabajo, dirigido a producir servicios de salud, y al mismo tiempo recorte socio-poblacional de personas que estudian o trabajan para producir servicios de salud.	Equipamiento social organizado a producir servicios de salud. Situación de salud complejo y proceso biológico y social que solo en parte es consecuencia de c. pero lo legítima.
Incertidumbre, conflicto de intereses, fragmentación, turbulencia y disputa por el control de los mecanismos de influencia, legitimación, exclusión, acreditación, etc.		

de apoyo, estudiantes, etc.)

e) La evaluación debe ser total.

4. - Hacia una promoción de la calidad

¿Qué le falta a mi centro formador de recursos humanos, para ser considerado de calidad?

¿Cuáles criterios de acreditación son validos para cada país?

Promover la calidad implicaría planificar.

Planificar la formación de Recursos Humanos con una visión estratégica está íntimamente ligado al proceso de la educación médica, y el esquema general de Rovere¹¹, nos permite hacer un ejercicio que demuestran la complejidad del sector:

El cuadro anterior permite inferir que la formación con calidad de actores e instituciones deberán influir significativamente en el campo de los Recursos formados, que participando en el modelo prestador influirían favorablemente en la elevación del nivel de salud de la población.

No es fácil promover la calidad partiendo en centros de formación de Recursos Humanos donde el observador común los califica de "mediocres", a partir de cualquier marco elemental de referencia.

Deming señala¹², que en los Estados Unidos se producen al año dos mil millones de acciones médicas, de las cuales 100,000 son desfavorables y se pregunta: ¿a dónde está la causa? y el mismo se responde con las siguientes hipótesis:

- ¿Se debieron a negligencia o incompetencia del médico?

- ¿El paciente no siguió adecuadamente el tratamiento y las instrucciones del médico?

- ¿ Fueron factores propios de la enfermedad, de la institución, del ambiente, y otros que escapan a la intencionalidad del médico y del paciente?

Es posible que lo oculto en el ejemplo anterior no esté en la tecnología o en la pedagogía educativa, ambos componentes fundamentales de la calidad, sino en el factor humano, variable e imprevisible a veces.

Cuidemos de trasladar acriticamente el discurso empresarial que pregona que calidad es vender bien el producto y que éste demuestra ser eficaz y bueno, comprobado por la satisfacción del usuario.

Estamos frente a la aplicación de un

concepto (calidad), con mucha historia en auditorías médicas y en evaluación de calidad de la atención médica en función de resultados esperados a partir de auditorías externas a instituciones; pero la búsqueda profunda de los retos que derivan de mejorar la calidad en el proceso de formación de técnicos y profesionales de la salud, es un campo nuevo.

El término total que se adiciona a calidad puede asustar, sobre todo, en momentos en que los esfuerzos por mejorar la totalidad de las condiciones de existencia del hombre americano encuentra tantas barreras.

El pensamiento médico-social "pone de moda" cada cierto tiempo un término, pero lo relevante de éste, es que todos entendemos que hay que buscarla y elevarla; que el debate sobre calidad debe producir un consenso alrededor de qué es calidad, por ejemplo en la escuela médica latinoamericana, y ahí, echaremos manos a los indicadores del análisis prospectivo; a las diferentes normas de acreditación internacionales de asociaciones y escuelas; estudiaremos satisfacciones e imágenes objetivos de educandos, educadores y universitarios, y llegaremos indudablemente a acercarnos a un punto de excelencia académica que es reclamado por todos, y que no espera más. Se nos acusará de elitistas y la resistencia a cambiar enriquecerá el debate a favor de los criterios de calidad que están llegando a la educación médica.

Reflexiones de cierre de ponencia

Cualquier concepción de calidad de la educación médica debe, prioritariamente, tomar en cuenta a los usuarios, es decir, las necesidades de salud de la población pero...

¿Cuál es la calidad del liderazgo de los educadores médicos de nuestros países?

Si se habló de salud para todos, se suponía que solo algunos la tenían, si se ha evantado el discurso de calidad, es porque indudablemente ella (la calidad), anda muy mal parada en nuestras escuelas.

Para Ferreira¹³, los educadores médicos deben levantar tres preocupaciones:

a) El problema de la calidad y su relación con la equidad.

b) La calidad de la educación médica y los mecanismos de acreditación, y

c) La relación de la crisis de la atención médica y su reflejo en los mecanismos de evaluación de las escuelas médicas, sobre todo, lo relativo a los parámetros externos.

Creo finalmente, que la calidad como desarrollo y crecimiento del personal de salud, acorde con metas sociales definidas y la certidumbre gerencial y humana, de que lo formado será eficaz, es un proceso continuo que demandará una voluntad política del alto mando, que a veces depende de factores extra-instituciones educativas (Gobiernos, ministerios de salud) y de la asignación y utilización racional de recursos económicos y de la existencia de un equipo interdisciplinario, con liderazgo, motivación y adecuadamente remunerado, que garantice permanencia y actualización crítica constante.

ANEXO I *

Gestión tradicional

Calidad es costosa

Basada en el Supervisor

La calidad está en el control

El trabajador es el mayor responsable de los errores

Sobrenormatización del trabajo

El temor y la recompensa son métodos eficaces para motivar

El personal es mercancía: se compra, se vende, se descarta

Culpa a los "proveedores"

Evalúa el éxito por lo logrado (evaluación retrospectiva)

Gestión de calidad

Calidad baja los costos

Basada en el trabajador

La calidad está en la gestión

La organización es la mayor responsable de los errores

* Adaptación de Aguayo, Rafael en El Método Deming. Editorial Javier Vergara S A, Buenos Aires 1993, pag 34-35. (PAHO/HDR/93.02)

Normas flexibles en la organización del trabajo

El temor conduce al desastre y destruye los equipos de trabajo

El personal es capital: se conserva, se desarrolla

Colabora con los proveedores

Se preocupa por su horizonte (evaluación retrospectiva)

ANEXO II *

Lenguaje de la "Calidad Total" y sus dificultades de aplicación lineal o directa a la naturaleza del proceso salud/enfermedad del hombre, objeto de estudio importante en la formación del personal de salud. (Ver cuadro en próxima página).

ANEXO III **

¿CUAL ES LA HISTORIA DE LA CALIDAD TOTAL?

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, tanto los países de Europa como el Japón quedaron con sus economías destruidas. Como los Estados Unidos de América no tuvieron conflicto bélico en su territorio, y como también toda la capacidad productiva de este gran país se utilizó intensamente durante los años de la guerra, el resultado final fue una economía en extremo fortalecida por la presencia de un mundo sediento de todo producto disponible.

Los Estados Unidos de la post-guerra disfrutaron de una economía en franca expansión, donde todo cuanto se producía era vendido sin importar mucho la calidad por la ausencia de competencia. Obviamente, este no era el terreno más fácil para que el mensaje de superación en aspectos de calidad tuviese la acogida que Edwards Deming y Joseph M. Juran hubiesen deseado, cuando comenzaron a predicar los principios de Calidad Total en su propio país.

El adagio de que "nadie es profeta en su propia tierra" fue comprobado una vez más, al

* Tomé algunos principios de Deming, Juran y Crosby y realicé, en versión libre, una especulación reflexiva

** Rodríguez, Nestor. Profesor Maestría Calidad, F. I. A./ UASD

CONSIGNA DE CALIDAD TOTAL	APLICACION AL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD
Cero errores y defectos es una meta absoluta	El margen de error en el diagnóstico y la terapéutica en ciencias de la salud es variable como lo es, el hombre en su dinámica biopsicosocial.
El sistema de la calidad total se basa en el mejoramiento continuo y la prevención.	Los centros formadores pueden mejorar continuamente, así como la calidad de sus educando y su futura práctica profesional. La prevención, tanto de ineficiencias de los centros de formación, como en las estrategias frente a los problemas de salud, aún presentan dificultades.
La calidad total es una adherencia a los requerimientos, necesidades y expectativas del cliente.	¿Quién es el cliente? El educando en el proceso formador ¿Sabe éste cuáles son sus necesidades? o importan más las necesidades de salud de la población?
La estructura de la Calidad Total envuelve a todos los niveles (" de arriba hacia abajo")..	Un centro formador no es solo el aula de clase, es también, el laboratorio, el hospital, la compleja comunidad, el profesor y todos los mecanismos (materiales y humanos) que se dan en la "fabricación de un profesional de la salud". ¿Puede la calidad, llegar a todo?

Deming y Juran tener que emigrar con su mensaje al Japón, donde una economía destruida por la guerra y con grandes problemas de calidad le abrió calurosamente sus puertas. El resultado fue que la economía de Japón se embarcó disciplinadamente en un programa de mejoramiento de calidad a principios de la década de los 50's, y ya a finales de los 60's (y de seguro en los 70's) habían desplazado con mucha ventaja a varios productos occidentales en su propio mercado; por mencionar sólo unos pocos, son pruebas fehacientes de que Japón disfruta de una ECONOMIA DE CALIDAD. El mensaje de Deming y Juran, real y efectivamente caló en la mente y en el comportamiento de los japoneses, y hoy día los programas de Calidad Total están presentes en la administración de la mayoría de las empresas del Japón.

Cuando en la década de los 70's los productos norteamericanos comenzaron a ceder ante la competencia japonesa, las empresas de los Estados Unidos consideraron necesaria una revolución profunda en los aspectos de calidad, so pena de sucumbir. Fue entonces cuando el mensaje de Deming y Juran tuvo la acogida merecida, y ambos comenzaron a predicar los

principios de la Calidad Total a todo lo largo y lo ancho de su propio país, uniéndose a Philip Crosby en tan importante tarea. A los tres: Crosby, Deming y Juran se les reconoce como los padres de la Calidad Total.

REFERENCIAS

- 1.- Bloch, Carlos. La Universidad y la práctica de la salud en America Latina. Publicación FLACSO/PASCAP/OPS/OMS. Ponencia presentada en el foro nacional de recursos humanos en salud, Santo Domingo, Republica Dominicana, Agosto 1991.
- 2.- El precio del saber. Editorial Nueva Sociedad, mayo-junio 1990; 107: 68-69, Caracas
- 3.- Bruner, José Joaquín. Universidad, Sociedad y Estado en los 90. Nueva Sociedad, mayo- junio 1990; 107: 70-76
- 4.- OPS/OMS. Gestión de calidad en Educación Médica: Una propuesta de evaluación total. Documento PAHO/HDR/ 93.2 marzo 1994
- 5.- POS/OMS/ FEPAFEN; PAHO/HDR/ 93.01. Los cambios de la profesión médica y su influencia en la educación

- médica. Edimburgo, Escocia, 8-12 de agosto 1993. Mimeo 19 pag.
- 6.- Frank J, Hernandez Lamas H, Alvarez K. El mercado detrabajo médico. UAM, Xochimilco, México 1980
 - 7.- Rodriguez, Maria Isabel. Desarrollo de políticas de Recursos Humanos. Ponencia ante el Foro Nacional de Recursos Humanos en Salud. FLACSO/PASCAP/OPS/OMS. Santo Domingo, Republica Dominicana. Noviembre 1992
 - 8.- Diccionario de la Lengua Española. XX Edición Académica Española de la Lengua. Editorial Espasa Calpe, Madrid, España 1992.
 - 9.- Juram J M. Juram y el liderazgo para la calidad: Un manual para directivos. Diaz Santos Editores, Madrid, España 1990
 - 10.- Silvio, José F. Dimensión tecnológica de la calidad en la Educación Superior. Primer capitulo del libro: Calidad, Tecnología y Globalización en la Educación Latinoamericana. UNESCO, mayo 1992
 - 11.- Rovere, Mario R. Planificación estratégica de Recursos Humanos de Salud. Publicación OPS/OMS No. 96 de la serie Desarrollo de Recursos Humanos.
 - 12.- Deming, Edwards W. Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis. Diaz Santos Editores, Madrid, España, 1989
 - 13.- Ferreira, José Roberto. Oficina de Recursos Humanos, Washington. Comunicación personal. Caracas, Mayo 1994
- Borrell B, Rosa M. Características de la situación de los recursos humanos en salud de la Republica Dominicana. PASCAP/UASD/OPS/OMS. Santo Domingo, Republica Dominicana, agosto 1992
 - Plasencia R, Rodriguez N, Mateo C, Figuereo M, Gómez O y col. Calidad total: Lecturas seleccionadas. Materiales de apoyo del post-grado en calidad del Depto de Ingeniería Química de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), Santo Domingo R.D. 1993, Mimeo 200 pag.
 - Mella, Cesar. Universidad y Salud. Ponencia presentada ante el V Congreso Latinoamericano de Medicina Social auspiciado por ALAMES, Caracas, Venezuela, marzo 1991. Es el capitulo IX del libro Salud y Sociedad del mismo autor.
 - Mella C, Ravelo J, Robles D. Aproximación al enfoque histórico dae la Educación Médica en America Latina. Publicación ALAFEN-UDUAL. Quito, Ecuador 1988
 - Borrel, Rosa María. Desarrollo de los Recuros Himanos en America Latina 1950-1985. Santo Domingo, República Dominicana
 - Mella, Cesar. La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población para la decada de los 90. Ponencia presentada ante el grupo de trabajo la Odontología para la decada de los 90, auspiciado por UDUAL/OPS/OMS/OFEDO/FOLA/PROLADEO/UASD Republica Dominicana.
 - Carter M, Paez T, Demo P y col. Calidad, Tecnología y Globalización en la Educacion Superior Latinoamericana. Publicación de la UNESCO, Caracas, Venezuela, mayo 1992
 - Schiefelbein, Ernesto. Estrategia para elevar la calidad de la Educación. Tomado de la Rev La Educación, 1994 año XXXVIII, No. 117, Vol. 1. Publicación OEA, Washington DC, Enero 1994
 - Garcia, Juan Cesar. Anal isis de la Educación Medica en Ame rica Latina. Publicación No. 255 OPS/OMS,1972, Washington DC.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- OPS/PHR. Informes del grupo de trabajo sobre investigación para la identificación de necesidades de intervención educativa. México D F. mayo 1992
- Purcallas, Daniel. Transformación estratégica en recursos humanos en salud. Publicación PASCAP/OPS/OMS, San José, Costa Rica 1992