

## El derecho social a la salud: Retos y compromisos de la universidad

Patricio Yépez Miño  
Correo electrónico: yepezpat@hotmail.com

Vol. 8, No.15 enero-junio 2018  
*Contexto Odontológico*

### Resumen

Diferentes periodos políticos y económicos a lo largo del Siglo XX y lo que ha transcurrido del Siglo XXI han determinado la dinámica de la salud pública en nuestros países, lo cual es necesario tomar en cuenta para el análisis y la redefinición del nuevo espacio de compromiso de la universidad con la salud y el desarrollo social de la población para aportar con una nueva dimensión estratégica que responda en forma comprometida a las necesidades y prioridades de nuestras poblaciones.

**Palabras clave:** desarrollo social, compromisos, derecho, salud.

### Summary

Different political and economic periods throughout the twentieth century and what has happened in the 21st century have determined the dynamics of public health in our countries, which is necessary to take into account for the analysis and redefinition of the new commitment space of the university with the health and the social development of the population to contribute with a new strategic dimension that responds in a committed way to the needs and priorities of our populations.

**Keywords:** social development, commitments, law, health.

La I *Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas* se celebró en Washington del 2 al 5 de Diciembre de 1902, con la asistencia de diez países: Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Paraguay, el mismo día de su inauguración, el 2 de diciembre de 1902 quedaba constituida la *Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas de América*. Entre sus deberes aprobados se señalan:

- Enviar regularmente los datos relativos al estado sanitario de sus respectivos puertos y territorios.

- Contribuir a que se obtenga la mayor protección posible de la salud pública de cada una de las repúblicas, a fin de que se eliminen las enfermedades y que se facilite el comercio entre las expresadas Repúblicas.

- Deberá estimular y ayudar o imponer por todos los medios lícitos a su alcance, el saneamiento de los puertos de mar, incluyendo la introducción de mejoras sanitaria en las bahías, el alcantarillado o sistemas de cloacas, el desagüe del suelo, el empedrado, la eliminación de la infección de todas las edificaciones, así como la destrucción de los mosquitos y otros insectos dañinos.

*Por lo señalado, la creación de la Oficina Sanitaria Internacional respondió a una determinación económica que requería de la salud pública para facilitar el intercambio comercial y migratorio.*

Así mismo, las tres primeras décadas del Siglo XX estuvieron marcadas por la expansión del comercio y por lo tanto la relevancia de la salud pública estuvo determinada por dicha expansión, lo cual conllevó importantes esfuerzos hacia el saneamiento, la higienización y control de

enfermedades, especialmente el paludismo, el cólera y la fiebre amarilla que afectaba seriamente los flujos comerciales y migratorios, ejemplos de estos esfuerzos son la construcción de Canal de Panamá, y el saneamiento de los puertos de La Habana y Rio de Janeiro.

En coherencia con lo señalado en estas primeras décadas tiene lugar la creación de las Escuelas de Salud Pública en Estados Unidos de Norteamérica (Johns Hopkins, Harvard) y determina su creación en América Latina (Chile, Brasil, Venezuela, México) así como de los Ministerios de Sanidad y las instituciones públicas de seguridad social.

La siguiente década de los 40, está marcada por la Segunda Guerra Mundial, y al final de la misma hay decisiones políticas que se manifiestan con la creación de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como de las instituciones de Bretton Woods (FMI y BM) **que tendrán en el futuro una incidencia directa sobre el campo de la salud.**

Al final de la década de los 70 se genera un movimiento trascendental por la salud de los pueblos hacia el logro de la salud **para todos basado en la estrategia social de la atención primaria**, el cual fue un planteamiento de avanzada y revolucionario en salud, que surge como señala María Isabel Rodríguez "en una coyuntura mundial desesperante, en reconocimiento a las grandes desigualdades entre el mundo del desarrollo y el del subdesarrollo y aun hacia el interior de los países, todo lo cual daba origen a una efervescencia política y social. Asimismo se da en el contexto de la búsqueda de un nuevo Orden Económico y Social a nivel internacional".

En 1978 hubo un salto conceptual en Alma

Ata cuando los países aprobaron la estrategia social de atención primaria para alcanzar salud para todos en el año 2000, en esa oportunidad, el consenso que allí se alcanzó como señalaba Halfdan Mahler "marcó un divorcio con la idea convencional que hace equivaler la atención de salud con la función de la medicina".

En Alma Ata, de acuerdo a lo expresado por Mahler " se determinó que salud es mucho más que la medicina: es educación, es la nutrición, es el acceso al agua potable, son los estilos de vida saludables.

La doctrina en la que descansa la Declaración de Alma Ata, fue de gran avanzada y revolucionaria, al declarar que el estado de salud de millones de personas en el mundo era inaceptable, particularmente en los países en desarrollo. Por ellos se propuso conseguir que todos los ciudadanos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente activa.

Sólo un año después de la Conferencia de Alma-Ata, la Fundación Rockefeller patrocinó una conferencia titulada "Salud y Población en el desarrollo" en Bellagio, Italia. Allí, con base en un influyente artículo de Walsh y Warren (1979) se afirmó que el objetivo de Alma-Ata era "irreprochable pero inalcanzable en un futuro cercano", y se acuñó la *Atención Primaria Selectiva*, como una "estrategia temporal", basada en un grupo de intervenciones consideradas costo-efectivas que pueden interpretarse como una nueva formulación del viejo paradigma de control de enfermedades. Esta estrategia fue asumida de forma entusiasta por los organismos de cooperación internacional, especialmente el BM y UNICEF, hasta convertirse en el dominante en el modelo propugnado por el Consenso de Washington.

Por otra parte, 18 meses después de Alma Ata se presenta un escenario macro político adverso al asumir Ronald Reagan la Presidencia de USA, quien junto con Margaret Tacher promueven la llamada revolución conservadora que entre otras cosas realizó: a) debilitamiento de los organismos multilaterales, especialmente en aquellos en los cuales la presencia del G7 era significativa como sucedió con UNESCO; b) quebrando la resistencia de la OPEP; c) traslado de las acciones del G7 hacia los organismos de Bretton Woods, rompiendo un pacto de convivencia dentro de la familia de organismos de NNUU, en desmedro de los organismos técnicos multilaterales.

En la práctica se unieron funciones de asistencia técnica con financiera (BM, BID, FMI), combinando recetas técnicas con créditos altamente condicionados y el diseño de una nueva arquitectura para promover el llamado libre mercado. Así, las propuestas neoliberales para hacer frente al problema del subdesarrollo en Latinoamérica, quedaron sintetizadas en lo que se conoce como el Consenso de Washington. (SIN LA PARTICIPACION DE AMERICA LATINA)

Asimismo, desde 1993 América Latina y el Caribe inspirados en el poderoso y controvertido informe "invertir en salud" del Banco Mundial, fueron escenario de una explosión de reformas del sector de la salud. La esperanza de mayor equidad fue puesta en las reformas del sector salud y sutilmente fue extinguiendo el interés por la APS.

En los años 80 y 90' la banca multilateral eclipsa a la OMS, los préstamos del BM alcanzaban en 1999 16,800 millones. De esta forma se impuso un lenguaje y una práctica en el sector salud que se resume en: reducción del gasto social, recu-



peración de costos, eliminación de subsidios, descentralización, privatización de servicios y mercados regulados. En la mayor parte de los países se definieron "paquetes básicos de salud" como el instrumento para atender las necesidades de los más pobres, distorsionando el enfoque inicial de Alma Ata con la llamada atención primaria selectiva... La participación de la población antes y durante la reforma fue la gran ausente, (Rodríguez Carlos, 2007).

Por otra parte, es necesario referirnos a la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Canadá la cual el día 21 de noviembre de 1986 emite la denominada CARTA DE OTTAWA, dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000."

Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, "parece que se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones". La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

A partir de la Carta de Ottawa y la Conferencia de 1986 se han realizado periódicamente convocatorias internacionales bajo el paraguas de la promoción de la salud, hasta la última reunión del 2013 en Finlandia sin haber logrado que la esencia de su planteamiento sea el eje de las políticas

internacionales de salud y por ende ha sido limitada repercusión en los países miembros de los organismos de Naciones Unidas relacionados con la salud pública.

En el espíritu de la justicia social la Organización Mundial de la Salud puso en marcha en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones a favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar este objetivo.

«La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural»... Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud.» (Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008)

Las recomendaciones generales de la Comisión se refieren a:

- **Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, trabaja y envejece.**
- **Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.**
- **Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, ampliar la base de conoci-**

tos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a este respecto.

En este orden, la Conferencia Internacional sobre los determinantes sociales de la salud realizada en Rio de Janeiro en 2011 respalda políticamente el informe de la Asamblea Mundial de la Salud aprobado en 2008.

Sin embargo la conceptualización de los determinantes sociales de la salud ha sido cuestionada a través de los últimos años en varios sectores por cuanto abstrae el abordaje integral de la determinación social de la salud en el cual los factores sociales, económicos, culturales y ambientales son en su conjunto son los que generan las condiciones de vida y bienestar de las poblaciones.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud aprueba en el 2008 la denominada “renovación de la atención primaria” cuyo propósito es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población.

Se consideró que una estrategia renovada de APS es una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas del año 2000, así como para abordar las causas fundamentales de la salud —tal como ha definido la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales— y para codificar la salud como un derecho humano, como han articulado

algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros. Para renovar la APS será necesario apoyarse en el legado de Alma Ata, aprovechar al máximo las lecciones aprendidas y las experiencias acumuladas durante más de un cuarto de siglo, además de reinterpretar y modernizar el enfoque y la práctica de la APS para estar en disposición de afrontar los desafíos del siglo XXI.

### Cobertura universal de salud

Al cabo de 36 años reaparecen en forma más visible en el escenario sanitario mundial, la Fundación Rockefeller y el Banco Mundial “supuestamente” apoyando a la OMS sobre COMO lograr cobertura universal de salud, al respecto es importante señalar varios acontecimientos que han dado origen a esta propuesta:

- **En noviembre de 2012** se realizó en Beijing, China un evento sobre Sistemas de Salud, financiado por la Fundación Rockefeller (FR). El tema central **COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD**, una de las ponencias centrales fue la experiencia de China en aseguramiento privado presentado por el Banco Mundial.
- **En diciembre de 2012** se realizó en Bellagio, Italia (Centro de la Fundación Rockefeller) una reunión de expertos del sector privado, sobre “**el futuro del mercado de la salud**”. Sus conclusiones señalan la importancia de las propuestas de “aseguramiento” y “cobertura universal” para el mercado.
- **En enero de 2013** en el Foro Económico Mundial (reunión de empresarios y políticos en Davos, Suiza) se discutió el tema de Sistemas de Salud. Una de sus conclusiones fue promover la Cobertura Universal de Salud.

• El 24 de septiembre de 2013 en la Asamblea de las Naciones Unidas la OMS se unió a la Fundación Rockefeller para presentar un Reporte sobre la cobertura universal de salud.

• En febrero de 2014 la OPS/OMS ha convocado a un grupo de expertos en salud global con apoyo de la iniciativa Equidad Global de Harvard (HGEI, según sus siglas en inglés) para discutir estrategias de apoyo a la región de las Américas en el logro de la cobertura universal de salud.

Consideramos que la propuesta no es coherente con el derecho social a la salud por cuanto éste se basa en el concepto de la determinación social, la promoción de la salud, la interculturalidad y en los principios de la Atención Primaria, de allí que es necesario redefinir en el ámbito académico el espacio de la salud pública para la formación de los recursos humanos en respuesta a las necesidades y prioridades socio sanitarias de la población.

La salud y todos los mecanismos que aseguren el bienestar y la mejor calidad de vida constituyen un derecho de todos los habitantes, siendo una obligación del Estado garantizar el acceso a los bienes y servicios que permitan la concreción de este derecho. El acceso universal de salud es, por lo tanto, una obligación y una meta hacia cual debemos contribuir todas las instituciones contando siempre con la participación social.

Constituye una necesidad inaplazable el agotar todos los esfuerzos posibles para lograr el acceso universal en salud. El problema no radica en el enunciado o en la meta a ser alcanzada, sino en los mecanismos y la responsabilidad de los distintos actores sociales para lograr dicho fin. No se trata de aplicar posibles recetas emana-

das de expertos de conocidas instituciones financieras, que en años pasados ya incurrieron en el campo de la salud con modelos, planes, programas y préstamos que lo único que lograron fue una auténtica desarticulación y precarización de los servicios públicos de salud.

Es necesario por lo tanto garantizar el acceso universal a la salud mediante la estructuración de sistemas nacionales de carácter público bajo la conducción del Estado, que busquen una atención integral, oportuna, equitativa y de calidad.

#### Universidad y Salud de la Población

A partir de la Declaración de Alma Ata sobre la estrategia de Atención Primaria para alcanzar la Meta de Salud para Todos, se sucedieron una serie de resoluciones de los cuerpos directivos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud vinculados a las políticas, estrategias y planes de desarrollo del personal de salud, como de las instituciones involucradas, entre ellas las escuelas y centros formadores de personal y las universidades.

Al respecto, María Isabel Rodríguez señala que el Octavo Documento (1982) que corresponde al “Séptimo Programa General de Trabajo de la OMS 1984-1989” contiene un buen capítulo sobre recursos humanos y otro dedicado a la información pública y a la educación para la salud, como elementos substanciales en el desarrollo de la estrategia global de alcanzar salud para todos, la autora destaca que “se menciona por primera vez, la recomendación a las universidades para que no solamente se limiten a rediseñar sus programas educativos a la luz de los principios de Alma Ata, sino también a desarrollar diferentes tipos de investigaciones requeridos para apoyar el movi-



miento social de salud para todos”.

Durante el periodo 1987-1993 el aporte de las Universidades latinoamericanas fue desarrollado con la participación conjunta de las Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina, Enfermería, Odontología, Salud Pública y Medicina Social y promovido por la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y la OPS/OMS.

La tesis básica que fue compartida por los diversos núcleos sobre la misión y funciones de la Universidad, es que ella debe contribuir al proyecto histórico de construcción de una sociedad más justa y democrática y asumir un liderazgo en defensa de la vida humana y del conjunto de derechos fundamentales de las y los ciudadanos.

En el año 2000 la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) la OPS/OMS y el Ministerio de Salud de Cuba convocan al encuentro “Universidad Latinoamericana y salud de la población: desafíos y retos para el Siglo XXI, el cual de manera retrospectiva y prospectiva permite identificar la dinámica de las instituciones con respecto a los resultados logrados desde el año 1991, fecha de la Conferencia Integrada Universidad Latinoamericana y Salud de la Población.

En la agenda para el cambio propuesta por el mencionado Encuentro se señalaron varios puntos que consideramos son relevantes y tienen vigencia: a) recuperar la credibilidad de las Universidades; b) promover la cooperación sur-sur; c) habituarse al concepto de educación permanente; d) profundizar en el análisis de salud y hacer propuestas viables a los gobiernos; e) alianzas con la comunidad para contribuir a la solución de sus problemas; f) educación a distancia pondera-

da (culturalmente adecuada) y de alta calidad; y g) promover el intercambio de estudiantes, profesores e investigadores.

En 2012 la UDUAL acogiendo las recomendaciones de la Conferencia Regional de Educación Superior para América Latina y el Caribe (CRES 2008) propone la iniciativa sobre vinculación de la universidad a los procesos de desarrollo local en los ámbitos social, económico, ambiental y cultural, la cual acoge en su parte fundamental el compromiso de la universidad con las necesidades y prioridades de la población.

En el mes de noviembre de ese año 2012 tuvimos la grata oportunidad de participar en el seminario taller organizado por la UNAN Managua para compartir la experiencia innovadora en la formación en Desarrollo Rural Sostenible, la Profesionalización en Ciencias de la Educación, Salud y Turismo y, la Formación de Brigadas de Acción en el Departamento de Río San Juan.

Esta experiencia del Programa Universidad en el Campo nos mostró que si es posible con decisión política y convicción social inscribir el quehacer de la universidad en la realidad de nuestras poblaciones y transitar desde la extensión universitaria hacia la universidad comprometida y vinculada con la realidad social, política y económica de las poblaciones para generar en forma permanente y conjunta una nueva dinámica en el conocimiento, la formación del personal que esas poblaciones requieren y así contribuir con el desarrollo endógeno del país.

Al respecto de esta experiencia de la Universidad en el Campo es importante citar a Boaventura de Souza Santos cuando al referirse al compromiso social de las universidades y el migrar cualitativo desde la

extensión universitaria hacia la vinculación con la comunidad, nos dice, es fundamental la investigación - acción “consiste en la definición y ejecución participativa de proyectos de investigación involucrando a las comunidades y organizaciones sociales populares, en la medida que los problemas cuya solución puede beneficiar los resultados de la investigación”.

El Programa Universidad en el Campo por su importancia ha sido difundido en varios escenarios como los Congresos Internacionales de Educación Superior realizados en La Habana en 2014 y 2016; en el Foro Latinoamericano y del Caribe sobre desarrollo económico territorial en mayo 2015 en Quito, el III Foro Mundial sobre Desarrollo Económico Local efectuado en Turín, Italia en Octubre 2015 y en junio de 2016 en la conferencia latinoamericana y del Caribe “retos y compromisos de la universidad con la salud y el desarrollo social” en Quito, Ecuador.

La Unión de Universidades de América Latina y el Caribe (UDUAL) en conjunto con varias de las asociaciones afiliadas y la Universidad Central del Ecuador consideraron que, en el periodo transcurrido entre la Declaración de Alma Ata sobre la Estrategia de Atención Primaria/Salud Para Todos (1978) y lo transcurrido del siglo XXI, diferentes decisiones políticas y aportes científicos influenciaron en el enfoque de formación de los recursos humanos para la salud pública; sin embargo, no se priorizaron conceptos fundamentales vinculados a los determinantes sociales, a la promoción de salud, a los principios de la estrategia social de atención primaria y a los de interculturalidad. Con estos antecedentes, ven necesario retomar la reflexión crítica sobre los desafíos políticos, económicos y sociales que determinan una nueva dimensión de la respon-

sabilidad social de la universidad con la formación de recursos humanos comprometidos con la salud de la población, sus necesidades y prioridades, y con sistemas de salud coherentes con estos principios en forma integral.

Buscamos entonces un horizonte a los 100 años de la reforma universitaria de Córdoba como señala López Segrega una educación universitaria proactiva y dinámica que demanda para su éxito una política de Estado, una estrategia consensuada de largo plazo, que trascienda el ámbito temporal de los gobiernos; un nuevo modelo de universidad en el cual la producción de conocimientos predomine y no su mera transmisión.

La propuesta en desarrollo a partir de 2016 es la iniciativa “convergencia estratégica por la salud y el desarrollo social” que estamos promoviendo y a la cual invitamos a sumar esfuerzos, establece la sinergia entre los organismos de integración regional como son el Sistema de Integración Centroamericano, la Comunidad Andina, el MERCOSUR, OTCA, PETROCARIBE, CARICOM, UNASUR, ALBA, y CELAC junto con las redes universitarias y las importantes capacidades científicas, tecnológicas y académicas de sus universidades filiales con los organismos de cooperación en particular del Sistema de las Naciones Unidas y su enlace con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 aprobados en septiembre 2015 por los países a nivel mundial.

La iniciativa fue aprobada en junio 2016 en la conferencia latinoamericana y del Caribe “retos y compromisos de la universidad con la salud y el desarrollo social” organizada por la Universidad Central del Ecuador y la UDUAL en Quito, a partir de la cual se realizó un primer encuentro en la ciudad de Lima los días 21 y 22 de julio



auspiciada por la Universidad Nacional Mayo de San Marcos y la Facultad de Medicina de San Fernando; posteriormente una reunión el 11 de agosto en la Universidad de Costa Rica en la ciudad de San José; y el 24 de agosto en Ciudad de México con apoyo de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

### Referencias bibliográficas

- Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud: indicadores del desarrollo mundial World development report 1993. Washington, Estados Unidos. 1993.
- Boaventura de Souza Santos, CIDES-UMSA. La Universidad en el Siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipadora de la universidad. La Paz, Bolivia Julio 2007
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final. Subsanan las desigualdades en una generación. Ginebra 2008.
- Conferencia Internacional sobre determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro. 2011.
- Declaración y Plan de Acción de la Conferencia Regional de Educación Superior en América Latina y el Caribe. Cartagena de Indias, Colombia. 2008.
- Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. CD 53/5. Rev2. OPS. WDC Octubre 2014.
- López Segrega, Fco. CMES/UNESCO. 2008.
- Mahler H. Reportaje Pagina 12. 19 de mayo de 2007. Buenos Aires.
- Memorias. Conferencia Integrada Universidad Latinoamericana y Salud de la Población. 3-7 de junio de 1991. La Habana, Cuba.
- Memorias. Encuentro Universidad Latinoamericana y Salud de la Población, Retos y Desafíos PARA EL Siglo XXI. 16-19 de Noviembre de 2000, La Habana, Cuba.
- OPS/OMS. Conmemorando 100 Años de Salud. Representación de la OPS/OMS en Cuba. La Habana 2002.
- OPS. La Salud Pública en Las Américas. Washington DC. 2002.
- OMS. Informe la Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud. Ginebra 2008.
- Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. OPS. 2007.
- Rodríguez Carlos, Garzón Guillermo. La Atención Primaria en Salud en un modelo de prestación de servicios de salud orientado al mercado. Salud para Todos una Meta Posible 27al 29 de Septiembre de 2007. San Salvador, El Salvador.
- Rodríguez M. I. La Atención Primaria en Salud, la OMS, la Universidad y las instituciones formadoras de personal de salud. Salud para toda una meta posible, Taller internacional "contextualizando y revitalizando la atención Primaria de Salud 27 al 29 de Septiembre de 2007. San Salvador, El Salvador.
- Rovere M. ¿es estratégica la estrategia de atención primaria? Salud para Todos una Meta Posible. 27 al 29 de septiembre de 2007. San Salvador, El Salvador.
- Seminario taller sobre las experiencias innovadoras en la formación de recursos humanos. UNAN-Managua. Noviembre 2012.
- Williamson J. Latin American Adjustment. Washington. 1990
- Yepez P, González R. Atención Primaria de Salud. Hacia una Unidad de Doctrina. Cuadernos de la OPS/Panamá. 1994. Panamá.