

Práctica y educación de la medicina del trabajo en México

Dr. Juan Antonio Palomo Faz
Especialista en Medicina del Trabajo,
Soc. Lila Toledo Manzur
Dr. Roberto E. Uribe Elías
Secretaría de Educación Médica,
Facultad de Medicina, UNAM.

I Introducción

“De hecho, la actividad desarrollada por los médicos es expresión de la sociedad, de las relaciones instauradas entre los hombres, del desarrollo histórico de estas relaciones, a saber de la historia humana”.¹ El estado actual que guarda la práctica profesional, y todas las acciones de educación en el área de la Medicina del Trabajo, deben analizarse y valorarse desde un punto de vista evolutivo; esto es, los factores que las determinan no se pueden apreciar en cortes verticales aislados y explicables por sí mismos, sino precisamente como la resultante en continuo movimiento de todo un proceso histórico, que integra elementos culturales, económicos, políticos y sociales.

La posibilidad de entender cómo está estructurado el campo de acción de la Medicina del Trabajo, sólo debe constituirse en un primer paso que permita comprender la esencia del fenómeno mismo, por medio de respuestas sobre su causalidad, estructura integral y, aún más, de su proyección a un futuro mediato e inmediato.

Los esfuerzos que para ello se hagan, tanto individuales como de grupo, no redundarán en la postura utópica de resolver la situación de salud en el trabajo de manera completa, pero sí ayudarán a explicitar y definir la orientación de las acciones futuras.

Las ideas que a continuación se presentan están lejos de ser una fórmula íntegramente aplicable a la compleja problemática de esta área de la salud. Simplemente se realiza un intento más para tratar, no sólo de identificar,

sino también de comprender, los problemas existentes; actividades que favorecerán la orientación de los esfuerzos para una práctica y educación en Medicina del Trabajo con mayores alcances, ante las situaciones concretas que integran su ejercicio profesional.

II La práctica profesional y la educación en medicina

2.1 Antecedentes

Para fines del siglo XIX y principios del XX, la práctica profesional y la formación de médicos en México estuvieron notablemente sometidas a la influencia de la escuela francesa; influencia que gradualmente fue sustituida por la de los Estados Unidos de Norteamérica que, en su despegue como primera potencia mundial, fundamentó gran parte de su desarrollo en el avance de la tecnología en todos sus órdenes.

La publicación del informe Flexner, en 1910 (Cuadro 1), fue determinante no sólo para nuestro país, sino para gran parte de aquéllos que forman el mundo occidental.

Los efectos que tuvo esta política educativa en el área médica se han sostenido hasta la fecha. Entre ellos, se acepta como más importante: el hecho de que se haya considerado a la ciencia médica bajo un enfoque positivista, privilegiando sólo aspectos eminentemente técnicos y devaluando sus componentes de tipo social, concepción que para este momento es insostenible. Asimismo, se sentaron las bases para percibir al organismo humano como una maquinaria integrada por un conjunto de órganos y sistemas sin relación entre sí, propiciando de esta manera un enfoque médico simplista y mecanicista.

Las resultantes de esta orientación educativa a nivel superior se hicieron evidentes al repercutir en el ejercicio profesional que ha favorecido el desarrollo de toda una industria médica, constituyéndose su plataforma fundamental aun en nuestros países.

Cuadro 1. Informe Flexner:

Puntos básicos

1. La atención médica debe basarse en el conocimiento de las ciencias biomédicas.
2. Sólo las escuelas con alta calificación pueden ser acreditadas para formar médicos.
3. Las escuelas aprobadas deben fomentar la educación en laboratorios y en la experiencia clínica.
4. Las escuelas sin la calidad necesaria se deben cerrar.
5. Las escuelas deben estar afiliadas a universidades.

Este tipo de medicina apoyada en aspectos de alta complejidad tecnológica obligó a una especial estructuración de la atención médica que repercutió de manera definitiva en la educación de los médicos, ya que intentó principalmente profundizar en aspectos de alta tecnología, olvidando el marco sociocultural y económico en el cual se pretendía desarrollar su ejercicio.

“El hecho de que la Medicina Científica apareciera en nuestra sociedad, puede considerarse como resultado perfectamente lógico del hecho de que ésta posea como carácter definitivo el desarrollo de las fuerzas de producción, desarrollo que se ha verificado mediante la competencia, particularmente mediante la de tipo económico, y que en un momento dado se vincula directamente a la práctica médica”.²

2.2 Las especialidades médicas

La división del trabajo médico en especialidades ha propiciado, como ya se mencionó, la orientación en cuanto a tomar al cuerpo humano como un conjunto de órganos y sistemas desvinculados entre sí, y simultáneamente enfrentando el problema de una cobertura limitada en la prestación de servicios por su infraestructura de acción altamente costosa y compleja en la tecnología que requiere para el diagnóstico y el tratamiento. Por otra parte, en 1976, sólo 22 de los 62 millones de habitantes que

tenía nuestro país estaba cubierto por los servicios de salud de algún régimen de seguridad social; el resto de la población, aproximadamente 40 millones de habitantes, debía ser atendida por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuya capacidad en recursos sólo alcanzaba a cubrir entre 15 y 18 millones de personas. Esto es, que entre 20 y 25 millones de mexicanos carecían en forma permanente de servicios de atención médica en particular y de salud en general.

A pesar de que ya se realizan esfuerzos concretos para revalorizar la imagen y función del médico a nivel de contacto primario en su ejercicio profesional, el auge de los estudios de posgrado como aspiración de los egresados de la licenciatura sigue vigente. Así, en la actualidad, la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la UNAM, reconoce un total de 42 especialidades médico-quirúrgicas, de diagnóstico y tratamiento, que engloban a un total de 192 grupos en diversos hospitales del sector público y del privado.³

Con lo anterior se quiere dejar bien claro que, a pesar de la orientación seguida en el desarrollo de las especialidades, no se está pugnan-do por la restricción de los estudios de posgrado, sino por que éstos, cada vez más, sean fundamentados en una realidad veraz, objetiva e integral de las características heterogéneas de nuestro país y, en este mismo sentido, de las alternativas para el conocimiento y manejo de las necesidades en materia de salud, de las oportunidades de trabajo del desarrollo socioeconómico, y del avance de la ciencia en sus áreas bio y sociomédicas.

2.3 Capacitación del personal para la salud: un análisis bisectorial

¿Podría considerarse la educación superior aisladamente de la estructura ocupacional, específicamente del mercado de trabajo y de la práctica profesional misma? Esta pregunta, se ha planteado en múltiples ocasiones, tanto en los sectores público y privado como en el educativo; aquí se analizará la interrelación que existe entre ambos factores.

Las instituciones de educación superior se pueden estudiar en base a dos líneas fundamentales:

1. "Como proyecto de transformación funcional de la institución misma, a manera de una empresa privada, que pretenda ejercer sus funciones de docencia, investigación, extensión y difusión conforme a los requerimientos de la sociedad industrial moderna".⁴
2. Como proyecto de transformación más amplia, en el que se tenga la responsabilidad de "contribuir a la construcción de un orden más justo, favoreciendo cambios sociales y políticos a través del estudio e interpretación de la realidad y de la generación y difusión de los problemas nacionales".⁵

Los alcances que se tengan en uno u otro sentido están directamente vinculados al conjunto de acciones que desempeñe la institución educativa en relación a la sociedad que le da origen. En el caso concreto de la Medicina del Trabajo, en la UNAM, la docencia tiene un apoyo bisectorial: el de la institución educativa propiamente dicho, y el de la institución de atención médica que recibe al educando. En esta coordinación, la primera tiene como acciones colaborar en la elaboración y diseño de planes de estudio, en la certificación de los mismos, así como en la validación de las evaluaciones educativas con fines de reconocimiento. La institución del sector salud en este posgrado tiene las acciones siguientes:

1. Integra sus actividades a las políticas nacionales de esta área,
2. Da respuesta a la demanda de servicios a la que está sometida,
3. Controla de manera conjunta los elementos pedagógicos como son: el diseño del plan de estudios, selección y capacitación de profesores, utilización de materiales didácticos, y elaboración y aplicación de evaluaciones,
4. Define las funciones que requiere del especialista, y
5. Regula la incorporación de especialistas a sus fuentes de trabajo.

A pesar de darse en base a una coordinación de los dos sectores, la formación de profesionales a nivel de posgrado tiene una mayor influencia del segundo, que ante la ausencia de un sistema nacional de salud en México, hace que los fines y metas a los que se orienta, no siempre sean compatibles con los intereses de los estudiantes

que ahí se capacitan y, en ocasiones, tampoco de las necesidades de la mayoría de la clase trabajadora. En el sistema vigente de atención médica, la ubicación del estudiante, contemplado dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje, significa una influencia decisiva en su proyecto social y profesional; la práctica de la profesión está sujeta a la evolución continua de las "fuerzas productivas", esto es, a los constantes progresos de la ciencia que cristaliza en avances tecnológicos. Consecuentemente, los procesos técnicos y su ordenación espacial están sujetos a cambios frecuentes.

"Todo curriculum se estructura en torno a la imagen de una práctica social de la profesión. El análisis de campo profesional permite identificar un conjunto de prácticas que coexisten en una misma forma social, y entre las cuales, una es la dominante. La mayor parte de los currícula existentes refleja necesariamente esta dominancia; pero, ese reflejo no es inmediato o automático, sino que está mediado por diversas instancias, entre ellas, las políticas y las económicas".⁶

Por último, cabe señalar que, aún en el caso de no poder evitar los efectos de esta situación en las aspiraciones de los futuros especialistas y del personal de salud en el trabajo en general, se debe agregar un enfoque curricular que pudiera estar contemplado en los siguientes puntos que Latapí propone al respecto:⁷

- 1) Que la profesión es una estructura que engloba, entre otros factores, la evolución del mercado de trabajo en particular, la tecnología empleada, la manera cómo se organiza y divide el trabajo, las funciones y habilidades que se exigen a los profesionales, las estructuras e instituciones de las cuales depende la profesión, y el modo cómo se vincula con otras profesiones, asociaciones gremiales, etc.
- 2) Que se fomente en los estudiantes un sentido crítico, no sólo sobre la sociedad en general, sino también sobre la relación que guarda su profesión con las estructura social del país.
- 3) Que, para la formación del profesional responsable, se incluya el estudio de las posibles reformas que puedan contribuir al re-

forzamiento de procesos deseables de cambio tecnológico, económico y social, y

- 4) Que se incluya también el estudio de estrategias y alternativas que, en este campo de actividad permitan generar empleos y abrir nuevas fuentes de trabajo.

En relación a la Medicina del Trabajo, es evidente que este marco conceptual favorece la ubicación de su realidad educativa dentro del campo de la acción profesional y, por lo tanto, no sólo se deberá revisar el curriculum mismo sino también la práctica profesional y, aún más, la concepción de esta área de la medicina.

III Condiciones de trabajo en México

El propósito de este capítulo es plantear algunos de los factores que generan las condiciones de trabajo en México, para propiciar en un momento dado, su incorporación a los objetivos de la Medicina del Trabajo.

Nuestra problemática respecto a las condiciones de trabajo, se debe ubicar dentro del Patrón de Desarrollo General del país, y éste a su vez en el Contexto del Desarrollo Mundial del que forma parte. Para ello, cabe destacar algunos de los hechos principales. Desde principios del presente siglo, el desarrollo del sistema capitalista mundial, se extendió desde aquellos países con mayor avance industrial hacia otros que fueron integrándose a este sistema, fundamentalmente en base a una división internacional de trabajo. En el mercado mundial, el papel de los países subdesarrollados era el de exportar materias primas e importar productos manufacturados, propiciando así un desequilibrio en el intercambio, lo que desde el punto de vista económico explica su vulnerabilidad y rezago.

Los efectos que ha tenido esta situación de desigualdad se hacen aparentes en: “la orientación del desarrollo, su ritmo de crecimiento, los desequilibrios intersectoriales e intrasectoriales, la estructura de la oferta, los patrones de consumo, el uso de tecnologías, la distribución de la riqueza y del ingreso, la monopolización de la economía y de la industria manufacturera, el financiamiento y la política gubernamental”,⁸ además del sistema para la salud existente. Esos

elementos, estudiados en particular, reflejan el proceso de instauración del capitalismo dependiente en el que nos encontramos inmersos.

Dentro de estas perspectivas intentamos estructurar algunos planteamientos acerca de las condiciones de trabajo de nuestro país.

La etapa de sustitución de importaciones, iniciada en la década de los 40, y la consiguiente restauración de una orientación que ha respondido básicamente a la acción de las “fuerzas del mercado”, son las que han determinado la asignación de recursos materiales, financieros, tecnológicos y humanos, así como la distribución de la propiedad y de los ingresos.

Estas condiciones son el resultado de un proceso de trabajo que tiene como finalidad principal la obtención de una mayor productividad. En la industria, la utilización óptima de los instrumentos de trabajo en forma colectiva transfiere al producto elaborado una parte más pequeña del valor; abaratando tanto la mercancía, como el valor mismo de la fuerza de trabajo. Para una reducción del costo de producción, se “eleva la intensidad del trabajo, acelerando la velocidad de las máquinas, y reduciendo las pausas en el trabajo, se mantienen los salarios lo más bajo que sea posible, y se efectúan economías en el empleo de capital constante (edificios, maquinaria, materias primas). Este ahorro se traduce, en el hacinamiento de los obreros en locales estrechos y malsanos, la concentración de maquinaria peligrosa en los mismos locales, la falta de espacio, de luz y de aire y, sobre todo, en la omisión de las medidas de seguridad e higiene”.⁹

Otro de los elementos que coadyuvan a que la clase obrera se deteriore durante su actividad laboral es la división del trabajo existente en las fábricas característico de la producción industrial moderna. La división del trabajo se ha incorporado a la organización fabril, porque con ella se produce más en menor tiempo, debido al acortamiento del empleo improductivo de la fuerza de trabajo. En palabras de Adam Smith,¹⁰ Esta división hace que “un hombre que se pasa la vida ejecutando unas cuentas operaciones simples —y no tiene ocasión de disciplinar su inteligencia— vaya convirtiéndose poco a poco, y en general en una criatura increíblemente es-

Cuadro 2. Características de la industria extractiva y de transformación por grupo de personas empleadas. 1970

	Núm. de establecimientos	Personal ocupado	Valor de la producción	Capital invertido neto*
Total	120,023	1'684,565	238,859	201,560
Unidades familiares (sin personal remunerado)	47.96%	5.46%	0.68%	0.37%
Talleres artesanales (hasta 5 personas)	32.68%	6.35%	2.09%	1.08%
Pequeña industria (de 6 a 15 personas)	11.90%	9.81%	5.87%	4.45%
Mediana industria (de 26 a 100 personas)	5.02%	18.01%	15.28%	13.06%
Gran industria (de 101 y más personas)	2.43%	60.37%	76.08%	81.04%
Fuente: IX Censo Industrial, S.I.C. * Millones de pesos				

rúpida e ignorante. —La uniformidad de su vida estacionaria también corrompe naturalmente la intrepidez de su espíritu— incluso destruye la energía de su cuerpo y le incapacita para emplear sus fuerzas de un modo enérgico y tenaz”. Es decir que no se le otorga la posibilidad de ser creativo en lo individual, colaborador y responsable en lo colectivo, y satisfecho en su existencia misma: no se le considera un ente humano dentro del mecanismo de la productividad.

Los cambios económicos y tecnológicos que se han sucedido han ocasionado que, lejos de ser el obrero quien maneje las condiciones de trabajo, son ellas las que lo manejan a él.

“Las características de la industria, y por ende de las condiciones de trabajo en nuestro país, son altamente heterogéneas; la gestación de la clase obrera en distintos centros de producción, con diversas concentraciones de capi-

tal, y con formas también diversas de organización y explotación, van generando en ellas diferentes formas de existencia, es decir, las condiciones como clase en que se desenvuelven. Por ejemplo, las condiciones de existencia de los obreros de las grandes industrias, con una gran concentración de la fuerza de trabajo, y un trabajo altamente organizado interdependiente e intensificado, y salarios relativos altos, etc., son distintas a aquéllas de los obreros de las pequeñas industrias, sumamente dispersas en la producción, atomizados en múltiples talleres, con muy bajos salarios y largas jornadas de trabajo”,¹¹ a veces fuera de lo estipulado por la legislación laboral vigente.

En el cuadro 2, se pueden observar las características de la industria extractiva y de transformación por grupo de personas empleadas correspondiente a 1970, apreciando que, de los 120,023 establecimientos, el 47.96 por ciento

correspondió a unidades familiares de producción que no contaban con personal remunerado a su servicio, y en dónde solamente se ocupó el 5.46 por ciento de la población trabajadora, con un capital invertido de 0.37 por ciento del total; por otra parte había 2.43 por ciento de grandes industrias, con más de 100 trabajadores a su servicio, englobando al 60.37 por ciento de la población trabajadora, con un capital invertido neto de 81.04 por ciento del total. Las presentes cifras son bastante evidentes para demostrar el carácter monopólico de la industria en México, y reflejan niveles diferentes en recursos de organización y tecnología para el trabajo. Cabe destacar el hecho de que esto generará condiciones particulares de trabajo en cada uno de esos niveles, siendo válida aun esta diversidad por grupo de actividad industrial.

IV. Conceptualización de la medicina del trabajo

Con lo anterior se cuenta con los elementos necesarios para entender el marco conceptual de las condiciones en que se desarrolla la práctica y la formación de los profesionales de la Medicina del Trabajo en México.

Conviene señalar en principio que el hecho de que un médico con esta especialidad trabaje, ya sea para una empresa privada, o en una institución educativa o del sector salud, no es garantía de que lleve a cabo acciones plenas de la profesión. La razón es que estas, contempladas como una verdadera actitud de servicio, van más allá de una simple relación burocrática o de índole económica; engloban un campo de mayor profundidad y amplitud que le exigen comprometerse ante su trabajo cotidiano, y le otorguen la capacidad de identificar, conocer y comprender objetivamente la realidad en que se desenvuelve, él y su acción profesional.

“Parte de la dificultad de desarrollar un nuevo pensamiento y acción respecto a la salud ocupacional, se deriva de la manera como el trabajo ha sido conceptualizado; el pensamiento actual lo interpreta como un problema ambiental, dado que pone en contacto al trabajador con agentes químicos, físicos, biológicos y psicológicos que le causan accidentes o enfermedades; pero se ha demostrado que los riesgos

ocupacionales no son independientes del tipo de relaciones que se dan en la producción y que, por eso, la implementación de alternativas de solución depende más de problemas de poder y capacidad reivindicativa, que de enfoques tecnicistas”.^{1,2}

Trabajo es una categoría social y, por lo mismo, se deben analizar sus determinantes múltiples ante el proceso de transformación de la naturaleza, que el hombre realiza; desde este enfoque, resume básicamente dos características de cualquier producción: la de tener un aspecto esencialmente técnico, y de otro social.

Siguiendo el razonamiento expuesto, mencionaremos su relación ante el proceso salud/enfermedad. Este es un fenómeno a la vez individual y colectivo, y por tanto social, que tiene una historicidad, que es cambiante en manifestaciones diversas según las épocas, las zonas del mundo y las clases sociales. “La salud/enfermedad se constituye en un problema teórico, cuyo eje central consiste en explicarlo como fenómeno vital, aprehendido en el plano de la experiencia, pero articulado a una totalidad social y biológica a través del concepto de normatividad, medible además, a partir de la capacidad de los individuos para adoptar y modificar esas normas”.^{1,3}

Si consideramos al personal para la salud dentro del tercer sector de la economía, o sea en la prestación de servicios, ¿podría tomarse como un factor de la producción? Lo es indirectamente, pues si bien la atención médica no es un producto, ha tenido como propósito favorecer la salud de los trabajadores y, más específicamente, de su fuerza de trabajo, contribuyendo así, a su mantenimiento dentro del marco de una producción y de una elevación de la productividad.

El sistema de atención de la Medicina del Trabajo mantiene bajo su cuidado la parte humana de la actividad de producción; en este sentido, nuestra sociedad da respuesta a este planteamiento, mediante la creación de dicha especialidad, “toda acción médica es de alguna forma un acto de regulación de la capacidad de trabajo; la norma del trabajo impregna el juicio de los médicos como punto de referencia, tanto como cualquier valor biológico o fisiológico

Cuadro 3. Proyección de la medicina del trabajo

Estructura	Responsables	Objetivo
Política/ideológica	Especialistas en el área	Mejores condiciones De salud para la Población trabajadora Y sociedad en general
Legal	Otras especialidades médicas	
Administrativa	Medicina general	
Económica	Personal paramédico	
De organización	Personal técnico	
De normas de trabajo	Trabajadores	
	Empresarios	
	Estado	
	Población general	

mesurable”,¹⁴ esta disciplina surge en toda su dimensión cuando se liga a las acciones más características del hombre y de la sociedad. Como estructura integradora, puede resultar efectiva en la medida que sea formulada, de nuevo alterada y adicionada de acuerdo con la sucesión de las experiencias.

V. Profesionalización de la medicina del trabajo

Como una de las ramas de las ciencias de la salud, su profesionalización debe comprender los aspectos médicos propiamente dichos; de investigación básica y aplicada; de docencia, por un lado para la formación de especialistas y, por otro, en donde se formalicen e incrementen los conocimientos del área para incorporarlos a otros núcleos de personal para la salud y, en este mismo terreno, con una gran trascendencia y mayor proyección, la extensión de dichos conocimientos en los programas de educación para la salud, dedicados no tan sólo a los trabajadores sino a la población en general, todo lo cual otorgará a este profesional el acervo de conocimientos, el compromiso profesional y, sobre todo, la actitud para incidir de manera favorable y significativa ante los problemas y necesidades de la población trabajadora.

Ampliando el párrafo anterior, cabe hacer

mención que la proyección de la Medicina del Trabajo se sustenta en tres bloques primordiales y, en la medida en que cada uno de ellos esté claramente delimitado, se podrá cumplir más integralmente con sus metas (Cuadro No. 3).

Se consideran fundamentales los bloques que comprenden el objetivo de la Medicina del Trabajo, sus responsables, y la estructura en la que se fundamenta el funcionamiento y obtención de sus metas o propósitos.

Estructura. La estructura es la base a través de la cual se llevan a cabo las acciones que constituyen las funciones específicas de la Medicina del Trabajo: de esta estructura parten, se encuentran inmersas en ella, y a ella se revierten influenciándola. Está constituida por los marcos político/ideológico, legal, económico, administrativo, de organización laboral y, de manera muy importante, por la presencia o no de normas de trabajo.

Responsables. En relación a los responsables, —y ésta es una de las conclusiones que hay que dejar bien asentadas—, no cabe duda que la Medicina del Trabajo no es responsabilidad exclusiva y, aun nos atreveríamos a decir, ni preponderante de los especialistas del área: sino que,

Educación médica (concluye)

partiendo de las reflexiones antes mencionadas y tomada como parte de la ciencia médica, corresponde su ejercicio responsable a todo el personal capacitado para la asistencia a la salud y, todavía más, por su vinculación con las áreas laborales y la influencia social de estos, corresponde de igual manera su práctica a los implicados directamente en las acciones de Medicina del Trabajo, que incluyen desde los trabajadores, los empresarios, y hasta el propio Estado como organizador y administrador y, de manera preponderante, a la población en general, que siendo la directamente afectada por la efectividad o de las acciones de la Medicina del Trabajo, o su ineficacia deberá permanecer atenta y capacitada para actuar responsablemente en la consecución de las metas de la misma.

Sobre esto, hay que destacar que no se pretende restar importancia a la formación de especialistas; sino que, por el contrario, bien delimitado su campo de acción y realizada la profesionalización de su ejercicio, se pueda contar con la vanguardia que desencadene las acciones de los otros responsables, que son tan importantes como los propios especialistas, ya que no se puede caer en el error de pensar que sólo a través de la formación de recursos humanos de posgrado se puede solucionar la problemática que corresponde a esta área.

Objetivo. Para terminar vale señalar que el último bloque debe estar claro dentro de la conjugación de esfuerzos para formar profesionales de la salud con actitudes acordes con las demandas de la Medicina del Trabajo; es el objetivo final de ésta, y se podría expresar haciendo propiciar la mejoría de las condiciones de la salud para la población trabajadora, lo que, por ende, llevaría de manera directa, a influir en las condiciones de salud de la sociedad

en general.

Hay que admitir que el reto es grande, las necesidades apremiantes y las condiciones generales para llevarlo a cabo no totalmente favorables; pero, de la conjugación de los esfuerzos educativos con los de asistencia a la población, deberá obtenerse el óptimo resultado que, en este caso, será consolidar, difundir y formalizar tanto el concepto como el cuerpo de conocimientos y actitudes que corresponden a las acciones profesionales en la Medicina del Trabajo. □

Referencias

1. Conti, Laura. "Medicina y Sociedad, Estructura Social y Medicina". Ed. Fontanella, Barcelona, 1972, p. 287.
2. Conti, Laura. Op. Cit. p. 302.
3. División de Estudios Superiores, Facultad de Medicina de la U.N.A.M. 1978.
4. Honey, V. Eduardo. "Una visión de la Universidad Latinoamericana: 1875-1975". Rev. Perfiles Educativos. México. 1972. 2:37.
5. Latapí, Pablo. "Profesionistas ¿para qué?" Proceso. México. 1977. 21:50.
6. Guevara, R. Gilberto. "El Diseño Curricular". Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. 1976. p. 16.
7. Latapí, Pablo. Op. Cit. p. 50.
8. Ceceña, José Luis. "La Problemática de la Industrialización". Cuarta mesa redonda sobre la Universidad Nacional y los Problemas Nacionales. Gaceta UNAM. Vol. III, suplemento No. 6, 1979.
9. Informe Especial. "Las condiciones de trabajo de la clase obrera Mexicana". Rev. Punto Crítico. 1974. 27:15.
10. Smith, Adam. Wealth of Nations. Libro V, Cap. 1, Artículo II, p. 295.
11. Osorio, U. Jaime. "Superexplotación y clase obrera: el caso de México". Rev. Cuadernos Políticos. 1975. 6:5.
12. Laurell, A. Cristina. "Proceso de Trabajo y Salud". Rev. Cuadernos Políticos. 1978. 17:59-60.
13. Albuquerque, Hesio, et al. "Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad". Rev. Mex. Cien. Pol. y Soc. U.N.A.M. 1976. 84:178.
14. Polack, Jean Claude. "La Medicina del Capital". Ed. Fundamentos, Madrid, España, 1971, p. 34.