

Análisis histórico del internado rotatorio de pregrado en México

JULIO FRENK
HÉCTOR HERNÁNDEZ-LLAMAS y
LOURDES ALVAREZ-KLEIN

Recibido: 20 de octubre de 1982.
Aceptado: 29 de noviembre de 1982.

La mayor parte de esta investigación fue realizada cuando los autores trabajaban como investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, dentro del proyecto *Estructura y funciones del internado rotatorio de pregrado en México*, el cual ha sido apoyado en parte por fondos del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de la Academia Nacional de Medicina de México. Los autores agradecen la asesoría y supervisión del doctor Ramón Villarreal Pérez, director del proyecto, así como la ayuda del doctor Juan César García, de la Organización Panamericana de la Salud.

Julio Frenk. Miembro de la Michigan Society of Fellows y profesor adjunto del Departamento de Organización de la Atención Médica. Escuela de Salud Pública. Universidad de Michigan. Ann Arbor, Michigan.

Héctor Hernández-Llamas. Durante la realización de este proyecto, profesor del Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Lourdes Alvarez-Klein. Durante la realización de este proyecto, asesora de la Rectoría de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

CLAVES: Internado de pregrado, mercado de trabajo médico, instituciones de salud.

Estamos consagrados históricamente a la historia, a la construcción paciente de discursos sobre discursos... se trata, al enunciar lo que ha sido dicho, de volver a decir lo que jamás ha sido pronunciado.

Michel Foucault: *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.* 1966.

El internado rotatorio de pregrado ha venido a ocupar una posición central, tanto en la formación de médicos como en el desarrollo de las actividades de atención a la salud. El presente trabajo describe los antecedentes del internado rotatorio de pregrado en México, así como las condiciones que condujeron a su establecimiento en 1962. Además, se reseñan los primeros años y la situación actual del internado. Por medio de este análisis histórico se pone de manifiesto que existe una estrecha relación entre las condiciones del mercado de trabajo médico y las características del internado de pregrado. Así, los cambios históricos en la relación cuantitativa entre la oferta y la demanda de fuerza de trabajo médico permiten explicar el surgimiento, las funciones y la estructura del internado rotatorio de pregrado. Por su parte, la dimensión cualitativa de dicho mercado, caracterizada por una tendencia al trabajo asalariado, la práctica de especialidades, la complejidad tecnológica y la pérdida del control individual sobre los medios de producción de servicios permite comprender las experiencias concretas de los internos de pregrado. Al analizar estos procesos, el presente trabajo pretende esclarecer una parte de la rica historia social que conforma la experiencia médica y educativa de nuestros días.

Elementos conceptuales

El presente trabajo constituye una recopilación histórica que forma parte de una investigación más amplia sobre el internado rotatorio de pregrado (IRP) en México. Dicha investigación se propone analizar el IRP, tanto en su dimensión sincrónica, por medio de una encuesta, como en su perspectiva diacrónica, a través de la interpretación de documentos que integran un testimonio longitudinal. El artículo que aquí se presenta contiene los hallazgos más importantes dentro de esta dimensión histórica.

El IRP ha sido parte integrante de la educación médica en México desde hace aproximadamente veinte años. Se realiza en la mayoría de las escuelas y facultades de medicina durante el quinto año de la carrera y representa, desde el punto de vista académico, un período en el cual el estudiante rota por los principales servicios hospitalarios con el fin de poner en práctica, bajo supervisión, los conocimientos adquiridos durante los cuatro años previos. A este objetivo se han agregado, al menos en ciertas instituciones educativas otros dos: conferir al alumno una proyección de atención a la comunidad y crear una relación entre el aprendizaje y el servicio.

En nuestra investigación sobre los orígenes y la evolución del IRP en México, hemos adoptado un enfoque histórico a partir del cual puedan descubrirse las vinculaciones profundas, y a menudo ocultas, entre nuestro objeto de estudio y procesos socioeconómicos más amplios. En términos generales, las relaciones entre la educación médica y el resto de los fenómenos económicos y sociales han sido analizadas desde diversas posiciones teóricas, cuyos postulados, representantes y críticos, han sido revisados, entre otros autores, por García y por Andrade.^{1,2} En vista de tal diversidad teórica, resulta conveniente iniciar este trabajo con una breve discusión de los principios básicos que lo sustentan.

Si se acepta el postulado epistemológico de Bachelard, según el cual el sistema de prácticas científicas constituye un conjunto de relaciones, his-

tóricamente determinadas, de *producción* de conceptos,³ puede afirmarse que existen también relaciones de *transmisión* de conceptos. Este último sistema de relaciones, que conduce a lo que Andrade denomina contenidos conceptuales fundamentales —es decir, “el conjunto de nociones que se evidencia al través de la práctica del individuo en un campo determinado de su actividad”⁴— encuentra su expresión concreta, dentro del proceso formal de educación superior, en la producción de profesionales. Aplicados al campo específico de la educación médica, estos planteamientos conducen a la definición elaborada por García: “Entendemos por educación médica el proceso de producción de médicos”.⁵

El proceso, las relaciones y los agentes de enseñanza —conceptos integrantes de la educación médica que el propio García⁶ ha definido con precisión y que en conjunto caracterizan a un determinado modo de producción de médicos— han variado de acuerdo con las exigencias de la práctica médica, la cual está ligada, en última instancia, a la estructura social y económica. En cada momento histórico han surgido diversas formas de trabajo médico, concepciones sobre la salud y paradigmas sobre el cuerpo humano, que han influido directamente en la formulación de un modelo médico dominante. Una de las funciones de las escuelas de medicina ha sido, precisamente, la de dar expresión concreta a este modelo, al través de sus estructuras curriculares, sus libros de texto, sus programas de investigación y sus vínculos con las instituciones de atención médica.⁷

Así pues, para comprender el surgimiento y la evolución de un fenómeno inscrito dentro de la educación médica, como el IRP, resulta necesario precisar las relaciones particulares entre la práctica y la educación médicas, esto es, entre la producción de servicios, por un lado, y la producción de médicos, por el otro. Dichas relaciones pueden ser delimitadas si se estudia la evolución del mercado de trabajo médico.

En una publicación anterior hemos desarrolla-

do con detalle los conceptos y las relaciones que integran el mercado de trabajo médico.⁸ Para nuestros propósitos presentes baste señalar que, en su definición más sencilla, el mercado de trabajo médico es la relación entre la oferta y la demanda de fuerza de trabajo representada por médicos graduados. Dentro de esta relación, la oferta es producida por el sistema de educación médica, mientras que la demanda es generada por el sistema de prestación de servicios médicos. La interacción de estos dos sistemas dista mucho de ser mecánica, ya que ambos están sujetos a una compleja red de determinaciones. Sin embargo, es posible definir una dirección genérica predominante en la relación dialéctica que se establece entre ellos. Aunque en numerosas ocasiones se sugiere una determinación de la educación médica sobre la práctica, y por ende la posibilidad de transformar esta al través de cambios curriculares, lo que se constata al profundizar en este tipo de proceso es que la práctica médica regula en última instancia, al través de su participación en el mercado de trabajo, a la formación de recursos humanos. En consecuencia, cualquier cambio que ocurra en el modo de producción de médicos debe interpretarse a la luz de las modificaciones correlativas en la composición de la práctica médica y, a fin de cuentas, de los procesos sociales más amplios. Esta es la perspectiva capaz de explicar el establecimiento del IRP y sus implicaciones.

Así, la hipótesis que se pretende someter a prueba en la parte explicativa de esta investigación es que el surgimiento, la estructura y las funciones del IRP, así como las experiencias a que están sujetos los internos de pregrado en México, han sido determinadas fundamentalmente por las características de la evolución histórica del mercado de trabajo médico.

Antecedentes del internado de pregrado

Del modo artesanal de producción de médicos, que implicaba una integración del trabajo y la enseñanza en la figura del aprendiz de médico, se había pasado, desde la fundación de las universidades medievales, a una separación entre la educación y la práctica profesionales. Este cambio, que se deriva de la división del trabajo en manual e intelectual, marcó la sustitución inicial del discípulo-ayudante por el estudiante, quien empezó a gozar de diversas concesiones, como la de no tener que ejercer un trabajo productivo.⁹ Esta situación culminó en los Estados Unidos de Norteamérica con la adscripción definitiva de la educación médica al ámbito universitario durante las primeras décadas del siglo XX. Así, en 1908 la Fundación Carnegie inició una serie de estudios sobre educación médica. Entre estos estudios, apareció en 1910 el denominado Informe Flexner, el cual resumió las tendencias que iban cobrando fuerza dentro de la llamada "medicina científica" norteamericana. Por una parte, dicho informe ubicó a la educación médica como responsabilidad exclusiva de las universidades, con cuatro años preparatorios

en un *college* y cuatro años de carrera propiamente dicha. Con ello, el ingreso se limitó a aquellas clases capaces de mantener como estudiantes a sus hijos durante ocho años.¹⁰ Por otra parte, el Informe Flexner institucionalizó como única práctica médica válida a la "medicina científica", la cual encontró en el hospital su ámbito de actuación, en la especialización su forma predominante de práctica, en la tecnología compleja sus instrumentos de trabajo, en la fragmentación de órganos corporales su concepción del cuerpo humano, en el biologicismo su enfoque teórico de la enfermedad y en la reparación mecánica o química su aproximación al individuo enfermo.

Ahora bien, desde el siglo XVIII existían en los Estados Unidos los llamados "médicos de casa", que se responsabilizaban por los pacientes hospitalizados, como una oportunidad de aprendizaje en el servicio.¹¹ Al consolidarse la medicina hospitalaria, el entrenamiento en este ámbito se convirtió en una necesidad de la educación médica para responder al modelo de práctica médica que iniciaba su hegemonía. Así a principios de la segunda década del siglo XX, el Consejo de Educación Médica de la Asociación Médica Americana emprendió una investigación de los hospitales que podían ofrecer un internado y en 1914 publicó la primera lista de los que consideraba adecuados.¹² En 1915, la Escuela de Medicina de la Universidad de Minnesota empezó a exigir el internado como un entrenamiento hospitalario obligatorio previo a la obtención del título de médico. Hacia 1936, quince escuelas de medicina exigían la realización de un internado antes de expedir el título. Sin embargo, esta práctica fue desapareciendo, debido aparentemente a que el número de médicos graduados que realizaban el internado en programas sobre los que las escuelas no ejercían control fue creciendo a un ritmo más acelerado que los programas aprobados por las propias instituciones educativas.¹³ Posteriormente, el internado quedó formalmente en los Estados Unidos como un año de posgrado, bien para completar el entrenamiento práctico en medicina general o bien para iniciar el aprendizaje de una especialidad.

Durante la Segunda Guerra Mundial, y más acentuadamente durante la posguerra, empezó a declinar la influencia médica francesa en México, para ser substituida por la norteamericana. La escuela francesa había hecho de los hospitales centros de investigación clínica y de asistencia. La mayor parte de la práctica médica, sin embargo, seguía siendo ante todo individual y realizada en el consultorio privado o en el domicilio del paciente. La transformación del ejercicio de la medicina hacia el modelo norteamericano coincidió con cambios fundamentales en el desarrollo económico de México. Por un lado, la guerra y la coyuntura internacional que produjo condicionaron en los años cuarenta una etapa de rápida industrialización ligera con una creciente inversión externa, en gran parte norteamericana, auspiciada por el Estado. Durante esta etapa surgen el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los hospitales de especialidad de la Secretaría de Salu-

bridad y Asistencia (SSA). Estas instituciones habrían de representar los precursores de la nueva "medicina científica" en México. Hacia 1958, la creciente concentración del ingreso hizo estallar la inconformidad obrera. Una de las principales respuestas del Estado Mexicano consistió en una expansión muy notable de los servicios de salud para los trabajadores.¹⁴ Con ella se inició el auge de la medicina hospitalaria y de especialidades en México.

Hasta ese momento, la educación médica en México conservaba un plan de estudios que correspondía a la influencia francesa, con tres años de clínicas propedéuticas y terapéuticas generales y un cuarto año para el llamado "practicantado". Además de involucrar guardias nocturnas esporádicas, el practicantado se realizaba durante un promedio de dos a cuatro horas diarias, después de la asistencia a clases, en los hospitales General, Juárez y de la Mujer de la SSA.¹⁵ La falta de reglamentación de este tipo de actividad hacía del practicantado una etapa con pocos incentivos y sin supervisión adecuada. De manera paralela, persistía aún la enseñanza de tipo artesanal, en la cual el estudiante se convertía en ayudante de algún médico renombrado para aprender directamente de la práctica.

Por otra parte, desde la creación, en la década de los años cuarenta, de los hospitales Infantil, de Cardiología y de Enfermedades de la Nutrición se habían abierto plazas de médico interno cubiertas por médicos graduados que atendían a los pacientes fuera de las horas regulares de trabajo, a la vez que se familiarizaban con el trabajo hospitalario. En 1951 el Hospital Juárez había iniciado un internado con rotación por cirugía y obstetricia para diez médicos; pero debido a que al cabo de un año de trabajo tenían legalmente el derecho a conservar su plaza, el siguiente año dejaron de aceptarse nuevos internos. Más aún, la falta de definición de este tipo de práctica se manifestaba en la coexistencia de unos internos con plaza y otros voluntarios y en las dificultades que estos tenían para ascender en la jerarquía hospitalaria. Además, hacia 1953 en muy pocos hospitales de México, podía hacerse un internado por lo que muchos médicos egresados que deseaban incorporarse al creciente auge de la medicina hospitalaria optaban por emigrar al extranjero, principalmente a los Estados Unidos. En ese país, el vacío de la guerra y la expansión hospitalaria condicionaron una abundancia de plazas, con remuneración adecuada y la posibilidad de recibir entrenamiento.

Precisamente un grupo de médicos emigrados planteó, a su regreso a México, la necesidad de reglamentar el trabajo y la enseñanza del interno de posgrado. En 1956, dicho grupo realizó por su cuenta un estudio nacional con el fin de conocer con precisión los recursos hospitalarios disponibles para la implantación regular del internado en el país.¹⁶ Al año siguiente presentaron los resultados al director de la Escuela Nacional de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la principal del país. Al iniciarse el año

de 1959, el grupo fundó la Comisión Nacional de Internados y Residencias A. C., cuyos miembros publicaron en ese mismo año un documento titulado *Argumentos para crear un programa de internados y residencias en la República Mexicana*.¹⁷ En él se proponía la creación de un programa educativo de tres años para los médicos recién graduados, llamado carrera hospitalaria, que constaba de un internado rotatorio, una subresidencia y una residencia. La justificación de un programa de esta índole se expresaba en los siguientes términos:

"Por circunstancias que son generales a todas las Escuelas de Medicina y otras que son particulares a nuestras Facultades Mexicanas, tenemos que admitir que la enseñanza impartida en la escuela es insuficiente para la formación del médico y que solamente después de haber obtenido una experiencia hospitalaria guiada y sistemática es cuando se adquiere una visión adecuada de la medicina y va formándose un verdadero juicio médico."¹⁸

A continuación se señalaba una serie de beneficios que obtendrían las instituciones donde se implantara el programa: atención continua a los pacientes, servicios de urgencias y baja erogación para la llamada "ayuda económica" a internos y residentes. Estos, a su vez se beneficiarían con la práctica hospitalaria pues, como se argumentaba en un documento posterior, "un año en un hospital equivale a la experiencia de cinco años de ejercicio profesional libre".¹⁹ La proposición de imprimir definitivamente una orientación hospitalaria al ejercicio médico conducía a predecir que "en un término de 10 a 15 años no habrá en la República Mexicana médico en ejercicio profesional que no haya estado en contacto con un hospital".²⁰

Más allá de su expresión en los intentos por reglamentar el internado de posgrado y la residencia, el cambio hacia un modelo médico basado en la práctica hospitalaria y de especialidades empezaba a manifestarse también en diversas propuestas para reformar la educación de pregrado.²¹ Así, ya desde 1951 el doctor Ignacio Chávez había planteado la necesidad de un año de internado de pregrado obligatorio como complemento de la enseñanza clínica,²² sugerencia que se incluiría en 1957 en la Declaración de México sobre Educación Médica en América Latina, aprobada por la Primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina.²³

Dentro de esta línea de influencia, desde 1955 se había propuesto al Consejo Técnico de la Escuela Nacional de Medicina de la UNAM la integración de los llamados "cursos piloto" que, compuestos por grupos de 30 alumnos para la enseñanza teórica y de tres a cinco para la práctica, tenían como uno de sus objetivos "... incorporar plenamente al alumno al trabajo del hospital en todas sus variantes".²⁴ El proyecto fue aprobado por unanimidad y empezó a aplicarse a partir de 1956. Estos cursos pusieron a prueba un nuevo plan de estudios que sustituía la división de materias clínicas basada en la separación interno-externo y en ciertas actividades ocupacionales, como

radiología y fisioterapia, para incorporar el estudio especializado de cada órgano o sistema dentro de ámbitos fundamentalmente hospitalarios.

Establecimiento y primeros años

El período que va de 1959 a 1964 se caracterizó por la notable ampliación de la participación del Estado en la producción de servicios médicos, sobre todo a partir de la construcción de numerosas unidades de tipo hospitalario. Así, por ejemplo, las unidades con camas del IMSS se incrementaron en 63 por ciento y el número de camas casi se duplicó; la antigua Dirección de Pensiones Civiles vio ampliadas sus funciones al ser transformada en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual en ese período llegó a contar con 33 hospitales y 68 clínicas; la SSA, por su parte, incrementó sus hospitales de 238 a 731, y la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal construyó su red de doce hospitales de urgencias pediátricas y tres de urgencias generales.²⁵

Paralelamente, la Escuela Nacional de Medicina iniciaba las propuestas de cambio previamente señaladas, las cuales habrían de ajustar la enseñanza de la medicina a la nueva estructura de práctica médica que estaba emergiendo. Así, el 17 de octubre de 1959 el Consejo Técnico de la Escuela Nacional de Medicina de la UNAM, aprobó el cambio de *curriculum* para la carrera de medicina. Los primeros años del plan general de estudios correspondían, con leves modificaciones, al programa de los "cursos piloto" y durante el sexto año de la carrera se incluía el internado rotatorio. Este adquirió así un nuevo sentido, al pasar a ser una actividad de tiempo completo y obligatoria para todos los estudiantes.²⁶

Dos meses después, el director de la Escuela propuso dicho programa al Consejo Universitario, el cual lo aprobó en abril de 1960. Sin embargo, habrían de transcurrir casi dos años antes de que se iniciara el internado de pregrado, ya que hubieron de realizarse diversas negociaciones con las instituciones asistenciales para obtener las plazas necesarias.

Es necesario señalar aquí que en la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí se había creado un programa de IRP desde 1956, aunque no fue sino hasta 1961 que se le formalizó como un año exclusivo para práctica hospitalaria.²⁷ Por lo demás, este primer programa parece constituir una experiencia atípica debido, entre otros factores, a que dicha escuela cuenta con un hospital universitario y a que asimiló más tempranamente la influencia norteamericana. El presente análisis se ha centrado, por ello, en la Facultad de Medicina de la UNAM, la principal del país tanto por su población estudiantil, como por la decisiva influencia que ha ejercido sobre el resto de las escuelas de medicina.

Con el fin de implementar el IRP, la Dirección de la Escuela de Medicina de la UNAM autorizó

la integración de un Departamento de Internados y Residencias. El secretario de la Comisión Nacional de Internados y Residencias, A. C., pasó a ser jefe de dicho departamento. Su primera función consistió en obtener de las autoridades de salud y seguridad social las plazas de internado, así como promover la integración de éste en el plan de estudios de todas las escuelas de medicina del país. También se ocupó temporalmente de reglamentar el "practicantado", en tanto era substituido por el internado.

A mediados del año 1961 se acordó que el IRP se iniciaría el primero de enero de 1962, al parecer por cuestiones presupuestales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. También se decidió que los internos debían realizar un preinternado sin remuneración durante los dos meses anteriores al inicio del IRP, a fin de que se familiarizaran con el sistema de cada hospital. Los así llamados "pasantes internos" celebrarían un contrato de un año con el hospital, con una compensación promedio de 300 pesos mensuales.

En septiembre de ese mismo año, la primera generación de estudiantes que realizaría el IRP envió un escrito al director de la Facultad de Medicina. Entre otros puntos mencionaban estar informados de la expansión de los servicios hospitalarios estatales (creación del ISSSTE, ampliación del IMSS) y de la consiguiente "burocratización" del ejercicio médico en México, por lo cual exigían que se les reconociera como trabajadores de esas instituciones y se les remunerara con un sueldo y no una beca. Asimismo se negaban a pagar colegiatura a la UNAM, puesto que el control del internado se había delegado a las instituciones de salud.²⁸

Las autoridades de la Facultad respondieron que la UNAM no tenía compromiso de pago por la realización de prácticas, que la remuneración era una ayuda voluntaria, que los hospitales no disponían de partidas económicas para pago de internos de pregrado y no estaban dispuestos a que los internos adquirieran derecho de planta y permanecieran en el hospital como trabajadores, impidiendo que una nueva generación entrara a realizar su internado.²⁹ Finalmente las instituciones aceptaron dar alimentos y habitación para los internos y el conflicto disminuyó temporalmente.

Así pues, el primero de enero de 1962 se inició el programa de IRP, mediante el cual estudiantes de una escuela universitaria participaban en el trabajo hospitalario de instituciones de salud que no dependían de la universidad. Una perspectiva capaz de ayudar a la interpretación de un hecho así consiste, precisamente, en vincularlo con los cambios que dichas instituciones experimentaron. Como se indicó antes, el período durante el cual se discutió y finalmente se aprobó el establecimiento del IRP en México representó, también, uno de los momentos de más rápida expansión de la participación estatal en la prestación de servicios médicos. En este contexto, es posible sugerir que dicha expansión modificó de tal forma el mercado de trabajo médico que creó las condiciones necesarias para la implantación del IRP. En

efecto, al crecer aceleradamente durante la década de los años sesenta, las instituciones públicas de atención médica aumentaron, de manera correlativa, su demanda por fuerza de trabajo médico. Sin embargo, la matrícula de la Facultad de Medicina de la UNAM se mantuvo prácticamente constante entre 1958 y 1967.³⁰ Más aún, de 1961 a 1965 no se creó ninguna escuela de medicina en todo el país y de 1966 a 1970 se abrieron solamente cuatro nuevos establecimientos de educación médica.³¹

Los hechos anteriores parecen indicar que ante la ampliación de la demanda por fuerza de trabajo médico, la política inicial no consistió en aumentar el número de estudiantes para lograr, a mediano plazo, un incremento en la oferta de médicos graduados. Por el contrario, la opción elegida consistió en utilizar, de inmediato, los recursos ya existentes. Estos recursos no podían ser otros que los estudiantes de la última fase de la carrera, quienes ya poseían destrezas y conocimientos necesarios para prestar algunos servicios. De hecho, esta estrategia había demostrado anteriormente su efectividad con la instauración, en 1936, del servicio médico social, realizado por los pasantes de medicina. Así como el servicio social permitió extender la atención básica durante el inicio de las actividades asistenciales del régimen posrevolucionario, así el internado constituyó un factor importante en la expansión de los servicios hospitalarios durante la etapa de crecimiento industrial y del consiguiente desarrollo de las instituciones de seguridad social.

Desde esta perspectiva puede entenderse la triple coincidencia temporal entre el despegue de una medicina estatal basada en la atención hospitalaria, la ausencia de un crecimiento correspondiente en la oferta de médicos graduados y el surgimiento del IRP. De hecho, entre las justificaciones para implantar el programa de internado de pregrado se mencionaba, en 1962, la necesidad de

“...resolver el problema nacional de la carencia de internos en los hospitales de la República Mexicana, carencia que revelaba el censo hospitalario de 1956, publicado por la SSA, el cual descubre la existencia de un médico interno (de posgrado) por cada 60 camas hospital y que habla del fracaso de los internados a base de médicos titulados, ya que estos, al no exigirles la Ley General de Profesiones el cumplimiento de un año de internado antes de realizar su práctica profesional, raramente se interesaban por adquirir enseñanza en un centro hospitalario...”³²

Más aún la utilización de internos de pregrado para cubrir la creciente necesidad de fuerza de trabajo resultaba congruente con la política general adoptada para la expansión de las instituciones, que Pozas Horcasitas identifica como una de las causas del movimiento médico de 1964-1965: mantener los gastos de operación, entre los que se contaban los sueldos de los médicos y las becas de internos y residentes, en el nivel más bajo posible y destinar, en cambio, sumas elevadas a la cons-

trucción de obras, como lo demuestra el aumento del número de unidades médicas.³³ Así, una de las razones adicionales que se esgrimieron para preferir la organización de un internado de pregrado sobre uno de posgrado fue que los médicos graduados, por tener diversos compromisos económicos, no podían permanecer en una plaza escasamente remunerada mediante una “ayuda económica” y carente de prestaciones, como era la de un interno.³⁴

Ahora bien, la ampliación de la participación estatal en la producción de servicios de salud implica, como señala Donnangelo,³⁵ no sólo una expansión cuantitativa en la demanda de fuerza de trabajo médico, sino también una diferenciación cualitativa en la organización de la práctica médica y en la posición de los productores de servicios dentro de ella. Así como el crecimiento cuantitativo del mercado de trabajo médico permite comprender el hecho mismo del surgimiento del IRP, así los cambios cualitativos esclarecen las características que el programa de internado asumió dentro de las instituciones de salud y seguridad social.

En efecto, se ha vuelto un lugar común decir que el IRP surgió con el propósito de completar la enseñanza práctica, la cual se había visto limitada por la sobrepoblación estudiantil.³⁶ De esta afirmación parece ser cierta la primera parte, mas no la explicación, pues como hemos visto antes, cuando se estableció el internado de pregrado no había aumentado considerablemente ni el número de escuelas ni su matrícula. En cambio, lo que sí existía era un problema de enseñanza práctica, pero no de *más práctica*, en términos cuantitativos, sino de un *tipo diferente* impuesto por las nuevas condiciones de producción de servicios médicos. Mediante la implantación del IRP no sólo se trataba de contar con fuerza de trabajo aprovechable de inmediato para satisfacer las necesidades del crecimiento cuantitativo de las instituciones de salud. Además, ese personal debía adquirir ciertas destrezas prácticas para funcionar adecuadamente dentro del hospital como internos, al mismo tiempo que se iba preparando, a futuro, el nuevo tipo de médico graduado que las instituciones estaban demandando. De esta manera se introduce la dimensión formativa del IRP. Pero esta nunca se define a partir de un discurso pedagógico —objetivos, profesorado—, que sería competencia de la institución educativa, sino siempre desde la perspectiva inmediata de las instituciones de salud, en las cuales se delegó, de hecho, la responsabilidad de la enseñanza.³⁷ En efecto, con excepción de la rotación por los servicios, no se especificaron claramente las actividades de los internos, sino que, por el contrario, se permitió una gran flexibilidad para que el IRP se adaptara a las necesidades concretas de cada hospital.³⁸ Asimismo, se estableció una división entre el trabajo práctico y la enseñanza académica, otorgándosele al primero 80 por ciento del tiempo del internado³⁹ y prioridad sobre la segunda.⁴⁰

Puede entenderse, en consecuencia, que el control del IRP haya recaído, fundamentalmente, so-

bre las instituciones de atención médica. Con todo, las escuelas han intentado diversos mecanismos de supervisión. Así, el IRP empezó a funcionar con una selección inicial de 89 hospitales de la capital y 164 del interior de la República, los cuales serían sometidos a una evaluación anual de la enseñanza impartida, a fin de determinar si continuarían con un programa de internado durante el siguiente año escolar.⁴¹

Aunque a primera vista parecería que el IRP representó una forma de volver a unir la educación y el trabajo, como ocurría en el modo artesanal de educación médica que dominaba antes de la aparición de las grandes universidades, lo cierto es que la separación entre ambos se mantuvo, pero ahora con una dirección distinta: ya no a favor de la educación sino del trabajo, no a favor del estudiante que tiene la concesión de no ser productivo, sino del productor que deja de ser estudiante. Desde esta perspectiva, la inclusión del internado de pregrado en los programas de educación médica plantea una situación peculiar. En tanto que parte del proceso de enseñanza contribuye a la reproducción de la fuerza de trabajo médico, pero, a diferencia de las otras fases del proceso, se trata de una instancia de reproducción de la fuerza de trabajo en el trabajo mismo.

Esta peculiaridad del internado tiene varias repercusiones interesantes. Entre ellas, es necesario señalar que un modo de producción de servicios médicos donde predomina la división técnica del trabajo suele implicar el establecimiento de una jerarquía. La necesidad institucional de disciplina jerárquica se hizo patente en el IRP. Así, se señalaba que el internado proporciona "...disciplina por promoción o remoción...",⁴² pues se consideraba que "el proceso educativo del hospital se fundamenta precisamente en una escala jerárquica que va desde estudiantes de medicina y enfermería, pasando por internos, subresidentes, residentes, adjuntos, adscritos, consultantes, jefes de división, etc., hasta el mismo director del hospital...".⁴³ Incluso, uno de los argumentos para favorecer al internado de pregrado sobre el de posgrado fue que los médicos no aceptaban con facilidad someterse al último escalón de la jerarquía médica hospitalaria.⁴⁴

Cuando en los primeros años del IRP se hacía el balance de su impacto favorable, se enfatizaban sobre todo los beneficios recibidos por los hospitales. Así, el jefe del Departamento de Internados en el D. F. de la Facultad de Medicina de la UNAM señalaba: "Por medio del internado rotatorio fue posible aumentar la atención continuada del paciente, por lo menos en 200 por ciento, principalmente en los hospitales del interior de la República en donde antes no habían existido médicos de casa".⁴⁵ Se afirmaba también que los médicos externos pudieron descargar el trabajo de curaciones y manejo de expedientes, y limitarse a supervisarlos "...por contar con la colaboración de personal técnicamente preparado para interpretar debidamente sus indicaciones".⁴⁶

El IRP refleja, pues, una parte del cambio cua-

litativo que ocurre en el mercado de trabajo médico cuando el Estado se convierte en su principal elemento regulador. Uno de los aspectos fundamentales de este cambio consiste en la pérdida de autonomía que el médico, como productor de servicios, sufre al pasar de una condición de profesionalista liberal a una de asalariado, lo cual implica la fragmentación de su control individual sobre los medios de producción de servicios.⁴⁷ A este hecho hay que añadir el desarrollo científico y tecnológico que al producir un aumento en la información y en la complejidad técnica, conduce a una mayor pérdida del control sobre los instrumentos de trabajo, a la especialización, a la interdependencia entre los médicos y, en última instancia, a la división técnica del trabajo.⁴⁸

Los cambios en el mercado de trabajo médico que facilitaron el establecimiento del IRP en México implicaron también una serie de contradicciones. El movimiento médico iniciado a fines de 1964 constituyó una de sus expresiones más claras. Resulta significativo que haya sido un grupo de internos el que inició lo que posteriormente se convertiría en un movimiento nacional. Su situación poco favorable, en la que no existía ningún reconocimiento de tipo laboral ni una definición clara de funciones, los llevó a iniciar un paro en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE, en demanda de prestaciones. El resto de los becarios (residentes) se unieron de inmediato al paro y constituyeron, junto con los internos, la Asociación Mexicana de Médicos Residentes e Internos (AMMRI), que después se convertiría en filial de la Alianza de Médicos Mexicanos (AMM), en la cual participó un gran número de médicos recibidos adscritos a las diversas instituciones de salud de todo el país.

La particularidad de un grupo de profesionales tradicionalmente conservador, que ante la nueva realidad del asalariamiento logra organizar un movimiento nacional, así como el desarrollo específico de cada una de las instituciones estatales de salud, explican los límites del movimiento en lo que se refiere tanto al nivel de participación de los diversos grupos de médicos, como al tipo de reivindicaciones demandadas. Un aspecto interesante del movimiento fue su oposición al crecimiento anárquico y desigual de las instituciones. Los médicos participantes propugnaban por la creación de un solo servicio de salud para toda la población, criticaban las diferencias entre los servicios impartidos por las distintas instituciones y proponían la participación directa de los médicos en la planeación y la administración de los servicios. También fue un tema recurrente a lo largo de todo el movimiento la crítica a la construcción de obras suntuarias para las instituciones de salud, en contraste con las penosas condiciones de trabajo de los que en ellas laboraban.⁴⁹

Por su parte, las reivindicaciones de tipo laboral se referían al reconocimiento de internos y residentes como de trabajadores, al otorgamiento de uniformes, a la regularización de todos los médicos con plaza de tiempo completo y a incrementos salariales. El movimiento se debilitó substan-

cialmente cuando las autoridades hicieron concesiones parciales de tipo económico. Sin haber logrado aún la regularización en la contratación, los médicos levantaron el paro nacional ante la inminencia de una escisión al interior de la AMM. Y aunque los becarios tampoco obtuvieron más que mejoras económicas, su posibilidad de organizarse sentó un antecedente en las posteriores relaciones de estos grupos con las instituciones de salud.

Situación actual

El doble proceso de expansión en las instituciones de atención médica y ausencia de crecimiento importante en las escuelas de medicina que caracterizó a la mayor parte de la década de los años sesenta, determinó que el número de plazas disponibles para el internado fuera aumentándose de manera progresiva. Hacia 1964 existía un superávit de 200 plazas para internos y se calculaba que entre 1965 y 1970 tendrían que abrirse 2 000 plazas, para lo cual se sugirió la utilización de la totalidad de los hospitales públicos y privados.⁵⁹

A partir de 1970 la imagen de la relación cuantitativa entre atención y educación médicas se invierte con respecto a la década anterior. Ahora el crecimiento de las instituciones de salud se estabiliza, mientras que la matrícula y el número de escuelas de medicina aumentan en forma explosiva. Por ejemplo, si se compara la curva de la población de primer ingreso a la Facultad de Medicina de la UNAM con la del gasto público en hospitales y centros asistenciales, se advierte que, entre 1970 y 1971, integran prácticamente una imagen en espejo: mientras la matrícula muestra un pico ascendente, la inversión exhibe uno descendente.⁶¹

Más aún entre 1970 y 1977 la población nacional de estudiantes de medicina se triplicó, al aumentar de 25 953 a 80 396.⁶² Al mismo tiempo, es interesante hacer notar que de las 54 instituciones de educación médica existentes en 1980, casi 200 años después de la fundación de la primera escuela de medicina en 1790, únicamente la mitad habían sido creadas hasta 1970, mientras que las 27 restantes se originaron en los escasos diez años subsiguientes.⁶³ La consecuencia de este proceso sobre el internado fue un crecimiento igualmente acelerado en el número total de internos. Así, durante los dos primeros años del IRP, dicho número se incrementó en sólo 17 por ciento, pues pasó de 1 200 en 1962⁶⁴ a 1 400 en 1964. En contraste, los dos años comprendidos entre 1970 y 1972 experimentaron un crecimiento de 85 por ciento, con un total de 2 524 y 4 676 internos respectivamente. Hacia 1977, la cifra de internos de pregrado había llegado a 8 555 en toda la República.⁶⁵

Ahora bien, mientras el sistema de educación médica se expandía aceleradamente, el estancamiento de la inversión pública en el sistema asistencial dio origen, durante los años siguientes, a una disminución de la tasa de crecimiento anual de producción de servicios y de número de camas, tanto en el IMSS como en la SSA. Por su parte,

mientras que la población derechohabiente del ISSSTE se duplicó entre 1970 y 1976, los servicios de esta institución se cubrieron fundamentalmente por medio de la subrogación.⁶⁶

Estos dos fenómenos coincidentes —el freno del crecimiento del sistema de atención médica y el aumento de estudiantes de medicina— parecen obedecer a una misma causa subyacente: la agudización de la crisis económica a partir de los primeros años de la década de los setenta. Dicha crisis trae consigo una incapacidad creciente del aparato productivo para emplear a toda la mano de obra disponible. Así, además de la elevación del índice de desempleo, aumentan paulatinamente los requisitos académicos a todos los niveles del mercado de trabajo, lo cual genera un proceso de "socialización y proletarización del trabajo intelectual".⁶⁷ Una situación así se traduce en crecientes presiones sobre las instituciones de educación superior por parte de una abultada clase media, que ve en la formación profesional su principal oportunidad de movilidad social. Después del estallido de inconformidad estudiantil en 1968, dichas instituciones han modificado su política de admisión, al ampliar la matrícula. Además, como hemos visto, se ha creado un gran número de nuevas escuelas. De esta manera, las instituciones educativas han sumado a sus funciones tradicionales la de aplazar las presiones sobre el mercado de trabajo médico. Al mismo tiempo, la crisis económica obliga al Estado a contener el gasto público destinado al sector salud y seguridad social.

Debido a este doble efecto de la crisis económica, la disociación entre la producción de las escuelas de medicina y la capacidad de las instituciones de salud, ha provocado un fuerte desequilibrio en el mercado de trabajo médico. Así, en 1978 se calculaba que habían aproximadamente 8 000 egresados de las escuelas de medicina, pero solamente 1 800 plazas de residentes.⁶⁸ Según datos de una encuesta realizada en ese mismo año por los autores, poco más de 90 por ciento de los internos de seis escuelas de medicina mexicanas aspiraban a ocupar una de esas escasas plazas de residencia.⁶⁹ Al mismo tiempo, una fuente autorizada estimaba que todo el aparato de atención médica, tanto pública como privada, podía absorber a no más de 3 000 médicos por año.⁶⁰ De esta manera, cerca de 40 por ciento de los graduados enfrentaban la posibilidad real del desempleo o subempleo. Un desequilibrio de esta magnitud ha afectado, necesariamente, al internado de pregrado.

En efecto, al haberse creado entre los médicos un ejército de reserva, esto es, un núcleo subempleado, que además tiene la característica de estar subeducado, se ha producido una situación contradictoria en el IRP. En muchos hospitales los internos siguen representando una fuerza de trabajo fundamental. Pero en muchos sitios, esa fuerza de trabajo ha dejado de ser necesaria, al grado de que se han tenido que abrir plazas que no reúnen los requisitos para realizar un internado, con la única finalidad de dar cabida al excedente de internos. En el primer caso, las escuelas de medicina siguen satisfaciendo, al través de los internos de pregra-

do, las necesidades de las instituciones de atención médica; en el segundo, la relación se ha invertido.

Por el carácter obligatorio del IRP, los internos no ejercen una presión directa sobre el mercado de trabajo médico, pero limitan a las instituciones en la utilización del ejército de reserva. De hecho, en las actuales condiciones del mercado de trabajo, con un alto nivel de desempleo, el IRP ha venido a asumir una nueva función: para la gran mayoría de los estudiantes de medicina representa, junto con el servicio social, la única situación en que habrán de contar, aunque sea transitoriamente, con una remuneración segura.

Por estas razones, el IRP se ha convertido en un punto neural de la educación y la atención médicas en México. En efecto, fueron los internos, antes que los residentes, quienes en 1975 obtuvieron, mediante un paro de actividades, un aumento en sus percepciones económicas, así como la firma de un convenio entre las instituciones educativas y las de salud para reglamentar las condiciones de trabajo y enseñanza durante el IRP. Otro movimiento, realizado en 1976—de hecho el primer conflicto al que se enfrentó el régimen de gobierno de José López Portillo—dio como resultado la revisión de dicho convenio, con un incremento en el monto de las becas y de las prestaciones sociales (ayuda para alimentos y seguro de vida). En 1977 la oposición de los estudiantes de medicina hizo fracasar un intento por reducir el internado a seis meses. En octubre de 1978 un grupo de internos realizó una manifestación en demanda de revisión del convenio, aumento de las becas y eliminación de los exámenes que algunas instituciones de salud venían realizando al inicio del internado.

Por otra parte, ante las nuevas condiciones del mercado de trabajo médico, es factible que empiecen a producirse algunos cambios dentro de la estructura del IRP. Así por ejemplo, en la medida en que diversas presiones, incluyendo las de los propios médicos desempleados, orillen al Estado a ampliar la cobertura de los servicios asistenciales, es probable que una parte sustancial del internado empiece a orientarse hacia actividades comunitarias, las cuales hasta ahora han estado ausentes o han constituido un requisito meramente formal. También puede acontecer que los cambios se den por cauces no controlados. Por ejemplo, ante la escasez de profesionales medios en el campo de la salud, puede suceder que muchos médicos no tengan más opción de empleo que ocupar ese tipo de puestos y que desde el internado empiecen a adquirir las destrezas necesarias para lograrlo.

Del presente análisis histórico se desprende que existe una estrecha relación entre el mercado de trabajo médico y el IRP. Específicamente, la dimensión cuantitativa del mercado de trabajo parece explicar los procesos macrosociales del surgimiento, las funciones y la estructura del IRP. Por su parte, la dimensión cualitativa de dicho mercado permite comprender los fenómenos microsociales de las experiencias a que los internos de pregrado están sujetos dentro de cada institución concreta.

El estudio histórico del internado también in-

dica que la relación entre el mercado de trabajo y el IRP se encuentra determinada, a su vez, por condiciones económicas y sociales más amplias. La investigación continuada de este tipo de vínculos complejos parece ofrecer una vía promisoriosa para comprender y transformar las condiciones específicas que, tomadas en su conjunto, conforman la experiencia médica y educativa de nuestros días.

REFERENCIAS

1. García, J. C.: *La educación médica en la América Latina*. Publicación Científica No. 255. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1972, p. 12.
2. Andrade, J.: *Marco conceptual de la educación médica en la América Latina. Primera parte*. Educ. Méd. Salud 12:1, 1978.
3. Lecourt, D.: *La historia epistemológica de Georges Canguilhem*. En Canguilhem, G.: *Lo normal y lo patológico*. 2a. ed. México, Siglo XXI Editores, 1978, p. ix.
4. Andrade, J.: *Loc. cit.* en 2.
5. García, J. C.: *Op. cit.* en 1, p. 3.
6. *Ibid.*, pp. 5-6.
7. Para un análisis de la forma en que los libros de texto y los programas de estudio de la mayoría de las escuelas médicas en México reflejan el modelo dominante de la medicina científica, véase Frenk, J.: *Cuadro clínico de la enseñanza médica mexicana: Textos y programas*. Nexos 1:21, enero de 1978.
8. Frenk, J.; Hernández-Llamas, H. y Alvarez Klein, L.: *El mercado de trabajo médico. I. Elementos teóricos y conceptuales*. GAC. MÉD. MÉX. 116:187, 1980.
9. García, J. C.: *Op. cit.* en 1, p. 4.
10. Para un análisis más detallado, véase Berliner, H. S.: *A larger perspective on the Flexner Report*. Int. J. Hlth. Serv. 5:573, 1975.
11. Stevens, R. A.: *Graduate medical education: A continuing history*. J. Med. Educ. 53:1, 1978.
12. Weiskotten, H. G.: *Council on Medical Education and Hospitals. Fifty years of Council activity*. J. A.M.A. 154:1200, 1954.
13. Saunders, H. R.: *The university hospital internship in 1960: A study of the programs of 27 major teaching hospitals*. J. Med. Educ. 36:561, 1961.
14. Mesa-Lago, C.: *Social security in Latin America: Pressure group, stratification, and inequality*. Pittsburgh, University of Pittsburgh, 1978, p. 216.
15. *El internado de la Facultad de Medicina*. Rev. Fac. Med. 4:811, 1962.
16. Gómez Troncoso, J.: *Internado rotatorio, diez años de actividad, 1955-1965*. México, Waltz y Abbat, S. A. 1965, p. 5.
17. Comisión Nacional de Internados y Residencias. A. C.: *Argumentos para crear un programa de internados y residencias en la República Mexicana*. México, La Comisión, 1959.
18. *Ibid.*, p. 3.
19. Gómez Troncoso, J.: *Op. cit.*, en 16, p. 20.
20. *Ibid.*, pp. 25-26.
21. Todavía en 1963, el director de la Facultad de Medicina de la UNAM afirmaba que uno de los factores responsables del atraso de la educación médica mexicana era "el apego demasiado prolongado a las tendencias y normas de educación médica europea" y señalaba la necesidad de comparar la situación de México con la de los Estados Unidos, país "que se ha colocado a la cabeza de las demás naciones en materia de medicina y, por ende, de educación médica". Alarcón, D. G.: *Evolución y enseñanza*. Rev. Fac. Med. 5:153, 1963.
22. Chávez L.: *La evolución de la medicina y la formación profesional de los médicos*. Monterrey, Ediciones del Departamento de Acción Social Universitaria, 1951.
23. *Declaración de México sobre educación médica en América Latina*. Rev. Fac. Med. 4:55, 1962.
24. *Proyecto de "Cursos Piloto" presentado por la Facultad de Medicina de la UNAM al Consejo Universitario*.

- Actas del Consejo Universitario, libro 67. Documento en fotocopia. México, Universidad Nacional Autónoma de México. Diciembre de 1955.
25. Para un análisis más detallado de los cambios históricos en la producción de servicios médicos por parte del sector público y de las repercusiones consiguientes sobre el mercado laboral para médicos, véase Frenk, J.; Hernández-Llamas, H. y Álvarez-Klein, L.: *El mercado de trabajo médico. II. Evolución histórica en México. GAC. Méd. Méx. 116:265, 1980.*
 26. En ese momento se decidió también uniformar las diversas denominaciones y llamar médico interno al alumno de sexto año, pues se argumentó que otros términos como pasante interno o subinterno "...al ser oídos por las masas de nuestro pueblo, creen que al paciente se le toma como material de 'experimentación' para estudiantes y que la calidad de medicina que se le suministra es pobre, pues se la da un practicante..." Gñemez Troncoso, J.: *Op. cit.* en 16, pp. 21-22.
 27. Alcocer Andalón, A.: *Historia de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, S.L.P. (México) 1877-1977.* San Luis Potosí, Academia de Historia Potosina. 1976, p. 39.
 28. *Carta de los representantes de la Generación '57 al Director de la Facultad de Medicina de la UNAM.* Documento en fotocopia. México. 1961.
 29. *Carta del Director de la Facultad de Medicina de la UNAM en respuesta a la Generación '57.* Documento en fotocopia. México. 1961.
 30. Frenk, J.; Hernández-Llamas, H. y Álvarez-Klein, L.: *Loc. cit.* en 25.
 31. Subsecretaría de Planeación: *Educación de pregrado en medicina y enfermería.* México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1976, p. 102.
 32. *El internado de la Facultad de Medicina. Loc. cit.* en 15.
 33. Pozas Horcasitas, R.: *El movimiento médico en México 1964-1965.* Cuadernos Políticos 11:57, 1977.
 34. Gñemez Troncoso, J.: *Op. cit.* en 16, pp. 21-22.
 35. Donnangelo, M. C. F.: *Medicina e sociedade.* San Pablo, Livraria Pionera Editora. 1975, p. 48.
 36. Véase, por ejemplo, Subsecretaría de Planeación: *Op. cit.* en 31, pp. 63-64.
 37. Así, en un documento firmado por el primer jefe del Departamento de Internados y Residencias de la Escuela de Medicina de la UNAM se señalaba: "...la Escuela de Medicina ha delegado a las instituciones hospitalarias, donde manda sus internos, la responsabilidad de enseñanza que éstos deben hacer en el sexto año de la carrera..." Gñemez Troncoso, J.: *Op. cit.* en 16, p. 14.
 38. Por ejemplo, en un artículo de la época se aclaraba que las guardias en los servicios de urgencias se realizarían "...de acuerdo con las necesidades y reglamentos de cada hospital..." y que en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento "no es aconsejable la adscripción exclusiva de internos; sin embargo, puede aceptarse cuando las necesidades del hospital así lo requieran." Rodríguez, A. M.: *El internado rotatorio. Rev. Fac. Med. 7:369, 1965.*
 39. Alarcón, D. G.: *El internado rotatorio en 1963.* Rev. Fac. Med. 5:173, 1963.
 40. Por ejemplo, en el reglamento de internado de 1963 del Hospital Colonia se establecía: "La enseñanza académica nunca deberá interferir con el trabajo práctico del pasante interno". Reynoso, A.: *Características del internado en el Hospital Colonia. Rev. Fac. Med. 5:665, 1963.*
 41. *El internado de la Facultad de Medicina. Loc. cit.* en 15.
 42. *Ibid.*
 43. Rodríguez, A. M.: *Loc. cit.* en 38.
 44. Gñemez Troncoso, J.: *Op. cit.* en 16, p. 20.
 45. Rodríguez, A. M.: *Loc. cit.* en 38.
 46. Comisión Nacional de Internados y Residencias, A. C.: *Op. cit.* en 17, p. 6.
 47. Frenk, J.: *The physician-proletarian: An inquiry into the transformation of medical work.* Trabajo presentado ante el grupo de Estudios sobre Acción Colectiva e Historia Social de la Universidad de Michigan. Documento en fotocopia. Ann Arbor, Michigan, E.U.A. 4 de noviembre de 1980.
 48. Donnangelo, M. C. F.: *Op. cit.* en 35, pp. 53-54.
 49. De Anda, G.: *Quiebra definitiva de la medicina social: El problema de los médicos.* En: *Socialización de la medicina.* Cidoc Dossier 18, México, CIDOC. 1965, p. 53.
 50. Gñemez Troncoso, J.: *Op. cit.* en 16, p. 26.
 51. Una descripción más completa de este proceso puede encontrarse en Frenk, J.; Hernández-Llamas, H. y Álvarez-Klein, L.: *El mercado de trabajo médico. II. Evolución histórica en México. Loc. cit.* en 25.
 52. Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados: *Análisis sobre el ejercicio de la medicina en México y sus proyecciones.* Documento en fotocopia. México. 1978.
 53. Hernández Chávez, A.: *Estado actual de la educación médica en México.* México, Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. 1982, pp. 161-164.
 54. Gñemez Troncoso, J.: *Op. cit.* en 16, p. 19.
 55. Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. *Loc. cit.* en 52.
 56. Frenk, J.; Hernández-Llamas, H. y Álvarez-Klein, L.: *Loc. cit.* en 25.
 57. Guevara Niebla, G.: *Antecedentes y desarrollo del movimiento de 1968.* Cuadernos Políticos 17:7, 1978.
 58. Rivero, O.: *Situación actual de la enseñanza de la medicina.* Discurso pronunciado en la ceremonia del cuarto centenario de la fundación de la cátedra de medicina en México. Documento en fotocopia. México. 21 de junio de 1978.
 59. Hernández-Llamas, H.; Frenk, J. y Álvarez-Klein, L.: *Informe preliminar de la investigación sobre el internado rotatorio de pregrado en México.* Documento en fotocopia. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. 1979.
 60. Rivero, O.: *Loc. cit.* en 58.

