

La influencia de la Fundación Rockefeller en la conformación de la profesión médica mexicana, 1921-1949

ARMANDO SOLÓRZANO*

Resumen: Este trabajo introduce una nueva variable al estudio de la profesión médica en México. Nuestro argumento demuestra que la influencia internacional, representada por la Fundación Rockefeller, es de fundamental importancia para entender la naturaleza y conducta de la profesión médica. Basado en el análisis minucioso del programa becario que la Fundación creó para los doctores mexicanos, establecemos que la profesión médica mexicana depende académicamente de los patrones establecidos en Estados Unidos, mantiene ciertos rasgos de elitismo que la separa de la problemática médica nacional, y adquiere su legitimación en un encuadramiento científico de ámbito internacional. El apoyo a nuestro argumento es previsto por diferentes fuentes de información, pero sobre todo por la correspondencia y documentos analizados en los archivos de la Fundación Rockefeller en Nueva York.

Abstract: This article introduces a new variable into the study of the medical profession in Mexico. It argues that international influence, represented by the Rockefeller Foundation, is crucial to an understanding of the nature and behavior of the medical profession. Based on a detailed analysis of the fellowship program established by the Rockefeller Foundation for Mexican doctors, the article shows that the Mexican medical profession depends academically on patterns established in the United States, maintains certain elitist traits which separate it from the national medical problem and acquires its legitimacy through the scientific complicity of the international sphere. This argument is supported by different sources of information, particularly the correspondence and documents from the Rockefeller Foundation archives in New York which have been analyzed.

INTRODUCCIÓN

LA MAYORÍA DE LOS ANALISTAS del sistema de salud mexicano convergen en la observación de que nuestro sistema es un proyecto basado en el modelo de salud estadounidense (Kumate, 1977; Mazzaferri, 1968; Kreisler, 1981; Finkler, 1991; Frenk, 1978). De lo que se carece, sin embargo, es de una explicación de cómo este proceso se llevó a cabo. ¿Quiénes fueron los agentes que participaron en este proceso? ¿Cómo se introdujo la medicina estadounidense en México? ¿Qué tipo de ayuda técnica y económica se recibió de Estados Unidos? ¿Qué tan exitoso fue este proceso en la medicina mexicana? Estas preguntas constituyen el centro de esta investigación.

El objetivo primordial es delinear el proceso a través del cual la Fundación Rockefeller fue capaz de influir el sistema de salud mexicano y conformar la profesión médica a partir de 1920. Nuestro análisis se concentra en el programa de

* Dirigir correspondencia a FCE/Ethnic Studies, 246 Alfred Emery Building, University of Utah, Salt Lake City, UT 84112, tel.: (801)581-51-68, fax: (801)551-51-56.

becas instituido por la Fundación Rockefeller en México durante el periodo 1921-1949. Compartiendo los principios epistemológicos de la teoría de la política económica de la salud, nuestro estudio sitúa las transformaciones del sistema de salud en México dentro de un contexto donde lo social, lo político y lo económico se vinculan inextricablemente a la salud (Doyal, 1979; López Acuña, 1986). De una manera particular enfocamos nuestra investigación dentro de los parámetros de la sociología de las profesiones. Nuestra intención es proponer una nueva variable en el análisis de la profesión médica en México, *i.e.* la influencia internacional y filantrópica que decididamente configura la identidad de la profesión médica.

La aceptación de la medicina estadounidense en el territorio nacional trajo como consecuencia una demanda creciente de servicios de salud. Esta demanda, unida al crecimiento de las dependencias del Departamento de Salud Pública, repercutió en una escasez de doctores y personal de salud que se evidenció profundamente a partir de 1928. Fue en este entonces que los directivos de la Fundación Rockefeller implantaron un programa de becas que facilitaría a los médicos mexicanos estudiar en las escuelas de salud pública de la Universidad de Harvard y la Johns Hopkins. Además de solventar la carencia de personal médico capacitado, este programa dejaría sus huellas al introducir un sistema de salud inspirado en los lineamientos de la medicina estadounidense. Cabe mencionar que los esfuerzos de la Fundación Rockefeller en México estaban inspirados por incentivos filantrópicos y humanistas. John A. Ferrell, director de la Fundación en Estados Unidos, lo expresó en los términos siguientes:

Por 25 años la Fundación y sus representantes han brindado su ayuda, buena voluntad y dinero a México. Fondos para entrenamiento han sido provistos para el desarrollo de mexicanos quienes han tomado a su cargo el desarrollo de importantes programas de salud. Nada se ha pedido ni se ha aceptado en recompensa.¹

Iniciamos nuestra discusión centrandó la actuación de la Fundación Rockefeller dentro del contexto político y económico de México. Luego procedemos a validar nuestra premisa sobre la relevancia de la influencia internacional en la formación de las profesión médica mexicana. En un tercer apartado procedemos a la identificación de los objetivos del programa becario. Simultáneamente, describimos el proceso a través del cual la instrumentación de las becas se llevó a cabo. De vital importancia es nuestra consideración de las políticas de tiempo completo por las que las dependencias de salud deberían estar regidas. Analizamos también las consecuencias que el programa derramó dentro del sistema de salud. En nuestra discusión final argumentamos que el interés filantrópico rockefelleriano en México va de la mano con los intereses expansionistas de Estados Unidos y de la misma familia Rockefeller. Discutimos el hecho de que sin la ayuda de la Fundación

¹ Archivos de la Fundación Rockefeller. "Memorándum de la conferencia entre el Vice Presidente Wallace, RBF, y John A. Ferrell con respecto a los problemas y soluciones en México", febrero 3, 1941, grupo 5, serie 1.1., caja 1. 323, México. [A partir de esta cita todas las referencias que correspondan a los Archivos de la Fundación Rockefeller en Nueva York serán identificadas con las siglas AFR.]

Rockefeller, el Departamento de Salud y sus médicos hubieran sido incapaces de desarrollar sus propios intereses dentro de la burocracia mexicana. El programa becario capacitó a médicos mexicanos que sirvieron como base para el entrenamiento de futuros médicos, y a la vez establecieron las bases de la organización de la profesión médica en México.

LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER DENTRO DEL CONTEXTO MEXICANO

El desarrollo de la historia moderna de México ha estado vinculado a la influencia de los intereses económicos estadounidenses, y de una manera especial a las inversiones de la familia Rockefeller. Desde los inicios del siglo, las corporaciones de Estados Unidos controlaban el 83% de los ferrocarriles nacionales, el 80% de la industria minera y el 70% de la producción petrolera nacional (Cockroft, 1983:92-103). Otros monopolios eran también ejercidos sobre los bancos mexicanos, la metalurgia, y los bienes raíces (Durand Ponte, 1979). Dentro del capital estadounidense, los Rockefeller encabezaban la lista de inversionistas y monopolios extranjeros en México. Al inicio de la Revolución mexicana, los Rockefeller mantenían el control absoluto del petróleo mexicano; bajo su influencia, México se convirtió en "el país con la producción más alta de petróleo en el mundo" (Hidy *et al.*, 1955:514-528). De hecho, en 1911 México producía 5 000 barriles de petróleo al día, mientras que Rumania, el segundo productor, sólo producía 4 500 barriles. Sin embargo, el monopolio de la Standard Oil Company, propiedad de John D. Rockefeller, era constantemente amenazado por el presidente Porfirio Díaz, quien negaba permiso para nuevas exploraciones, cancelaba contratos y favorecía a otras compañías petroleras como la Doheny and Pearson Company (Hart, 1987). Tal y como lo apuntan los analistas mexicanos: "la política de Díaz no era contra todo el capital americano, sino contra el de algunos grupos del imperialismo americano, ubicados en el petróleo y los ferrocarriles" (Durand Ponte, 1979:88). Indudablemente, la familia Rockefeller representaba uno de los grupos seriamente afectados por las políticas de Don Porfirio.

Para contrarrestar estas medidas, los Rockefeller recurrieron a tácticas y elucubraciones de tipo político, como la de ofrecer un millón de dólares a Francisco I. Madero para derrocar al presidente Díaz (Grieb, 1971; Solórzano, 1990). Operaciones similares fueron practicadas en 1937 cuando el presidente Lázaro Cárdenas nacionalizó la industria del petróleo e impulsó fuertemente las tendencias nacionalistas del país (Freeman, 1972; Ramírez, 1989).

Además de las inversiones petroleras, los ferrocarriles nacionales estaban acaparados por los Rockefeller. John D. Rockefeller, su hermano William, Russell Sage y Harriman controlaban por lo menos el 80% de las operaciones ferroviarias. Lo extraordinario de este control era que las vías ferrocarrileras eran construidas a lo largo de las zonas mineras y de los yacimientos petrolíferos en posesión de los magnates neoyorkinos (Hart, 1987:400-401). En lo que respecta a la minería, 89 minas mexicanas estaban bajo el control del capital estadounidense y de los Rocke-

feller. Unida a estos monopolios se encontraba también la industria financiera mexicana afianzada por el National City Bank, cuyo director era el mismo John D. Rockefeller (*ibid.*:99-136).

Dada esta situación monopólica, la animadversión y el sentimiento antiestadunidense se cristalizó en contra de la familia Rockefeller. De hecho, los expertos en la economía centroamericana recomendaban a los funcionarios de la Fundación Rockefeller no relacionar el nombre de ésta con el de la familia: "el éxito de la International Health Commission [una de las ramas de la Fundación Rockefeller] se vería seriamente afectado si se enfatizara el nombre de los Rockefeller".² Remarcando la reputación de los Rockefeller en Latinoamérica, el investigador Gregorio Selser puntualiza.

Su nombre [John] está mezclado al imperialismo económico, además, su apellido [Rockefeller] produce desconfianza por estar ligado con las industrias que han consolidado su prosperidad con la explotación, humillación y el hambre de los trabajadores. Para los empleados de los Rockefeller, su nombre es una prueba que en la fabulosa cadena de supermercados que la familia dirige, las personas están sujetas a condiciones de trabajo inhumanas, sin distinción de hombres o mujeres; a quienes se les obliga a trabajar en condiciones insalubres y sin ninguna protección para su salud (Selser, 1971:313).

Ante esta paradoja de hegemonía económica rockefelleriana y oposición popular, es necesario considerar el papel que esta filantropía desempeñó en el desarrollo del país. En primera instancia, los ideólogos de la Fundación argumentan que los motivos filantrópicos están completamente desligados de los incentivos financieros de los Rockefeller. Estas dos actividades se consideran como independientes y diametralmente opuestas. Las operaciones económicas de los Rockefeller en Centro y Sudamérica no están guiadas por motivos lucrativos; "la International Health Commission trabaja en estos países con un espíritu de servicio, sin nada que pedir en recompensa".³ En el último de los casos, y dentro de los círculos rockefellerianos, se considera que los fines filantrópicos son complementarios a sus fines corporativistas:

Los señores Rockefeller mantienen toda su fortuna invertida en el desarrollo de los recursos de los países, tanto en Estados Unidos como en otras naciones. Han aumentado permanentemente los medios de subsistencia, producción, transportación, comercio y distribución de servicios. Han provisto de empleo e ingresos a multitud de individuos, y han contribuido a la salud, confort y felicidad de las naciones.⁴

² AFR, conferencia sostenida entre Watler Vernier y Wickliffe Rose, 20 de enero de 1914, grupo 5, serie 1.2, caja 6, carpeta 85, p. 1.

³ AFR, Committee to study and report on medical conditions and progress in Brazil, 1915, serie 305, caja 2, carpeta 15.

⁴ AFR, Frederick T. Gates, "Thoughts on the Rockefeller Public and Private Benefactions", 31 de diciembre de 1926, en *Gates on Policy 1905-1926*, carpeta 79, p. 7.

Sin embargo, dadas las circunstancias de la Revolución mexicana, la nacionalización y expropiación del petróleo, la animadversión popular hacia los Rockefeller, y las políticas de rechazo de algunos regímenes presidenciales hacia éstos, cabe la pregunta: ¿cómo es posible que la Fundación Rockefeller haya penetrado el territorio mexicano ante circunstancias tan adversas? La tarea fue más allá de lo ordinario. De hecho, durante diez años los oficiales de la Fundación trataron de introducir, sin éxito alguno, campañas de salud pública y educación en el país. Fue hasta 1920 cuando finalmente se firmó el acuerdo para las campañas contra la fiebre amarilla. Por espacio de tres años (1920-1923) los funcionarios y doctores de la Fundación se convirtieron en los diplomáticos estadounidenses de más prestigio en México (Solórzano, 1992).

La idea inicial de los directores de la Fundación era la de introducir en México programas educativos, pero la ideología nacionalista de la época y la actitud antiestadunidense de la población hacían pensar que estos programas se interpretarían como medios de infiltración ideológica y vendrían a ser una afrenta contra la soberanía nacional. A su vez, los programas de salud pública eran concebidos como neutrales, de carácter meramente científico y privados de intereses políticos. De esta manera, la entrada filantrópica rockefelleriana al territorio nacional se vio amparada por programas de salud pública, y posteriormente por programas de educación médica y capacitación de doctores.

EL PREÁMBULO DEL PROGRAMA BECARIO DE LA FUNDACIÓN

La Fundación Rockefeller inauguró su presencia en México con una extraordinaria campaña contra la fiebre amarilla (1920-1924) que la erradicó del territorio nacional (Solórzano, 1992). A finales de 1924, y bajo un acuerdo bilateral, la Fundación inició la campaña contra la uncinariasis, enfermedad a la que se culpaba de frenar el desarrollo económico y cultural de México (Birn y Solórzano, 1995). Es a partir de estas campañas cuando el sistema de salud mexicano empezó a adquirir las modalidades que caracterizaban a la medicina estadounidense (Anderson, 1985; Starr, 1982; Berliner, 1985; Ettlíng, 1981). Las campañas rockefellerianas contra la fiebre amarilla y la uncinariasis de los años veinte habían demostrado la eficacia y superioridad que la medicina estadounidense poseía sobre otros modelos europeos. Esto se corroboraba por el alto índice de eficacia en la organización de las campañas, en la capacidad de curar las enfermedades contagiosas de una manera económica, y por la aplicación de principios científicos dentro del área de la salud pública.

De hecho, fue la Fundación Rockefeller quien introdujo el campo de la salud pública en México, y lo hizo precisamente a través de los becarios mexicanos (Birn, 1993:355-356). Al respecto, Ignacio Chávez asevera que el florecimiento de la salud pública en México fue "la obra de una generación afortunada, que nació a tiempo y que no traicionó a su destino" (Chávez, 1947:108). En los mismos términos, Schendel (1968:154) establece que este grupo de médicos entusiastas y

enérgicos se lanzaron a la tarea de transformar las prácticas médicas profesionales establecidas en México.

Además de inaugurar la salud pública en el emergente sistema de salud mexicano, los becarios de la Rockefeller introdujeron características esenciales que identifican a la profesión médica mexicana de nuestros días. Dentro de estas características resalta la continua justificación de la profesión médica mexicana en ámbitos internacionales, su dependencia técnica y académica de programas diseñados en el extranjero y el profundo dilema de resolver los problemas de salud nacional con marcos de referencia internacional.

La dependencia excesiva de conocimientos médicos de Estados Unidos hace que el prestigio de la profesión médica mexicana se base no tanto en la aceptación de la sociedad mexicana, sino en el renombre internacional que ésta adquiere a través de sus contactos con otras sociedades médicas internacionales. Si aceptamos la definición de la profesión médica como “una situación de privilegio e infundada en su propia mística” (Cleaves, 1987:9), es lógico entender que el “misticismo” de la profesión médica mexicana está fundamentado no tanto en el apoyo que recibe a nivel nacional, sino en la posición que reclama dentro de los foros internacionales de salud. Parafraseando al mismo investigador Cleaves podría asentarse que las ideologías, técnicas y procedimientos de la profesión médica mexicana son mucho más compatibles con los estándares internacionales que con las normas nacionales de salud. En consecuencia, la profesión médica en México enfrenta serias dificultades para mantener su propia identidad nacional. A manera de conclusión Cleaves establece que “son muy pocos los médicos mexicanos que se adhieren a un modelo mexicano de medicina” (Cleaves, 1987:20-21). Esta manera de enfocar el análisis de las profesiones médicas contrasta con las posiciones que señalan a la profesión médica como dependiente del Estado mexicano. A este respecto, Gustavo Nigenda observa que: “En México, los intereses del Estado han dominado a los de la profesión en la definición de las prioridades del sistema de salud y en las condiciones de práctica profesional” (Frenk *et al.*, 1994:23). Unos analistas sustentan que la conformación de la identidad médica profesional ha sido definida alrededor de los intereses de los aparatos burocráticos nacionales (Poitras, 1973), mientras que otros afirman que dicha identidad está constantemente determinada por las condiciones políticas y económicas del país (Krause, 1989).

Nuestra investigación señala que la profesión médica mexicana ha sido fuertemente influida por políticas internacionales y filantrópicas que desbordan los confines nacionales. En otras palabras, los fundamentos del profesionalismo médico nacional fueron inyectados a través del programa becario de la Fundación Rockefeller que redefinía la medicina y la profesión mexicana dentro de los parámetros establecidos en Estados Unidos.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA BECARIO

Para la Fundación Rockefeller, la capacitación de médicos mexicanos respondía a la necesidad de instrumentar un plan comprensivo de salud pública. Dicho plan comprendía la instrumentación de campañas de salud, educación médica, capacitación de enfermeras, entrenamiento del personal de salud pública, de médicos, y la introducción de nuevas políticas de salud. Consecuente con estas metas, la Fundación concentraba su atención en capacitar a los médicos que trabajaban o que podían ser incorporados al Departamento de Salud.

Para los médicos de la Fundación Rockefeller toda campaña de salud pública resultaba inconclusa, a menos que se complementara con programas educativos que tendieran a evitar el contagio y la reincidencia de las enfermedades. Mientras que las campañas de salud eran consideradas como medidas curativas, la educación era vista como una medida preventiva. De esta manera, la educación y entrenamiento de médicos era una labor inaplazable.

La necesidad de capacitar al personal médico de México se legitimaba también en los estudios elaborados por doctores de la Fundación, quienes continuamente evaluaban el nivel de la educación médica en el país.⁵ Dichos estudios puntualizaban que “no existe ninguna evidencia de que el gobierno o la profesión médica estén seriamente preocupados por la educación médica, ni tampoco piensan que este asunto requiera de una atención inmediata”.⁶

El mejoramiento de la educación médica y la promoción de la educación en salud pública fueron percibidas no solamente por los doctores de la Rockefeller sino también por el embajador de Estados Unidos en México, James R. Sheffield. En su carta dirigida a la Fundación Rockefeller, el embajador señalaba que por lo menos el 80% de la población en México era analfabeta y vivía en condiciones paupérrimas. La enseñanza en materia de higiene, de acuerdo con el embajador, constituiría “una esperanza de beneficios ilimitados” (*ibid.*).

Sheffield proponía la creación de una Escuela de Enfermería que fuera capaz de “enseñar al menos los fundamentos de higiene a las personas completamente ignorantes de estos principios” (*ibid.*). Los funcionarios de la Rockefeller respondían con el argumento de que la aceptación de un programa de enseñanza sólo dependía del éxito de las campañas contra la fiebre amarilla y la uncinariasis que la Fundación estaba realizando en esos momentos en México.

Dentro de los planes de la Fundación se contemplaba la posibilidad de un programa becario que ofreciera capacitación en el área de salud pública, educación médica, enfermería y administración. Puesto que era económicamente imposible entrenar a todos los doctores, los funcionarios de la Rockefeller esperaban aplicar el principio de la caída del dominó. Es decir, los becarios regresarían

⁵ Los estudios más importantes sobre la educación médica fueron elaborados en 1923 y en 1934. AFR, Gregg, Alan, “Preliminary Report on Medical Education at the National University. Faculty of Medicine of Mexico”, agosto, 13-27, 1923, México, 323, serie 1.1, caja 13. Los estudios de la educación médica en Latinoamérica pueden consultarse en el trabajo de Marcos Cueto, 1994.

⁶ AFR, Reporte de R. A. Lambert de su visita a México en 1941. RG5, serie 1.1, caja 13. 323, México, p. 3.

a México para promover y extender las enseñanzas y técnicas adquiridas en las universidades de Estados Unidos. El presidente de la Fundación Rockefeller, Raymond Fosdick, lo expresó de la manera siguiente:

Frecuentemente, el objetivo de las becas y las subvenciones no era el de proporcionar una ayuda directa a los estudiantes en particular, por el contrario, lo que se pretendía era buscar el impacto de sus conocimientos y puntos de vista sobre sus compañeros de profesión en otros países (Fosdick, 1989:274).

Un requisito fundamental para los médicos recipientes de becas era el de retornar a México y prestar sus servicios en el Departamento de Salud Pública. Simultáneamente, el Departamento se comprometía a colocar en los cargos más importantes a los egresados.⁷

Por lo que concierne a la Fundación, el objetivo fundamental era el de establecer la práctica de la salud pública de tiempo completo. Es decir, tanto los médicos como los funcionarios del Departamento debían dedicarse exclusivamente a los servicios de salud y sacrificar sus prácticas médicas personales. El compromiso hacia la investigación y la enseñanza debía predominar sobre cualquier otro tipo de interés personal.

El número de becas otorgado por la Fundación variaba año con año y dependía tanto de las políticas de los sexenios gubernamentales, como de las políticas internas de la Rockefeller. La relevancia del programa puede medirse por las cantidades erogadas por la Fundación, por el número de becas otorgadas, y sobre todo por las repercusiones que tuvo dentro del sistema de salud mexicano. Durante el periodo 1921-1949, la Fundación otorgó 67 becas. Después de Brasil, México fue uno de los países más favorecidos dentro del continente. La distribución de becas se refleja en el cuadro 1 (p. 183).

El mayor número de becas fue otorgado durante los periodos presidenciales de Cárdenas y Ávila Camacho. El programa llegó a su culminación en 1943, cuando el Departamento de Salud Pública empezó a entrenar a médicos provenientes de otros países, y cuando la Fundación Rockefeller decidió concentrar sus esfuerzos en la reconstrucción de Europa después de la segunda guerra mundial.

Vistas desde otra perspectiva, es decir, en comparación con otros programas instrumentados por la Fundación en México, las erogaciones en programas becarios representan el 9.2% del monto total de la ayuda otorgada. En el cuadro 2 ofrecemos una descripción panorámica del costo de los programas que la Fundación Rockefeller instituyó en México.

En comparación con otros programas, el monto de la ayuda recibida en becas fue mucho menor, pero su importancia radica no en lo cuantitativo sino en lo cualitativo, es decir, en las consecuencias que este programa proyectó a largo plazo en la formación de los médicos que rigieron el destino de los programas de salud.

⁷ AFR, carta de Russell a Warren, junio 21 de 1926, grupo 5, serie 1.2, caja 257, carpeta 3272.

INSTRUMENTACIÓN DEL PROGRAMA

En la etapa inicial del programa, el Departamento de Salud Pública buscaba no tanto la ayuda económica de la Rockefeller, sino el asesoramiento y dirección para los médicos mexicanos en Estados Unidos. A este respecto, el representante de la Rockefeller en México, A. J. Warren puntualizó:

El hecho de que [el Departamento de Salud] no nos solicita ayuda económica es una cuestión de orgullo nacional, lo único que ellos desean es que la Fundación se haga cargo de la asesoría y guía de los médicos a su llegada a Estados Unidos.⁸

Esta actitud cambió radicalmente en 1926, cuando el jefe del Departamento, Bernardo J. Gastélum, circuló una convocatoria en la que ofrecía diez becas a doctores mexicanos para estudiar en Estados Unidos. Lo más sobresaliente era que el doctor Gastélum, reservaba para el Departamento de Salud el derecho de seleccionar a sus candidatos.⁹ Dicha convocatoria sorprendió a los directivos de la Rockefeller: por una parte, la Fundación estaba dispuesta a ofrecer una o dos becas, por la otra, los funcionarios de la Fundación se reservaban el derecho de elegir a los estudiantes.¹⁰ Esta situación marcó el principio de una serie de disputas a través de las cuales tanto la Fundación como el Departamento trataban de mantener control sobre el programa.

En el fondo, no era el número de solicitantes lo que preocupaba a la Fundación, sino el hecho de que todos ellos eran médicos que ocupaban ya un cargo dentro del Departamento. Obviamente, esto iba en contra de los intereses de la Rockefeller, la cual pretendía preparar un nuevo personal de salud, con nuevas ideas, y con capacidad de liderazgo. Para evitar conflictos, tanto el Departamento como el doctor Warren decidieron dejar este asunto momentáneamente de lado. Sin embargo, Warren confiaba en que en el último momento, los funcionarios mexicanos no tendrían otra alternativa que la de recurrir a la ayuda ofrecida por la Rockefeller: "Pienso que no volveré a tratar de este asunto hasta que los funcionarios lo soliciten, si es que de verdad les interesa negociarlo seriamente".¹¹ Con el paso del tiempo se creó la impresión de que estos funcionarios eran los que seleccionaban a los becarios; sin embargo, la decisión final quedaba en manos de la Rockefeller.¹²

⁸ AFR, Carta de A. J. Warren a la International Health Board, 25 de enero de 1926, grupo 5, serie 1.2, caja 258, carpeta 3281. A. J. Warren fue el representante de la Fundación Rockefeller en México durante el periodo 1921-1925. En esa época tuvo a su cargo la dirección de la campaña contra la uncinariasis.

⁹ AFR, Convocatoria del Departamento de Salud Pública, 8 de abril de 1926, grupo 5, serie 1.2, caja 257, carpeta 3272.

¹⁰ AFR, correspondencia de A. J. Warren con F. F. Russell, Veracruz, Ver., 24 de mayo de 1926, grupo 5, serie 1.2, caja 257, carpeta 3272.

¹¹ AFR, carta de A. J. Warren a F. F. Russell, 10 de julio de 1926, grupo 5, serie 1.2, caja 257, carpeta 3272.

¹² AFR, carta de John A. Ferrell a Bailey, 25 de abril de 1935, PHD (Public Health Demonstration), caja 19, carpeta 160. Para la Fundación, los candidatos debían ser capaces de hablar inglés, mostrar su

El hecho de que el Departamento estuviera solicitando más becas de las que la Fundación ofrecía fue interpretado como un signo inequívoco del interés que tenían los mexicanos en la medicina estadounidense. Y aunque la vigencia del modelo francés era aún significativa, los médicos de la Rockefeller empezaban a promover las virtudes del modelo estadounidense. En su correspondencia con la oficina en Nueva York, el doctor A. J. Warren constataba:

A la vez que entregué al doctor Medellin el folleto de información de becas, también le di los catálogos de la John Hopkins y la Escuela de Salud Pública de Harvard. Siempre hago el esfuerzo por impresionar a los funcionarios mexicanos con la idea de que sin duda alguna, y en lo que respecta a cuestiones de salud pública, Estados Unidos está mucho más avanzado que cualquier otro país, y al mismo tiempo posee las mejores instalaciones para estudio y entrenamiento.¹³

Pero las intenciones y promesas del Departamento de emplear a los ex becarios rockefellerianos no se cumplían en la realidad. Algunos doctores mexicanos tenían grandes expectativas acerca de sueldos y posiciones políticas que podrían ocupar a su regreso de Estados Unidos. Sin embargo, dadas las condiciones económicas del país, los funcionarios del Departamento no podían cumplir con las demandas formuladas por ellos. Por ejemplo, a su regreso de la Universidad de Harvard, y ante la dificultad para ocupar un cargo en el Departamento de Salud, el doctor Bermúdez comentó a los directivos de la Fundación en Nueva York:

El doctor Pruneda ha planeado un esquema espléndido para mí; él quiere organizar un gran programa de Demostración en Salud Pública en Tacubaya, yo sería el director, y tendría todo el poder necesario para realizar este trabajo de acuerdo con las ideas estadounidenses de salud pública. Por supuesto que yo estaba muy entusiasmado con este proyecto, pero es una lástima que la situación económica del gobierno haga que este proyecto sea imposible de realizar. El presupuesto necesario era muy alto, y como usted probablemente ya sabe, la situación financiera del gobierno es una de las peores en los últimos años, por lo tanto, hemos dejado estas ideas para mejores tiempos.¹⁴

Y mejores tiempos vinieron para los becarios rockefellerianos. Las cartas enviadas por los médicos mexicanos a los funcionarios en Nueva York fueron entregadas a los representantes de la Fundación en México, y éstos, a su vez, expresaron sus preocupaciones a las autoridades mexicanas. Cuatro meses después de que Ber-

compromiso de trabajar tiempo completo, y ser empleados del Departamento de Salud. Continuamente, los médicos de la Fundación identificaban candidatos con los requisitos indispensables, pero no estaban dispuestos a trabajar para el Departamento debido a los bajos salarios que éste ofrecía. Véase la carta de Bailey a John A. Ferrell, 4 de junio de 1937, PHD, caja 20, carpeta 163.

¹³ AFR, correspondencia de A. J. Warren con F. F. Russell. Veracruz, Ver., 24 de mayo de 1926, grupo 5, serie 1.2, caja 257, carpeta 3272.

¹⁴ AFR, carta de Salvador Bermúdez a C. W. Wells, Ciudad de México, 15 de septiembre 15 de 1924, grupo 55, serie 1.2, caja 192, carpeta 2468.

CUADRO 1
BECAS OTORGADAS POR LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER, 1917-1949

<i>País</i>	1917-26	1927-36	1937-46	1947	1948	1949	Total
México	7	21	38	0	0	0	67
<i>Caribe</i>							
Indias Británicas	0	13	17	1	0	0	31
Cuba	0	4	5	0	0	0	9
Haití	3	0	3	0	0	0	3
Puerto Rico		24	1	0	0	0	28
<i>América Central</i>							
Costa Rica	4	5	3	0	0	0	12
República Dominicana	0	0	1	4	0	0	5
Guatemala	1	6	3	0	0	0	10
Nicaragua	5	6	1	0	0	0	12
Panamá	2	5	14	0	0	0	21
El Salvador	3	2	3	0	0	0	8
<i>América del Sur</i>							
Argentina	0	0	8	0	0	0	8
Bolivia	0	0	6	0	0	0	6
Brasil	40	23	22	1	2	1	89
Chile	0	0	26	1	4	2	33
Colombia	5	9	10	1	3	0	28
Ecuador	0	1	9	0	2	0	12
Perú	1	0	11	0	4	1	17
Paraguay	2	1	0	0	0	0	3
Uruguay	0	0	5	0	0	0	5
Venezuela	0	6	33	3	1	1	44

FUENTE: Archivos de la Fundación Rockefeller, grupo 5, serie 908, caja 11, carpeta 123.

CUADRO 2
EROGACIONES DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN MÉXICO POR
PROGRAMAS Y AÑOS, 1918-1941

<i>Campañas</i>	<i>Año</i>	<i>Cantidades en dólares</i>
Fiebre amarilla	1918-1926	432 482.48
Uncinariasis	1924-1927	60 539.32
Unidades cooperativas	1928-1941	107 155.18
Admón. de programas en salud pública	1933-1941	30 082.99
Malaria	1931-1939	19 980.38
Unidades de entrenamiento	1940-1941	2 681.53
Viajes para los funcionarios del gobierno mexicano	1927-1930	1 978.00
Salarios y gastos para los médicos de la Fundación	1918-1941	430 781.00
Programa becario	1920-1941	109 032.00
Total		1 194 712.88

FUENTE: AFR. Memorándum sobre la ayuda económica a México, enero 27 1941, grupo 2, caja 561, carpeta 3814.

múdez envió su carta, éste fue colocado en una posición relevante. Con carácter efusivo el doctor Bermúdez comentó:

Me da mucho gusto decirle esto, doctor Wells: he sido promovido como profesor en la Escuela Nacional de Medicina, la mejor Escuela en el país. Por supuesto, éste no es un triunfo meramente personal, sino un triunfo de la enseñanza y entrenamiento que recibí en la Escuela Johns Hopkins.¹⁵

Además de ocupar posiciones clave en las instituciones de salud pública, los becarios entrenados en Johns Hopkins y Harvard empezaron a proveer capacitación a funcionarios de salud, enfermeras e inspectores sanitarios. Al mismo tiempo, los ex becarios empezaron a avanzar no sólo dentro del sistema de salud mexicano, sino que también hicieron sentir su presencia en foros internacionales.

Hacia finales de 1933, la Fundación había otorgado ya catorce becas y los egresados empezaban a ocupar cargos como directores de las Unidades Cooperativas: Bustamante en Veracruz y Lira en Cuernavaca. Además, los ex becarios ocupaban ya cargos como jefes de laboratorios en el Instituto de Higiene, directores en el Instituto de Enfermedades Tropicales, y directores de los departamentos de Epidemiología en diferentes estados del país. Simultáneamente, los becarios y médicos que habían visitado Estados Unidos empezaban a destacar dentro de la política mexicana. En 1932, Gastón Melo se había convertido en jefe del Departamento de Salud. A través de su influencia, los directivos de la Rockefeller empezaron a tener acceso a otras dependencias gubernamentales, como el Departamento de Agricultura, el Departamento de Educación Pública y el Departamento de Servicios Sociales.¹⁶

La apertura de nuevas Unidades Cooperativas en 1930 en Tabasco, Tuxtepec y Oaxaca, y en Morelos en 1934, agudizaron la necesidad de un personal capacitado en salud pública. Esta necesidad se hacía más patente debido a que algunos médicos de las Unidades habían decidido regresar a sus prácticas médicas particulares mientras que otros decidían prestar sus servicios en instituciones privadas. En sus observaciones, Henry P. Carr constataba:

Uno de los problemas más grandes al que nos enfrentamos es el de no encontrar un personal médico adecuado. Nuestro doctor encargado de la Unidad en Puerto México ha renunciado a su posición para trabajar con una compañía platanera que le paga un sueldo mayor que el que nosotros le pagamos, y además, la compañía le permite continuar su práctica médica particular.¹⁷

¹⁵ AFR, carta de Salvador Bermúdez a C. W. Wells, 9 de febrero de 1925, grupo 5, serie 1.2, caja 226, carpeta 2872.

¹⁶ AFR, memorándum de J. A. Ferrell a Gastón Melo, director del Departamento de Salud Pública de México, 29 de marzo de 1933, RF, serie 1.1, caja 1, 323, México.

¹⁷ AFR, correspondencia de H. P. Carr con J. A. Ferrell, 12 de noviembre de 1929, grupo 2, serie 323, caja 24, carpeta 201. Situación similar fue experimentada por el doctor Gabriel Garzón-Cossa, quien dejó la campaña contra la uncinariasis para enrolarse en el departamento médico de la Compañía Mexicana de Petróleo con un sueldo \$200.00 pesos superior al que estaba percibiendo en la

Fue hasta 1936 que los doctores mexicanos y el personal de salud empezaron a visitar las universidades estadounidenses con más frecuencia. En este mismo año, el Departamento de Salud había creado treinta nuevas posiciones para enfermeras especializadas en salud pública, pero de acuerdo con Bailey, “no existe ninguna enfermera capacitada disponible para estos puestos”.¹⁸ La necesidad de enfermeras capacitadas era aún mayor que la de un personal médico capacitado en salud pública. En un intento por satisfacer esta demanda el mismo doctor Bailey escribió:

Estoy investigando la posibilidad de que la Universidad aumente los estándares educativos de los estudiantes de enfermería, así como de que también aumente los salarios para las enfermeras en salud pública; lo que estoy buscando es la posibilidad de desarrollar una escuela de enfermería con entrenamiento eficiente (*ibid.*).

Irónicamente, en este mismo año, el Departamento de Salud experimentó una crisis económica, al grado de que por lo menos 400 de sus empleados fueron despedidos. El representante de la Fundación en México, Charles A. Bailey, diligentemente velaba porque ninguno de los becarios de la Rockefeller fueran despedidos de sus puestos.

Hace algunas semanas me tomé la libertad de escribirle al general Siurob cuando supe que dos de nuestros becarios corrían el peligro de ser despedidos, también le proporcioné una lista con las posiciones que actualmente ocupaban nuestros becarios, y con mucha diplomacia le expresé la esperanza de que todos estos hombres fueran mantenidos en las posiciones para las que fueron entrenados. Por ahora ninguno ha sido despedido.¹⁹

A la creciente demanda de servicios de salud pública le acompañó una cada vez mayor organización de los servicios. Este crecimiento se experimentó no solamente en el área técnica sino también a nivel administrativo. Hacia 1938, el personal que la Fundación había adiestrado para trabajar como médicos y en el área de salud empezaba a ocupar los puestos administrativos. Tal fue el caso de Hernández Lira, quien fue nombrado director de la División de Higiene Rural; de Felipe García Sánchez, quien tomó posición como oficial del Departamento de Salud en el estado de Morelos, de Almazán, quien ocupó el puesto de ingeniero sanitario en la División de Paludismo, y del ingeniero Javier Segura, quien fungió como director del Departamento de Agua y Alcantarillado. Las promociones de tipo administrativo produjeron serias reflexiones en los médicos de la Fundación.

¿Debemos considerar estas promociones como un halago para los hombres que hemos entrenado, como lo mejor que hay en el país, o como medios para un fin posterior de reducir nuestros servicios hasta llegar a ser un apéndice innecesario?²⁰

campana. Véase la carta de H. P. Carr a Russell, 24 de marzo de 1927, grupo 5, serie 1.2, caja 296, carpeta 3753.

¹⁸ AFR, carta de Ch. A. Bailey a J. A. Ferrell, 23 de abril de 1935, PHD, caja 19, carpeta 160.

¹⁹ AFR, carta de Ch. A. Bailey a Ferrell, 6 de agosto de 1935, PHD, caja 20, carpeta 161.

²⁰ AFR, carta de Ch. A. Bailey a J. A. Ferrell, 27 de diciembre de 1938, PHD, caja 20, carpeta 164.

Estas preguntas estaban alimentadas por las condiciones sociales que prevalecían en el país, y de una manera particular, por las tendencias nacionalistas de la época y las políticas de expropiación del presidente Cárdenas. En cierto sentido, los médicos de la Rockefeller temían que su destino fuese a coincidir con el destino de la industria petrolera, en la que la familia Rockefeller mantenía fuertes inversiones en México (Hidy *et al.*, 1969; Meyer, 1977; López Portillo, 1975; Larson *et al.*, 1971; Grieb, 1969).

A principios de 1941, y después de que la Fundación había otorgado 41 becas, el programa tomó nuevas directrices. En la conferencia sostenida en Washington entre el vicepresidente de Estados Unidos, Wallace y John A. Ferrell, de la Fundación Rockefeller, se llegó a la conclusión de que la disminución de la mortalidad en México, en conjunto con los adelantos de salud experimentados en los últimos 25 años, habían repercutido en un incremento de la población. Dicho crecimiento demandaba una producción agrícola más efectiva a fin de satisfacer las necesidades primarias de los mexicanos. Fue en este año que la Fundación empezó a planear los programas de renovación agrícola (Cotter, 1994; Stakman *et al.*, 1967). El embajador de Estados Unidos en México, Josephus Daniels, señalaba que “los becarios mexicanos de la International Health Board podrían ser colocados en posiciones importantes dentro de estos nuevos programas”.²¹ De hecho, la relevancia de los becarios empezaba a extenderse dentro del ámbito de la política mexicana.

Al término del periodo presidencial del gobierno de Lázaro Cárdenas, el sistema de salud mexicano había experimentado mejoras considerables. Sin embargo, la idea cardenista de ampliar los servicios de salud al ámbito nacional se enfrentaba con dos problemas. El primero era la existencia de centros de población sin cobertura y sin capacidad económica para proveerse de los servicios. El segundo era los problemas económicos que los estudiantes de medicina tenían para cubrir su servicio social. El reporte del profesor Carl Sauer, de la Universidad de California, asentaba que el problema de la salud en México era en el fondo un problema de tipo económico. La gente “no gana lo suficiente para pagar por servicios médicos, aun cuando el precio sea muy moderado”. La mayoría de los ciudadanos “no puede aplicar ninguna de las medidas preventivas para preservar su salud”. En forma concluyente, el profesor puntualizaba:

El mayor problema es económico. Los mexicanos harán buen uso de los fondos para salud e higiene pública sólo si poseen los fondos económicos suficientes. Tenemos que estar conscientes de que si los instruimos, ellos aprenderían de nosotros.²²

²¹ AFR, correspondencia de John A. Ferrell con George Payne, 21 de enero de 1941, serie 1.1, caja 1, 323, México. La actuación del embajador Daniels en México puede ser consultada en Cronon, David E., 1960.

²² Todas las notas de este párrafo pertenecen a la carta del profesor Carl Sauer de la Universidad de California. Sus comentarios corresponden a las ideas del vicepresidente de Estados Unidos, Wallace, y a los planes de ayuda que la Fundación ofrecía en materia de salud pública, nutrición, y agricultura. AFR, 10 de febrero de 1941, RF, serie 1.1, R.1 321, México.

Aunque el programa de becarios había resultado todo un éxito, los logros obtenidos se veían obstruidos por la creciente preocupación que la Fundación mostraba ya no por el sistema de salud, sino por las condiciones sociales y económicas de la población. Dichas condiciones afectaban la salud de los mexicanos de una manera doble. En primer lugar, la salud dependía del nivel económico de los individuos; y en segundo, las condiciones económicas actuaban como un impedimento para acceder a los servicios médicos y de salud.

El programa de becarios de la Fundación Rockefeller concluyó en 1949, en el momento en que el sistema de salud mexicano se sentía autosuficiente no sólo para producir su propio personal de salud, sino también para capacitar a personal de otros países:

Se canceló el programa de becarios en el extranjero cuando se consideró que la Escuela de Salubridad de México (fundada el 22 de marzo de 1922) podría proveer a nuestro país y a otros del Caribe y de América con especialistas en la materia (Bustamante, 1988).

LA POLÍTICA DE TIEMPO COMPLETO

Una de las contribuciones más importantes de la Fundación Rockefeller a la medicina estadounidense fue la inauguración de la política de tiempo completo. A través de ésta, los departamentos clínicos de las facultades de medicina estarían controlados por personal cuya única ocupación sería la investigación y la aplicación de conocimientos dentro de la universidad y laboratorios médicos. La práctica de la medicina privada quedaba abolida, así como la prestación de servicios médicos en hospitales. La finalidad del tiempo completo era que los médicos ocuparan todo su tiempo en las áreas de investigación y enseñanza. Esta política fue inicialmente instrumentada en la universidad Johns Hopkins y posteriormente llegó a ser la política oficial de la Fundación Rockefeller en sus campañas internacionales (Wheatley, 1988).

El transplante de esta política a México se llevó a cabo a través de las Unidades Cooperativas en Veracruz, Morelos y Xochimilco.²³ Dichas Unidades requerían de un personal capacitado, estable, y sobre todo con una práctica médica de tiempo completo. La política de la Fundación a este respecto era definitiva:

²³ Las Unidades Sanitarias Cooperativas ofrecían un programa completo de salud que brindaba educación en materia de higiene, medidas preventivas, cuidado prenatal y postnatal, higiene escolar, instrucción de parteras, control del paludismo, uncinariasis, control de las enfermedades venéreas, inspección de comidas, vigilancia de las fuentes de abastecimiento de agua potable y estudios estadísticos relacionados con fertilidad y mortalidad (Birn, 1993). El antecedente a estas Unidades fue la campaña contra la uncinariasis iniciada en México el año de 1924. A la cabeza de estas campañas estaban los médico-delegados Cuarón y Hernández. Ambos estaban dispuestos a abandonar su práctica particular si a cambio se les ofrecía una compensación para dedicarse de tiempo completo a estas unidades. Cuarón solicitaba \$35.00 por día y Hernández solicitaba \$20.00. AFR, carta de Connor a F. F. Russell, 25 de septiembre de 1924, grupo 5, serie 1, caja 193, carpeta 2472.

Todos los empleados de las Unidades Cooperativas deberán trabajar tiempo completo y no se les permitirá que trabajen en cualquier otra ocupación de carácter remunerativo. Esta política también se aplica a los médicos que dirigen las Unidades a quienes no se les permitirá que tengan consultorios u otros trabajos particulares.²⁴

Esta medida, además de responder a la política interna de la Fundación, respondía también a los antecedentes históricos de México, en donde la salud pública no era considerada como una profesión, sino como una actividad encaminada a suplementar el salario de los médicos (Birn, 1993:32). En 1935, y ante la posibilidad de inaugurar nuevas Unidades Cooperativas en el estado de Morelos, Ch. A. Bailey asentaba que dichas Unidades sólo entrarían en función cuando se contara con un director y supervisores de tiempo completo. Las Unidades deberían: “proveer una demostración clara y definitiva del valor económico de las posiciones de tiempo completo en comparación con el beneficio que rinden las posiciones de medio turno”.²⁵

A mediados de los años treinta, el programa de becarios de la Fundación, aunque exitoso, había sido demasiado limitado en alcance y cobertura. Sólo un grupo pequeño de médicos del Departamento había recibido becas, y la mayoría había sido empleado en áreas urbanas. En cierto sentido, el objetivo de la Fundación de promover la idea del tiempo completo entre los doctores y los funcionarios del Departamento había sido truncado. La instrumentación del tiempo completo sólo se había llevado a cabo en los estados donde operaban las Unidades Cooperativas. Al respecto, los informes de los médicos de la Fundación señalaban:

Debido al subdesarrollo y a las limitaciones económicas de México, se han logrado muy pocos avances en el cambio de un personal incapacitado y de tiempo parcial a un personal capacitado y operando de tiempo completo, excepto en las unidades de salud subvencionadas por la International Health Division.²⁶

Los médicos del resto del país no habían sido expuestos a las políticas de tiempo completo. En efecto, el estudio realizado por Selskar M. Gunn establecía que en el Colegio de Medicina y en la Escuela de Medicina, el personal se encontraba trabajando con base en tiempo parcial y muchos de los profesores daban muy pocas clases.²⁷

Un nuevo plan surgió en 1935. La idea era crear un nuevo programa cooperativo de salud en Querétaro. Este nuevo proyecto denominado Programa Regional de Salud tenía dos objetivos básicos: proveer una cobertura extensa en los estados de Querétaro, San Luis Potosí, Guanajuato, Michoacán e Hidalgo, y crear Unidades Cooperativas bajo la dirección de personal capacitado y que operase ba-

²⁴ AFR, Reporte Anual de la Unidad Sanitaria Cooperativa, Minatitlán-Puerto México, grupo 5, serie 3, Unidades Locales de Salud, 1928.

²⁵ AFR, carta de Ch. A. Bailey a J. A. Ferrell, 17 de mayo de 1935, PHD, caja 19, carpeta 160.

²⁶ AFR, Reporte Anual de la Fundación Rockefeller, noviembre 1 de 1935, PHD, caja 19, carpeta 154.

²⁷ AFR, Selskar M. Gunn, “Notas y comentarios sobre mi visita a México”, 2 de septiembre a 15 de noviembre de 1934, grupo 2, serie 323, caja 100, carpeta 790.

jo los parámetros del tiempo completo. El programa contemplaba un acuerdo por cinco años y su instrumentación se aplazaría hasta “el regreso de los becarios mexicanos que estaban siendo capacitados en Estados Unidos”.²⁸ Dicho proyecto fue apoyado por el doctor Madrazo, quien en un momento de optimismo expresó que México “pronto adoptaría el principio de tiempo completo en el área de salud pública”.²⁹

Pese a los esfuerzos de la Fundación, el obstáculo principal a la creación de puestos de tiempo completo era los bajos salarios que el gobierno mexicano ofrecía a los ex becarios. La opción para los médicos era la dedicarse a la práctica de la medicina privada o enrolarse en posiciones de tiempo completo sacrificando un buen porcentaje de sus sueldos. Al respecto Salvador Bermúdez comentó:

Mi disposición era la de abandonar la práctica privada a cambio de un salario razonable, pero desafortunadamente no me ha sido posible lograr dicho salario, y sólo veo que no hay posibilidades de lograrlo en un futuro próximo.³⁰

De esta manera, los médicos que trabajaban en el Departamento de Salud se veían en la necesidad de complementar sus salarios, ya fuese con otras posiciones fuera del Departamento, o con el establecimiento de consultorios particulares. El mismo subdirector del Departamento, Garza Brito, se vio en la necesidad de abrir su propio consultorio para examinar a los empleados del Departamento del Distrito Federal. Ante esta situación, los médicos de la Rockefeller en México tomaban medidas proactivas, como la de dotar de subsidios mensuales a los directores de las Unidades y ofrecer estipendios complementarios para los médicos que trabajaban en el Departamento.³¹

REPERCUSIONES EN EL SISTEMA DE SALUD

La relevancia del programa de becarios de la Fundación Rockefeller debe apreciarse tanto en sus aspectos cualitativos como en sus connotaciones cuantitativas. Los efectos cualitativos resultan evidentes en primer lugar porque los ex becarios se convirtieron en los maestros de las nuevas generaciones de médicos y en los líderes del sistema de salud mexicano. Fue también a través del programa de becarios que se dieron cambios relevantes dentro del currículum de la Escuela de Salud Pública, y posteriormente en otras escuelas de medicina.

Para ampliar la educación recibida por los becarios, la Fundación, en colaboración con el Departamento de Salud, inauguró centros de capacitación para

²⁸ AFR, Reporte Anual de la Fundación Rockefeller, 1 de noviembre de 1935, PHD, caja 19, carpeta 154.

²⁹ AFR, Selskar M. Gunn, “Notas y comentarios sobre mi visita a México”, 2 de septiembre al 15 de noviembre de 1934, grupo 2, serie 323, caja 100, carpeta 790.

³⁰ AFR, Carta de Salvador Bermúdez a Florence M. Read, 20 de noviembre de 1923, grupo 5, serie 1.2, caja 162, carpeta 2107.

³¹ AFR, Reporte de Ch. A. Bailey a J. A. Ferrell, 14 de julio de 1938, PHD, caja 20, carpeta 164, p. 7.

médicos y personal de salud pública. El primer centro se inauguró en 1932 en la ciudad de Cuernavaca, y posteriormente se amplió a Xochimilco, Tacuba, Monterrey, Guadalajara y Celaya. El cuadro número 3 refleja el número de estudiantes graduados en estos centros de capacitación.

Desde 1921 los doctores ex becarios empezaron a ocupar posiciones significativas dentro del sistema de salud mexicano. El ámbito de acción fue más allá de la enseñanza, y pronto se convirtieron en jefes de departamentos, directores de institutos, líderes de laboratorios, directores de las Unidades Cooperativas, y maestros en la ciencias de epidemiología, estadística, salubridad y enfermería. Las posiciones ocupadas por los egresados de la Rockefeller se plasman en el cuadro cuatro.

CUADRO 3
EGRESADOS DE LOS CENTROS DE CAPACITACIÓN DIRIGIDOS POR
EX BECARIOS DE LA FUNDACIÓN, 1932-1948

<i>Especialización</i>	1932- 1934	1935- 1936	1937	1944	1945	1946	1947	1948	Total
Funcionarios de salud	17	70	71	-	-	-	-	-	158
Enfermeras	15	129	11	86	11	88	160	62	562
Inspectores sanitarios	23	57	38	77	99	79	56	62	491
Técnicos de laboratorio	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Estudiantes de medicina	-	-	5	-	-	-	-	-	5
Médicos				37	55	43	61	28	224
Totales	56	256	125	200	165	210	277	152	1 441

FUENTES: AFR. *Annual Reports for Xochimilco and Cuernavaca Health Units*, grupo 5, serie 3, caja 145. También consultar el reporte de Downs a Smith, febrero 7 de 1949, grupo 1, serie 323, caja 20, carpeta 167. Los datos de 1932-34 corresponden al Centro de Capacitación en Cuernavaca. Los años 1935-36 son los egresados del Centro en Xochimilco. En 1937 los doctores fueron capacitados en los Centros de Cuernavaca y Xochimilco. A partir de 1944 los datos se refieren a los egresados de Coatepec, Cuernavaca, Monterrey, Celaya, Guadalajara, y Tacuba.

Una de las condiciones fundamentales para los becarios era que a su regreso deberían entrenar a las nuevas generaciones de médicos y al personal de salud pública, tanto a nivel práctico como a nivel administrativo. Además de los centros de enseñanza oficiales, se habían creado nuevos Centros de Capacitación y Entrenamiento, desde donde los ex becarios enseñaban las nuevas disciplinas en higiene industrial, principios de estadística y el uso de nuevos instrumentos de laboratorio. De esta manera, el currículum en la enseñanza médica, sobre todo en la Escuela de Salud Pública y en la Escuela Nacional de Medicina, empezaba a mostrar muchas novedades. Una comparación del currículum médico en el cuadro 5 nos ayuda a visualizar las nuevas tendencias de la educación.

CUADRO 4

BECARIOS DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER Y SUS POSICIONES
EN EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA, 1920-1943

<i>Nombre</i>	<i>Posiciones antes de la beca</i>	<i>Posiciones después de la beca</i>
Dr. Ricardo Granillo	Médico privado	Jefe, Dpto. de Bioestadística
Dr. Salvador Bermúdez	Profesor de Higiene, DSP	Director, Escuela de Salubridad Pública
Dr. Javier Zozaya	Estudiante	Director, Instituto de Higiene
Dr. Javier Hernández	Doctor especialista en tuberculosis	No existe información
Dr. Miguel E. Bustamante	Oficina de vacunación, México, D.F.	Director Unidad Cooperativa, Ver. Director Estadística del Ins. Enf. Tropicales
Dr. M. R. Castañeda	Bacteriología, México, D.F.	Director laboratorio, Hospital General
Dr. Gustavo Varela	Bacteriología, México, D.F.	Jefe del Laboratorio, Instituto de Higiene
Dr. A. Castrejón	Estudiante	No existe información
Dr. R. del Valle	Dpto. Nal. de Salud de Baja California	Delegado del Dpto. de Salud Nal., Nuevo Laredo
Dr. E. U. Guerola	Bacteriología, Dpto. de Salud Pública	Profesor, Cruz Roja Mexicana
Sr. Javier Segura	Ingeniero Sanitario, Dpto. de Salud Pública	Ingeniero Sanitario del estado de Morelos
Sr. F. Tejeda	Ingeniero Sanitario, San Cristóbal	Comisión Nacional de Irrigación
Dr. P. H. Lira	Director, Unidad Cooperativa de Salud	Director, Unidad de Capacitación, Cuernavaca
Dr. Esteban Hoyo	Asistente ingeniería, Dpto. de Caminos	Ingeniero Sanitario, Servicios de Higiene
Dr. Roberto Velasco	Jefe, Brigadas Sanitarias del Dpto. de Salud	Profesor, Instituto de Higiene
Dr. A. P. León	Asistente, Instituto de Higiene	Director, Bacteriología. Inst. Enf. Tropicales
Dr. Luis Mazzotti	Jefe de los Servicios Coordinados	Jefe, Helminología. Inst. Enf. Tropicales
Dr. Antonio Candano	Médico, Departamento de Higiene	Epidemiología. Dpto. Salud del D.F.
Dr. A. Jacqueminot	Director, Unidad Cooperativa de Salud	Director, Oficina de Especialización Sanitaria
Dr. L. Vargas-García	Asistente, parasitología	Director, entomología. Inst. Enf. Tropicales
Mr. A. Lazaga Sepúlveda	Ingeniero, sub-auxiliar	Servicios de Agua y Alcantarillado
Mr. R. T. Saravia	Ingeniero, sub-auxiliar	No existe información
Dr. Gustavo Roviroza	Servicios de salud, Veracruz	No existe información
Dr. Felipe G. Sánchez	Director, Unidad de Salud, Xochimilco	Funcionario estatal de salud, Morelos
Sr. Manuel Calderón	Ingeniero, Departamento de Salud	No existe información
Srita. Bertha Heuer-Ritter	Jefa de Enfermería, Servicios de Hig. Infantil	Enfermera del Dpto. de Salud, D.F.
Srita. Matilde Prida	Enfermera, Xochimilco	Supervisora, Dpto. de Salud, D.F.

Srita. Carmen Gómez S.		Enfermera del Dpto. de Salud, D.F.
Dr. Adán Ornelás	Director, Unidad Sanitaria, Cuernavaca	Funcionario estatal de salud, Jalisco
Dr. S. L. Portillo	Funcionario de Salud Pública	Dr. Instituto de Enfermedades Tropicales
Srita. Mercedes Miranda	Centro de Salud E. Ruiz	Enfermera, Dpto. de Salud, D.F.
Srita. M. L. Salgado	Enfermera visitadora, Xochimilco	Enfermera visitadora, Xochimilco
Dr. José Bustos	Jefe, Servicios de Salud, Veracruz	Funcionario estatal de salud, Jalapa, Ver.
Dr. F. P. Juvera	Oficial Estatal de Salud, San Luis Potosí	Funcionario estatal de salud, Tlaxcala
Dr. Manuel Márquez	Funcionario de Salud, Cuernavaca	Funcionario de salud, Cuernavaca
Dr. Jesus Villalpando	Asistente del Funcionario de salud, Cuernavaca	Asistente, Servicios Médicos, Cuernavaca
Dr. Pedro Martínez	Funcionario estatal de salud, Michoacán	Funcionario estatal de salud, Michoacán
Dr. Víctor A. Ocampo	Funcionario estatal de salud, Nogales	Funcionario estatal de salud, Sonora
Dr. Guillermo Román	Funcionario estatal de salud, Durango	Funcionario estatal de salud, Durango
Dr. Carlo Ortiz Mariotte	Supervisor Técnico, Dpto. de Salud, D. F.	
Dr. José Calvo y de la Torre	Jefe, Centro de Salud, Jojutla	
Dr. Ramón Pintado Pérez	Epidemiólogo, Dpto. de Salud, D.F.	
Sr. Carlos López Fuentes	Ingeniero Sanitario, Dpto. de Salud, D.F.	
Sr. Antonio Sierra Salinas	Ingeniero Sanitario, Dpto. de Salud, D.F.	
Sr. Mario Solano González	Ingeniero Sanitario, Dpto. de Salud, D.F.	
Sr. A. Aldama Contreras	Dpto. de Estadísticas. Dpto. de Salud, D.F.	
Dr. L. Molina Johnson	Director asistente, Unidad de Salud, Tacuba	
Sr. C. Cabrera Moreno	Ingeniero sanitario	
Sr. José Garza Larumbe	Ingeniero	
Sr. C. Rendón Anaya	Ingeniero	
Dr. Osorio Aguilar	Jefe, Unidad Sanitaria, Guadalcanal	

FUENTES: AFR, "Aid to Mexico: Continued Support of Public Health Services: Aid Toward Measures in the Field of Agriculture; Possibly Special Activities in the Field of Education", de J. A. Ferrell a R. B. F., grupo 2, caja 561, carpeta 3814, 1941.

Entre los cambios más significativos en el currículum sobresale el predominio de la medicina preventiva, salud pública, y empieza ya a establecerse la enseñanza en especialidades médicas. En lo que respecta al área de investigación, ésta no se ha-

bía institucionalizado en México antes de 1933. Para ese entonces, la investigación se caracterizaba como “no-profesional, esporádica, realizada por médicos curiosos [...] que contaban con un patrimonio familiar” (Kumate, 1977:427). Pero los ex becarios empezaron a considerar la investigación como parte integral del currículum educativo. Lo más notable fue la influencia que los becarios ejercieron para institucionalizar la investigación médica en el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, el Hospital General de la Ciudad de México, el Instituto Nacional de Cardiología y los departamentos de investigación del Hospital Infantil de México.

CUADRO 5
COMPARACIÓN DEL CURRÍCULUM MÉDICO, 1833-1939

<i>Plan de Estudios 1833</i>	<i>Plan de Estudios 1934</i>
Anatomía	Ciencias básicas
Disecciones	Clinicopatología
Fisiología	Sociología médica y
Patología externa	medicina preventiva
Patología interna	Parasitología
Clínica externa	Microbiología
Clínica interna	Pediatría
Materia médica	Medicina social
Obstetricia	Medicina preventiva
Medicina Legal	Higiene y medicina social
	Higiene de trabajo

Fuentes: Kumate *et al.*, 1977.

CONCLUSIONES

Las versiones mitologizantes que describen a la Fundación Rockefeller como una institución meramente altruista y filantrópica pierde su validez ante la reciente evidencia científica (Fosdick, 1989; Shaplen *et al.*, 1964; Curti, 1958). Estudios contemporáneos demuestran que los programas internacionales de la Fundación han sido impregnados por intereses de clase (Brown, 1979), por ideologías neo-imperialistas (Solórzano, 1992), con quehaceres diplomáticos (Berman, 1983), y con tendencias hegemónicas que tienden a remplazar las culturas y valores locales (Arrove, 1980).

En el caso de México, los intereses económicos de la familia Rockefeller pueden analíticamente vincularse a sus motivaciones filantrópicas. No es por coincidencia que el desarrollo de la salud pública en México se origine en aquellas regiones donde la inversión estadounidense es predominante y en estados de alta concentración del capital de los Rockefeller. El creciente interés en el campo de la salud pública en México, en los años treinta, coincide con el interés financiero estadounidense en el país. La influencia y poderío de la Fundación Rockefeller hizo que las Unidades Cooperativas y las Unidades de Entrenamiento Médico se

concentraran en áreas fuertemente controladas por el capital estadounidense, y en aquellas regiones donde la mano de obra mexicana era indispensable para el desarrollo del capitalismo extranjero. Tal es el caso de los estados de Tamaulipas, Morelos, Veracruz, la ciudad de México, y en cierto sentido Yucatán (Solórzano, 1994; Menéndez, 1981). Los estados de Veracruz y Tamaulipas se convirtieron en entidades privilegiadas para la Fundación, puesto que representaban los centros de poder más vulnerables del país, y a la vez, eran las zonas donde el capital estadounidense concentraba sus inversiones. De hecho, antes de que el gobierno mexicano asumiera la responsabilidad de las campañas de salud pública (malaria y fiebre amarilla), la Fundación Rockefeller tomó bajo su responsabilidad estas campañas para proteger no sólo a los trabajadores de la industria petrolera, sino también para asegurarse de que las infecciones en México no se introdujeran por la frontera estadounidense. La ampliación de las vías ferroviarias hacia el sur de Estados Unidos tenía importantes connotaciones económicas, y a la vez representaba un riesgo de contagio para la población estadounidense y europea.³²

A partir de 1934, y bajo la administración del presidente Lázaro Cárdenas, la Fundación concentró sus esfuerzos en el estado de Morelos. Los médicos y funcionarios de la Rockefeller consideraban a Morelos no sólo como una de las regiones agrícolas más productivas, sino también como una de las áreas más beligerantes y con un alto índice de inconformidad campesina. De esta manera, y a través de las Unidades Cooperativas, la Fundación mostraba el interés de que tanto las campañas de salud como los programas de capacitación médica, a cargo de sus becarios, alcanzaran los medios rurales que se erigían como los centros potenciales de inconformidad social y desequilibrio político.

La cobertura de salud pública en las zonas rurales complementaba el interés de la Fundación de crear centros de salud en regiones urbanas, a fin de fortalecer una medicina más en boga con las tendencias modernistas de México. Las motivaciones económicas y políticas de las Unidades Cooperativas iban a la par con el interés de convertirlas en modelos de servicios públicos que fuesen duplicados a lo largo del territorio. Dicho de otra manera, los centros de capacitación y la ubicación de los becarios rockefellerianos se llevaba a cabo en aquellos estados considerados como básicos para el sistema de salud mexicano. Esta situación confirma las teorías de los científicos nacionales que trazan un paralelismo inequívoco entre la conformación del sistema de salud mexicano y el desarrollo del sistema político y económico de México (Nigenda, 1994: cap. 1; Rojas Soriano, 1982). Tanto el sistema de salud como el sistema económico mexicanos se moldearon ante la influencia y presión del capital internacional y las aventuras médicas de sus filantropías.

Los que analizan los programas de becarios de la Fundación Rockefeller tienden a coincidir en la interpretación de que ésta trataba de transplantar y ampliar el modelo estadounidense de medicina fuera de sus fronteras (Navarro, 1976). Dos eran los mecanismos que utilizaba. Por una parte, la Fundación adoptaba el com-

³² AFR, carta de W. Rose a Gorgas, 4 de agosto de 1921, colección de W. Rose. Correspondencia 1902-1903, serie I-3, caja 1, carpeta 8.

promiso de construir hospitales y edificios para escuelas de medicina, como en el caso de China y Tailandia (Bullock, 1980); por la otra, se daba a la tarea de capacitar a los médicos y al personal de salud bajo la premisa de que éstos actuarían como los líderes de los sistemas nacionales. El caso de México es distinto, pues el propósito de la Fundación no era construir la infraestructura material de los servicios (hospitales, centros de salud, escuelas de medicina, laboratorios); por el contrario, la idea fundamental era la de promover, organizar, e institucionalizar las prácticas médicas y modelos estadounidenses.

De hecho, la creación de edificios destinados a salud pública por parte del gobierno mexicano, como es el caso del Instituto de Medicina Tropical y la Escuela de Saluda Pública, fue percibida por los médicos de la Fundación como una tarea ambiciosa y prematura. R. A. Lambert afirmaba que México no poseía un “personal científico capacitado para ser empleado en el Instituto”.³³ A pesar de las modernas condiciones de estas instalaciones y el potencial de investigación que brindaban, los médicos de la Rockefeller creían que los fondos invertidos serían de mayor provecho si se destinaban a mejorar la educación de los estudiantes mexicanos de medicina.³⁴

La creación de la infraestructura médica a cargo del gobierno mexicano y la influencia académica ejercida por la Fundación en la formación de los médicos mexicanos cuestionan seriamente el principio de “autonomía” que le ha sido conferido a la profesión médica (Freidson, 1970). La ausencia de autonomía se plantea desde el momento mismo en que la creación de las instalaciones de servicios son determinadas por funcionarios gubernamentales y no por la profesión médica. Consecuentemente, la infraestructura de los servicios responde a intereses políticos y no a los de salud o de investigación. Simultáneamente, el menoscabo de la autonomía en México se refleja en el contenido del currículum médico y en los principios organizativos de la profesión médica.

La formación de médicos y del personal del Departamento de Salud en Estados Unidos, la subsiguiente dependencia académica e ideológica en los parámetros médicos estadounidenses, unidos sus efectos en las organizaciones médicas profesionales, constatan nuestra hipótesis de que la determinación de las características de la profesión médica mexicana fueron canalizadas, en parte, a través de

³³ AFR, reporte de R. A. Lambert de su visita a México en 1941, RG5, serie 1.1, caja 13, 323, México, p. 5.

³⁴ AFR, AFR, reporte de R.A. Lambert de su visita a México en 1941, RG5, serie 1.1, caja 13, 323, México, p. 5. Comentarios similares fueron expresados por los médicos de la Fundación con respecto a otras instalaciones. Por ejemplo, en 1937 el gobierno mexicano invirtió más de dos millones de pesos en el mejoramiento de la distribución de agua potable. El error del gobierno, de acuerdo con Ch. A. Bailey, era la de no capacitar ingenieros en salubridad que se hicieran cargos de estos proyectos. Para la mayoría de los ingenieros mexicanos: “agua es agua, sin considerar lo pura que puede ser.” AFR. Carta de Bailey a J. A. Ferrell, 4 de junio de 1937, PHD, caja 20, carpeta 163. Argumentos similares fueron también emitidos con respecto a los Colegios Nacionales de Agricultura: “Estos colegios fueron extravagantemente contruidos y equipados pero carecieron de éxito. Los estudiantes recibieron instrucción usando maquinaria y los metodos más modernos que podían ser instrumentados en los ranchos y establos. Pero cuando regresaron a sus lugares de origen sólo tenían burros para trabajar”. AFR, Selskar M. Gunn, “Notas y Comentarios sobre mi Visita a México”, 2 septiembre al 15 noviembre de 1934, grupo 2, serie 323, caja 100, carpeta 790.

la influencia internacional ejercida por fundaciones filantrópicas. Más específicamente, la Fundación Rockefeller se convirtió en la fuerza fundamental que determinó las características de las profesiones médicas en países menos desarrollados (Donaldson, 1976). México no es la excepción.

Eran dos los objetivos que la Fundación perseguía con su programa de becarios. Primero, existía la imperiosa necesidad de incorporar a los médicos mexicanos a las profesiones médicas internacionales que compartían los mismos principios ideológicos y epidemiológicos aprendidos en Estados Unidos. El segundo objetivo era capacitar a médicos que fungieran como líderes del sistema de salud.

Los médicos mexicanos egresados de Harvard y la Johns Hopkins percibían en la medicina y en la salud pública una función internacional ligada a un cuadro de referencia mundial. Miguel Bustamante concebía que la creación de servicios de salud homogéneos y de aplicación universal significaban "la entrada definitiva de todos nuestros países en el camino del bienestar y de la paz" (Bustamante, 1931). La salud de los mexicanos, escribía Bustamante, es sólo uno de los elementos que configuraban la salud internacional. Por lo tanto, la cooperación hacia México, y en particular la ayuda de la Fundación Rockefeller debían ser entendidas como un esfuerzo de cooperación bilateral. Los beneficios de estos programas se extendían más allá del área de la salubridad y representaban un proyecto global de progreso universal. Esta visión internacional era compartida por los médicos de los diferentes países que habían recibido los beneficios de los programas becarios de la Fundación. La internacionalización de la profesión médica era la respuesta a la necesidad de crear un sistema de salud internacional altamente homogéneo, compatible en todos los países, sistemáticamente ordenado, predecible y capaz de apoyar el desarrollo capitalista (Arnové, 1977:105-107). Al mismo tiempo, Bustamante reconocía que las instituciones de salud estadounidenses serían para los mexicanos "el modelo a seguir". De esta manera, los efectos de los programas de becarios sólo reflejaban el poder que la Fundación Rockefeller poseía para definir la profesión médica y establecer sus parámetros intelectuales e ideológicos.

La relevancia del adiestramiento de los becarios rockefellerianos puede enmarcarse también dentro del ámbito de las organizaciones médicas mexicanas que se disputaban el acceso al poder dentro del Estado mexicano. La intervención de la Rockefeller se llevó a cabo dentro del periodo de la medicina liberal mexicana (1917-1944), caracterizado por los esfuerzos de la profesión médica por asumir el control de los organismos de la salud. Tales iniciativas se vieron contrarrestadas por las acciones de la burocracia del Estado mexicano que luchaba también por adquirir la hegemonía de los servicios (Nigenda, 1994:26). Las facciones médicas profesionales de este periodo estaban representadas por médicos del Consejo de Salubridad, la Academia Nacional de Medicina, el Departamento de Salud Pública y los médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México. Fue hasta los años treinta que los médicos del Departamento adquirieron pleno reconocimiento por parte del gobierno mexicano. En parte, esta aceptación respondía a las iniciativas tomadas por el Departamento: haber tomado el liderazgo en la expansión de la medicina moderna, establecer los lineamientos para la certificación de los médicos mexicanos, y justificar la preponderancia de la medicina

alopática sobre la medicina homeopática, espiritualista y tradicional (Nigenda, 1994:15-17). Los conocimientos adquiridos por los médicos del Departamento, los cambios en el currículum médico, el papel del liderazgo, y las erogaciones causadas por las visitas de los directores del Departamento fueron financiados, en su mayoría, por la Fundación Rockefeller e influidos por la ideología de la medicina estadounidense.

A pesar de que los médicos del Departamento gozaban de los beneficios del Estado mexicano y de la Fundación Rockefeller, no fueron capaces de adquirir su propia autonomía y capacidad de determinación. Por el contrario, los beneficios que recibieron se convirtieron en mecanismos de dependencia. Tanto el gobierno mexicano como la Fundación tenían amplia jurisdicción sobre el Departamento y sus doctores, pero lo contrario nunca se evidenció: "Aunque los doctores [del Departamento] tenían la opción de controlar la maquinaria burocrática del Departamento de Salubridad, su influencia en las esferas políticas de poder era muy débil". (Nigenda, 1994:21). Sin embargo, la Fundación Rockefeller era capaz de influir no sólo el desarrollo y la formación de los médicos del Departamento sino también otras esferas de poder del gobierno mexicano. Fue a través de algunos doctores del Departamento que la Fundación tuvo acceso a otras Secretarías y dependencias del gobierno. Los doctores Castillo Nájera, Bernardo J. Gastélum, Gustavo Baz, y José Siurob fueron piezas clave para la instrumentación de otros programas de la Fundación. Tal es el caso del Instituto de Cardiología, el Hospital Infantil, el financiamiento de programas médicos en las Universidades de Guadaluajara, San Luis Potosí y Guanajuato.³⁵ Otros programas se concentraron en El Colegio de México y cubrían aspectos históricos y culturales (Ortoll, 1989), y de gran relevancia fueron los programas de experimentación agrícola (Fitzgerald, 1986).

Ante la aceptación del modelo médico estadounidense, la capacitación de médicos mexicanos en Estados Unidos y la influencia de las escuelas estadounidenses en el currículum médico no queda más que analizar la actitud de los médicos del Departamento que se oponían a que los doctores de Estados Unidos practicasen en México (Nigenda, 1994:20). La relevancia de esta discusión radica en la posición contradictoria mantenida por el Departamento. Por un lado, permitía a los médicos mexicanos estudiar en Estados Unidos; por el otro negaba a los doctores estadounidenses el permiso para practicar en México. Podría argumentarse que al permitir a los doctores mexicanos estudiar en Estados Unidos el Departamento sólo consideraba los beneficios que el conocimiento de la medicina le reportaba, pero no daba importancia al hecho de que la medicina aprendida por los becarios era una medicina estadounidense. Como lo argumentamos anteriormente, esta medicina era percibida como medicina internacional y carente de intereses sociopolíticos. Dicho de otra manera, el Departamento simpatizaba con los principios e ideologías de la medicina estadounidense, pero los encubría bajo el manto de una medicina científica de carácter internacional. De hecho, el Departamento era congruente con esta ideología, pero su oposición era hacia los doctores estaduni-

³⁵ AFR, memorándum, "Proposed MEPH Program. Mexico, Central America, Colombia", abril de 1956, serie 1.1, caja 13. 323, Medical Sciences.

denses que pretendían practicar en el país. El Departamento aceptaba que los doctores becados por la Rockefeller aprendieran la medicina estadounidense en territorio estadounidense, pero no permitía que médicos estadounidenses entraran al país. Esta estrategia fue desde un principio considerada por la Fundación Rockefeller, quien veía la necesidad de introducir este tipo de medicina, pero no con su propio personal, sino a través de los mismos doctores mexicanos.³⁶

Pero este modelo de medicina no era aceptado por todos los médicos mexicanos. Algunos sectores médicos, especialmente los de Veracruz y Tamaulipas, alegaban que la presencia de la Fundación en México era un caso explícito de imperialismo médico (Solórzano, 1990). Esta misma oposición era personificada, en algunas ocasiones, por Bustamante, quien entendía que la implantación de la medicina estadounidense en México no se daba de una manera automática.

Al aceptar los sistemas utilizados en Estados Unidos, nosotros no los imitamos de una manera ciega y mecánica, sino que preferimos conservar nuestra propia individualidad, y los adaptamos conforme a las características de nuestras estructuras sociales, tradiciones, clima, y tipo de población (Bustamante, 1931:22).

Mientras que los médicos mexicanos egresados de Harvard y de la Johns Hopkins adquirirían una visión internacional de la medicina, el esfuerzo por entender los mecanismos sociales que producían la enfermedad en México parecían adquirir una segunda dimensión. El modelo de medicina aprendido por los becarios en Estados Unidos resaltaba una interpretación biológica de la enfermedad, desligada de consideraciones sociales, económicas y culturales. Era esta concepción "científica" de la enfermedad la que legitimaba a los becarios y a la profesión médica en México. La cientificidad biológica encubría la etiología social de la enfermedad, pero reforzaba la visión de la ciencia como una necesidad para alcanzar la modernidad y el progreso que México había venido buscando desde su revolución. Unido a este encubrimiento científico se presentaba también el prestigio adquirido por los becarios al estudiar en universidades estadounidenses y bajo el patrocinio de la Fundación Rockefeller, que era considerada como el organismo internacional más importante en el área de salud.

La postura científica que los becarios mexicanos adoptaban les abría las puertas y les confería credibilidad ante un Estado mexicano que desesperadamente necesitaba de líderes que dirigieran las instituciones de salud. De esta manera, los becarios no sólo trasladaban el modelo médico estadounidense, sino que su estancia en Estados Unidos también les proporcionaba el carisma de cientificidad y modernidad que México requería.

Además de capacitar a los médicos y al personal de salud en México, los directores de la Rockefeller esperaban que los ex becarios ejercieran su influencia en la transformación de las costumbres nacionales relacionadas con higiene, alimentación, prácticas sanitarias y educación. Los cambios de estas costumbres, de

³⁶ AFR, General Education Board. Conditions in the South, sin fecha, grupo 3, serie 908, caja 14, carpeta 144, p. 10.

acuerdo con la Rockefeller, podrían llevarse a cabo bajo la dirección de los doctores mexicanos y sin la presencia del personal de la Fundación.

Las costumbres, actitudes, y tradiciones cambian muy lentamente. Generalmente los líderes locales pueden lograr más a través de cambios paulatinos que los extranjeros que tratan de introducir abruptamente nuevas prácticas y actitudes. En este proceso tan delicado, y cuando la razón falla, los líderes locales deben tomar la iniciativa y convencer con el ejemplo y la práctica.³⁷

Una de las influencias más profundas que la Fundación Rockefeller tuvo en la profesión médica nacional es su carácter elitista (Bullock, 1980; Donaldson, 1976). Este rasgo profesional se aplica también al caso de México, en donde los becarios fueron elegidos de las instituciones más acreditadas y que llenaban requisitos de idioma y potencialidades de liderazgo. En el criterio de Xavier Lozoya (1982), la profesión médica que se perfecciona en Estados Unidos es una profesión elitista que se desliga de las bases sociales donde el fenómeno de la salud encuentra su explicación. Bajo esta perspectiva, el elitismo médico nacional contempló y diseñó un sistema de salud que trataba de imitar las peculiaridades de la sociedad estadounidense y dejaba insolubles los problemas de salud nacional.

Las consecuencias del elitismo profesional se reflejan en las desigualdades de la provisión de servicios de salud en las áreas urbanas y rurales. Para la historiadora Anne E. Birn, "Al enfocarse en las élites de los médicos graduados mexicanos, la Fundación Rockefeller apoyaba sobre todo a graduados de las clases altas y urbanas, y quienes se resistían a llevar a cabo campañas rurales de salud" (Birn, 1993:357). Este elitismo médico repercute también en las discrepancias salariales entre los médicos y el resto del personal de la salud. En el fondo, el exclusivismo de los doctores se traduce en poder político y económico que refuerza la estructura del Estado mexicano y la de los grupos que concentran el capital. Es en estas estructuras donde se originan tanto las desigualdades de la salud como las desigualdades en la cobertura de las necesidades médicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, Odin W., 1985, *Health Services in the United States: A Growth Enterprise Since 1875*, Health Administration Press, School of Public Health, The University of Michigan.
- Arnove, Robert F., 1980, *Philanthropy and Cultural Imperialism: The Foundations at Home and Abroad*, G. K. Hall and Company, Boston.

³⁷ AFR, General Education Board. Conditions in the South, sin fecha, grupo 3, serie 908, caja 14, carpeta 144, p. 10.

- Arnove, Robert F., 1977, "The Ford Foundation and Competence Building Overseas: Assumptions, Approaches, and Outcomes", *Studies in Comparative Development*, vol. XII, núm. 3.
- Berliner, Howard S., 1985, *A System of Scientific Medicine: Philanthropic Foundations in the Flexner Era*, Tavistock Publications, Nueva York y Londres.
- Berman, Edward H., 1983, *The Influence of the Carnegie, Ford, and Rockefeller Foundation on American Foreign Policy: The Ideology of Philanthropy*, State University of New York Press, Albany.
- Birn, Anne Emanuelle, 1993, "Local Health and Foreign Wealth: The Rockefeller Foundation's Public Health Programs in Mexico, 1924-1951", tesis de doctorado, School of Hygiene and Public Health of The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland.
- Birn, Anne Emanuelle y Armando Solórzano, "The Hook of Hookworm: Public Health and the Politics of Eradication in Mexico", en Andrews y Cunningham (comps.), *Contested Knowledge: Reactions to Western Medicine in the Modern Period*, Manchester University Press (en prensa).
- Bowers, John Z., 1974, "The Founding of Peking Union Medical College: Policies and Personalities", *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 48, núm. 4, invierno.
- Breilh, Jaime, 1986, *Epidemiología, economía, medicina, y política*, Fontamara S. A., México.
- Brown, Richard E., 1979, *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in America*, University of California Press, Berkeley.
- Bullock, Mary, 1980, *An American Transplant: The Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College*, University of California Press, Berkeley.
- Bustamante, Miguel, 1931, "Address to the National Department of Health of Mexico", relatoría, Forty-Sixth Annual Meeting of the Conference of State and Provincial Health Authorities of North America, Washington, abril, pp. 27-30.
- Bustamante García, Miguel, 1988, "La Fundación Rockefeller en el estado de Veracruz. Años de 1914-1951", Jalapa, Veracruz, 12 de agosto, monografía.
- Chávez, Ignacio, 1947, *México en la cultura médica*, edición de El Colegio Nacional.
- Cleaves, Peter S., 1987, *Professions and the State: The Mexican Case*, The University of Arizona Press, Tucson.
- Cockcroft, James D., 1983, *México: Class Formation, Capital Accumulation, and the State*, Monthly Review Press, Nueva York.
- Cotter, Joseph, 1994, "The Rockefeller Foundation's Mexican Agricultural Project: A Cross-Cultural Encounter, 1943-1949", en Marcos Cueto (comp.), *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation in Latin America*, Indiana University Press.

- Cronon, David E., 1960, *Josephus Daniels in Mexico*, The University of Wisconsin Press.
- Cueto, Marcos, 1994, "Visions of Science and Development: The Rockefeller Foundation's Latin America, Surveys of the 1920s", en Marcos Cueto (comp.), *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation in Latin America*, Indiana University Press.
- Curti, Merle, 1958, "American Philanthropy and the National Character", *American Quarterly*, núm. 10, pp. 420-437.
- Donaldson, Peter J., 1976, "Foreign Intervention in Medical Education: A Case Study of the Rockefeller Foundation's Involvement in a Thai Medical School", *International Journal of Health Services*, vol. 6, núm. 2, pp. 251-270.
- Doyal, Lesley, 1979, *The Political Economy of Health*, South End Press, Boston.
- Durand Ponte, Víctor Manuel, 1979, *México: La formación de un país dependiente*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ettling, John, 1981, *The Germ of Laziness: Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South*, Harvard University Press.
- Finkler, Kaja, 1991, *Physicians at Work, Patients in Pain: Biomedical Practice and Patient Response in Mexico*, Westview Press.
- Fitzgerald, Deborah, 1986, "Exporting American Agriculture: The Rockefeller Foundation in México, 1945-53", *Social Studies of Science*, núm. 16, pp. 457-483.
- Fosdick, Raymon B., 1989, *The Story of the Rockefeller Foundation*, 2a. edición, Transaction Publishers, New Brunswick.
- Freeman Smith, Robert, 1972, *The United States and Revolutionary Nationalism in Mexico, 1916-1932*, The University of Chicago Press.
- Freidson, E., 1970, *Profession of Medicine*, Dodd Mead, Nueva York.
- Frenk, Julio, 1978, "Cuadro clínico de la enseñanza médica mexicana", *Nexos*, núm. 1, pp. 21-24.
- Frenk, Julio, 1990, "The Political Economy of Medical Underemployment in Mexico: Corporatism, Economic Crisis, and Reform", *Health Policy*, núm. 15, p. 2.
- Frenk, Julio *et al.*, 1994, *Médicos, educación y empleo*, Universidad de Guadalajara, México.
- Grieb, Kenneth J., 1971, "Standard Oil and the Financing of the Mexican Revolution", *California Historical Quarterly*, núm. 49, marzo.
- Grieb, Kenneth J., 1969, *The United States and Huerta*, University of Nebraska Press, Lincoln.
- Hart, John, 1987, *Revolutionary Mexico: The Coming and Process of the Mexican Revolution*, University of California Press, Londres.

- Hidy, Ralph W., George S. Gibb, Henrietta M. Larson, 1955, *History of Standard Oil Company*, Harper, Nueva York.
- Krause, E., 1988, "Doctors, Partitocrazia, and the Italian State", *The Milbank Quarterly*, vol. 66 (suppl. 2), pp. 148-166.
- Kreisler, R., 1981, "Politics and Health Care in the Republic of Mexico: A Study of the Dynamics of Public Policy", tesis de doctorado, Columbia University.
- Kumate, Jesus *et al.*, 1977, *La salud de los mexicanos y la medicina en México*, El Colegio Nacional, México.
- Larson *et al.*, 1971, *History of Standard Oil Company New Jersey; New Horizons 1927-1950*, Harper and Row Publishers.
- López Acuña, Daniel, 1986, *La salud desigual en México*, sexta edición, Siglo XXI.
- López Portillo y Weber, José, 1975, *El petróleo de México: su importancia, sus problemas*, Fondo de Cultura Económica, México,
- Lozoya, Xavier, 1982, "Visión histórica de la medicina tradicional", en Ortiz Quezada, Federico (comp.), *Vida y muerte del mexicano*, Folio Ediciones, S.A., México.
- Mazzaferrri, Anthony, 1968, "Public Health and Social Revolution in Mexico: 1870-1930", tesis de doctorado, Kent State University.
- Menéndez, Eduardo L., 1981, *Poder estratificación y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, Mexico.
- Meyer, Lorenzo, 1977, *Mexico and the United States in the Oil Controversy, 1917-1942*, traducido por Murial Vasconcelos, University of Texas Press.
- Navarro, Vicente, 1976, *Medicine Under Capitalism*, The Johns Hopkins University Press.
- Nigenda, Gustavo, 1994, "Doctors and Corporatist Politics: The Case of the Mexican Medical Profession", tesis de doctorado, The London School of Economics.
- Ortoll, Servando, 1989, "The RF, Mexican History, and Spanish Refugee Scholars", *Rockefeller Archive Center Newsletter*, verano, pp. 4-5.
- Poitrás, G., 1973, "Welfare Bureaucracy and Clientele Politics in Mexico", *Administrative Science Quarterly*, vol 18, núm. 1, pp. 18-26.
- Ramírez, M., 1989, *Mexico's Economic Crisis. Its Origins and Consequences*, Praeger, Nueva York.
- Rojas Soriano, Raúl, 1982, *Capitalismo y enfermedad*, Folios Ediciones, México.
- Rojas Soriano, Raúl, 1985, *Sociología médica*, Folios Ediciones, México.
- Schendel, Gordon, 1968, *Medicine in Mexico: From Aztec Herbs to Betatrons*, University of Texas Press, Austin y Londres.
- Selser, Gregorio, 1971, *Los cuatro viajes de Cristóbal Rockefeller*, Editorial Hernández, Buenos Aires.

- Shaplen, Robert *et al.*, 1964, *Toward the Well-Being of Mankind: Fifty Years of the Rockefeller Foundation*, Doubleday & Company, Inc., Nueva York.
- Solórzano, Armando, 1992, "Sowing the Seeds of New-Imperialism: The Rockefeller Foundation's Yellow Fever Campaign in México", *The International Journal of Health Services*, vol. 22, núm. 3, pp. 529-554.
- Solórzano, Armando, 1990, "Overcoming Nationalism: The Rockefeller Foundation in Mexico, 1911-1920", ponencia presentada en la VIII Conference of Mexican and North American Historians, University of California-San Diego, San Diego, CA.
- Stakman, E.C. *et al.*, 1967, *Campaigns Against Hunger*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Massachussets.
- Starr, Paul, 1982, *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of A Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, Basic Books, Inc. Publishers.
- Wheatley, Steven C., 1988, *The Politics of Philanthropy: Abraham Flexner and Medical Education*, The University of Wisconsin Press, Ltd., Madison, Wisconsin.