

## La Facultad de Medicina de la UNAM como opción laboral para migrantes latinoamericanos, 1960-1989

Josefina Torres Galán<sup>1</sup>  
josietoga@yahoo.com.mx

The Faculty of Medicine of the UNAM as a labor destination for Latin American migrants, 1960-1989

### Resumen

Hombres y mujeres capaces de defender la esperanza de una nueva forma de existencia para su pueblo, pagaron el precio del desarraigo entre ellos y su tierra, su familia, su comunidad, su cotidianidad, obteniendo un nuevo modo de vida. Presento aquí, el rescate cuantitativo de la inserción laboral del personal de salud

**Palabras clave:** personal de salud, extranjeros, inserción laboral, Facultad de Medicina.

### Abstract

This paper describes how both men and women, who struggled for the hope of people's new form of existence, suffered the rootlessness between them and their land, their family, their community, and their daily lives, thus getting a new way of life. Here we present, the quantitative recovery of the health personnel who were

**Key words:** health personnel, foreign, job placement, Faculty of Medicine.

que ingresó a la Facultad de Medicina de la UNAM, conformada por estudiantes de medicina durante la década de 1960, exiliados sudamericanos en los setenta y centroamericanos en los años ochenta, así como algunos testimonios de médicos, biólogos, químicos, trabajadores sociales y bioquímicos en la parte cualitativa.

employed at the Faculty of Medicine of the UNAM, consisting of medical students during the 1960s, exiled South Americans in the 70s, exiled Central Americans in the 80s as well as the qualitative testimonials from doctors, biologists, chemists, biochemists and social workers.

<sup>1</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, México  
Unidad de Posgrados, Ciudad Universitaria. C.P. 04510  
Universidad Autónoma del Estado de México, México  
Ciudad Universitaria, C.P. 50110, Toluca de Lerdo, Estado de México, México

## Introducción

Durante la segunda mitad del siglo xx, especialmente entre 1960 y 1989, México recibió a migrantes latinoamericanos por diferentes razones: como estudiantes en la licenciatura de medicina o de una especialidad médica de reciente oferta en esos tiempos, o como profesionales del área de las ciencias de la salud (centro y sudamericanos exiliados o asilados políticos), además de quienes llegaron al país por razones personales. Independientemente de los motivos que los trajeron, todos pagaron el precio del desarraigo de su tierra, su familia, su comunidad, su cotidianidad.

En los censos contemporáneos, los extranjeros apenas representan un 0.5% como máximo respecto de la población total; en contraste con el 5% en los Estados Unidos, el 8% en Alemania o el 14% en Canadá, los extranjeros en México son escasos; sin embargo han dejado constancia de su presencia en varios ámbitos de la vida nacional.

La incorporación de extranjeros en diversas instituciones, sobre todo educativas, contribuyó<sup>2</sup> al contacto entre culturas diferentes. En este caso nos acercaremos a un espacio limitado: la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y las instituciones hospitalarias que ofrecían la posibilidad de ingreso para estudiar una especialidad en condiciones muy atractivas: por medio de intercambio académico con beca. A aquellos que llegaron por situaciones de índole política, la Universidad les otorgó facilidades para su inserción laboral. Después de un sinnúmero de vicisitudes, la mayoría logró desempeñarse como personal de salud en las diferentes sedes hospitalarias o en la misma Facultad de Medicina.

Este artículo tiene dos objetivos: el primero, recuperar las cifras de los que se insertaron como trabajadores en la Facultad de Medicina de la UNAM, mediante un estudio demostrativo documental que nos permitió conocer su nombre, nacionalidad y profesión, entre otros datos. El segundo, se basó en testimonios que, en este caso, serán anónimos; ambos objetivos están ligados entre sí de manera intrínseca.

Para abarcar las partes cuantitativa y cualitativa, primero construí estadísticas con información de los expedientes personales ubicados en los

<sup>2</sup> Instituciones como el CONACYT, CINVESTAV e IPN en la ciudad de México y la UANL Monterrey también los recibieron como personal administrativo o académico, por lo que sería interesante conocer el proceso de adaptación, sin ignorar las aportaciones en las ciencias sociales y humanidades en otras instituciones y universidades públicas de México, incluso en otras áreas de la misma UNAM.

archivos de la Facultad de Medicina.<sup>3</sup> Posteriormente invité a algunos de los interesados a dar su testimonio, para “recuperar la palabra de los otros, es decir, la historia oral de la gente común” (De Garay, 1995, p. 149), buscando hacer objetiva y palpable la subjetividad de un fenómeno social, ya que “la tarea del historiador [es] volver a encontrar a los hombres que han vivido los hechos” (Febvre, 1993, p. 29); asimismo, recabé información en el Archivo de la Palabra en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM para cumplir con el objetivo cualitativo de esta investigación.

Se partió de la hipótesis que la existencia de condiciones propicias para la inserción laboral de estas personas en la Facultad de Medicina de la UNAM favoreció su permanencia en un ambiente cultural-formativo distinto que las obligó a re-conformar su identidad, eligiendo entre la *resistencia*, la *adaptación* y la *integración* ante el encuentro con el *otro*.

Como ya se dijo, la influencia de los extranjeros ha sido significativa en la historia nacional por sus aportes en el terreno de los negocios y de la cultura.<sup>4</sup> La mayor parte de estos estudios están enfocados en la relación política, diplomática o económica, y queda de lado la dimensión cultural, las profesiones u oficios ejercidos, así como el significado que México y los mexicanos tuvieron en la vida de estos inmigrantes. Clara Lida (1999) distingue entre los inmigrantes y los exiliados, especificando que

las inmigraciones voluntarias [son] generalmente de origen económico, [mientras que el exilio] acontece forzado por la violencia y persecución política [aunque ambos] en sus múltiples niveles de intersección, demuestran la riqueza y pluralidad de mundos y culturas en encuentro y –¡cómo no! – en conflicto (pp. 14-15).

Sin embargo, el sentimiento de *otredad* invade a todos. Recurren a la idea del retorno a su país de origen o de mantener los lazos familiares y los vínculos sociales, construyen un ámbito de irrealidad con la esperanza de volver a su vida *normal*, de retomar su proyecto de vida en donde lo dejaron, pero la ansiada *temporalidad* se va alargando hasta que el re-

<sup>3</sup> El Archivo Histórico es de libre consulta y el ubicado en el Departamento de Personal Académico de acceso restringido. Estas entrevistas son anónimas, en tanto que las consultadas en el Archivo de la Palabra del Exilio Latinoamericano (APEL) de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM consignan el nombre del entrevistado. Ver Torres, 2007.

<sup>4</sup> En este universo destacan las investigaciones en torno a la comunidad española (Plá, 1994; Serna, 1996; Sánchez, 1990) y en menor medida los estudios sobre las comunidades asiática, judía, (Bonfil, 1993; Gleizer, 1997; Bokser, 1992; Gojman, 1993) y libanesa (Inclán, 1994), entre otros.

greso los coloca ante otro problema, la dualidad: añorar su país mientras están aquí, evocar su segunda patria cuando se alejan de México.

A pesar de que la Ley General de Población mexicana ha favorecido el ingreso de inmigrantes con formación profesional especializada, se hizo una excepción durante los éxodos del siglo xx al considerarlos como *asilados políticos*. Éstos tuvieron un carácter urbano con asentamiento, principalmente, en la ciudad de México y su área conurbada. El médico argentino Marcelino Cereijido (Yankelevich, 1998, p. 89) comenta que ser científico le ayudó a quedarse en México, aunque reconoce que esta situación no fue condicionante para llegar al país. Las profesiones ejercidas por los inmigrantes han sido escasamente cuantificadas; la mayoría de los estudios se han enfocado a la adaptación de los distintos grupos a las circunstancias socioeconómicas existentes en el país.

Durante este periodo, de 1960 a 1989, las modificaciones de los planes de estudio<sup>5</sup> crearon la necesidad de contratar personal altamente calificado, por lo que se facilitó emplear a los extranjeros con los conocimientos requeridos. Asimismo, los egresados de las especialidades tuvieron la oportunidad de cubrir esas plazas sin importar su nacionalidad.

La primera parte de este trabajo se enfoca a los escenarios educativos y de ejercicio médico en América Latina, para continuar con las circunstancias existentes en México al recibirlos y finalizar con la incorporación al trabajo universitario, así como con la percepción de la recepción que los migrantes tuvieron en el centro de trabajo.

### Educación y práctica médicas en Latinoamérica

La heterogeneidad latinoamericana se refleja en las variables culturales socioeconómicas y políticas comprobables incluso “entre algunas regiones de ciertos países” (Lanza, 1983, p. 9), lo que nos lleva en el aspecto de la salud a considerar la relación de médicos por habitantes, que en el periodo comprendido entre 1950 y 1983 oscila entre un médico por cada 11 700 personas de un país hasta uno por cada 500 en otro.

La estructura socioeconómica de América Latina se inclina hacia un neocapitalismo tardío y dependiente formado por la unidad entre empresas nacionales sin identidad y las transnacionales demandantes de una gran dosis de concentración del poder y la imposición de un orden autoritario extremo para mantener a las clases trabajadoras sometidas a sus designios; esa situación debilita el consenso colectivo respecto de tal sistema, ocasionando coyunturas de vacío de poder y permitiendo que las

<sup>5</sup> Efectuadas en 1960, 1967, 1974 (plan alterno) y 1985.

oligarquías locales se encargaran de presentar todos los recursos nacionales explotables a los empresarios estadounidenses para conservar el poder sobre los trabajadores regionales.

Considerada en su conjunto, en los años sesenta y setenta del siglo xx en América Latina existían cerca de 100 millones de personas en extrema pobreza, inclusive cerca de la cuarta parte de la población no alcanzaba el nivel mínimo de subsistencia, viviendo en condiciones limitadas por “la mala nutrición, enfermedad, analfabetismo, baja expectativa de vida y alta mortalidad infantil” (Peña, 1983, p. 99), lo que provocaba que los gobiernos pretendieran solucionar los conflictos mediante la adaptación de tecnologías utilizadas en los países capitalistas, especialmente Gran Bretaña y Estados Unidos, pero lo que en realidad aplicaron fue “una maquinaria genocida” (Yankelevich, 1999, p. 7), represora y exterminadora de opositores políticos, lo que afectaba a las masas desprotegidas.

En toda la región “se observa cierta desorientación en la evolución de las instituciones sociales” (Veronelli, 1983, p. 180) incluidas las educativas, causada por las políticas económicas de los gobernantes de la *nueva derecha* y la progresiva desaparición de oportunidades para capacitarse en el área médica, que prevalecieron hasta la década de los 80, así como la existencia de políticas contradictorias que incidían negativamente en la situación de la salud pública y la calidad de los recursos humanos formados.

Los programas de educación y salud implantados repercuten en todas las esferas poblacionales al recurrir a la manipulación y el condicionamiento de la participación comunitaria en el proceso de decisión y la reducción de las actividades de promoción y fomento educativo y de la salud; además, los cambios en la situación económica y social de importantes sectores de la población han de ser considerados en la causalidad de las enfermedades, en el proceso salud-enfermedad, en los propios programas y en el presupuesto asignado a la salud.

El Estado intervenía activamente en los programas de salud y educación, determinando los proyectos de acuerdo con el sistema político imperante y a la estructura demográfica asociada con estilos de vida y comportamientos individuales y colectivos indicadores de factores relativos a la morbilidad, natalidad, mortalidad y calidad de vida. Sobre todo en un modelo global (relacionado con otras áreas como la economía, la vivienda y las comunicaciones) que reducía de manera importante las actividades de información seria y accesible en materia de salud.

Con el problema de las epidemias de enfermedades infectocontagiosas casi resuelto para los años cincuenta y sesenta del siglo xx, el concepto de salud excedió el ámbito de la medicina para considerar la

atención primaria como una política que pretendía llevar servicios de salud a toda la población. La formación convencional del médico egresado de las escuelas médicas latinoamericanas no es la adecuada para el proyecto relativo a la asistencia primaria de la salud, ya que resulta demasiado costosa, por lo cual el gobierno proporciona, a un costo menor, formación en el área de salud para un nuevo tipo de personal no médico que resuelva el desarrollo de los servicios con la categoría de *trabajador sanitario*, *brigadista de salud* o *promotor sanitario*, pues se consideró que un grupo numeroso de personal auxiliar lograría reducir el problema nacional y regional.

La participación en programas sectoriales, sobre todo en lo referente a la salud, adopta diferentes modalidades acordes con los regímenes políticos y las tradiciones sociales de cada país. Se recurrió a la fuerza para manipular y condicionar la participación de la comunidad en el proceso de decisión en los programas y acciones de salud y educación, reduciendo las actividades de promoción y fomento educativo y de acceso a la información y prácticas de salud y ajustándolas a las necesidades regionales determinadas por el Estado. Las escuelas de medicina se vieron forzadas a aceptar una gran variedad de proyectos educativos restringidos por un presupuesto exiguo, que incidía en la formación convencional del médico.

Algunas instituciones educativas se apegaron a los programas implantados en detrimento de la formación médica, con lo cual produjeron “un nuevo tipo de recurso, pero de ninguna manera un buen médico” (Veronelli, 1983, p. 220), en tanto que “el modelo médico tradicional, dominado por el enfoque reduccionista, ha tendido a la especialización y la superespecialización” (Lanza, 1983, p. 27), lo cual se vio reforzado por las escuelas de medicina que conservaron la capacidad de formar médicos generales, aunque sin promoción de las especialidades.

Así, los ministerios de salud asignaron paulatinamente, por una parte, presupuestos menores a la educación médica superior, mientras que por otra, aumentaban los recursos financieros a los servicios especializados y de tecnología avanzada, menospreciando las necesidades de espacios e instalaciones específicas y de recursos humanos especializados del área profesional, técnica y auxiliar requeridos por y para los equipos adquiridos.

El avance científico y tecnológico del área médica era una “mera adaptación de innovaciones foráneas antes que reflejo de una maduración local, [con la difusión de] los antibióticos y muchos fármacos modernos.” (Sánchez, 1973, pp. 226-229). En pocos años, enfermedades infecciosas como la neumonía, la tuberculosis, la diarrea infantil y otras

fueron fuertemente combatidas y hubieron de ceder a los niveles actuales; sin embargo, no fue posible desvincular las políticas locales de los intereses extranjeros atentos al proceso de integración total impuesto por la administración estatal, lo que se reflejó en la escasez de “personal realmente capacitado para desarrollar las complejas actividades de salud” (Lanza, 1983, pp. 52-53) para hacer factibles los cambios en los sectores de educación y salud social. El Estado debe contar con recursos humanos y tecnología acordes al modelo, formados y adiestrados para ser actores activos como docentes e investigadores, no sólo como promotores de la salud.

Las condiciones de la educación y la práctica médicas en casi la totalidad de América Latina obligaron a mirar más allá de sus fronteras; con excepción de la licenciatura en medicina en Colombia, de algunos posgrados en Brasil y del psicoanálisis argentino, los estudiantes y médicos recién egresados se enfrentaron a cierta desorientación en la evolución de las instituciones sociales, incluidas las educativas (Veronelli, 1983, p. 180), así como a la progresiva desaparición de oportunidades para capacitarse en el área médica, situación que prevalecería hasta la década de los ochenta del siglo pasado en el contexto de la salud pública, la enseñanza y la calidad de los recursos humanos formados en los países de origen. En tal situación, los médicos egresados se encontraron ante la disyuntiva de emplearse como auxiliares en las categorías antes mencionadas o emigrar para obtener una especialización, frente a la crisis vivida en sus países de origen. “Vine por esa posibilidad en Cardiología” (H. A. González Wood, 5 de octubre de 1998, entrevistado por R. Salas en la ciudad de México. Archivo de la Palabra del Exilio latinoamericano en México (APEL), PEL/1/CH/24), declara Hernán A. González. La total inexistencia de escuelas que impartieran cursos de especialización eficientes y la aplicación de programas orientados a formar “administradores para operar con eficiencia instituciones” (Peña, 1983, p. 100) los hizo volver la mirada hacia México, hacia la UNAM y las instituciones hospitalarias de la ciudad de México que se esforzaban por proporcionar especialidades en educación médica acordes a la realidad de la población americana mestiza, olvidándose de las adecuaciones de la medicina europea que aún se hacían en algunos países sudamericanos “con textos propios de allá [de Bolivia], argentinos, europeos; en cambio [aquí] la literatura que revisaban era americana [*sic*]... de los gringos, pues” (RP, comunicación personal, 30 de octubre de 2004).

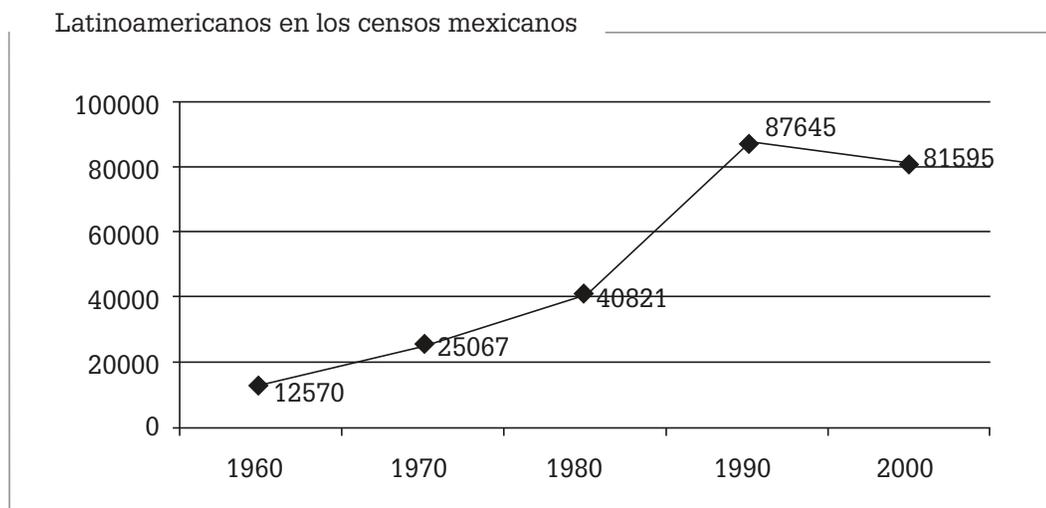
Es hacia finales de la década de 1980 cuando se considera a la atención primaria de la salud como una nueva manera de retomar la atención médica personalizada, fomentando la apertura de Escuelas de

Salud Pública integradoras de la visión médica con la cultura social y la idiosincrasia de los pacientes. A pesar de que se clausuran el Centro Panamericano de Planificación de Salud en Santiago de Chile y el Centro Latinoamericano de Administración Médica en Buenos Aires, ambos formadores de personal médico auxiliar, subsisten las oficinas de planificación sectorial con un ámbito reducido, que buscaban devolver a los individuos, familias y comunidades la capacidad para resolver problemas de salud simples.

### Las condiciones mexicanas

Los factores económicos, la inestabilidad política, la superación académica, así como circunstancias personales (matrimonio, por ejemplo) presentan su contraparte en el lugar de recepción. Aun cuando gran cantidad de mexicanos no fueron retenidos y emigraron, México ofreció condiciones atractivas para que estos extranjeros pudieran permanecer. En especial, el desplazamiento latinoamericano durante la segunda mitad del siglo xx se incrementó 649.12% entre los censos de 1960 y 2000, como consecuencia de las migraciones provocadas por los diferentes factores ya mencionados, como se muestra en la gráfica 1.

Gráfica 1



Fuentes: VIII Censo General de Población y Vivienda, 1960; IX Censo General de Población y Vivienda, 1970; X Censo General de Población y Vivienda, 1980; XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, XII Censo general de Población y Vivienda, 2000.

Los latinoamericanos llegados a México durante las décadas de los setenta y ochenta encontraron resistencia a ser aceptados y se les puso

ante una serie de trámites burocráticos que muchas veces les parecía estar viviendo un círculo vicioso: “denos el permiso de Gobernación, y en Gobernación nos decían: les damos permiso siempre que nos traigan una oferta de trabajo. Así fue de frustrante la situación” (RC, comunicación personal, 9 de febrero de 2004).

Mientras tanto, algunos hacían otro tipo de trabajo: como dibujantes (“hacía cómics, los escribía yo para la televisión”) (MS, comunicación personal, 3 de diciembre de 2004), obreros (“trabajé en una fábrica donde armábamos *molotes* para las barredoras” (RP, comunicación personal, 5 de diciembre de 2004), o “nos hicimos, este, reparadores de radio[s] y de máquinas de soldar”) (P. Romay, 7 de septiembre de 1999, entrevista por C. Hernández en la ciudad de México. APEL, PEL/1/B/7), administrativos (“conseguí en la UAEM trabajo; tenía que llenar así... montonal de actas de posgrado, una cosa burocrática, ¿no?, administrativa, sí) (EP, comunicación personal, 7 de diciembre de 2004). E incluso vendían sangre, que era el sistema común en ese tiempo (“sin empleo [...] vendía sangre; en ese tiempo se podía, no había el problema del SIDA”) (MS, comunicación personal, 3 de diciembre de 2004). Otros corrieron con suerte, ya que mientras se revalidaba su título ante la Dirección General de Profesiones fueron contratados en las instituciones de educación superior (la UAM o la UNAM) o bien en las hospitalarias (la Secretaría de Salubridad, los Servicios Médicos del Departamento de Distrito Federal, el Instituto Mexicano del Seguro Social o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado): “Cuando me nombraron neurólogo en el Seguro Social, el Seguro Social se encargó, en primer lugar, de todo, [de] la cuestión legal, del cambio de papeles, de todo” (RaU, comunicación personal, 30 de noviembre de 2007). Incluso hubo algún afortunado que recuerda haber llegado a México “con una calidad migratoria con permiso para trabajar en electroencefalografía” (MK, comunicación personal, 2 de diciembre de 2004); o fueron beneficiados al haber hecho los trámites en los consulados, lo que les permitió bajar del avión y estar contratados en la UNAM a partir del mismo día: “[De la UNAM] mandaron [a] la oficina consular de la embajada de México [en Montevideo] la documentación, y llegué el 20 de mayo de 1975... me bajé del avión y llegué a la Universidad el mismo día” (MC, comunicación personal, 15 de diciembre de 2004). O “yo venía contratada por la Universidad; es decir, llegué y al día siguiente fui a la Universidad, empecé a trabajar” (A. Goutman Bender, 15 de agosto de 1997, entrevista por D. Urow en la ciudad de México. APEL, PEL/1/A-05).

Estas situaciones tan particulares propiciaron algunos roces, ya que tanto los mexicanos como los extranjeros se sentían incomprendidos al

sufrir por la presencia del *otro*; ambos grupos vivían ventajas y desventajas, facilidades y tropiezos para ingresar a laborar y permanecer en la Facultad de Medicina, situación que la convivencia diluyó y que en el recuerdo ha quedado minimizada, pues lograron establecer lazos amistosos, algunos de los cuales perduran hasta la actualidad.

La mayoría de los extranjeros combinaba las horas de enseñanza con funciones asistenciales en el sector salud o con la práctica privada, aunque las referencias a esto son limitadas; también lograron puestos médicos después de algún tiempo de residencia en México tras tramitar un juicio de amparo para que la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública les otorgara la cédula profesional para ejercer la profesión médica. Todos aquellos que ingresaron a trabajar en la Facultad de Medicina de la UNAM obtuvieron el permiso de la Secretaría de Gobernación amparándose con un oficio expedido por la Secretaría General o por el Abogado General de la institución. Repito que no todos como profesionales. Por ejemplo, SK recuerda: “Empecé como técnica, en el 66, como técnica de laboratorio [de la UNAM]” (SK, 8 de diciembre de 2004, entrevista por JTG en la ciudad de México). Es importante enfatizar esta situación porque de ella se derivaron los resentimientos con la contraparte mexicana que sobrellevó la situación de no recibir salario, suponiendo, no sin razón en algunos casos, que a los recién llegados se les facilitaba el ingreso.

Permanecieron aquí tanto por las condiciones sociopolíticas de sus países de origen como por compromisos personales o de índole laboral (“Venía de Suiza, donde había pasado 9 años trabajando [...] el doctor Alfonso Millán me ofreció trabajo en su consultorio y fue como una oportunidad; tenía que salir de [allá pero no podía regresar a Argentina]”) (MK, 2004) o sentimental (“conocí a mi esposo [en Francia, entonces], vine porque me casé con un mexicano”) (SK, 2004). Condiciones como éstas también están presentes en la decisión de venir a México; no todas fueron como consecuencia directa del exilio.

En esa época las instituciones hospitalarias mexicanas tuvieron un crecimiento importante y favorecieron la admisión de latinoamericanos para estudiar una especialidad médica, con el atractivo de una beca que les permitía obtener una pequeña remuneración.

El reconocimiento universitario se otorgaba a petición del interesado al presentar en la Facultad de Medicina de la UNAM una constancia expedida por el hospital y ser examinado en la especialidad respectiva; en caso contrario, se consideraba válida la constancia hospitalaria. Aquellos que se quedaron se vieron ante la necesidad de conseguir trabajo al terminar la especialidad, y si no habían hecho la revalidación de sus

estudios de licenciatura a su llegada, se enfrentaron a un problema legal que les retardaba su contratación. Un médico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias recuerda que ya tenía el título de la especialidad por la UNAM y por el IMSS: “Resulta que necesitaba mi cédula profesional... y necesitaba una serie de papeles que no tenía, pues yo salí huyendo de Chile” (MS, 2004). Al no haber realizado ese trámite en los tiempos estipulados, se enfrentó a contratiempos, trámites engorrosos y la posibilidad de no ser contratado como médico especialista.

Hay que recordar que era una época de transición, en la que “la química se convirtió en bioquímica, la estadística en bioestadística y epidemiología, la cibernética cumple funciones que explican los mecanismo reguladores del organismo, el cómputo electrónico deviene en informática médica” (Ortiz Quezada, 1996, p. 50), lo cual ponía al médico de cualquier parte ante un desarrollo científico acelerado y lo presionaba para que estuviese actualizado en los nuevos aspectos de la disciplina médica. Considerando que los médicos centro y sudamericanos habían obtenido una formación más apegada a los cánones europeos, tuvieron que “hacer un esfuerzo”, en palabras de RC (2004), para poder comunicarse con sus pacientes y estudiantes mexicanos, al igual que RP (2004) refiere haber vivido un fuerte conflicto con la terminología: “la que manejaba era europea [...] tuve que adaptarme [a la] americana”.

### La Facultad de Medicina

En México existen dos tendencias migratorias de los recursos humanos calificados, según Alfredo Álvarez (2004): por un lado, se permite el alejamiento de competencias calificadas del mercado interno ante la carencia de capacidades institucionales para retenerlas (p. 116), mientras que por el otro se promueven medidas de atracción, que en este caso fue la oferta de especialidades, maestrías y doctorados médicos.

La mayor institución de educación superior en América Latina es la UNAM, que ha estado vinculada en los procesos sociales del país; todos los institutos, escuelas y facultades que a ella pertenecen se ven envueltos en los procesos que afectan al país, y la Facultad de Medicina no podía ser la excepción. Así, la UNAM recibió a los recién llegados, ya como alumnos, ya como profesores, ya como investigadores, sin distinción de nacionalidades y promovió su incorporación en el “plano cultural, científico, académico y técnico” (Lida, 1997, p. 21). Asimismo, las instituciones hospitalarias también les ofrecieron la oportunidad de integrarse a su nueva comunidad, considerando la escasa, y en algunos países nula, posibilidad de estudiar una especialidad.

Comprenderemos así el entusiasmo de los latinoamericanos por venir a México. Algunos llegaron desde la licenciatura: “Voy a México [...] entré en tercer año” (G. Duval Vermont, marzo de 2000, entrevista por P. Torres en la ciudad de México. APEL. PEL/1/H/5); “en la UAM [...] pude ingresar para estudiar medicina” (FV, 8 de diciembre de 2004, entrevista por JTG en la ciudad de México); “me fui [a México] a inscribir para medicina, presenté el examen” (P. Romay, 7 y 16 de diciembre de 1999, entrevista por C. Hernández en la ciudad de México. APEL. PEL/1/B/7). La mayoría ingresaron a las especialidades de reciente oferta en esa época. México fue punta de lanza para ampliar el panorama de las especialidades médicas en América Latina. Hasta la primera década de la segunda mitad del siglo xx solamente existían cuatro especialidades: gastroenterología, nutrición, endocrinología y pediatría, así que el incremento en la oferta fue un gran imán para los latinoamericanos que carecían de ese nivel formativo en la mayoría de sus países de origen. Enseguida se verán los cuadros que presentan las especialidades médicas a las que fueron invitados a través de convocatorias en los hospitales:

Estaban además las maestrías en Farmacología y Fisiología, así como el doctorado en Fisiología. El incremento de especialidades médicas durante los años setenta fue moderado.

La cooperación ofrecida por México a las escuelas de medicina latinoamericanas favorecía a las que tuvieran programas de estudio equivalentes, aunque sin dejar de considerar una visión integradora para las que tuvieran planes de estudio distintos; en ambas situaciones se daba el intercambio académico. La matrícula de la Facultad de Medicina creció lentamente durante la primera mitad del siglo, pero lo hizo vertiginosamente en la segunda parte (como se muestra en la gráfica número 2). Por ejemplo, tenemos que en 1956 había 6 516 alumnos inscritos, y para 1976 había 22 364, con la consiguiente demanda de médicos-profesores capacitados.

La enseñanza hospitalaria se impartía a partir del tercer año, con materias clínicas y de especialidades distribuidos en 50 establecimientos de salud como hospitales, institutos de investigación y centros de salud<sup>6</sup> dependientes de instituciones oficiales (SSA: 62.1%), descentralizadas (IMSS: 17.7%; ISSSTE: 3%), privadas (5.7%) y de otro tipo (11.5%), en grupos de 30 alumnos.

Al crecer la matrícula, la plantilla laboral también se incrementó; sin embargo la contratación de extranjeros se vio muy limitada; nunca re-

<sup>6</sup> Anónimo, *Historia del Posgrado. Facultad de Medicina, UNAM*, mecanuscrito. México. Facultad de Medicina, UNAM, s. f., pp. 15-16.

## Cuadro 1

Especialidades ofrecidas en México, 1960-1969

Administración de hospitales	Alergología	Anatomía patológica
Biología de la reproducción humana	Cardiología	Cirugía cardiovascular
Cirugía general	Cirugía pediátrica	Cirugía plástica
Cirugía plástica reconstructiva	Dermatología	Endocrinología y nutrición
Farmacología	Genética	Ginecología y obstetricia
Hematología	Infectología	Inmunología clínica
Laboratorio clínico	Medicina del trabajo	Medicina interna
Medicina nuclear	Microbiología	Nefrología
Neumología	Neurocirugía	Oftalmología
Oncología	Otorrinolaringología	Parasitología médica
Pediatría médica	Pediatría perinatal	Psicoanálisis
Psiquiatría	Radiodiagnóstico	Traumatología y ortopedia
Urología		

Fuente: Elaboración propia con base en *Historia del Posgrado. Facultad de Medicina, UNAM*, mecanuscrito. Facultad de Medicina, UNAM, s. f.

## Cuadro 2

Especialidades en los 70

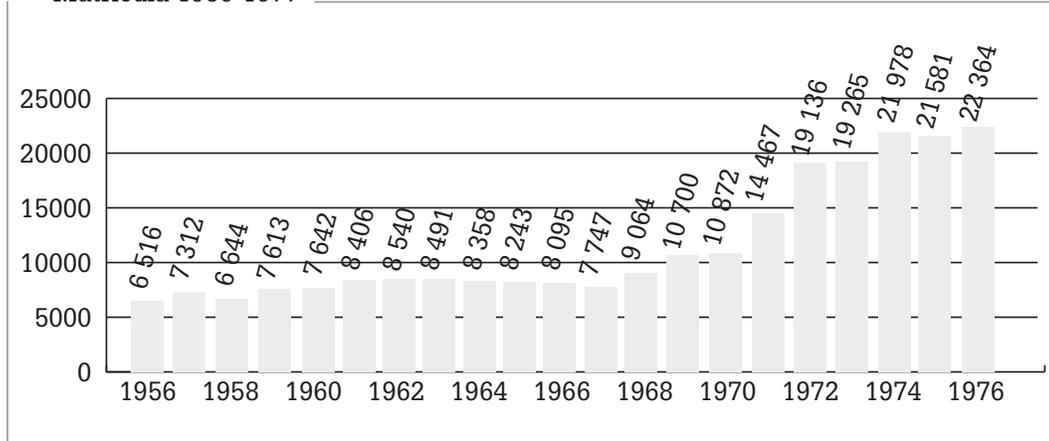
Administración de Hospitales y Atención Médica	Medicina Familiar
Cirugía de mano	Medicina Legal
Cirugía de Tórax	Medicina de Rehabilitación
Medicina del enfermo en estado crítico	Reumatología

Fuente: Elaboración propia con base en *Historia del Posgrado. Facultad de Medicina, UNAM*, mecanuscrito. Facultad de Medicina, UNAM, s. f.

basó el 0.5% en promedio del total. Entre las décadas de los sesenta y setenta se vivió el incremento más drástico, ya que se pasó de una cifra de 933 profesores en 1960 a 5 495 en 1979; sin embargo, los extranjeros han sido una minoría. Como ejemplo tenemos la década de 1970-79 (ver gráfica número 4), cuando la contratación se elevó sustancialmente debido a la diáspora ocasionada por los golpes de Estado sudamericanos; sin embargo, vemos que el número es extremadamente reducido comparado con el total de la plantilla laboral.

**Gráfica 2**

Matrícula 1956-1977

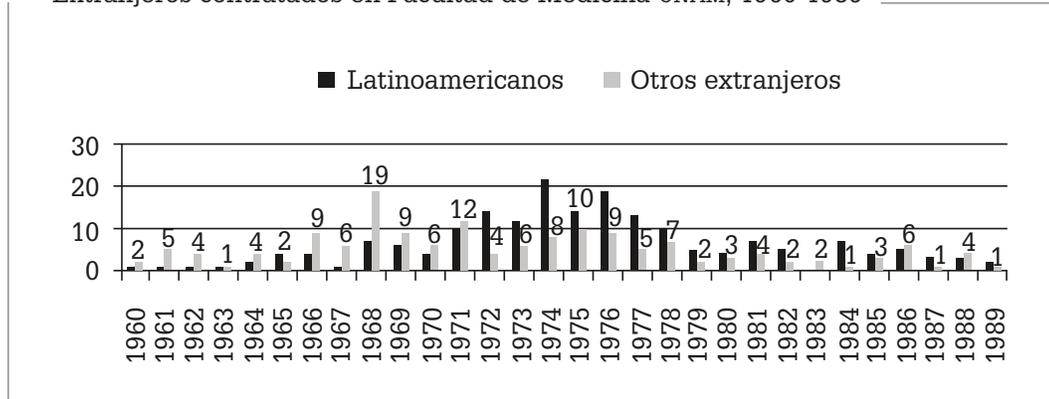


Fuente: Elaboración propia con base en *Anuarios estadísticos de la UNAM*, mimeografiados.

En un universo de aproximadamente 30 000 expedientes, solamente 528 pertenecen a extranjeros; de éstos, 229 (el 43.37%) son latinoamericanos que iniciaron su relación laboral con la Facultad de Medicina entre 1960 y 1989, excepción hecha de los puertorriqueños que ostentan ciudadanía estadounidense. En la gráfica número 3 se advierte que de 1968 a 1978 fue el periodo con el máximo de contratación de extranjeros y desde allí se aprecia una marcada reducción, en contraste con la gráfica número 4, donde se detalla un notable incremento de personal hasta 1984. Dado el escaso número de extranjeros contratados, es imposible hacer

**Gráfica 3**

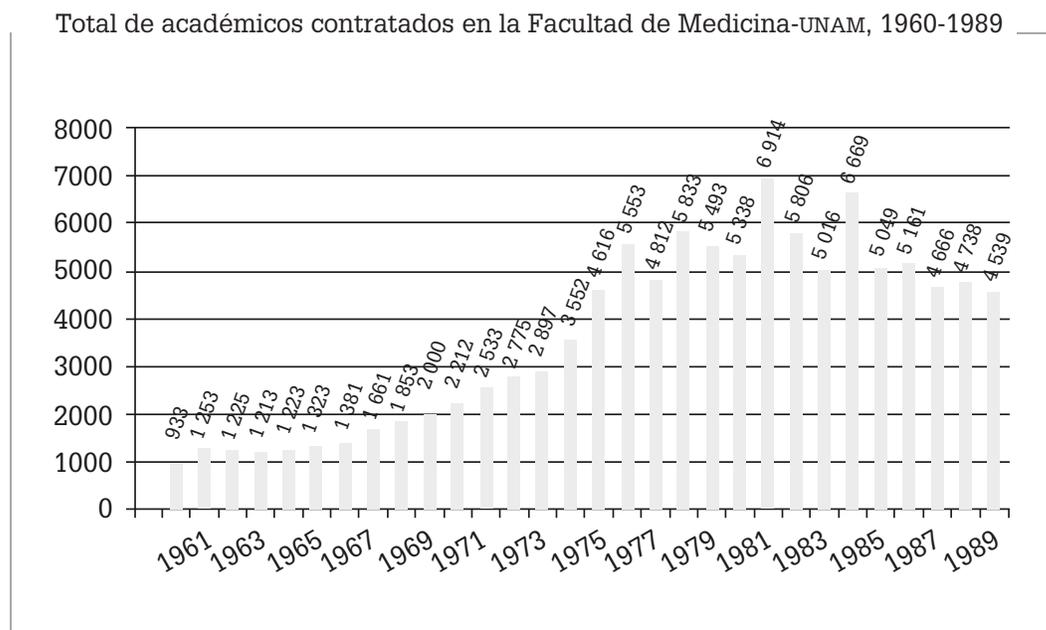
Extranjeros contratados en Facultad de Medicina-UNAM, 1960-1989



Fuente: Elaboración propia con base en expedientes personales de los diversos archivos de la Facultad de Medicina-UNAM

una comparación; por lo tanto se presentan dos gráficas, la primera con el número de extranjeros en el periodo estudiado, diferenciando a los latinoamericanos del resto, mientras que en la segunda se presenta el total de personal académico en la Facultad de Medicina de la UNAM.

**Gráfica 4**



Fuente: Elaboración propia con base en *Anuario estadístico. 1960-1969* y *Anuario Estadístico. 1970-1979*. México. UNAM. Secretaría General Administrativa-Dirección General de Estudios Administrativos. *Informe 1980-1984*. DGPA. *Estadísticas del Personal Académico*, 1985. DGP. *Agenda Estadística. 1986-1989*.

Observemos que el menor porcentaje de contratación de extranjeros se refleja en 1960, con únicamente el 0.03%, y que en 1968 alcanzó el 1.3%. No debemos perder de vista que con el incremento del personal, las posibilidades para los extranjeros aumentaron; sin embargo ese porcentaje decrece en 1971, cuando solamente representan el 0.86%. En promedio, durante los años 70 constituyen el 0.05% del total de académicos en la Facultad de Medicina, cuando dejaron sentir su presencia con mayor amplitud, porque para la siguiente década de los ochenta, los latinoamericanos, principalmente los sudamericanos, dejan su trabajo para regresar a sus países de origen. En el grupo que permaneció en México hay jubilados que cumplieron con el tiempo de servicios y edad requeridos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para otorgar la prestación.

Para ser contratada en la UNAM, cualquier persona debe cubrir las condiciones fijadas en el Estatuto de Personal Académico, que establece requisitos específicos para cada categoría y nivel, además de que existe una comisión dictaminadora para la selección y la promoción basadas en capacidad, antecedentes y experiencia acordes con las necesidades de la dependencia.

Además de cumplir con lo anterior, los extranjeros debían apegarse a lo estipulado en la Ley General de Población (1974, p. 19), que de acuerdo con el artículo 48, fracción III, les permite el ejercicio de “una profesión sólo en casos excepcionales y previo registro del título ante la Secretaría de Educación Pública [y a la fracción IV que acepta el trabajo de científicos] para dirigir o realizar investigación científica, difundir sus conocimientos, preparar investigadores o realizar trabajos docentes”, además de que se obligan a capacitar a los mexicanos en su especialidad.

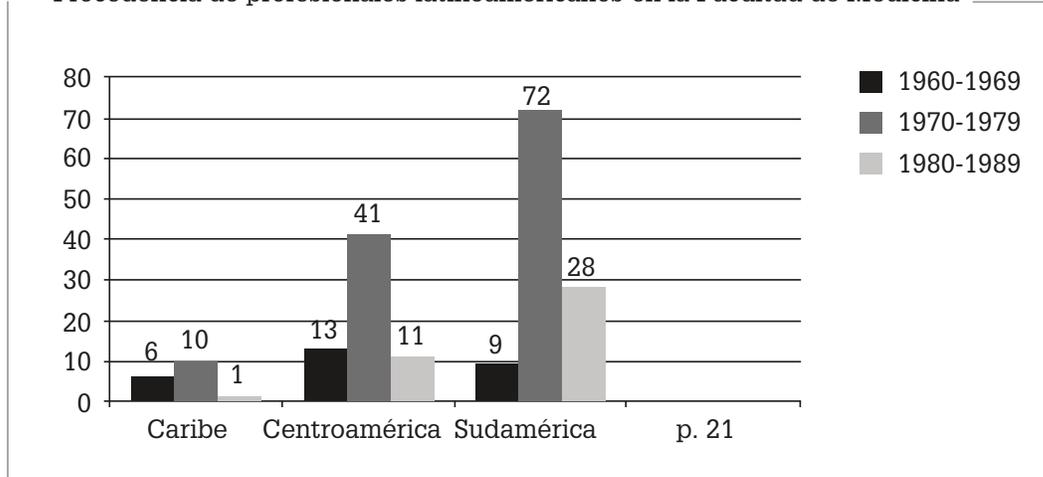
Como puede verse, la comunidad médica universitaria ha limitado el ingreso de extranjeros, ante lo cual uno de los médicos guatemaltecos recuerda que al no saber cuál era el procedimiento para solicitar ingreso, estuvo acudiendo a la rectoría durante un mes aproximadamente, hasta que lo canalizaron con una persona de Facultad de Medicina. Tras otro periodo de solicitar entrevistarse con el director, ve al jefe de Investigación; después de plantear su situación, lo someten a una serie de exámenes para proponerle que impartiera un curso monográfico que “después de haberlo dado 36 veces a 36 grupos ya lo soñaba” como profesor invitado. Al pasar el tiempo, le preguntó al jefe de Investigación, el porqué de los exámenes tan pesados que le había puesto, y le dijo: “pues vienes de un país latinoamericano; si vienes de Europa o Estados Unidos, pues es otra cosa” (RC, 2004).

En la gráfica número 5 se señala que durante los años setenta se ve un importante crecimiento en la contratación de personal calificado en el área, llegando a ser 123 latinoamericanos más 69 de otras partes del mundo, lo que da un total de 192 nuevos extranjeros a lo largo de la década. Aunque es una parte ínfima del total del personal, es la época en que los mexicanos se sintieron “invadidos”. Otra de las peculiaridades que encontré es que mientras los españoles de los años cuarenta fueron unos cuantos, los centroamericanos alcanzaron un 46% entre los extranjeros durante los años sesenta, en tanto que en la siguiente década dominaron los sudamericanos con un 58%.

En la década de los sesenta, los médicos ocuparon el 93% y el restante 7% lo cubrieron los químicos, mientras que en los 70 el 79% fueron médicos, 3% de biólogos, 4% químicos, 7% lo cubrieron diversos profesionales como psicólogos, cirujanos dentistas, antropólogos y asistentes sociales,

Gráfica 5

Procedencia de profesionales latinoamericanos en la Facultad de Medicina



Fuente: Elaboración propia con base en expedientes personales. Caribe: Cuba (4-6-0), Dominicana (2-2-0), Haití (0-2-1). Centroamérica: Costa Rica (4-8-1), Guatemala (2-5-1), Honduras (3-7-2), Panamá (0-5-1), Nicaragua (3-8-3), El Salvador (1-8-3). Sudamérica: Argentina (1-7-6), Bolivia (0-13-4), Brasil (1-5-0), Colombia (3-15-4), Chile (3-11-5), Ecuador (0-3-1), Paraguay (0-1-1), Perú (1-5-5), Uruguay (0-7-1), Venezuela (0-5-1) Entre paréntesis, personas por década.

entre otros, con un vacío de información respecto de la formación de un 7% de los académicos. En los años 80, los médicos sumaron el 92.5% y el resto se cubrió con un psicólogo, un cirujano dentista y un biólogo.

La modificación de los planes de estudio establece una apertura curricular a otras disciplinas que se mantiene vigente durante el periodo estudiado. Los profesionales sin vinculación aparente con la medicina realizaban labores logísticas de apoyo; por ejemplo, dos chilenos: uno coordinaba la reproducción de material didáctico en el Plan A-36, en tanto que otra se integró a la investigación histórica de la medicina.

La mayoría logró obtener plazas como médicos en el sector salud o como ayudante de profesor o profesor de asignatura en la Facultad de Medicina, y solamente un grupo muy reducido se coloca en puestos de mayor jerarquía o como investigadores, lo cual generó inconformidades entre los mexicanos que en ocasiones trabajaban sin remuneración económica o habían tenido que pasar por estrictos cursos de formación como docentes en la Facultad de Medicina; aunque sin resentimientos para con la institución, se sintieron agredidos en sus derechos laborales y disminuidos en su capacidad académica.

Estos cursos preparaban en el desarrollo de destrezas pedagógicas, en el manejo de estrategias de enseñanza-aprendizaje, de motivación y de evaluación, y sólo a unos cuantos extranjeros se les exigió cursarlos,

mientras que para los mexicanos fueron obligatorios, además de que no recibieron pago: “Hice un buen curso de fisiología, [que] tiene mucho más de razonamiento y de interpretación, y en aquel entonces [era] el mecanismo para ser ayudante de profesor o instructor” (JdL, comunicación personal 22 de septiembre de 2005, entrevista por JTG en la ciudad de México). Otros profesores también recuerdan esta época como de trabajo *voluntario* o como *requisito* para ser contratados: “Empiezo a tomar los cursos del CLATES, de todos los cursos que había para prepararse como [profesor, pero] yo trabajaba sin paga y [a los latinoamericanos], nomás llegando a la Facultad ya les daban plaza” (RoU, comunicación personal 28 de septiembre de 2005), “Estaba contratado [...] sin ningún ingreso, mientras a [los latinoamericanos] les pagaron desde el primer día” (JS, comunicación personal, 10 de octubre de 2005).

Situaciones tan desiguales propiciaron algunos roces, ya que tanto los mexicanos como los extranjeros se sentían incomprendidos al sufrir con la presencia del otro, escenario que ha quedado minimizado en el recuerdo y reforzado las amistades que entre ellos se establecieron. Las condiciones de trabajo favorecieron el proceso de integración social gracias a las modificaciones y adecuaciones dadas al plan de estudios, el incremento en las especialidades ofrecidas, la creación o ampliación de instituciones hospitalarias y el creciente interés por la investigación que requirieron de médicos, químicos, biólogos y trabajadores sociales capacitados e interesados en los nuevos aspectos de la enseñanza médica, además de contar con aportaciones científicas y docentes de gran calidad:

Yo creo que hay una situación muy clara: es la de todas aquellas gentes como yo, que vinieron y ocuparon un espacio en la Universidad que era necesario que se ocupara, es como la coincidencia del fenómeno migratorio político, se corresponde justo con una apertura de sistema universitario mexicano [...] y a nosotros nos reciben, a toda una generación de gente que vinieron de diversos países de América Latina, encajamos justo, somos muy bienvenidos (R. Bag, 18 de noviembre de 1997, entrevista por C. Hernández en la ciudad de México. APEL, PEL/1/A/25).

La Facultad de Medicina y las instituciones hospitalarias han compartido la responsabilidad en la formación de los médicos, por lo que son consideradas como sedes de adscripción. La mayor parte (57%) del personal de salud se ubicó en los departamentos de Fisiología, Farmacología, Histología, Psicología médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, entre otros más, mientras que el resto (43%) se encontraba

adscrito en las sedes hospitalarias del IMSS, ISSSTE o del Departamento del Distrito Federal (DDF).

En los años ochenta se crearon escuelas de Salud Pública y se puso en marcha la enseñanza de especialidades médicas en varias ciudades de América Latina, en beneficio de los médicos generales de cada región; esto representó una disminución en la contratación de profesores en México. Aquí solamente se aprobaron los planes de estudio para la especialidad y la maestría en Estadística aplicada a la salud. Además de que fueron redefinidos los planes, las normas de admisión y de permanencia de todas las especialidades, los profesores debían demostrar el alto nivel académico adquirido durante su formación como médicos de posgrado y la capacidad para ser educadores de las nuevas generaciones. En la Facultad de Medicina se consideró que el esfuerzo realizado ya podía dar los frutos necesarios, y con los médicos mexicanos y extranjeros se cubrió la educación médica necesaria para México.

### La adaptación

A pesar de que los inmigrantes encontraron un modo de vida distinto al acostumbrado, lograron adaptarse. Se enfrentaron a la diversidad cultural, al peculiar sentido del humor y a la desconcertante amabilidad del mexicano, y sobre todo al lenguaje.

Enfrentarse a códigos y conductas diferentes les incomodaba, ya que no entendían la razón del comportamiento de los mexicanos, pero también les fascinaban las diferencias culturales, las pequeñas cosas que mueven el sentimiento de sentirse aceptados. Veían a México como “un país muy mágico [y a los mexicanos con] una actitud interesante, [que te] desarma (SK, 2004) [porque encuentras] gente dispuesta a hacer las cosas un poco más fáciles” (M. Héctor, 21 de septiembre de 1999, entrevista por P. Torres en Petion Ville, Haití, 21. APEL. PEL/6/H-2), a pesar de que algunos llegaron a considerarlos como intrusos en su vida cotidiana. Entre los profesionales llegaron estas personas dedicadas a la salud, actividad que les ayudó a quedarse en México pero que en especial a los médicos en su práctica profesional los enfrentó a un reto extra: el contacto con el paciente.

Esta área de la práctica médica que parecería lo más obvio es la parte esencial del quehacer médico, y en algunos casos existe la creencia popular de que es el único aspecto, al considerar la medicina como la tarea dedicada a mitigar el dolor, a atenuar el sufrimiento de los otros, los padecimientos y el malestar ocasionados por la enfermedad. La medicina es una práctica social que obliga al personal de salud a considerar como fundamental la

presencia del *otro*, que incorpora a la relación sus propias creencias, su cosmovisión, su *padecer*, que llevan al médico a ser el receptor de ciertas tradiciones y una cultura muchas veces distinta a la aprendida.

Según Fernando Martínez, el *padecer* es la representación subjetiva de las anormalidades y molestias de carácter psíquico y sociocultural que el paciente vive como consecuencia de su enfermedad (Martínez, 1983, p. 32). Ante el recuerdo de su primer acercamiento con un paciente mexicano, dice un médico chileno que había “cosas que no entendía”, y una médica argentina recuerda que “no entendía qué querían”, ya que el lenguaje se utiliza de una manera diferente.

Por ejemplo, RP (2004) cuenta que durante la entrevista con su primera paciente tuvo que retirarse de la consulta para buscar un compañero mexicano que le explicara lo que la paciente refería, ya que la señora le había dicho “haber hecho una *muina* que después le afectó a la barriga y empezó a obrar como zapote prieto”. Él desconocía el significado que los mexicanos le dan a ciertas palabras y otras, nunca las había oído, como *muina*, obrar (en este contexto) y zapote prieto. En tanto que RC (2004) recuerda que necesitó intérprete para entender “la diferencia entre pérdida del alma, susto, muina y mal de ojo”, conceptos no conocidos ya no digamos por el sector médico, ni siquiera por gran parte de la población de su país. Entonces, con su muy mexicano sentido del humor, el médico nacional se burlaba de las dificultades lingüísticas de sus compañeros extranjeros antes de decirles cómo en este país son representadas las enfermedades y cómo son padecidas.

Cuando los médicos extranjeros tratan a enfermos que expresan sus síntomas desde una construcción social y cultural distinta, deben enfrentarse a conceptos desconocidos, y al no comprender el lenguaje utilizado por los pacientes recurren a un colega mexicano para hacer la interpretación en términos científicos, dándose tiempo para adaptarse al nuevo contexto y poner en práctica toda su capacidad para entender y hacerse entender con los mexicanos, alumnos y pacientes.

## Conclusión

La conclusión principal está basada en el conocimiento del aspecto cualitativo que tuvo la inserción laboral de latinoamericanos en la vida académica de la Facultad de Medicina de la UNAM, ya que la parte cuantitativa es muy pequeña. Sin embargo, no deja de ser importante para la ubicación laboral de estos extranjeros.

Lucien Febvre (1993, p. 29) recuerda que “la tarea del historiador [es] volver a encontrar a los hombres que han vivido los hechos”; por

el momento, estamos conociendo las condiciones en que los médicos latinoamericanos se incorporaron a la Facultad de Medicina y a algunas instituciones hospitalarias, después de haber cambiado el modo de vida al que estaban acostumbrados. Es lo que queda como aportación de esta investigación.

La enseñanza de la medicina ha sido y será la encargada de reproducir no sólo los conceptos, los conocimientos y la práctica médica, sino también valores, hábitos y costumbres que la comunidad científica considera importantes para una transformación en la educación de la propia comunidad y de la sociedad. Por ello, los latinoamericanos debieron modificar o adecuar su propia cultura para transmitir su saber científico en la sociedad receptora. El uso del mismo idioma en la mayor parte de América Latina no los eximió de la adopción de tres diferentes lenguajes simultáneos:

1. Comunicación verbal, en la que el médico debía tener la capacidad de percibir e interpretar los síntomas (señales), pero también tuvo que descifrar los códigos culturales (signos) para integrarlos en un juicio médico o diagnóstico,
2. La comunicación no verbal, relacionada con los mensajes emocionales, la empatía o antipatía con el *otro*. Y por último,
3. La comunicación visceral que, dependiendo de la sintomatología referida, es la tipología del paciente y el médico debe interpretarla para establecer una comunicación adecuada.

El ejercicio profesional les presentó una serie de *contratiempos* culturales. Aunque conservaron ciertas peculiaridades culturales, todos pudieron integrar –adaptados o adoptados– los giros idiomáticos del mexicano y se empeñaron por superar la dependencia tecnológica de Latinoamérica respecto de los Estados Unidos y Europa, desarrollando el conocimiento de los problemas de interés nacional o regional, así como de enfermedades específicas.

Cada vez con más frecuencia convivimos con el *otro*, con el diferente, con aquel a quien nuestras costumbres lo maravillan y desconciertan; así nos estamos acostumbrando a ser vistos con extrañeza y a aceptar las diferencias culturales, ubicándolas en un contexto de relatividad implícita. La aceptación de la existencia del *otro* marca las diferencias en la identidad que permiten saber lo que se es, y al mismo tiempo, conocer y analizar las características que hacen ser distinto. Sin embargo, la identidad también se vive por similitud, con los pares, por lo que se manifiesta entre congéneres. La identidad cultural funciona en dos sentidos: como unificadora y como diferenciadora.

## Siglas

- APEL Archivo de la Palabra, en la Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.  
AHFM Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, UNAM.  
ADPA Archivo del Departamento de Personal Académico, Facultad de Medicina, UNAM (acceso restringido).

## Bibliografía

- Anónimo, (s. f.)  
*Historia del Posgrado. Facultad de Medicina, UNAM*, Manuscrito.  
México: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Álvarez P. A. (2004)  
Fuga de talentos y mercados laborales en América del Norte: un recuento global. En H. Castaños-Lomnitz (coord), *La migración de talentos en México*. México: Porrúa, pp. 113-127.
- Febvre, L. (1993)  
*Combates por la historia*. Barcelona: Planeta.
- Garay, G. (1995)  
Las fuentes orales. En *Reflexiones sobre el oficio del historiador*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 145-157.
- Lanza, A. (1983)  
Principales problemas de la administración gubernamental de salud en América. En J. Katz *et al.*, *La salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Fondo de Cultura Económica, pp. 7-54.
- Lida, C. (1997)  
*Inmigración y exilio. Reflexiones sobre el caso español*. México: Siglo XXI, El Colegio de México.
- Martínez Cortés, F. (1983)  
*Enfermedad y padecer*. México: Medicina del hombre en su totalidad.
- Ortiz Quesada, F. (1996)  
*El trabajo del médico*. México: JGH-Salvat.
- Peña Mohr, J. (1983)  
Administración para el desarrollo de la salud. Búsqueda de alternativas de relevancia. En J. Katz *et al.*, *La salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Fondo de Cultura Económica, pp. 96-178.
- Sánchez-Albornoz, N. (1973)  
*La población de América Latina. Desde los tiempos precolombinos al año 2000*. Madrid: Alianza.

Yankelevich, P. (1998)

*En México, entre exilios. Una experiencia de sudamericanos.* México. Secretaría de Relaciones Exteriores, Instituto Tecnológico Autónomo de México, Plaza y Valdés.

Yankelevich, P. (1999)

*Latinoamericanos en la ciudad de México*, vol. 3. México: Gobierno del Distrito Federal, Instituto de Cultura de la Ciudad de México.

Recibido: 07/03/2016. Aceptado: 12/09/2016