



INTERACCIONES SOCIOCULTURALES DE LOS MÉDICOS CUBANOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA MÁS MÉDICOS EN BRASIL



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

INTERACCIONES SOCIOCULTURALES DE LOS MÉDICOS CUBANOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA MÁS MÉDICOS EN BRASIL



**Organización
Panamericana
de la Salud**

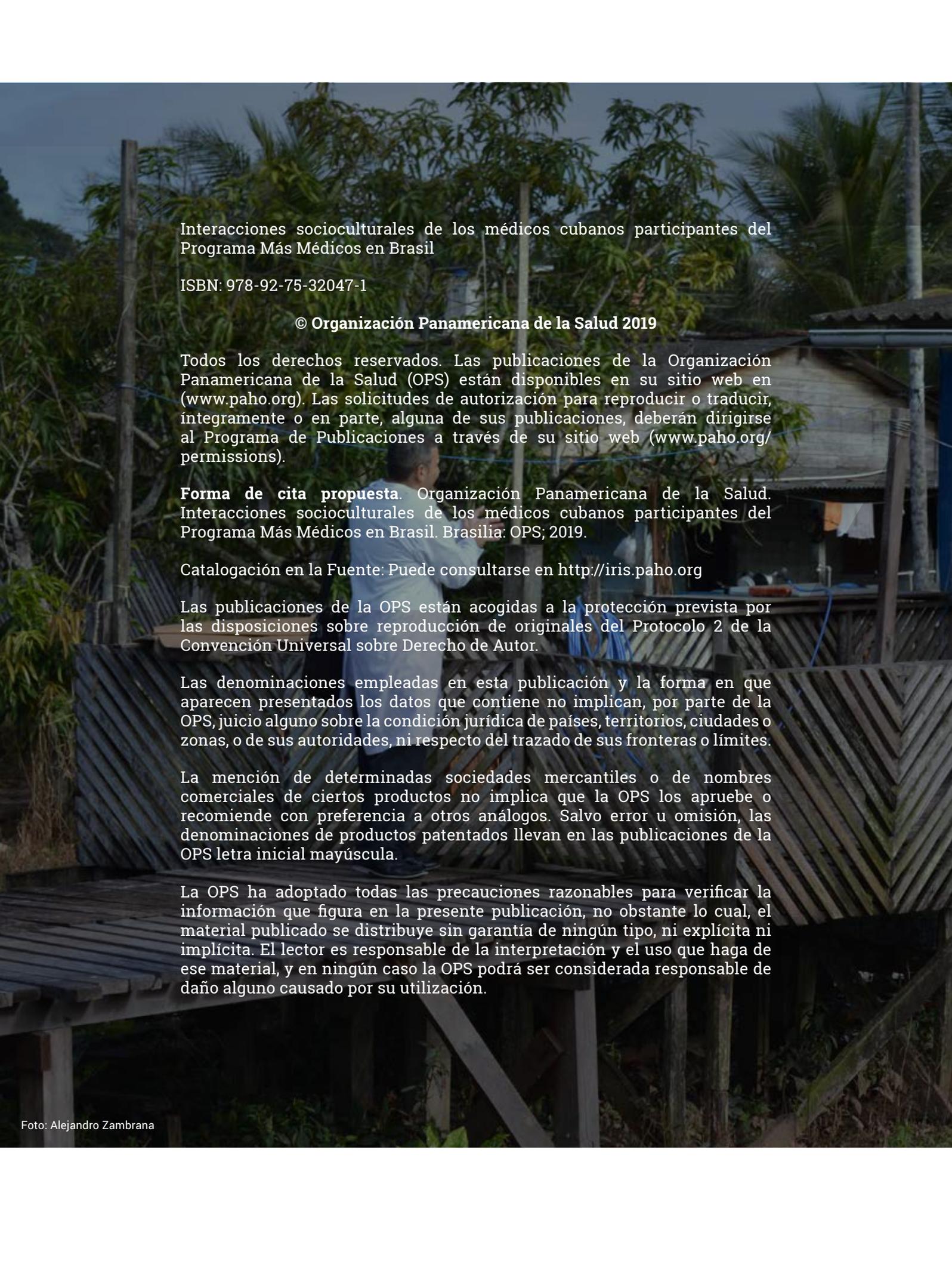


**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

BRASÍLIA – DF

2019

A man in a white lab coat is standing in a rural setting, possibly a clinic or community center. He is looking towards the right. The background features lush greenery, including palm trees and other tropical plants. A wooden structure with a corrugated metal roof is visible on the right side of the image. The overall scene is outdoors and appears to be in a developing area.

Interacciones socioculturales de los médicos cubanos participantes del Programa Más Médicos en Brasil

ISBN: 978-92-75-32047-1

© Organización Panamericana de la Salud 2019

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. Interacciones socioculturales de los médicos cubanos participantes del Programa Más Médicos en Brasil. Brasilia: OPS; 2019.

Catalogación en la Fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>

Las publicaciones de la OPS están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Sumario

PRÓLOGO		5
Capítulo I	Introducción: Interacciones socioculturales de los médicos cubanos en Brasil	9
Capítulo II	Aproximaciones teóricas a los flujos migratorios Sur-Sur de profesionales altamente cualificados: papeles de la cooperación cubana y de la OPS/OMS	19
Capítulo III	En la salud y en la prensa: Análisis mediático de la implantación del Programa Más Médicos	33
Capítulo IV	Investigación sobre las interacciones socioculturales, convivencia e intercambios de conocimientos entre médicos cubanos y brasileños: notas metodológicas	57
Capítulo V	Médicos cubanos en áreas indígenas: naturalezas, enfermedad y cura en un “brasil que no aparece en las telenovelas”	61
Capítulo VI	Médicos cubanos en áreas urbanas periféricas: un análisis de procesos integrativos esperados	81
Capítulo VII	Interacción social, inserción comunitaria e interacción sociocultural de los médicos cubanos en el interior y en áreas quilombolas de Brasil	111
Capítulo VIII	Sugerencias y críticas de los médicos cooperados cubanos sobre el PMM	133
Capítulo IX	Epílogo	147



Foto: Alejandro Zambrana

PRÓLOGO

Los países de la Región de las Américas, junto con la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS), ya han recorrido un largo camino en el desarrollo de los cuidados primarios de salud, aprobados y asumidos colectivamente por los países en la Declaración de Alma Ata (1978)¹, en la Renovación de la Atención Primaria a la Salud en las Américas (2005)²; en la estrategia de Acceso y de Cobertura Universal de Salud (2014)³; y en el reciente Plan de Recursos Humanos para la Salud Universal (2018)⁴. Sin duda, estos documentos constituyen un poderoso marco referencial de políticas, estrategias y conocimientos para el desarrollo de los sistemas de salud en la Región.

En el caso de Brasil, se produjo un desarrollo sin precedentes, con la creación y evolución del Sistema Único de Salud (SUS), que acumula innumerables conquistas en sus 30 años de vida. Nacido en 1988, luego de la promulgación de una nueva Constitución Federal, el SUS ha demostrado capacidad para superar varias dificultades y obstáculos en su crecimiento y desarrollo, preservando un modelo de atención pública, universal y gratuito que hoy distingue a Brasil en el escenario internacional. Sus defensores, sin embargo, han enfrentado amenazas, principalmente en relación a las políticas de financiamiento, que son aquellas que más generan preocupaciones con relación a la sostenibilidad del Sistema en el tiempo. En el presente momento, segundo semestre de 2018, se mantienen estas contradicciones: por un lado, el progreso ha materializado un sistema de salud orgullo para la nación; por otro lado, los viejos desafíos que amenazan la evolución y la capacidad de cumplir la misión de un sistema tan vital como el de la salud.

El Programa Más Médicos (PMM) fue creado en Brasil, en 2013, en el contexto de la necesidad de ampliar y garantizar el acceso y la cobertura de los cuidados básicos de salud, principalmente para la población con mayor vulnerabilidad social. Se trata de una iniciativa de carácter holístico, creada no sólo para resolver el problema de la escasez de médicos en el país, sino también para asegurar el desarrollo de las capacidades para la atención básica, además de invertir en la infraestructura necesaria y en la formación del personal de la salud, tanto en cantidad como en calidad. Finalmente, el reclutamiento de médicos tiene carácter de emergencial, pues pretende llenar vacíos de cobertura en municipios carentes. El PMM trajo impactos desde su inicio, percibido de forma positiva por las poblaciones objetivo, permitiendo así superar las fuertes

¹ <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>

² <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion-Atencion-Primaria-Salud-Americas-OPS.pdf>

³ <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>

⁴ https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56=-directing-council-spanish9965-&alias=-45773-cd56-10-s-pda-rh-773&Itemid=270&lang=en

críticas que recibió de algunos segmentos de la sociedad, incluso de la corporación médica. El hecho es que actualmente este programa se identifica como auténtica «marca» de salud pública, en términos de satisfacción de usuarios y gestores y de resolución de problemas de salud para la población brasileña.

Este libro presenta una nueva visión sobre el PMM, aún poco explorada, al ingresar en los escenarios de práctica para responder preguntas importantes acerca de las interacciones socioculturales de los médicos cubanos reclutados, con el objetivo declarado de producir conocimiento, pero además para promover mejoras en la participación de extranjeros en la atención primaria que el SUS ofrece a la población, aún limitada. Su lectura presentará percepciones, memorias e incluso explicaciones para quien, de una forma u otra, está asociado con el desarrollo del PMM, particularmente aquellos en una posición comprometida con la salud y con el reconocimiento de los cuidados primarios de la salud como el verdadero camino para el desarrollo del sistema de salud.

En una organización como la OPS / OMS, con la misión institucional de articular esfuerzos estratégicos de colaboración entre los Estados miembros, somos responsables por la movilización de los médicos cubanos y la viabilidad de su trabajo en Brasil. Sin embargo, también nos involucramos en las interacciones socioculturales ligadas al ejercicio profesional de tales médicos. Esto constituye para nosotros un riguroso deber, por permitirnos corresponder conscientemente a la confianza que los gobiernos de Brasil y de Cuba depositaron en nuestra Organización.

Para los más de 18 mil médicos cubanos que trabajan o trabajaron en Brasil, la presente publicación significará «... una nueva mirada sobre el Brasil que no aparece en las telenovelas...». Ellos y ellas seguramente entenderán lo que aquí decimos. Esta fue una expresión que varias veces se hizo oír en las entrevistas realizadas a lo largo de la presente investigación.

Esperamos que a usted, lector, le guste de este libro y que sirva como fuente de reflexión informada sobre los temas, con gran importancia para la generación de búsqueda de nuevos conocimientos.

Dr. Joaquín Molina
Representante de OPS/OMS
Oficina de Brasil



Foto: Alejandro Zambrana



Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo I

INTRODUCCIÓN: INTERACCIONES SOCIOCULTURALES DE LOS MÉDICOS CUBANOS EN BRASIL

Joaquín Molina¹, Eduardo Siqueira², Leonardo Cavalcanti³ y Tânia Tonhati⁴

Este libro discute el proceso de interacción sociocultural de los médicos cubanos en Brasil, a lo largo de su participación en el Programa Más Médicos (PMM), como parte de un proceso de inmigración cualificada y programada por el Estado brasileño, a través de una alianza estratégica con la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) y el Estado cubano.

En los últimos años, Brasil ha conjugado diferentes escenarios migratorios, ya que mantiene flujos de emigración, al mismo tiempo que se produce el regreso de brasileños anteriormente emigrados y, más recientemente, a partir de 2010, la llegada de nuevos y diversificados flujos de inmigrantes, en particular las personas originarias del Sur global, como haitianos, bengalíes, senegaleses, entre otros, (CAVALCANTI, 2015; ROSA, 2012; HANDERSON, 2015; SILVA, 2015). Además, los datos atestiguan que Brasil actualmente se ha establecido como un importante destino de flujos migratorios internos en América Latina, haciendo que el país vuelva a su «tradición inmigratoria», que estaba más o menos estancada desde la posguerra (SOUCHAUD, 2010: 50). Entre los diferentes grupos de inmigrantes dirigidos a Brasil en los últimos años se destaca la llegada de personas cualificadas, o sea, que ejercen una profesión de nivel universitario.

En este amplio y complejo fenómeno migratorio, un flujo significativo ha sido el de inmigrantes cualificados en el área de la salud, integrantes de la cooperación establecida, a través del PMM. Entre estos se destacan los médicos cubanos, participantes de una modalidad temporal de inmigración, organizada por los Estados cubano y el brasileño, con la intermediación de la OPS / OMS. La presencia de médicos cubanos en Brasil ya contaba con antecedentes, pues en los años 1990 la alcaldía de Niterói (R.J) estableció un acuerdo de cooperación técnica con la Policlínica Lawton, de La Habana, en un proyecto que se basaba en el modelo del Médico de Familia cubano (BARRETO y SOUSA, 2015). Sin embargo, sólo a partir del PMM y en un contexto de escasez de médicos en el país, los médicos cubanos alcanzaron un notable protagonismo en el Sistema Único de Salud (SUS).

¹ Representante de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) en Brasil

² Profesor Asociado de la Universidad de Massachusetts Boston (UMASS Boston).

³ Profesor de la Universidad de Brasilia e investigador con productividad en investigación por el CNPq. Coordinador del Observatorio de las Migraciones Internacionales (OBMigra).

⁴ Investigadora del Observatorio de las Migraciones Internacionales, OBMigra, Universidad de Brasilia (UnB). Doctora en Sociología, Goldsmiths College, Universidad de Londres.

El PMM ilustra una política pública brasileña dirigida a la migración cualificada. De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay dificultades en la mayoría de los países para garantizar la presencia de médicos en localidades rurales, periferias urbanas y áreas remotas. En este sentido, muchos países han adoptado políticas para ampliar la formación de médicos, y atraen a médicos extranjeros para trabajar en áreas carentes. Esta dificultad afecta las diferentes naciones desarrolladas y en desarrollo y constituye una importante problemática contemporánea en Brasil. En resumen, el PMM fue la respuesta del Estado brasileño para responder al actual déficit asistencial en el país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015: 25 e 26; OLIVEIRA et al, 2015).

De acuerdo con Oliveira (2015), antes del PMM, varios programas intentaron, sin un éxito suficiente, atraer y fijar a profesionales de la salud en regiones remotas en Brasil, tales como el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS - 1976), Programa de Interiorización del Sistema Único de Salud (PISUS - 1993), y el Programa de Interiorización del Trabajo en Salud (PITS - 2001), y, más recientemente, el Programa de Valorización de los Profesionales de la Atención Básica (PROVAB). Según dicho autor, a pesar de los importantes avances y de inversiones para proveer recursos humanos para la salud, materializados en los programas y políticas públicas del Estado brasileño en las últimas décadas, ningún programa o iniciativa tuvo el alcance, la magnitud y la celeridad del PMM. De esta manera, en diferentes regiones del país con necesidades ampliamente insatisfechas, o incluso la ausencia absoluta de los médicos, se hizo posible la presencia de estos profesionales de la salud a través de la PMM, alcanzando a ciudades del interior, comunidades rurales, quilombolas, indígenas, comunidades de ribera, además de barrios de periferia, favelas y comunidades marginadas de los centros urbanos.

Sin embargo, a diferencia de países como Reino Unido, Estados Unidos y Australia, que atraen a médicos de países pobres o con menor número de tales profesionales por habitante, causando lo que se conoce por «brain-drain» (CASTLES, MILLER, DEHAAS, 2014), Brasil buscó afirmarse a través de proceso de cooperación Sur-Sur. El objetivo fue atraer mano de obra cualificada, pero evitando una absorción que perjudicara al país de origen. Por lo tanto, sólo podrían formar parte del Programa los países que tuvieran un índice de médicos por habitantes superior al de Brasil (1,8 médicos / 1000 habitantes).

La presencia de médicos cubanos en el PMM, a través de la cooperación técnica Sur-Sur, en el marco de una triangulación entre Brasil, OPS / OMS y Cuba, constituye un programa modelo de atracción de mano de obra cualificada en el área de la salud, sin el mencionado *brain-drain*. Los médicos cubanos se denominaron intercambistas-cooperados, siendo especialistas en Medicina General Integral, con al menos diez años de experiencia profesional y un mínimo de dos años de trabajo en otro país, además del dominio básico de la lengua portuguesa (MOLINA, TASCA y SUAREZ, 2016: 2932). La participación de estos médicos en el PMM se viabilizó a través del 80º Término de Cooperación firmado entre la OPS y la República Federativa del Brasil (Ministerio de Salud) (MINISTERIO DE SALUD, 2014).

De acuerdo con los datos de la OPS / OMS, entre los años 2013 y 2017, ingresaron 18 655 médicos cubanos a Brasil hasta septiembre de 2017, según se observa en el Gráfico 1. Los dos primeros años del Programa fueron, como se ve en el gráfico, los años con mayor número de ingresos de dichos profesionales. En 2015 se observó una caída significativa de los ingresos, mientras que en 2016 y 2017 el número de ingresos de médicos cubanos siguió siendo estable, pero sin alcanzar los números de los dos primeros años.

Gráfico 1. Número de médicos cubanos que llegaron a Brasil, según el año, Brasil 2013/2017



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017.

En general, la inmigración a Brasil en los últimos años se caracterizó por la predominancia de un flujo masculino (CAVALCANTI, et al. 2017). Sin embargo, en el caso de los médicos cubanos del PMM, el número de mujeres fue casi el doble que el de los hombres (6937 hombres y 11283 mujeres), como se ve en el Gráfico 2.

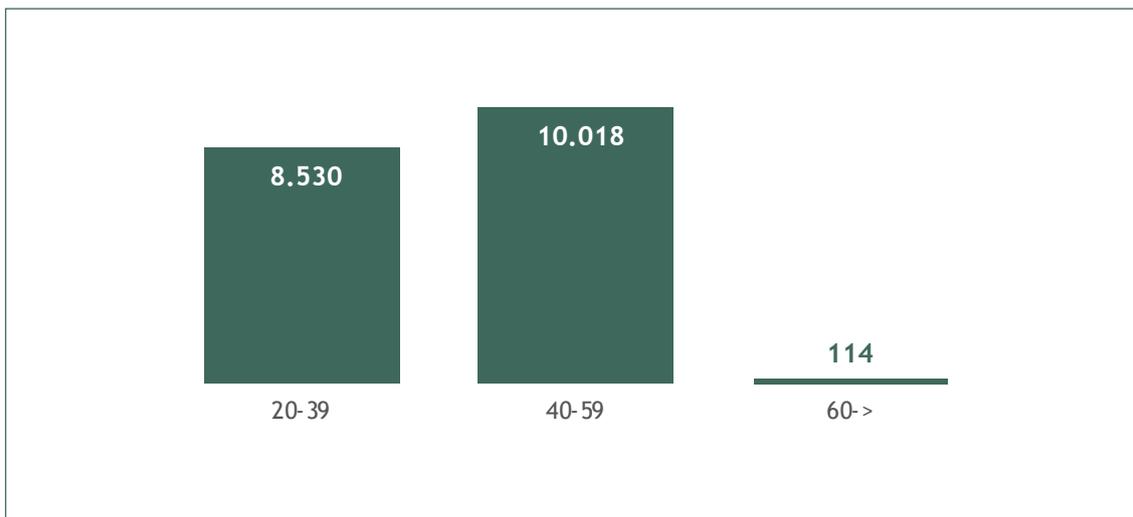
Gráfico 2. Número de médicos cubanos en Brasil, según el sexo, Brasil 2013/2017



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017.

Con relación a la distribución etaria, los médicos cubanos, en su mayoría, se encontraban en la franja etaria 40 a 59 años (53,0%) y entre 20 a 39 años (45,0%). Por lo tanto, se trata de una población en edad económicamente activa, con larga perspectiva laboral.

Gráfico 3. Distribución etaria relativa de los médicos cubanos, Brasil 2013/2017.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017.

Los médicos cubanos se asignan a todas las regiones del país. La región nordeste fue la que recibió más médicos: 6339, seguida por la región Sudeste, con 5502; Sur con 2979; Norte, con 2763 y Centro-Oeste, con 1079. Entre todas las Unidades de la Federación, el estado de São Paulo fue el que más recibió médicos, seguido por Bahía, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, Maranhão, Pará y Ceará.

Tabela 1. Distribución geográfica de los médicos cubanos, por UF, Brasil 2013/2017

ÁREA GEOGRÁFICA			
UF	TOTAL	UF	TOTAL
Rondônia	335	Sergipe	198
Acre	206	Bahia	1.802
Amazonas	631	Minas Gerais	1.531
Roraima	140	Espírito Santo	435
Pará	1.048	Rio de Janeiro	573
Amapá	194	São Paulo	2.963
Tocantins	209	Paraná	1.122
Maranhão	1.049	Santa Catarina	518
Piauí	455	Rio Grande do Sul	1.339
Ceará	1.048	Mato Grosso do Sul	250
Rio Grande do Norte	317	Mato Grosso	289
Paraíba	265	Goiás	466
Pernambuco	897	Distrito Federal	74
Alagoas	308		
BRASIL			18.220

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017.

De los 5570 municipios brasileños, 3544 recibieron médicos cubanos. Los municipios de la región Nordeste fueron los que más recibieron médicos cubanos. En el Sudeste, el municipio de São Paulo recibió 257 médicos y el de Río de Janeiro 182, por lo que estas dos ciudades recibieron el mayor número de médicos por municipio en el país. La Tabla 2 presenta la distribución de intercambistas en los cinco municipios que más los recibieron en cada región.

Tabela 2. Distribución geográfica de los médicos cubanos, según los principales municipios, por región, Brasil 2013/2017

SUR	2.979	SUDESTE	5.502
Ponta Grossa	116	São Paulo	257
Porto Alegre	56	Río de Janeiro	182
Novo Hamburgo	49	Campinas	108
Curitiba	39	Osasco	94
Gravataí	38	Limeira	81
NORTE	2.763	NORDESTE	6.339
Macapá	63	Fortaleza	88
Santana	42	Morada Nova	39
Manaus	40	Iguatu	38
Rio Branco	40	Salvador	37
Porto Velho	35	Chapadinha	35
		Recife	35

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017.

También se ubicó a 519 médicos cubanos en áreas indígenas. Así, en la Región Norte, 313 médicos fueron distribuidos en 20 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI); en el Nordeste fueron 102 médicos en siete DSEI; en el Centro-Oeste, 85 médicos en seis DSEI; en la Región Sur y Sudeste fueron 21 y 10, respectivamente, en apenas un DSEI en cada uno. Ver los datos, en detalle, en el siguiente cuadro.

Tabela 3. Distribución geográfica de los médicos cubanos, según los DSEI, Brasil 2013/2017

DSEI	UF	TOTAL
DSEI del Alto Río Juruá y Alto Río Purus	Acre	30
DSEI de Alagoas y Sergipe	Alagoas	12
DSEI de Amapá y Norte de Pará	Amapá	11
DSEI de Manaus, Parintins, Alto Río Negro, Alto Río Solimões, Médio Río Purús, Médio Río Solimões y Afluentes y Vale do Javari	Amazonas	131
DSEI de Bahia	Bahia	31
DSEI de Ceará	Ceará	4
DSEI do Maranhão	Maranhão	27
DSEI de Cuiabá, Kayapó, Araguaia, Parque Indígena do Xingu y Xavante	Mato Grosso	60
DSEI de Mato Grosso do Sul	Mato Grosso do Sul	25
DSEI de Minas Gerais y Espírito Santo	Minas Gerais	10

DSEI	UF	TOTAL
DSEI de Altamira, Guamá-Tocantins, Kayapó y Río Tapajós	Pará	43
DSEI Potiguara	Paraíba	2
DSEI del Litoral Sur	Paraná	2
DSEI de Pernambuco	Pernambuco	24
DSEI de Porto Velho y Vilhena	Rondônia	22
DSEI del este de Roraima e Ianomâmi	Roraima	50
DSEI del Interior Sur	Santa Catarina	21
DSEI do Tocantins	Tocantins	14

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017.

Estos datos demuestran el alcance, la profundidad y la rapidez de la implantación del programa en todo el territorio nacional. Ante esta realidad, la OPS / OMS fomentó estudios para evaluar el impacto del PMM en la Atención Básica ofrecida por el SUS. Sin embargo, poco se ha publicado hasta el momento sobre las interacciones socioculturales de los médicos cubanos como inmigrantes temporales cualificados.

Para completar esta laguna, los siguientes capítulos analizan los procesos de interacción sociocultural, la convivencia y el intercambio de conocimientos entre médicos cubanos y brasileños, también entre estos y los enfermeros, agentes de salud, pacientes y la población donde prestaban servicios y vivían.

Este libro está dividido en nueve capítulos, dos de los cuales complementan la investigación que le dio origen. El primer capítulo trata de una aproximación teórica sobre las migraciones cualificadas y sus perspectivas analíticas. El autor demuestra que para Cuba la emigración cualificada de médicos en la actualidad es una estrategia diplomática, económica y geopolítica, y, por lo tanto, está más allá de una lógica marcada por decisiones individuales. Cuando se analiza el caso cubano en particular, la migración cualificada de médicos no se fundamenta exclusivamente en la vertiente económica de búsqueda de mejores salarios o empleos en otros países o de la competencia individual en el mercado de trabajo; por el contrario, responde a una lógica de cooperación Sur-Sur negociada entre Estados.

El segundo capítulo es producto de autores invitados, que incluyeron la discusión sobre la información respecto al PMM que los medios divulgaron entre la población. Los autores demuestran, de forma didáctica, cómo los discursos mediáticos se construyeron con un tratamiento del PMM de forma peyorativa y prejuiciosa, particularmente en su inicio. El capítulo analiza la difusión de las noticias sobre el PMM a lo largo de su implantación en los meses de junio a diciembre de 2013, en dos periódicos impresos del estado de Espírito Santo. En este capítulo, los autores afirman que los medios mayoritariamente trataron el PMM bajo la perspectiva de los conflictos y de las disputas simbólicas de poder, luego enfatiza en las dificultades enfrentadas por el PMM y también la necesidad de su reafirmación y validación. Además, destacan que en muy pocos casos los discursos mediáticos explicitaron el funcionamiento del PMM o discutieron la necesidad de su implantación, o bien sus posibles impactos positivos en la salud de la población.

Los demás capítulos tratan sobre los resultados obtenidos en la investigación antes citada, todos estos escritos por personas que formaron parte de la investigación, de forma activa y continua, tanto en el trabajo de campo y / o en el análisis del material recolectado.

Los capítulos de a continuación analizan las interacciones de los médicos cubanos en tres grandes áreas etnográficas, en las que la investigación se concentró: 1) áreas indígenas 2) periferias urbanas y 3) comunidades quilombolas. La división por regiones pretendió entender las singularidades de las interacciones en estos diferentes espacios, ya que las interacciones sociales se dan de forma diferente de acuerdo con los locus sociales donde se constituyen. Las localidades no determinan directamente tales interacciones; más bien aportan diferentes e importantes y dinámicas, experiencias y percepciones en las relaciones sociales, pues constituyen espacios constantemente construidos y recreados históricamente, de formas diversas.

El capítulo sobre las interacciones de los médicos cubanos en las áreas indígenas presenta y discute los resultados de las entrevistas realizadas con los médicos cubanos ubicados en Unidades Federativas que componen la llamada “Amazonia Legal”, concepto que incluye las siete unidades federativas de la región Norte (Amazonas, Acre, Amapá, Pará, Roraima, Rondônia y Tocantins), una de la región centro-oeste (Mato Grosso) y una de la región nordeste (Maranhão). Las entrevistas se realizaron en el siguiente amplio espacio amazónico: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Mato Grosso, Rondônia, Roraima y Tocantins. El autor describe y analiza las singularidades y muchas veces las sorpresas de los médicos cubanos cuando trabajan en un Brasil que, según ellos, “no se ve en las telenovelas”, o sea, un Brasil donde los ríos son los principales o únicos medios de transporte, donde la convivencia con animales y costumbres tradicionales indígenas sorprenden e incomodan, pero, al mismo tiempo, producen enseñanzas. El autor demuestra que el encuentro de los saberes y prácticas indígenas sobre salud y enfermedad con los de los médicos permitió que estos últimos estimaran los conocimientos tradicionales indígenas sobre plantas medicinales y rituales de curación, por otro lado, demuestra cómo tal interacción permitió que los profesionales promovieran cambios de hábitos en los indígenas relacionados con las condiciones de higiene y algunos cuidados del cuerpo.

El siguiente capítulo analiza las interacciones socioculturales de los médicos cubanos en las periferias urbanas. Se entrevistaron a 48 médicos cubanos en 30 municipios ubicados en 13 estados: Amapá, Rondônia, Bahía, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Goiás, Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná y Rio Grande do Sul. Los autores observan el hecho de que el proceso de interacción en las periferias de los grandes centros urbanos presentó más limitaciones que en municipios menores. Destacan, además, que la violencia urbana fue un gran factor inhibitor en las interacciones con los brasileños de estas áreas. Estos autores, constataron que los procesos de interacción sociocultural no sólo no han sido previstos en el diseño de la política brasileña creada por el PMM, sino que además no estuvieron presentes en las preocupaciones de las autoridades municipales y equipos de salud que reciben a los médicos.

Sin embargo, observaron que hubo un fuerte proceso de interacción socio-profesional y comunitaria. Según ellos, las fuertes interacciones de los médicos cubanos con los equipos de salud y con los pacientes forman parte de un *habitus* de la práctica médica de los profesionales cubanos. Los autores demuestran que interactuar e integrarse en la vida de los pacientes y de los equipos de salud ha sido un factor esencial para la práctica médica de los intercambistas. De esta forma, los autores sugieren que los médicos cubanos parecen poseer un capital de movilidad adquirido en experiencias en el extranjero, que se traduce por la capacidad de entender, convivir y respetar las diferencias sociales e individuales, lo que contribuye a la construcción de relaciones sociales y procesos integradores más armónicos.

A continuación, le sigue el capítulo que analiza la interacción de los médicos cubanos en áreas quilombolas. El autor observa que los médicos cubanos en Brasil no llegaron a vivir un proceso de interacción típico

de grupos o individuos migrantes típicos, en términos de aculturación o integración, porque residieron en Brasil dentro del límite de tiempo de una inmigración temporal. No obstante, el ejercicio de su profesión y especialidad hizo que los médicos interactuaran de forma intensa, amplia y profunda con la sociedad y cultura brasileña, alcanzando un nivel de inserción y participación mucho mayor que el experimentado por otros colectivos de inmigrantes.

Terminamos el libro, aunque no la historia de los médicos cubanos en Brasil, con dos capítulos más. Uno con sugerencias y críticas para el mejoramiento del PMM, en el que los autores buscan dar voz a los médicos cubanos ya sus propias recomendaciones y sugerencias para el perfeccionamiento del Programa. Claramente, el PMM ha sido una experiencia con grandes éxitos, ya sea para la salud de los pacientes, para el perfeccionamiento del conocimiento médico-sanitario y para la construcción de lazos socioculturales entre médicos, pacientes, equipos médicos y comunidades.

Por último, se emplea un epílogo para sintetizar muchas de las cuestiones que se discutieron en la investigación y en el capítulo de sugerencias y críticas.

El conjunto de los relatos de los participantes en el estudio implica que cuando se establece una política de migración cualificada para la contratación de profesionales de alta cualificación, como es el caso de los médicos cubanos intercambistas, hay que tener en cuenta que éstos vendrán no sólo como profesionales médicos, sino personas que necesitan interactuar socialmente, para captar portugués, además de las costumbres y hábitos diferentes, personas que extrañan a sus familias y parientes. Algunos se involucrarán emocionalmente con la población brasileña, hasta enamorarse y casarse. En algunos casos, fallecerán. En resumen, cuando se organiza un proceso de migración cualificada organizado por Estados, no se debe esperar que la vida de los migrantes permanezca en suspenso durante el período migratorio en una localidad específica. La vida seguirá su curso y, por lo tanto, estos procesos migratorios serán también dinámicos y cambiantes. Así, los lectores están invitados a entender mejor las dinámicas, sorpresas y diversidades de las experiencias de los médicos cubanos en Brasil.

Referencias

- CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, A. T.; TONHATI, T. A Inserção dos Imigrantes no Mercado de Trabalho Brasileiro. Cadernos OBMigra, Ed. Especial, Brasília 2015.
- CASTLES, S., DE HAAS, H., MILLER, M. (2014). The age of migration: international population movements in the modern world. London: Palgrave Macmillan.
- HANDERSON, J. Diáspora. As dinâmicas da mobilidade haitiana no Brasil, no Suriname e na Guiana Francesa. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ/Museu Nacional, 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Apresentação de um ano do Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília (DF): MS; 2014 [accedido el 2014 Sep 22]. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/04/apresentacao-COLETIVA-1-ANO-MAIS-M-DICOS--04-09-1.pdf>
- MOLINA, Joaquín; TASCA, Renato and SUAREZ, Julio. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2925-2933. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16072016>.
- OLIVEIRA, F. P. de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, Sept. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso>. Access on 06 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1142>.

ROSA, R. D M. Brasil e Haiti: uma equação imperfeita? Um estudo sobre haitianos na região norte do Brasil. In: Renata de Melo Rosa, Carlos Federico Dominguez Ávila. (Org.). Democracia, desenvolvimento e cidadania no Brasil: a construção de uma agenda de pesquisa em políticas públicas, Volume 2. Curitiba/ Paraná: CRV, , v. 2, p. 197-206. 2012.

SILVA, Sidney. Fronteira amazônica: passagem obrigatória para haitianos? REMHU - Rev. Interdiscip. Mobil. Hum., Brasília, Ano XXIII, n. 44, p. 119-134, jan./jun. 2015.

Souchaud, S. A imigração boliviana em São Paulo. In: Ferreira, A. P. et al. (Ed.). Deslocamentos e reconstruções da experiência imigrante. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p.267-292.

SOUSA, Camille Melo Barreto e A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

VINUTO, Juliana A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dic. 2014.



Foto: OPAS/OMS

Capítulo II

APROXIMACIONES TEÓRICAS A LOS FLUJOS MIGRATORIOS SUR-SUR DE PROFESIONALES ALTAMENTE CUALIFICADOS: PAPELES DE LA COOPERACIÓN CUBANA Y DE LA OPS/OMS

Fanor Julián Solano Cárdenas¹

Introducción

Desde la época posterior a la segunda guerra mundial se dio inicio a un fuerte e intenso debate académico alrededor del significado y las implicaciones de la llamada migración internacional cualificada (DAUGELIN & MARCINKEVICENE, 2009; GAILLARD & GAILLARD, 2009; KOSER & SALT, 1997; MIWAGIUA, 1991; STANTON, 1990). Tales discusiones en abundancia han generado cuatro perspectivas o enfoques de análisis: "brain drain," "brain gain," "brain circulation" y "brain networking", que en síntesis tuvieron el objetivo de situar la movilidad internacional de personas altamente cualificadas en un debate sobre la generación de pérdidas o ganancias para el crecimiento económico de los países, especialmente aquellos denominados como subdesarrollados o en desarrollo (BEINE, et al. 2008; FAN & STARK, 2007; SCHIFF, 2005; CARR et al. 2005; STARK, 2004; MEYER, 2001; MOUNTFORD, 1995; MIWAGIUA, 1991).

Estas cuatro perspectivas se modulan en intereses definidos, sea de la economía neoclásica, de la teoría de la modernización o de la doctrina del liberalismo, que delimita el alcance espacial y temporal de los enfoques de interpretación y de los mismos objetos de estudio. Teniendo en cuenta estos conceptos, las teorías elaboradas generalmente se centran en la migración Sur-Norte y Norte-Norte, dejando otras tendencias de gran importancia, como es el caso de los flujos Sur-Sur², además de concentrarse en el análisis de procesos migratorios individuales gestionados por las mismas personas y no como fenómenos colectivos.

El recorte habitualmente realizado limita las posibilidades de analizar otros fenómenos de la misma naturaleza, entre ellos los flujos migratorios Sur-Sur de los profesionales, organizados y gestionados por los mismos Estados, por medio de estrategias de cooperación técnica internacional. Un caso ejemplar mundial de este tipo de migración es el de los profesionales de la salud de Cuba, que dejan el país por períodos de tiempo definidos, para trabajar en la ayuda humanitaria internacional.

¹ Doctorando en Estudios Latinoamericanos en el Departamento de Estudios Latinoamericanos (ELA) en la Universidad de Brasilia (UnB).

² Los flujos sur-sur corresponden con los desplazamientos internacionales de la población en una unidad geopolítica. El sur geopolítico tiende a coincidir con el sur geográfico del globo, pero se sobrepone con un campo social de relaciones de poder y no con un campo geográfico natural o espacial.

Reconociendo estas limitaciones, este texto se distingue de las perspectivas clásicas relativas a la migración internacional cualificada, tomando como estrategia alternativa el análisis del proceso de interacción sociocultural de los médicos cubanos que participan en el Programa Más Médicos (PMM) en Brasil. De esta manera, se trabajó, por un lado, con nociones, conceptos y teorías relacionadas con los hallazgos de este estudio y, por otro, con categorías emergentes proporcionadas por el trabajo de campo en sí.

El presente capítulo se divide en cuatro secciones. La primera describe las limitaciones de las perspectivas clásicas de migración internacional cualificada para interpretar la movilidad Sur-Sur, especialmente los programas de cooperación médica internacional cubana. La segunda expone el papel que ha desempeñado la OPS / OMS para garantizar condiciones de trabajo adecuadas para los profesionales de salud que hoy circulan por varios países del mundo. En la tercera parte se narra la trayectoria social e histórica de la cooperación médica internacional cubana, mostrando los puntos de inflexión y cambios de tendencia de las últimas décadas. Por último, en la cuarta parte, se presenta una reflexión sobre los propósitos de la actual cooperación, como propuesta de apoyo al desarrollo de la soberanía en la salud, la política exterior, la captación de recursos y de la estrategia geopolítica.

Enfoques clásicos y sus limitaciones teóricas y analíticas para el entendimiento del flujo migratorio internacional de profesionales de la salud cubanos

Las perspectivas clásicas de migración internacional cualificada, a pesar de sus divergencias en lo referido a las implicaciones y los efectos de la movilidad de los profesionales, tienen en común varios elementos que limitan el análisis de las diversas realidades en foco, al mismo tiempo con orientación a una dirección predeterminada. En primer lugar, estas orientaciones teóricas plantean la discusión en el campo de la racionalidad económica y del cálculo monetario, típico del espíritu de la modernidad occidental y del pensamiento utilitarista (SIMMEL, 1986; SIMMEL, 1977), que entiende los flujos migratorios dentro de una dicotomía excluyente y arbitrariamente articulada con los intereses macroeconómicos.

En efecto, la respuesta a la problemática de las implicaciones que el éxodo de los profesionales trae a los países de origen ha sido dada, predominantemente, por economistas, que mediante diferentes modelos económicos buscan medir el grado de pérdida que la economía de un país y su nivel de “desarrollo” podrían sufrir con la salida de profesionales (CARR et al, 2005; MOUNTFORD, 1995; MIWAGIUA, 1991).

En la academia actualmente hay un intenso debate sobre los tipos de políticas que serían más adecuadas para promover o restringir la movilidad de dichos profesionales altamente cualificados (LAVENEX DE 2007; MAHROUM, 2001; LOWELL & FINDLAY, 2001; IREDALE, 2001). Entre las diferentes perspectivas teóricas para estudiar este tipo de migración, las investigaciones partieron del enfoque denominado “*brain drain*”, hasta llegar al paradigma del “*brain networking*”, a principios de este siglo. Entre la “*brain drain*” y la “*brain networking*”, otros debates académicos ganaron robustez en el intento de comprender la movilidad de profesionales cualificados, como las interpretaciones teóricas enfocadas en “*brain gain*”, “*brain exchange*” y “*brain circulation*”. (DAUGELINE & MARCINKEVICENE, 2009; KOSER & SALT, 1997).

En este aspecto, Koser & Salt (1997) destacan que las investigaciones sobre la migración internacional de personas altamente cualificadas comenzaron en la década de 1960, como resultado del temor de algunos economistas ingleses que sufrían la “fuga de cerebros” (*brain drain*) de los países en desarrollo hacia los

países desarrollados. En los años setenta, tal temor se extendió y los economistas empezaron a preguntarse sobre los efectos que la migración podría generar en los mismos países desarrollados.

Para Gaillard & Gaillard (2009), la perspectiva de la “fuga de cerebros” no sólo respondía al hecho empírico del éxodo, sino que marcaba una actitud diferente en relación a la migración de trabajadores cualificados que ya ocurría desde el período colonial y post-colonial, constituyéndose como regla y no excepción. En la época, el gran apoyo a tal discusión vino de parte de los economistas, algunos para criticar la idea de fuga de capacidades, otros para corroborarla.

De esta forma, dicha línea de interpretación principal ubicó al crecimiento económico como el problema central de la discusión, dentro del marco de intercambios monetarios realizados en una economía de libre mercado. Esto llevó a que las ganancias o pérdidas se midieran en términos financieros y comerciales, reafirmando el pensamiento económico neoclásico, que a menudo equipara el bienestar social con el crecimiento de la riqueza de las naciones (PIKETTY, 2014).

En el mismo contexto, ganaron relevancia cuestiones como la productividad, la captación de capital de riesgo, la apertura de empresas, la consolidación de nuevos nichos de mercado, además de la construcción de redes de empresas transnacionales y transcontinentales (SAXENIAN, 2005).

Con base en los mismos parámetros economicistas, los migrantes fueron tomados como sujetos racionales, dotados de funciones macroeconómicas e involucrados en las condiciones de un libre mercado, lo cual redujo el debate de las pérdidas y de las ganancias sistémicas y estructurales para los países, ignorando la subjetividad del migrante, además de los beneficios personales y familiares que su movilidad internacional es capaz de generar. Las personas migran debido a la falta de empleo en sus países, en busca de mejores lugares para desarrollar su práctica profesional, obtener un salario mejor o por un mayor reconocimiento profesional (GAILLARD & GAILLARD, 2009).

Las discusiones sobre los impactos de la migración cualificada en la reducción de la pobreza y la desigualdad; la mejora de las condiciones de vida de los migrantes; la modernización del sistema de salud o el aumento de la calidad educativa de los países de origen: esto se limitó en el ámbito de los debates relacionados con el crecimiento económico o la transferencia de conocimiento y tecnología. La supervalorización de determinados temas y objetos de estudio, con la desvalorización de otros, reafirma el enfoque económico liberal asumido por las teorías dominantes en ese campo.

Además, en sintonía con la visión de la economía neoclásica, la principal línea de pensamiento sobre la migración internacional cualificada postuló el fenómeno del *desarrollo* como una de las principales preocupaciones de este campo, legitimándolo como un proyecto civilizatorio, dentro de un paradigma de sociedad (NISBET, 1981; ESCOBAR, 1998; SACHS, 1992; HETTNE, 1990). Todas las perspectivas se vieron así influenciadas e inspiradas por tal proyecto desarrollista, sin que se asumiera una posición crítica o sin que se tensionara esta problemática. Esta inclinación exhibe la relevancia que adquirieron en diferentes debates los fenómenos como el desarrollo científico, la transformación tecnológica, el crecimiento económico y la diversificación productiva con base en el conocimiento. El proyecto desarrollista y sus diversos componentes ganaron importancia después de 1960, porque fue éste el modelo de cambio social impuesto por los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, cuando este país se consolidó como la nación hegemónica

en el mundo y gran vencedor de los conflictos armados en la primera mitad del siglo XX (BOESNER, 1977; SACHS, 1992; HETTNE, 1990).

La adopción del proyecto desarrollista como horizonte social y referencial teórico implicó asumir una visión teleológica de la historia y del cambio social con base en las naciones industrializadas como paradigma de sociedad, una posición, por cierto, ampliamente criticada dentro de la teoría social de América Latina (BAMBIRRA, 2013; DOMINGUES, 2012; MARTINS, 2011; SANTOS, 2004; CASANOVA, 2002; OSORIO, 1994; CARDOSO E FALETTO, 1977; FRANK, 1975; SUNKEL, 1973; PREBISCH, 1962); en la antropología del desarrollo (ESCOBAR, 1998); en la teoría geopolítica (BORO, 2002; CECEÑA, 2005, CORONADO, 2014), además en la base sociológica de desarrollo (NISBET, 1981; SACHS, 1992; HETTNE, 1990; WALLERSTEIN, 1984).

Además, tales perspectivas contemplan a los migrantes como "capital humano", es decir, como un activo intercambiable en la economía de libre mercado. Como parte de tal connotación, las personas son vistas como un factor de producción, ya que dentro de los postulados de la economía "el nivel medio de capital humano en una sociedad tiene efectos positivos sobre la productividad y el crecimiento" (LOWELL & FINDLAY de 2001: 11). En la perspectiva de GAILLARD & GAILLARD (2009), tal visión sobre los migrantes se relaciona con el momento histórico y teórico en que se inició el debate sobre la movilidad internacional de trabajadores calificados, según lo introducido en la arena pública por la ONU en 1963, pocos meses después de la presentación en la comunidad científica de la teoría del capital humano de Gary Becker, que tuvo una gran influencia en la comprensión respecto a profesionales migrantes como agentes económicos y su proceso migración como fuga de capacidades (MEYER, 2001, BIAO, 2005). A su vez, ese énfasis revela la influencia importante de la teoría económica neoclásica en el análisis de los flujos migratorios, con su marcado sesgo.

En el marco referencial de las discusiones en la perspectiva del "brain networking", hay duras críticas a la línea principal de la migración internacional ya la manera en que se percibieron dentro de ella los migrantes profesionales (MEYER, 2003). Con base en las teorías económicas de crecimiento endógeno y los principios de la teoría del capital humano, los profesionales calificados se concibieron tan sólo como capital o factor individual y su conocimiento como una característica personal aislada del contexto social en que se construye (MEYER, 2003). De esta manera, en esta línea de perspectiva, conservar a los individuos en el país de origen era una ganancia y su migración hacia el exterior era una pérdida, ignorando cuándo y dónde los individuos altamente cualificados desarrollaban sus habilidades. Este enfoque de "*brain networking*" concibe al migrante en una dimensión colectiva (MEYER & Brown, 1999), pero no deja de verlo, asimismo, como un sujeto económico que interactúa en el ámbito de las relaciones del libre mercado.

De acuerdo con los tres elementos presentados, las perspectivas clásicas de la migración internacional cualificada presentan fuertes limitaciones para entender la movilidad internacional de los profesionales de salud de Cuba, en el marco de los programas de cooperación médica. Por un lado, porque se concibieron para entender una realidad migratoria totalmente diferente de la de los profesionales cubanos, que obedece a lógicas diferentes de aquellas que llevaron a la migración Sur-Norte y Norte-Norte en la segunda mitad del siglo XX. Por otro lado, los enfoques clásicos parten de presupuestos teóricos, preocupaciones y dilemas que no se ajustan a la realidad empírica subyacente a los programas de cooperación médica internacional cubana.

La movilidad de los médicos cubanos tiene como fundamento una política de Estado, con pilares construidos con principios como la solidaridad, el intercambio y la cooperación Sur-Sur. En este sentido, la migración de médicos cubanos no debe ser entendida solamente en función de sus posibles contribuciones al crecimiento económico de las naciones o para el aumento de la productividad de los negocios, elementos que constituían el foco de las discusiones y el disparador de las perspectivas tradicionales en este campo teórico.

Los programas como *Más Médicos*, *Misión Barrio Adentro*, *Operación Milagro*, *Programa Integral de Salud (PIS)*, o *Contingente Internacional de Médicos Especialistas*, que se presentarán a continuación, se propusieron fortalecer los sistemas de salud de los países receptores de la cooperación y prestar ayuda en casos de desastres naturales, de forma solidaria (GARCÍA & ANAYA, 2009; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2010).

La migración cubana cualificada ha sido regulada por lógicas diferentes a la racionalidad económica. Los profesionales se movilizan en el ámbito de acuerdos de cooperaciones bilaterales y multilaterales. Esto permitió que los médicos cubanos se vincularan colectiva y directamente con la estructura institucional del Estado, con el objetivo de fortalecer las políticas, programas y estrategias gubernamentales de salud de las naciones que reciben la cooperación. De esta forma, es la cooperación y no la competencia el principio que orienta las interacciones sociales de los médicos cubanos. A partir de esta lectura, no se debe establecer el debate en términos de ganancias y pérdidas macroeconómicas, sino que es necesario concentrarse en los beneficios sociales provenientes de tal movilidad migratoria.

Los profesionales de la salud cubanos tampoco deben ser entendidos sólo como un factor de producción o un activo permutable en la economía de libre mercado, porque su proceso de migración no se vincula con un proyecto individual motivado por la rentabilidad económica. La estructura de tal iniciativa representa un acuerdo organizado de cooperación entre Cuba y otras naciones. De esta manera, la movilidad de los médicos cubanos cuestiona gran parte de las perspectivas analíticas clásicas relativas a la comprensión de la migración de profesionales altamente cualificados

El papel de la OPS / OMS en la regulación de la migración internacional de trabajadores de la salud

El proceso de globalización del mercado y del capital aceleró los flujos migratorios internacionales en las últimas décadas (GAILLARD & GAILLARD, 2009, LAVENEX, 2007, SAXENIAN, 2005) y en el marco de esta dinámica la movilidad internacional de algunos profesionales, entre ellos los de la salud, ha ganado reconocimiento (LOWELL & FINDLAY, 2001, OIT, 2003). La migración se dio principalmente desde países de bajos ingresos hacia países industrializados y de alta renta, configurando el clásico flujo Sur-Norte. Esto sin ignorar que hay migraciones entre las naciones industrializadas, en lo que se podría denominar migración Norte-Norte. Una consecuencia de este fenómeno es la escasez de profesionales de la salud en países de bajos ingresos y en desarrollo, lo que ha impedido el satisfactorio suministro de las necesidades de los sistemas nacionales de salud en su origen. Algunos países, como África del Sur y Filipinas, constituyen un ícono de tal tendencia, pues más de la mitad de sus trabajadores de la salud han emigrado a países con mejores condiciones económicas. Entre los países que reciben este flujo se encuentra el Reino Unido, donde se estima que más de la mitad de los médicos y de los enfermeros son extranjeros (OIT, 2003).

En la región de las Américas la migración de los profesionales de la salud también es acentuada. La OMS estima que alrededor de seis mil médicos extranjeros se registran cada año en los Estados Unidos. En el Caribe el 35,0% de los cargos de enfermeros están vacantes, debido a la emigración y otros factores. Gran parte de este capital humano ha migrado a Canadá y Estados Unidos, países hacia donde se dirige el 83,0% de los enfermeros de la región, a pesar del registro de una escasez de cerca de doscientos mil profesionales del área de la salud (OIT, 2003).

En consideración de que muchos migrantes trabajan en condiciones de tercerización y subcontratación, en contextos regionales de profundo deterioro de las relaciones laborales (OIT, 2018), la OPS / OMS ha realizado grandes esfuerzos para que los profesionales de la salud migrantes desarrollen su ejercicio profesional en condiciones dignas de trabajo. Una de las acciones más importantes para garantizar el trabajo regular y no precario, dentro de los términos definidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), es la Declaración de Kampala, adoptada por el Primer Foro Global de Recursos Humanos para la Salud, en la que se recomienda a los gobiernos que proporcionen protección social y ambientes de trabajo seguros a los profesionales de la salud, al mismo tiempo que defiende una distribución equitativa de médicos, enfermeros y otros profesionales entre los diferentes países, a fin de evitar la escasez que genera dicho proceso migratorio (OMS, 2008).

La resolución AMS 63.16, promulgada en la 63ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en 2010, tiene el mismo propósito de la declaración de Kampala, incluyendo un código de prácticas para reclutamiento internacional de los profesionales. En la misma línea se establecen las resoluciones WHA 57.19 y la AMS 58.17, también aprobadas en la AMS, con directrices políticas en vista de la organización y la regulación de los flujos de profesionales de salud en todo el mundo. Estas resoluciones proporcionan bases legales para: monitorear los flujos de trabajadores de salud; proteger las condiciones laborales; apoyar la construcción de acuerdos bilaterales, regionales y multilaterales relacionados con la migración de la salud; crear mecanismos para mejorar la permanencia de los recursos humanos en salud en sus países de origen, además de proporcionar apoyo a los países para el desarrollo de políticas que traten de la migración de profesionales de salud (OMS, 2010).

Teniendo en cuenta la escasez de profesionales de la salud en países de bajos ingresos, desde inicios de este siglo la OMS ha promovido y divulgado principios y prácticas que garanticen la contratación ética de dicho personal, además de proporcionar orientación para la formulación e implementación de acuerdos bilaterales y facilitar la cooperación en cuestiones relacionadas con la contratación de personal sanitario. Por eso, la OMS pretende servir como referencia en el establecimiento de una estructura legal que proteja los derechos de los trabajadores de salud migrantes (OMS, 2010).

El Programa Más Médicos no ha sido una excepción a tales determinaciones. La intermediación y asesoría técnica promovida por la OPS / OMS en su implementación buscó ampliar la cobertura de la atención primaria en Brasil, garantizando la protección de los derechos y las garantías laborales de los médicos cubanos en este país. De esta forma, se permitió que todos los médicos cubanos contaran con un contrato de condiciones legales de trabajo y que disfrutasen de los beneficios encuadrados como trabajo no precario. Se debe observar, además, que las políticas del gobierno cubano están alineadas con tales objetivos, ya que los médicos no sólo reciben su pago a través de la beca de especialización con el gobierno brasileño, sino que además mantienen su contrato de trabajo con el gobierno cubano, articulación esta que permite que los

derechos laborales de los médicos cubanos estén protegidos tanto en el país de origen como en el país de destino.

Trayectoria socio histórica de la cooperación médica internacional cubana

La cooperación médica internacional cuenta con una larga tradición en Cuba, constituyendo uno de los principales mecanismos de difusión de la Revolución en todo el mundo (MARTÍN, 2016, CABRERA, 2014). Los antecedentes de esta importante iniciativa existen ya desde el período colonial y republicano (GARCIA & ANAYA, 2009).

Con la consolidación del gobierno socialista, tal estrategia de cooperación fue adoptada como política exterior del estado cubano, pasando por varias fases hasta los días actuales. En la década de 1960, la colaboración comenzó a ser bajo modalidad internacionalista, a través del apoyo destinado a algunos países de la región y de África en casos de catástrofes naturales. El nacimiento de este fenómeno se podrá estimar más exactamente en 1960, cuando Cuba envía asistencia médica a Chile tras un terremoto devastador. La primera misión internacional de colaboración médica fuera del continente americano se realizó en Argelia, en 1963, con 55 colaboradores (MARTÍN, 2016).

Entre 1970 y 1980 se da continuidad al mismo modelo, ahora difundido entre varios países en África, Asia y América, con misiones en Malí, Congo, Guinea y Vietnam (MARTÍN, 2016). Años más tarde se realizaron otras misiones, ofreciendo ayuda en desastres naturales, en el Perú en 1970 (terremoto); Nicaragua en 1971 (terremoto); Honduras en 1974 (huracán); México en 1985 (terremoto); Nicaragua en 1988 (huracán); Armenia en 1988 (terremoto); Irán en 1990 (terremoto); Honduras, Nicaragua y Guatemala en 1998 (huracán); Venezuela en 1999 (inundaciones); El Salvador, Ecuador, Honduras y Nicaragua entre 2000 y 2003 (epidemia de dengue); Argelia en 2003 (terremoto); Sri Lanka e Indonesia en 2005 (tsunami), además de Guyana en 2005 (inundaciones) (GARCIA & ANAYA, 2009: 33). También se realizaron misiones de apoyo en Pakistán por terremotos, en Bolivia y México, por inundaciones, y además en la República Popular China, por terremoto.

En 1990, luego del colapso de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) y del debilitamiento del bloque socialista a nivel mundial, Cuba altera su régimen de cooperación y crea la llamada *asistencia técnica compensada* o *contrato directo*, que comienza a solicitar una compensación económica por los servicios médicos ofrecidos, para financiar el sistema nacional de salud y la cooperación en sí (GARCÍA & ANAYA, 2009, MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2010).

En los años 90 se creó el Programa Integral de Salud (PIS), el cual envía a clínicos generales a otros países, por el período de dos años. En 2007, el PIS actuó en 38 países, en América Latina y el Caribe, África, Asia, Oceanía y Europa, abarcando 309 instituciones y una población de más de 68,5 millones de personas (GARCÍA & ANAYA, 2009:28).

Marimón y Martínez, en una publicación oficial del Ministerio de Salud Pública de Cuba, en el año 2010, así explicaron el inicio de esta nueva fase:

A finales de los años 90, se dieron varios eventos naturales en Centroamérica y el Caribe (huracanes George y MIT), lo que hizo que cambiara lo que se es-

taba haciendo hasta el momento. Disminuyó la modalidad de misión internacionalista, la asistencia técnica compensada se ve gradualmente reducida y el Programa Integral de Salud (PIS) surge en noviembre de 1998, inicialmente en Centroamérica y el Caribe, más tarde extendiéndose hacia África y región del Pacífico, generándose además en este período la creación de la Escuela Latinoamericana de Medicina, como elemento básico para la continuidad y sostenibilidad de este programa. (MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2010:261)

A principios del 2000 se inició una nueva modalidad, la de los llamados *Programas Especiales*, como es el caso del programa *Barrio Adentro*, en Venezuela, en el ámbito de la *Alternativa Bolivariana para las Américas (ALBA)*. Barrio Adentro I y II se implementaron a partir del año 2003, llegando en 2006 a contar con alrededor de 30 mil médicos.

En el marco de tal programa se proporcionó atención médica primaria, odontología y optometría a alrededor de 17 millones de venezolanos que no contaban acceso a los servicios de salud, además contemplando la creación de un Centro de Diagnóstico Integral (CDI), junto con los centros de diagnóstico de alta tecnología y salas de rehabilitación y fisioterapia, incluyendo en esto la formación de médicos venezolanos. (GARCÍA & ANAYA, 2009). El programa Barrio Adentro fue el resultado de la iniciativa conjunta estatal entre Cuba y Venezuela, en el marco de un propósito binacional de cooperación y apoyo Sur-Sur, con el fin de mejorar las condiciones de salud de los ciudadanos más pobres de Venezuela y, en forma específica, promover la salud integral, la medicina familiar y la atención primaria de salud.

De esta nueva fase de cooperación, se deben mencionar dos otros eventos relevantes: la operación *Milagro* y la formación de un grupo de médicos especializados en situaciones de catástrofe y graves epidemias internacionales, denominado Henry Reeve (GARCÍA & ANAYA, 2009, MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2010) En el ámbito de la operación *Milagro* se crearon centros de oftalmología en toda América Latina, además de centros de diagnóstico y servicios de rehabilitación integrales. En el año 2007, casi medio millón de pacientes en América Latina, el Caribe y África recuperaron o mejoraron su visión a través de este programa, mediante intervenciones realizadas en Cuba. A finales de 2008, más de 1,3 millones de pacientes, en 33 países, se vieron beneficiados por estas acciones (MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2010: 49). Esta operación se desarrolla, desde el año 2005, en 15 países del Caribe y de América Latina.

La implementación de los programas especiales revela un cambio significativo en la estrategia internacional de cooperación médica de Cuba, que rompe con el esquema anterior y pasa a actuar también en la formación y la capacitación de recursos humanos en los países beneficiarios de la ayuda, dejando de lado la asistencia médica *per se*. De esta forma, generan asociaciones con el trabajo de asistencia, el desarrollo de facultades de medicina, la formación de líderes comunitarios (formales e informales), la formación de técnicos, las consultoras en diferentes ministerios de salud, además de, como aspecto crucial, la aplicación de un nuevo programa de entrenamiento médico a través de las *Brigadas Médicas*, que ha mostrado buenos resultados (MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2010:263).

En el año 2005 Cuba comienza a formar médicos venezolanos en el marco del programa de la formación de médicos, dentro de una visión integral. En 2007, más de 13.500 jóvenes, de 19 países de América Latina, el Caribe y Asia, acudieron a este programa de estudios en Cuba (GARCÍA & ANAYA, 2009: 31). La iniciativa

de crear facultades de medicina, en otros países, sin embargo, no es nueva, pues se inició en 1975, con la inauguración de la primera escuela de medicina en Aden, República de Yemen. En los últimos años, otras similares a estas se crearon en Timor Oriental, Guinea-Bissau, Gambia, Guinea Ecuatorial y Eritrea. Son instituciones que se apoyan en un programa de salud integral, con la característica de que el alumno, desde el primer año, toma conocimiento e interactúa con los pacientes y los diferentes problemas de salud de las comunidades locales, resultando ésta la principal fortaleza de su método de enseñanza. (GARCÍA & ANAYA, 2009:31-32).

Además, de 1961 a 2008, un total de más de 270 000 civiles cubanos prestaron asistencia técnica en más de 160 países, de los cuales 113 500 son profesionales y técnicos de salud, presentes en 103 países. Además de la salud, otros sectores han participado de tal colaboración, como la construcción, el deporte, la agricultura, la industria azucarera, la pesca y la educación, a nivel diferenciado, además de otras áreas de la economía y de la sociedad (GARCÍA & ANAYA, 2009: 21).

Por otro lado, desde la década de 1960, Cuba ha recibido a estudiantes de países africanos, asiáticos y latinoamericanos para que se profundizaran en diferentes especialidades de la salud. Los principales países de origen de estos estudiantes son la República de Guinea, Congo, Vietnam, Chile y, posteriormente, de Angola. Así, hasta 2007, se formaron en Cuba, a través de programas de becas, alrededor de 50 000 jóvenes de 129 países y cuatro territorios ultramarinos. Entre ellos, 26 500 graduados provenientes de más de 30 países, representando casi 53% del número total de alumnos (GARCÍA & ANAYA, 2009:23).

Cooperación médica internacional cubana hoy: apoyo al desarrollo de la salud, diplomacia, economía y geopolítica

La cooperación médica internacional cubana se fundamenta en los principios de la cooperación Sur-Sur y se postula como alternativa a la reducción de la tendencia de la ayuda oficial internacional para el desarrollo (MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011). En este sentido, se opone a la cooperación internacional Norte-Sur, históricamente vinculada al proyecto de desarrollo de las naciones industrializadas (CABRERA, 2014, MONJE, 2014, ALVES SMC et al. 2017; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011). De esta manera, tal modelo de cooperación Sur-Sur se rige por principios como la alineación, la horizontalidad y la autonomía, lo cual implica la colaboración sin subordinación política y económica (ALVES et al. 2017; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011).

Por el contrario, el modelo sanitario tradicional de cooperación internacional se postula con hegemonía y opera con parámetros jerárquicos y verticales, que finalmente reproducen la dependencia y subordinación de los países, presentando una modalidad de cooperación cuyas principales directrices programáticas se rigen por los enfoques básicos de las políticas externas de los Estados cooperantes y no a través de las necesidades de las poblaciones que se benefician con la ayuda (MONJE, 2014: 40). Actuando desde una perspectiva Sur-Sur, Cuba apunta en la dirección de resignificar los valores y los objetivos de la cooperación internacional.

A diferencia de la cooperación Norte-Sur, la colaboración médica internacional cubana busca fortalecer las capacidades nacionales de acuerdo con las prioridades definidas por los países beneficiarios, con base en una suma de potencialidades. Las acciones sanitarias desarrolladas por los profesionales de la salud cubanos

respetan la soberanía y autonomía de las naciones que las reciben, en un ejercicio libre de condicionamientos políticos y económicos (MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011; ALVES et al.2017).

Así, por medio de esta estrategia, Cuba ha buscado fortalecer la unidad y la solidaridad entre los pueblos del Sur, en el sentido de contribuir con los esfuerzos de desarrollo social de las naciones y su verdadera independencia económica (MARTÍNEZ REINOSA, 2008). A partir de una perspectiva geopolítica, las acciones del gobierno cubano también se dirigieron a la lucha contra el colonialismo que sufrieron o aún sufren muchos de estos países, de forma muchas veces disfrazada (MONJE, 2014).

Para alcanzar este objetivo en el ámbito específico de la salud, Cuba ha buscado que los países desarrollen programas e iniciativas sostenibles en el tiempo, destinadas al alcance de la soberanía sanitaria (MONJE, 2014). Esta visión tiene como presupuesto lo que Feinsilver (2008) denomina “diplomacia médica a largo plazo”, que engloba la formación de capital humano, la asignación de personal en hospitales y centros de salud, y la concepción e implementación de programas integrales de salud. La geopolítica de la cooperación médica cubana debe ser entendida como expresión de su política exterior, de su política social y también como un mecanismo de captación monetaria (MARTÍN, 2016, CABRERA, 2014).

La naturaleza de la colaboración médica que Cuba ofrece en todo el mundo tampoco sería entendible sin mencionar los principios que fundamentan su sistema nacional de salud, que se basa en un modelo de abordaje biopsicosocial, preventivo y no sólo curativo, lo que implica en concepciones de medicina, trabajo médico, relación médico-paciente y salud pública, que son significativamente diferentes de la que por tradición es promovida por el modelo fármaco curativo (MEJÍAS, DUANY & TOLEDO, 2010; MONJE, 2014).

Inspirado en tal modelo, la cooperación médica internacional cubana busca fortalecer los sistemas de salud de los países receptores y, en particular, posicionar los cuidados primarios a la salud como base del sistema (SANTANA & MARTÍNEZ, 2017; GARCÍA & ANAYA, 2009; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011; MONJE, 2014; FEINSILVER, 2008). Para tal, la diplomacia médica cubana ha desarrollado acciones en diferentes niveles y grados de profundidad, que pasaron de la atención médica y ayuda humanitaria a la formación de recursos humanos y al fortalecimiento de los sistemas nacionales de Salud (FEINSILVER, 2008, 2010; MEJÍAS, DUANY & TOLEDO, 2010).

Según lo concebido por Feinsilver (2010), es posible dividir la colaboración médica cubana en acciones de corto y largo plazo. En el primer grupo se encuentra la ayuda humanitaria en caso de catástrofes naturales; la prestación de atención médica; la transferencia de tecnologías; el seguimiento epidemiológico; la formación de profesionales de salud y técnicos; la prestación de servicios de consultoría para los Ministerios de Salud; el suministro de fármacos, insumos médicos y equipos; las campañas de vacunación y educación sanitaria, además de la transferencia de conocimiento. Las acciones a largo plazo incluyen la formación de personal para hospitales de nivel secundario y terciario, el apoyo a la creación de centros de la salud, la concepción de programas de salud de gran magnitud, además de la formación médica en Cuba y en los mismos países beneficiarios.

Poniendo todo en una balanza, se puede afirmar que la colaboración internacionalista cubana en el campo de la salud ha sido de hecho estratégica, ya que no sólo busca mejorar las condiciones sanitarias de millones de personas pobres y excluidas de la sociedad, sino que también desempeña un papel de dimensiones

diplomáticas, geopolíticas y económicas, estrechamente interconectadas entre sí (FEINSILVER, 2008, 2010; MARTÍNEZ REINOSA, 2008; MEJÍAS, DUANY & TOLEDO, 2010; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011; MONGE, 2014).

La cooperación cubana ha sido descrita como una “diplomacia médica” y en tal sentido representa una de las principales estrategias de la política exterior del país (FEINSILVER, 2008, 2010; MEJÍAS, DUANY & TOLEDO, 2010; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011). El envío de profesionales de salud permitió a Cuba fortalecer las relaciones no sólo con los gobiernos amigos, sino además que permitió establecer relaciones con gobiernos que no apoyan su régimen político. De acuerdo con Feinsilver (2008, 2010), tal modalidad de diplomacia proporcionó un capital simbólico y económico al gobierno cubano, posicionándolo en el mundo como una nación en desarrollo con indicadores de salud semejantes o mejores que las naciones capitalistas e industrializadas avanzadas. De esta forma, el capital simbólico obtenido se cristalizó en capital material o económico, lo que ha sido útil para financiar su propio sistema de salud.

Esta colaboración tuvo además una función geopolítica, ya que se formula como verdadera alternativa antihegemónica al modelo Norte-Sur de cooperación internacional para el desarrollo (MARTÍNEZ REINOSA, 2008, MONJE, 2014). Los programas médicos y humanitarios se realizaron en varios países, abordando diferentes problemas, siendo algunos de estos países pobres, oprimidos y periféricos, cargando, en algunos casos, un pasado de luchas contra el colonialismo, a través de movimientos de liberación nacional.

Por último, es importante subrayar que el estrangulamiento económico sufrido por Cuba debido al bloqueo impuesto por EEUU y, más tarde, por la caída de la URSS, llevó al gobierno a buscar fuentes alternativas de divisas. En este escenario, la exportación de capital humano, en particular de personal médico, se convirtió en la principal fuente de recursos externos para la Isla, hasta el punto de constituirse como una economía política con base en el conocimiento (MONJE, 2014). La asistencia técnica compensada, pero especialmente la nueva generación de programas especiales como *Barrio Adentro*, en Venezuela, y Más Médicos, en Brasil, representó para Cuba la oportunidad de captación de recursos y acceso a bienes estratégicos, como el petróleo venezolano. Esto le confiere a la cooperación médica internacional cubana una importante función económica transversal, con su destacado papel geopolítico y diplomático a lo largo de los últimos 50 años.

Consideraciones finales

Las teorías clásicas sobre migración internacional cualificada son insuficientes para comprender los procesos de movilidad de profesionales de la salud en el marco de los programas de cooperación organizados y gestionados por Estados, en particular los alineados con los principios de la cooperación Sur-Sur, como es el caso de Cuba. Concebidas después de la Segunda Gran Guerra, a fin de comprender la intensa movilidad de personas de los países del sur global hacia las naciones industrializadas y con base en los fundamentos de las ciencias económicas, tales teorías clásicas tan sólo buscaron entender los flujos migratorios que ocurrieron en la dinámica del capitalismo y del capital comercio mundial.

Así, en función de esta limitación en el análisis de la interacción sociocultural de los médicos cubanos, como en el caso del PMM brasileño, se buscó una concepción alternativa, construida a partir de los resultados de la investigación empírica relacionada directamente con la cooperación médica internacional cubana.

Se destaca, de esta forma, que la migración temporal de profesionales de salud promovida por el Estado cubano, a diferencia de los flujos tradicionales del Sur-Norte, se fundamenta en la solidaridad y la cooperación, valores íntimamente relacionados con el modelo sociopolítico cubano. Se trata, antes que nada, de una migración regulada por políticas destinadas a proteger las garantías y los derechos de los trabajadores sanitarios. En esta se destaca el trabajo de la OPS / OMS desde el inicio del presente siglo, al establecer reglamentos importantes para garantizar el trabajo digno de acuerdo con los parámetros establecidos por la OIT.

Además, la cooperación médica internacional, marco dentro del cual se dieron los flujos migratorios de los profesionales cubanos, se caracteriza por su carácter humanitario de ayuda a las poblaciones más necesitadas y además por su carácter diplomático, geopolítico y económico, al funcionar simultáneamente como política externa, fuente de recursos y estrategia de defensa contra el bloqueo económico sufrido por Cuba.

Referencias

ALVES, SMC et al. (2017). Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7):2223-2235.

BERRY, J. W. (2003): "Conceptual approaches to acculturation", em K. M. CHUN, P. BALLS-ORGANISTA, y G. MARIN (eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research*, Washington DC: American Psychological Association, pp. 17-34.

BEZERRA, G. L (2016). A atual configuração política dos médicos brasileiros. Uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BOSSWICK, W.Y HECKMANN, F. (2006). Integration of migrants: contribution of local and regional authorities. Dublin: European Foundation for the improvement of living and working conditions. En línea (consulta: 2016, 01 de noviembre). Disponible en <http://www.eurofoundeuropa.eu>

CABRERA, P. VIVIAN. (2014). La cooperación internacional para el desarrollo en Cuba. Un estudio de caso. Madrid. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación IUDC-UCM. Series documentos de trabajo. Documento de trabajo número 29.

CAÑIZARES, J. La solidaridad y el internacionalismo en Cuba. Ponencia presentada en la III Conferencia Internacional la obra de Carlos Marx y los desafíos del Siglo XXI. Consultado el 20 de noviembre de 2016. Documento disponible en: https://www.nodo50.org/cubasigloXXI/congreso06/conf3_canizares.pdf

CEBES. (1984). Saúde e Revolução: Cuba. Antologia de autores Cubanos. Rio de Janeiro: ACHIAMÉ/CEBES.

DIAS DOS SANTOS, AILTON. (2014). A interação da infraestrutura sul-americana e as dinâmicas do Sistema-Mundo capitalista: Análise comparada das relações entre governos e bancos de desenvolvimento no Brasil, Peru e Bolívia. Universidade de Brasília. Instituto de Ciências Sociais -ICS-. Centro de Pesquisa e Pós- graduação Sobre as Américas – CEPPAC-. Tese Doutoral.

FEINSILVER, JULIE. M. (2008). Médicos por petróleo. La diplomacia médica cubana. *Revista Nueva Sociedad*. Número 216. Julio-agosto de 2008.

FREEMAN, G (1986). Migration and the Political Economy of the Welfare State. *Annals of the American Academy of Political and Science*. 485. 51-63.

GARCÍA A. C. ANICIA & ANAYA. C. BETSY. (2009). La política social cubana: derrame hacia otras regiones. En: Cuba principal protagonista de la cooperación Sur-Sur. Madrid-España. Editorial SODEPAZ-Editorial Atrapasueños.

- GODENAU D. et al. (2014). Interacción de los inmigrantes en España: una propuesta de medición a escala regional. España. Observatorio permanente de la inmigración-Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- HAMMAR, T. & LITHMAN Y. (1989). La interacción de los migrantes: Experiencias, conceptos y políticas. En: OCDE. El futuro de las migraciones. Madrid. Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. 347-385.
- IBAÑEZ, M. (2009): "Procesos migratorios desde Europa Central y del Este en España: estatus jurídico, identidad social e inserción laboral". Revista CIDOB d'afers internacionals 84, 105-152.
- MARIMÓN T. NESTOR & MARTÍNEZ C. EVELYN. (2011). Experiencia cubana en Cooperación Sur-Sur. Revista Cubana de Salud Pública. 37 (4): 380-393.
- MARTÍNEZ REINOSA, MILAGROS ELENA. (2008). "Las relaciones entre Cuba y Haití: un modelo ejemplar de cooperación Sur-Sur" en OSAL (Buenos Aires: CLACSO) Año VIII, nº 23, abril.
- MEJÍAS S. YOERQUIS, DUANY M. ORGEL. J, TOLEDO F. ANA. M. (2010). Cuba y la cooperación solidaria en la formación de médicos del Mundo. Revista Educación Médica Superior. 24 (1) 76-84.
- MONJE VARGAS, JOSÉ ANTONIO. (2014). Salud de exportación. Economía política del conocimiento, cooperación internacional y modelos alternativos de desarrollo desde la salud pública cubana. Buenos Aires. CLACSO.
- PAIM, J.S. (2013). *A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Cadernos de Saúde Pública, 29 (10): 1927-1953.
- PIRES, Rui Pena. (1999). "Uma teoria dos processos de interação". Sociologia, Problemas e Práticas. Lisboa. ISSN 0873-6529. 30. Pág. 9-54.
- PORTES, A & RUMBAUT. (2001). Legacies: The story of immigrant second generation. University of California Press.
- PORTES, A. (1995). Children of Immigrants: Segmented Assimilation and its determinants. En: Alejandro Portes (Ed): The economic Sociology of immigrants. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- RETORTILLO, Et, Al. (2006). *Inmigración y modelos de interacción: entre la asimilación y el multiculturalismo*. Revista universitaria de ciencias del trabajo, ISSN 1576-2904, Nº 7. (Ejemplar dedicado a: Inmigración, mujer y mercado de trabajo), págs. 123-139.
- SANTANA I. MICHELE & MARTÍNEZ C. EVELYN. La solidaridad médica cubana desde la perspectiva del programa integral de salud, 1998-2010. Documento on line. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spi/vol03_1_12/spi032013.htm. 2017.
- SCHOORL, J. (2005): "Information needs on stocks of migrants for research on integration". UNECE/Eurostat Seminar on Migration Statistics. Working Paper n.º 5 Rev. 1.
- SMITH, P.B. & BOND, M.H. (1999). Social Psychology across cultures. London: Prentice Hall.
- OIT. (2003). La migración de trabajadores de la salud: algunos países ganan, otros pierden. Disponible en: http://ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_075351/lang-es/index.htm
- OIT. (2018). Perspectivas sociales y del empleo en el mundo: tendencias 2018. Disponible en: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2018/WCMS_631466/lang-es/index.htm
- OMS. (2010). Contratación internacional de personal de la salud: proyecto de código de prácticas mundial. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_8-sp.pdf?ua=1
- OMS. (2008). Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional. Disponible en: http://www.who.int/workforcealliance/20090521_Kampala_Sp.pdf



Foto: Karina Zambrana

Capítulo III

EN LA SALUD Y EN LA PRENSA: ANÁLISIS MEDIÁTICO DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA MÁS MÉDICOS

Tatiana Breder Emerich¹, Aduino Emmerich Oliveira², Aline Guio Cavaca³,
Edson Theodoro dos Santos Neto⁴ e Cláudia Malinverni⁵

Introducción

El recorrido de las políticas públicas de salud en Brasil estuvo marcado por la dualidad “salud pública” versus “asistencia médica precaria” que, a lo largo de los años, configuró un modelo médico-asistencial privatista caracterizado por un enfoque biomédico (MACHADO, BAPTISTA & LIMA, 2012). En el contexto de este sistema de salud fragmentado y excluyente, con fuerte sesgo hospitalocéntrico (PAIM, 2008), se delineó el Sistema Único de Salud (SUS) a través del proceso de Reforma Sanitaria, en un país que se encontraba y se encuentra marcado por innumerables desigualdades en salud (PAIM et al., 2011).

El SUS aún padece una subfinanciación crónica, de concentración de servicios en las regiones más desarrolladas del país y de presiones del sector privado (PAIM et al., 2011). En el mismo sentido, hay una carencia de cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) alrededor de 50% (PAIM et al., 2011) con grandes inequidades entre las regiones del país (MIRANDA et al., 2017). Entre los factores que contribuyen a este problema aparece el histórico déficit de médicos en el sistema público de salud (BAHIA, 2014, OLIVEIRA et al., 2015).

Sin embargo, la última edición del estudio “Demografía Médica en Brasil”, publicada en 2015, indicó cierta mejora en la distribución de estos profesionales. En aquel año, el país contaba con 399 692 profesionales de Medicina para una población de poco más de 204 millones de habitantes, correspondiendo a una razón de 1,95 médicos por 1000 habitantes. Dentro del mismo período, según los registros de los Consejos Regionales de Medicina, Brasil contaba con 432 870 o 2,11 médicos / 1000 habitantes. Estas cifras ubican al país en el octavo lugar en un ranking de 40 países con las menores tasas de médicos cada 1000 habitantes (SCHEFFER et al., 2015, p. 12).

A pesar de los avances en la meta del Ministerio de Salud, que es de 2,5 médicos cada mil habitantes, las desigualdades en la distribución de los profesionales de Medicina en el territorio nacional seguían siendo

¹ Doctora en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Espírito Santo (UFES).

² Profesor del Programa de Posgrado en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Espírito Santo (UFES).

³ Post-doctoranda del Programa Post-Graduación en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Espírito Santo (UFES).

⁴ Profesores del Programa de Posgrado en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Espírito Santo (UFES).

⁵ Doctora en Ciencias por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo.

inmensos: “[...]ya sea entre las unidades de la federación, entre las capitales y los interiores, o comparando agrupaciones de municipios por estratos de población” (SCHEFFER et al., 2015, p. 47). El estudio demuestra que, mientras que las regiones Norte y Nordeste están por debajo de la tasa nacional (respectivamente, con 1,09 y 1,30 médicos / 1000 habitantes), el Sudeste cuenta con la tasa más alta (2,75), por encima de las regiones Centro-Oeste (2,20) y Sur (2,18) del país.

En comparación con las unidades de la federación, el Distrito Federal aparece en primer lugar (4,28 médicos / 1000 habitante), seguido por los estados de Río de Janeiro (3,75), São Paulo (2,70) y Espírito Santo (2,24). En el otro extremo, en los siete estados de la región Norte, el indicador varía de 0,91 a 1,51 médicos por 1000, mientras que la región Nordeste alberga el estado con la menor tasa del país, Maranhão, con 0,79.

Además de la desigual distribución de médicos, el país también presenta una concentración de esos profesionales en los grandes centros urbanos y en las capitales. A modo de ilustración, con el 23,8% de la población brasileña, las 27 capitales contabilizan el 55,24% de los registros de médicos; en sentido inverso, los 5543 municipios del país, donde viven el 76,2% de la población, posee el 44,76% de esos profesionales. Esta diferencia se refleja directamente en la razón de médicos por 1000 habitantes: mientras que las capitales presentan tasas que llegan a 4,84, las ciudades del interior sólo alcanzan 1,23.

La distribución de médicos en municipios agrupados por estratos poblacionales indica otra dimensión del mismo problema: las 39 ciudades con más de 500 mil habitantes concentran el 30% de la población y el 60% de todos los médicos de Brasil. El Estado del Espírito Santo revela, de forma emblemática, esta desigualdad, pues, a pesar de mostrar una tasa de 2,17 médicos / 1000 habitantes, su capital, Vitória, cuenta con 11,9, la mayor concentración nacional de médicos por mil habitantes entre todas las ciudades brasileñas. Ya en el interior capixaba, la tasa cae drásticamente a 1,27 (SCHEFFER et al., 2015).

Ya en el 2012, Scheffer y sus colaboradores llamaban la atención sobre las consecuencias de los desequilibrios generados por este escenario: “[...] los desequilibrios en la distribución geográfica, especializada y funcional de médicos, añadidos a la concentración que favorece al sector privado de salud, revelarán un país que convive tanto con carencias como con las altas densidades de médicos” (BRASIL, 2013, p. 29).

Es importante resaltar que la desigualdad en la distribución de los profesionales de la medicina es un fenómeno complejo, que implica una multiplicidad de vínculos de trabajo (casi la mitad de los médicos cuenta con tres o más empleos), largas jornadas (dos tercios trabajan más de 40 horas semanales), guardias (45,0% actúan en por lo menos una guardia por semana), en la búsqueda por rendimientos más elevados. Es cada vez mayor, además, la práctica médica hacia adentro de organizaciones y establecimientos públicos y privados, con la progresiva disminución del trabajo en consultorios privados (SCHEFFER et al., 2015). Estos autores ponderan que este movimiento, entre otros factores, posiblemente se vincule con las demandas por especialización, ya que muchas especialidades dependen de alta tecnología y convergencia de saberes y competencias con otras especialidades y profesionales, disponibles sólo en hospitales, clínicas y otros espacios más estructurados. Así, la fijación de médicos en determinado territorio acompaña la concentración de otros profesionales y establecimientos de salud, contribuyendo aún más al aumento de las inequidades sociales.

Por otro lado, tres de cada diez médicos trabajan sólo en el sector privado, mientras que dos de cada diez trabajan exclusivamente en el sistema público de salud. Sólo el 23% de los que actúan en el sector público

trabajan en las unidades básicas de salud o en Estrategia Salud de la Familia, mientras que el 51% actúa en hospitales. Más problemática es la situación de los servicios de atención secundaria y especializada del SUS, en los que actúan en promedio del 5,0% de los médicos: “[...] La fuerte actuación de especialistas en consultorios privados, en contraste con la baja presencia en servicios ambulatorios del SUS, es un gran obstáculo para la ampliación, en la red pública, de la oferta de asistencia médica especializada” (SCHEFFER et al., 2015, p. 141).

Con el objetivo de lograr mejoras en los procesos de reclutamiento y fijación de médicos en la red pública de salud, especialmente en las ciudades con bajo Índice de Desarrollo Humano (IDH) y cobertura deficiente en salud, en las regiones más carentes y aisladas del país, en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas y en las periferias de los grandes centros urbanos, el gobierno brasileño lanzó en 2013 el Programa Más Médicos (PMM) (BRASIL, 2013).

2013). La creación y la implantación de este programa respondieron a las presiones populares ocurridas en el país en junio de 2013 (DINIZ, 2013) y las desigualdades en la distribución de médicos en diferentes regiones (PÓVOA & ANDRADE, 2006; BRASIL, 2013b; GARCIA, ROSA & TAVARES, 2014).

El Programa comenzó a ser concebido, en enero de 2013, a partir de una demanda presentada por los alcaldes recién electos ante la presidenta Dilma Rousseff (RBA, 2013). De esta manera, la formulación del programa tuvo apoyo el de Alcaldes y Secretarios Municipales de Salud, por motivo de la petición lanzada por el Frente Nacional de Alcaldes “¿Y el médico dónde está?” (<http://cadeomedico.blogspot.com/p/peticao.html>) que, el 2 de julio de 2013, apoyó públicamente las estrategias anunciadas por el Ministerio de Salud para suplir el déficit de médicos en las regiones más pobres del país (BLOG DA SAÚDE, 2013; MACHADO, CAMPOS & LIMA, 2015).

A pesar de que el carácter inicial del PMM haya sido de hecho emergente, pues Brasil debía enfrentar el déficit de médicos registrado en las regiones priorizadas por el PMM⁶, el programa fue fruto de una decisión política que proyectaba promover cambios estructurales en la atención a la salud y se fundamentó en tres ejes, a saber:

- **Provisión Emergencial**, es decir, la promoción de la Atención Básica en regiones definidas como prioritarias del SUS, además del perfeccionamiento de médicos mediante la integración entre instituciones de enseñanza y los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la atención a la salud de la población de mayor necesidad y vulnerabilidad e invertir en la formación y la cualificación profesional.
- **Inversión en la Infraestructura** de la red de servicios básicos, asociada a un programa de recalificación de las respectivas unidades para erigir nuevas UBS dentro de un nuevo estándar de calidad, además de reformar y ampliar las ya existentes, en el que se incluyen iniciativas de informatización en regímenes de banda ancha, la implantación de los nuevos sistemas de información, el desarrollo de prontuario electrónico, entre otras.
- **Formación médica**, con un conjunto de medidas estructurantes tales como la creación de cursos de Medicina, públicos y privados, en función de criterios claros de necesidad social; creación de nuevas vacantes en residencia médica siguiendo el mismo principio de seguir las necesidades de la población;

⁶ Para hacerse una idea de la gravedad del cuadro, en la investigación Sistema de Indicadores de Percepción Social - Salud (SIPS), lanzada por el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA) en febrero de 2011, el 58% de los usuarios del SUS indicaron que el principal problema de la atención en la red pública de salud era, entonces, la falta de médicos. Siendo una investigación domiciliar y presencial, el SIPS pretende captar la percepción de las familias acerca de las políticas públicas implementadas por el Estado, independientemente de que sean usuarias o no de sus programas y acciones, a través del análisis los temas vinculados a justicia, seguridad pública, la educación, trabajo y renta, derechos del trabajador y cualificación profesional, movilidad urbana bancos (exclusión y servicios); igualdad de género y salud. Disponible en: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>.

creación de Catastro Nacional de Especialistas, además de calificación de la formación médica, tanto en el ámbito de la graduación y en las residencias médicas (BRASIL, 2013).

De esta forma el Programa pasó a autorizar el funcionamiento de cursos de graduación en Medicina en instituciones de enseñanza superior privadas, mediante algunos criterios y preselección de los municipios, de acuerdo con la necesidad social de oferta y existencia de servicios, acciones y programas de atención básica, urgencia y emergencia, atención psicosocial, atención ambulatoria especializada y hospitalaria y vigilancia en salud (BRASIL, 2013a).

Además, el PMM dispone sobre las directrices curriculares de los cursos de Medicina y de los programas de residencia médica, que deben ofrecer dos tipos de residencia: en medicina general de familia y comunidad (con una duración mínima de dos años) y otra, de acceso directamente a las especialidades de genética médica, medicina del tráfico, medicina deportiva, medicina física y rehabilitación, medicina legal, medicina nuclear y patología. Así, el primer año del programa de residencia en medicina general de familia y comunidad pasa a ser obligatorio para el ingreso en los programas de residencia médica en medicina interna (clínica médica), pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía general, psiquiatría y medicina preventiva y social. Para los demás programas de residencia es necesaria la realización de uno a dos años del programa de residencia en medicina general de familia y comunidad, exceptuando los programas de acceso directo (BRASIL, 2013a).

El eje más visible es el de la actuación como médicos, incluidos en el perfeccionamiento profesional, mediante su permanencia continua y constante en su actuación, además de un tutor académico, médico docente vinculado a una institución de enseñanza responsable por la orientación académica. Los médicos que se postularon participaron en tres modalidades, con prioridad para el primer y segundo grupo en detrimento del tercero, que sólo se cumple si los dos grupos anteriores no ocupan las vacantes disponibles. El primer grupo está formado por médicos con registro en Brasil e incluye profesionales de cualquier nacionalidad que fueron formados en Brasil o en el exterior, con diploma revalidado en territorio nacional y registro en el Consejo Regional de Medicina (CRM). El segundo grupo está compuesto por médicos brasileños formados en el exterior y sin diploma revalidado y que, por lo tanto, no poseen registro en el CRM, o bien médicos extranjeros que están habilitados para el ejercicio de la medicina en el exterior, pero no poseen diploma revalidado y ni CRM, minados *intercambistas* (BRASIL, 2015).

En el primer año de implantación del Programa, el país no logró completar el número de vacantes de los dos primeros grupos y, por lo tanto, se incluyó un tercer grupo - los intercambistas - compuesto por médicos cubanos provenientes de un acuerdo de cooperación entre el gobierno brasileño y la OPS / OMS. Estos intercambistas participan del Programa no como profesionales contratados individualmente, estando habilitados para ejercer su trabajo a través de un registro único por tres años, prorrogables por otros tres (BRASIL, 2015).

A pesar de su pertinencia en la búsqueda de la mejora del acceso a los servicios de salud de calidad y de estar respaldada por otras experiencias internacionales (OLIVEIRA et al., 2015), esta iniciativa gubernamental ha sido objeto de un ruidoso debate en algunos sectores de la sociedad brasileña: en los medios (SCREMIN & JAVORSKI, 2013; SEGALIN, 2013; MORAIS et al., 2014), en la clase médica (CARAMELLI, 2013; SCHANAIDER, 2014) y entre investigadores de la salud colectiva (CAMPOS, 2013; RIBEIRO, 2015, BAHIA, 2014; EMERICH et al., 2015; NACIF, 2016). Desde el inicio de su implantación, el PMM ha provocado una enorme conmoción entre

la comunidad médica y los políticos de oposición al gobierno federal. En la misma sintonía, el corporativismo de los primeros y el oportunismo de los segundos desencadenaron una agresiva campaña de descalificación del PMM, con el intento de impedir su implantación, utilizando los medios como herramienta de publicidad desde la perspectiva de ambos

Tal debate demuestra que los medios de comunicación masiva han desempeñado un papel central en los procesos de construcción de la realidad en las sociedades contemporáneas occidentales. En efecto, se nota que los medios cuentan con la enorme capacidad de producir hechos sociales, anclándose en prácticas discursivas que privilegian repertorios y marcos que le dan publicidad a temas que les interesan (MALINVERNI, 2017). En esta perspectiva, los medios de comunicación de masa le confieren o no visibilidad pública a los temas de salud (CAVACA et al., 2016), instituyendo así realidades en el cotidiano de la población. En Brasil, el escenario es aún más complejo, debido al perfil del sistema nacional de comunicaciones, mayoritariamente privado y oligopolista (MALINVERNI, 2017). Este perfil le da al mercado de noticias una capacidad casi inagotable de controlar, según sus intereses y de los sectores que representa, el acceso a la producción y la circulación de los discursos, definiendo, consecuentemente, los sentidos cotidianos.

En el rol de productos mediáticos de masa, los diarios impresos, sobre todo los de circulación nacional, además, son conocidos por su papel en la formación de la opinión pública, ya que a menudo logran pautar a otros medios (radio, televisión, internet y diarios regionales). Sin embargo, en el mercado periodístico también se destacan las publicaciones regionales que, por su "mirada" girada hacia los acontecimientos y problemáticas locales, tienen mayor proximidad con su público y un enfoque no atendido por los medios de gran circulación (CAMPONEZ, 2002).

Teniendo en cuenta este contexto, este capítulo analiza y discute la implantación del PMM en el SUS a partir de las formaciones discursivas de las noticias en los principales periódicos del estado de Espírito Santo, ubicado en la Región Sudeste de Brasil.

Metodología

A partir de un estudio descriptivo, exploratorio, con triangulación de métodos, se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de la repercusión mediática de la implantación del PMM⁷. La triangulación metodológica se define como la combinación de diferentes fuentes y métodos de recolección de datos, agregando perspectivas metodológicas distintas para el análisis de un mismo objeto (PATTON, 2002). Esta supera los límites de cada uno de los métodos y busca puntos convergentes entre los enfoques cuantitativo y cualitativo, asumiendo ambas la misma importancia en la investigación (MINAYO, ASSIS & SOUZA, 2005). En este estudio se adoptó el modelo secuencial "*Quant à Qual*", en el que el investigador empieza con un método cuantitativo y prosigue con un método cualitativo (DUARTE, 2009).

Los diarios investigados son los de mayor impacto en Espírito Santo (Diario A y Diario B)⁸, ambos fuertemente marcados por la perspectiva de la prensa nacional. Hasta la década de 1990, las formas estéticas de los dos

⁷ El estudio se desarrolló en asociación con el Observatorio de Salud en los Medios - Regional Espírito Santo (OSM-ES), vinculado al Observatorio de Salud en los Medios del Instituto de Comunicación e Información en Salud (ICICT) de la Fundación Osvaldo Cruz (FIO-CRUZ), que acompaña y analiza de modo crítico la divulgación de noticias sobre el SUS y temáticas específicas del área de la salud a partir de demandas académicas y de la sociedad (Cavaca, Emerich, Lerner, 2016).

⁸ Diario A y el Diario B son los nombres ficticios de los diarios estudiados.

diarios representaban posiciones discursivas diferentes y coherentes con sus respectivas elecciones formales. El diario A contaba con su primera página considerada “seria”, “racional”, mientras que la del diario B era vista como “sensacionalista”, “emotiva”. En términos generales, el primero habría sido creado para un público elitizado y el segundo para un público popular. Esta perspectiva popular se ve reforzada por la afiliación del Diario B al Sistema Brasileiro de Televisão (SBT), considerada una de las redes de televisión más populares a nivel nacional. Ya el diario A, afiliado a la Rede Globo, se dirige, sobre todo a los estratos de mayor poder económico y cultural.

Ambas tendencias estuvieron presentes a lo largo de la historia de los dos periódicos (FERREIRA, 2000). Hoy, sin embargo, debido a los cambios provocados principalmente por la expansión de la comunicación digital y el progresivo desmantelamiento de la industria editorial impresa (CASTILHO, 2015), la distinción del perfil de público se vio diluida, implicando una perspectiva de temáticas de salud cada vez más homogéneas en los dos periódicos.

En este estudio, las palabras clave “Programa Más Médicos” y / o “Más Médicos” fueron investigadas en el período de junio a diciembre de 2013. El mes de junio correspondió al momento en que el PMM fue anunciado como iniciativa gubernamental y el mes de octubre correspondió al mes en que ocurrió la llegada de un gran número de médicos extranjeros participantes del programa, permitiendo un análisis sobre su implantación inicial.

Se consideraron la distribución del número de noticias a lo largo de los meses, el diario (A y B), la página de publicación, la editorial, el espacio ocupado por la nota, el encuadramiento de la narrativa en relación al PMM, la presencia de elementos de edición, la mención del SUS, la publicidad asociada o no en la página, la bajada de portada, las fuentes citadas y la dimensión de la ley abordada como hechos discursivos que significan y participan del proceso de análisis cualitativo de los datos.

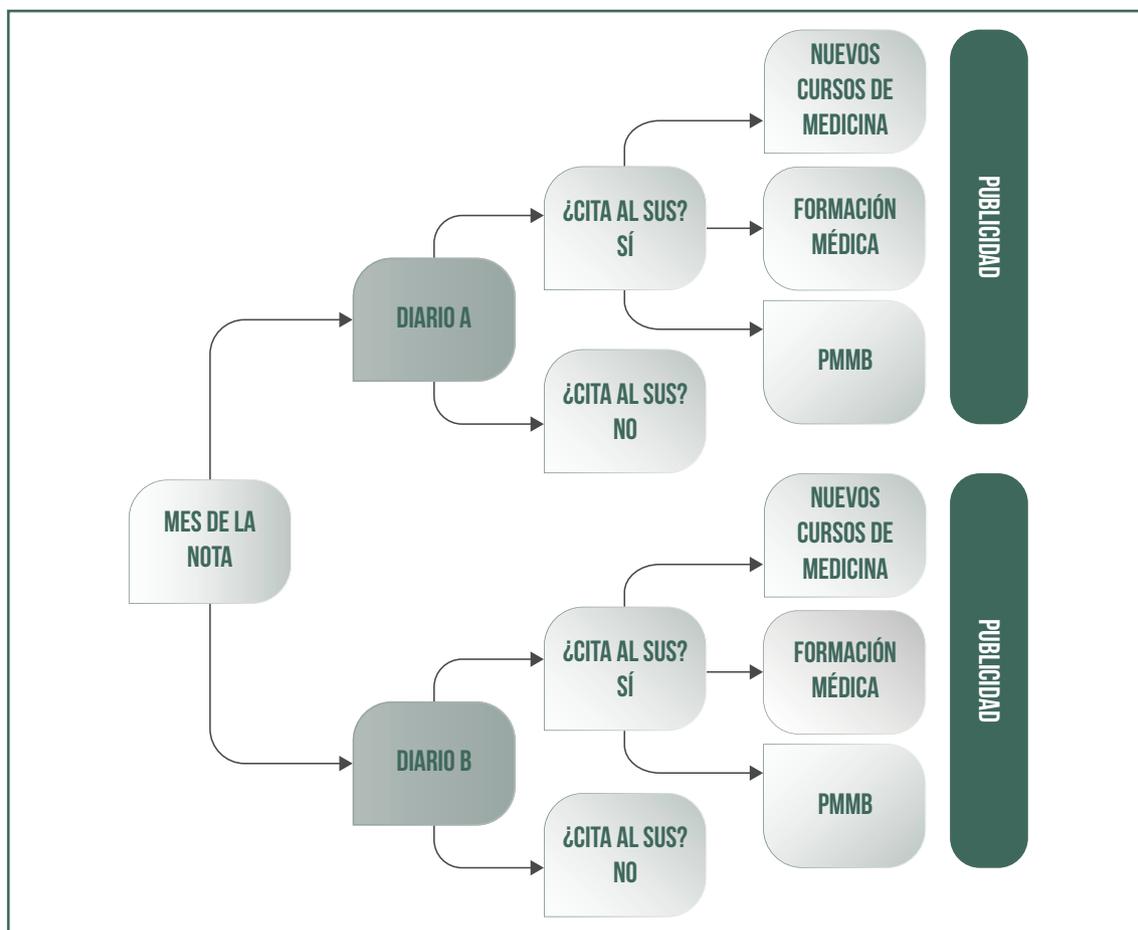
Después de la localización de todas las materias, cada una de las noticias fue categorizada y organizada en segmentos (dividida) de acuerdo con el Protocolo de Evaluación de Noticias del OSM-ES, adaptado a la presente investigación, compilado en una base de datos del OS, programa Microsoft Office Excel versión 2007.

Después de la selección del cuerpo de las noticias, el análisis cualitativo de los datos obedeció a los siguientes criterios de inclusión, concomitantemente:

- Se seleccionaron noticias de todos los meses incluidos en el período de la investigación (junio a diciembre) en cada uno de los dos diarios;
- La noticia debía citar el SUS;
- Noticias que abordaran distintas dimensiones de la ley (nuevos cursos de medicina, formación médica y PMMB) en detrimento de aquellas con una sola dimensión; y
- Noticias que tuvieran algún tipo de publicidad asociada a la página, ya que los periódicos se constituyen industrias culturales y mediáticas que buscan beneficio y, por lo tanto, dependen de recursos financieros de sus anunciantes, los cuales a veces filtran las pautas de edición (ADORNO, 2002).

Así, mediante tales criterios, y seleccionando apenas la primera nota de cada periódico, en cada uno de los meses estudiados, se obtuvo un corpus con un total de nueve noticias que fueron analizadas cualitativamente. Los criterios para tal están esquematizados en la Figura 1.

Figura 1. Dibujo esquemático de los criterios establecidos para la constitución del cuerpo de las noticias sometidas a la técnica de análisis cualitativo. Espírito Santo, 2016.



La técnica cualitativa adoptada fue el análisis del discurso (AD) de línea francesa, tomando como principales autores a Michel Pêcheux (2006) y Eni Orlandi (2009). Considerada de corriente clásica, relaciona el AD con el plano metodológico, de tradición estructuralista. Se fundamenta en la problematización del lenguaje en cuanto forma material de la ideología (ORLANDI, 2009). El AD parte del principio de que en una materialidad discursiva (texto, imagen, gesto, danza) siempre hay una pluralidad de sentidos, los cuales cambian a lo largo de la historia, dependiendo de las relaciones de poder, del contexto y de la ideología (PÊCHEUX, 2006, ORLANDI, 2009). De esta forma, en el estudio de las materialidades discursivas se debe pretender ir más allá del efecto de evidencia de los sentidos presentes en un texto (PÊCHEUX, 2013). Por lo tanto, el texto se convierte en discurso al ser analizado como algo vivo, dinámico y una práctica social. De esta manera, el objetivo del AD tiene por objetivo comprender cómo el texto significa, o, en otras palabras, cómo se organiza el habla (ORLANDI, 2009).

Con el objetivo de analizar discursivamente las noticias y comprender las formaciones discursivas predominantes durante la implantación del PMM, el camino metodológico recorrido se dio en tres etapas: 1) delimitación del corpus de noticias a ser analizadas, que obedeció los criterios mencionados y a partir

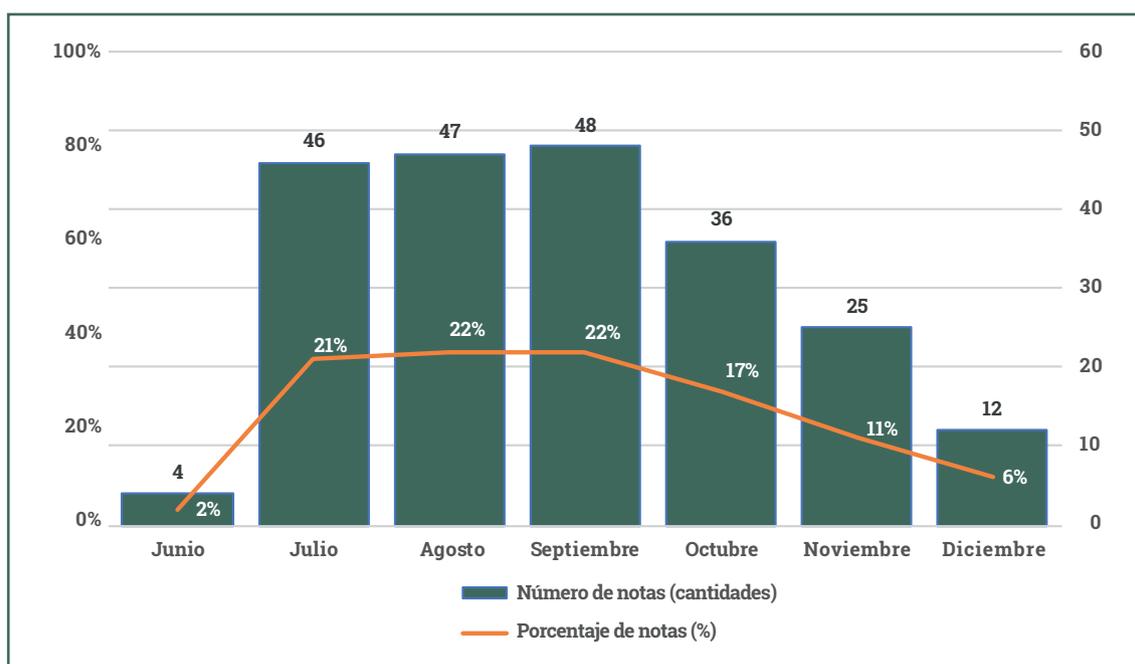
de la categorización por variables en la etapa cuantitativa; 2) identificación de las formaciones discursivas presentes en el cuerpo de análisis, considerando lo que se ha dicho y lo que no se ha dicho; y 3) comprensión del proceso discursivo, a partir de las formaciones ideológicas e imaginarias implícitas y explícitas en el texto (ORLANDI, 2009).

Resultados y discusión

En el conjunto de la investigación, se localizaron 218 notas. Por tratarse de un estudio que se concentró en el discurso mediático de la implantación del PMM en los periódicos, y teniendo en cuenta la naturaleza procesal del análisis de implantación, que depende del factor tiempo, se optó por un periodo de siete meses de recolección de noticias.

La distribución de las noticias en el período estudiado evidencia que hubo predominancia en los meses de julio (21,1%), agosto (21,5%) y septiembre (22,0%), que concentraron más discusión sobre el PMM, disminuyendo después de este período Gráfico 1). Este movimiento indica que el enfoque del programa en el escenario mediático se dio prioritariamente durante el periodo anterior a la llegada de los médicos extranjeros, principalmente los cubanos, en octubre de 2013.

Gráfico 1. Distribución porcentual de las noticias sobre el Programa Más Médicos a lo largo de los meses de junio a diciembre de 2013. Espírito Santo, 2013.



Dos de las nueve notas sometidas al análisis cualitativo, como se mencionó anteriormente (Cuadro 1), utilizaron en sus títulos el término "guerra", una estrategia de titulado similar a la observada en otros estudios sobre salud en los medios, en los que predominan repertorios que remiten a la necesidad de combatir un enemigo común, por ejemplo, los enunciados periodísticos sobre el dengue (FERRAZ & GOMES, 2012).

Cuadro 1. Título de las noticias sobre el PMM que compusieron el cuerpo de análisis cualitativo. Espírito Santo, 2013.

EL SECTOR DE LA SALUDA EN GUERRA	
El único médico extranjero actuará en Viana	El Gobierno prepara una guerra judicial con CRM
Extranjeros reciben clases sobre el SUS	Médicos
Cubanos en el Estado a partir de mañana	Más 11 474 vacantes para Medicina
Contratados del "Más Médicos" empiezan a actuar en el Estado	
Más de 1,8 millones de consultas	

En un análisis más cuantitativo, tal estrategia es evidente cuando se analiza el total de notas referentes al posicionamiento de los diarios en relación con el programa (Tabla 1). A pesar de la preponderancia del carácter neutro (n=106, 42,6%) en lo que se refiere al posicionamiento de la nota sobre el PMM, hubo un considerable número de noticias que destaca críticas y posiciones contrarias a la implantación del programa (n=79, 36,2%), principalmente en los meses de julio (22,8%), septiembre (24,1%) y octubre (22,8%). El carácter neutro incluyó noticias que no permitían distinguir si el diario se posicionaba a favor o en contra del PMM. Estos hallazgos se relacionan con la llegada de los médicos cubanos, contra los cuales las entidades médicas se posicionaron oficial y públicamente, ancladas en la tesis más propagada por la clase médica de que el programa era contrario a los intereses de los profesionales brasileños (MACHADO, CAMPOS & LIMA, 2015).

Tabla 1. Análisis de las materias sobre el Programa Más Médicos durante los meses de su implantación. Espíritu Santo, 2013.

	MES DE PUBLICACIÓN DE LA NOTICIA									
	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL		
Diario	0	15 (16,7%)	25 (27,8%)	15 (16,7%)	18 (20%)	14 (15,6%)	3 (3,3%)	90 (100%)		
Diario B**	4 (3,1%)	31 (24,2%)	22 (17,2%)	33 (25,8%)	18 (14,1%)	11 (8,6%)	9 (7%)	128 (100%)		
Página de publicación	1 (1,2%)	19 (23,2%)	22 (26,8%)	15 (18,3%)	14 (17,1%)	7 (8,5%)	4 (4,9%)	82 (100%)		
Par	3 (2,2%)	27 (19,9%)	25 (18,4%)	33 (24,3%)	22 (16,2%)	18 (13,2%)	8 (5,9%)	136 (100%)		
Editorial	0	20 (20,6%)	18 (18,6%)	23 (23,7%)	17 (17,5%)	15 (15,5%)	4 (4,1%)	97 (100%)		
Opinión	0	4 (8,5%)	8 (17%)	13 (27,7%)	10 (21,3%)	8 (17%)	4 (8,5%)	47 (100%)		
Otros	2 (28,6%)	0	2 (28,6%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	0	1 (14,3%)	7 (100%)		
Política	2 (3%)	22 (32,8%)	19 (28,4%)	11 (16,4%)	8 (11,9%)	2 (3,0)	3 (4,5%)	67 (100%)		
Espacio que ocupa la nota	4 (3,1%)	33 (25,4%)	22 (16,9%)	31 (23,8%)	19 (14,6%)	15 (11,5%)	6 (4,6%)	130 (100%)		
Opinativo	0	13 (14,8%)	25 (28,4%)	17 (19,3%)	17 (19,3%)	10 (11,4%)	6 (6,8%)	88 (100%)		
Posición de la nota con relación al PMM	1 (1,3%)	18 (22,8%)	10 (12,7%)	19 (24,1%)	18 (22,8%)	9 (11,4%)	4 (5,1%)	79 (100%)		
Elogio	1 (3%)	4 (12,1%)	7 (21,2%)	8 (24,2%)	4 (12,1%)	5 (15,2%)	4 (12,1%)	33 (100%)		
Neutro	2 (1,9%)	24 (22,6%)	30 (28,3%)	21 (19,8%)	14 (13,2%)	11 (10,4%)	4 (3,8%)	106 (100%)		
Presencia de elementos de ¿Edición en la noticia?	3 (4,0%)	14 (18,7%)	10 (13,3%)	20 (26,7%)	11 (14,7%)	10 (13,3%)	7 (9,3%)	75 (100%)		
No	1 (7,0%)	32 (22,4%)	37 (25,9%)	28 (19,6%)	25 (17,5%)	15 (10,5%)	5 (3,5%)	143 (100%)		
¿La nota cita el SUS?	2 (1,2%)	34 (20,0%)	34 (20%)	40 (23,5%)	34 (20%)	17 (10%)	9 (5,3%)	170 (100%)		
Sí	2 (4,2%)	12 (25%)	13 (27,1%)	8 (16,7%)	2 (4,2%)	8 (16,7%)	3 (6,3%)	48 (100%)		
No	2 (1%)	42 (20,7%)	44 (21,7%)	46 (22,7%)	34 (16,7%)	23 (11,3%)	12 (5,9%)	203 (100%)		
¿Hay publicidad asociada en la página?	2 (13,3%)	4 (26,7%)	3 (20%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	0	15 (100%)		

* En el Estado de ES, el Diario A contabiliza el mayor número de firmantes, mientras que el **Diario B es el de mayor tiraje.

Según lo demuestra la Tabla 1, sólo 48 notas citaron el SUS, distribuidas preponderantemente en julio (25,0%), agosto (27,1%), septiembre (16,7%) y octubre (16,7%), demostrando que la enunciación del PMM estuvo desvinculada del mismo sistema en el que se inserta, debilitando el programa y contribuyendo a la invisibilidad del SUS.

Esta invisibilidad es constantemente reforzada por la falta de valorización de su marca. Los estudios demuestran que la logomarca (y el nombre) del SUS no aparece en hospitales, ni unidades de salud, ni delantales, ambulancias del Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), ni en los centros de especialidades ni vehículos oficiales al servicio de los equipos de vigilancia en salud, entre otros. Cuando aparece, la marca o el nombre SUS no es muy visible. La invisibilidad también es constante en los medios de comunicación, que se restringen a asociar el SUS a los estorbos y dificultades enfrentadas por el sistema público, sobre todo en la vertiente de la asistencia a la salud.

En los meses de julio y agosto, el Programa presentó un mayor destaque en los periódicos estudiados, ya que, como mostrado en la Tabla 1, en estos meses las noticias sobre el Programa ocuparon las páginas impares (23,2% y 26,8%, respectivamente), tradicionalmente consideradas privilegiadas en la lectura de los productos mediáticos impresos. Se observa también en la Tabla 1 que las noticias se concentraron en la editorial de Ciudades (44,4%).

Otras investigaciones en el campo de la comunicación y salud evidenciaron que ésta es la sección que concentra el mayor número de noticias sobre salud en los periódicos (MASCARELLO DA SILVA, 2017). Además, en el caso de los periódicos analizados, es la editorial la que habla prioritariamente sobre el estado, a partir de la cobertura por el equipo de periodistas locales. Así, el enfoque de las notas fue la implantación del PMM, principalmente en Espírito Santo, poniendo en escena el panorama estadual y pautando el asunto en el cotidiano capixaba.

Se verifica una politización del Programa, dada por la presencia, en los meses de julio (32,8%) y agosto (28,4%), del tema en la editorial de Política. Estas noticias enaltecieron el PMM como una política de gobierno considerada estratégica por la presidenta Dilma Rousseff. No obstante, involucró un conjunto de medidas aprobadas por unanimidad por el Congreso Nacional, constituyéndose en una política del Estado brasileño, con una fuerte participación de los gobiernos estatales y municipales, principales demandantes del Programa. Esta perspectiva se vio reforzada por la adhesión al PMM que se generó posteriormente, en 2015, de parte de alcaldes de todos los partidos, incluso de la oposición al gobierno Dilma, como afirmó el Ministro de Salud Arthur Chioro, al anunciar en mayo de ese año que todas las vacantes ofrecidas por la convocatoria más reciente del Programa habían sido completadas por médicos brasileños⁹.

La presencia de publicidad asociada a la página estuvo presente en 15 de las noticias (Tabla 1). Al considerar los diarios como industrias culturales y mediáticas, reafirmamos la relación entre los medios de comunicación y la economía (WASKO, 2006), presumiendo la influencia de los anunciantes en las pautas de noticias y en la forma en que se abordan, ya que los diarios, en tanto actividad cultural que busca el beneficio económico, presentan una fuerte aplicación publicitaria que se imbrica con el contenido de las noticias que vehicula. Dado que el sector salud es uno de los grandes anunciantes en el mercado publicitario (IBOPE MEDIA, 2014),

⁹ PORTAL PLANALTO. Brasileños completan todas las vacantes de convocatoria del Más Médicos. Brasília, 15 de mayo de 2015. Disponible en: <<http://www2.planalto.gov.br/noticias/2015/05/brasileiros-preenchem-todas-as-vagas-de-edital-do-mais-medicos>>.

no se debe considerar la presencia de propaganda asociada a las noticias sobre el PMM. En los diarios analizados, las publicidades encontradas fueron relativas a: clínica de radiología y diagnóstico por imagen (único anunciante que aparece más de una vez); empresa de turismo; concesionario automotriz; tienda de materiales de construcción, constructora civil (tres diferentes constructoras anunciaron durante el período); escuela de educación infantil; Federación de Industrias de Espírito Santo, además de una inmobiliaria.

En paralelo, predominaron las notas opinativas, sobre todo en los meses de agosto (28,4%), septiembre (19,3%) y octubre (19,3%) (Tabla 1). Estas notas pueden estar relacionadas con la llegada de médicos extranjeros, en su mayoría cubanos, aspecto que suscitó gran repercusión en los medios de comunicación y en las corporaciones médicas del país.

Los elementos de edición estuvieron presentes en sólo 75 de las 218 materias analizadas cuantitativamente, siendo el mes de septiembre el que concentró el mayor porcentaje (26,7%). La ausencia de un número mayor de elementos de edición se percibe, en general, por el encogimiento de los diarios, proceso que reduce los espacios editoriales, por el hecho de que los periódicos estudiados se encuadran en el formato tabloide y por la precarización de las redacciones, con la presión de los equipos de periodismo (MALINVERNI, 2016).

Dadas las características del PMM, es posible considerar que la presencia de elementos de edición, como infográficos e ilustraciones, permite auxiliar en el entendimiento de la población sobre el Programa, lo que no predominó en las noticias analizadas. De hecho, como muestra Santos et al. (2016), los usuarios no percibían la complejidad del Programa, describiéndolo apenas como “un programa que traía médicos extranjeros”.

En cuanto a los elementos del corpus de noticias sometidas al AD, se observa que 8 de las 9 noticias tan solo incluyeron fotografías. Analizado cualitativamente, estas fotos muestran una fuerte politización del asunto, pues a veces los parlamentarios (y sus posiciones relativas al Programa) y las características étnicas y raciales de los médicos participantes en la primera convocatoria del PMMB (extranjero, negro o marrón) fueron objeto de destaque en las notas.

En la primera noticia analizada, se destaca la foto de un diputado, líder del llamado sector de la salud, médico y contrario al PMM, con los brazos levemente erguidos, dedo índice apuntando hacia arriba, semblante serio, con la siguiente frase escrita abajo: “Dilma le sacó la columna vertebral al médico” (cuadro 2). En esta nota también se incluyeron otros elementos de edición: una foto del Congreso ocupado por los parlamentarios y una de otro diputado, también médico y contrario al PMM, al micrófono, hablando con la frente fruncida.

Cuadro 2. Imágenes incluidas en las noticias sobre el PMM que compusieron el corpus del análisis cualitativo. Espírito Santo, 2013



En la segunda, hay una fotografía de una sala, llena de médicos y médicos; todos sentados, con delantal. En la imagen es posible ver la presencia de mujeres y hombres negros, con la siguiente inscripción: “MÉDICOS EXTRANJEROS realizan una capacitación en la Universidad Federal de Vitória de Santo Antão, Pernambuco”.

La tercera noticia exhibe la fotografía de un médico blanco, pantalones vaqueros, camisa social de manga larga, empujando un carrito de equipaje, cajas y cerca de un cochecito donde hay un bebé, en un aeropuerto, con la siguiente leyenda: “Brasileiro formado em Espanha, Thiago vai para o Acre”.

La cuarta, una de las noticias más emblemáticas de la fuerte oposición de la clase médica al programa, incluye la fotografía de un médico negro intentando pasar por varias personas, dispuestas en un pasillo de personas. A su lado izquierdo hay un hombre del Ejército que nítidamente intenta viabilizar su paso. En el lado derecho hay un grupo de mujeres con delantal blanco, médicas o estudiantes de medicina, con las manos en la boca, como para gritar o chiflar el paso del médico negro. Al fondo hay un periodista con la máquina en

posición, sacando fotos. La inscripción es: "Médicos brasileños les dijeron "esclavos" e "incompetentes" a los médicos cubanos"

En la quinta noticia es posible visualizar la fotografía de un médico blanco, con camisa social, delantal abierto, estetoscopio en el oído, con la siguiente leyenda: "El ESPAÑOL Juan Luis atiende en un puesto de Resistência, en Vitória."

La sexta noticia trae la fotografía de una médica, con el estetoscopio en el oído, examinando a un paciente negro, que está de espaldas, sentado. La fotoinscripción es: "ATENCIÓN MÉDICA: medidas para formar a profesionales que sean capaces de actuar en el interior y en las periferias". En esta noticia también se exhiben otros elementos de edición: fotografías del alcalde de Vitória, del presidente del Sindicato de Médicos del ES, del vicepresidente del Consejo Regional de Medicina del ES y del vicepresidente de la Asociación de Médicos del ES.

En la fotografía que ilustra la séptima noticia, un médico blanco examina con un estetoscopio a un bebé, en el regazo de su madre, con la siguiente la leyenda: "Marcel Siqueira comenzó a actuar en Vila Velha, donde ayer atendió a la pequeña Ana Carla, llevada por su madre, Mikaelen".

La octava noticia no exhibe un elemento de edición, mientras que la novena incluyó la fotografía de la recepción de una unidad de salud, en la que hay personas sentadas, aguardando su atención. Hay espacios vacíos, sin relleno y la inscripción: "La UNIDAD DE FEU ROSA fue la segunda en recibir la implantación de Acolher Más, que mejora la atención".

Por otro lado, las publicaciones y apariciones mediáticas, que enfatizan programas del SUS, que se pueden considerar exitosas en general, no llevan la marca ni el nombre del propio sistema público de salud (XAVIER & NARVAI, 2015). Hasta la logomarca (esparadrapo azul doblado en forma de cruz) del SUS es desconocida, subutilizada y no regulada por ley, resolución ministerial ni secretaría. Además, las restricciones del mismo Ministerio de Salud en gran medida limitan la aplicación del logotipo. Para Xavier y Narvai, (2015, p. 46), "[...] el análisis de las imágenes de los equipos y ambientes del SUS reveló que hoy los que definen el SUS son los enemigos del SUS." Los bajos porcentuales de mención al SUS en los meses investigados demuestran que tal invisibilidad es crónica en los medios, y además se repite en el abordaje del PMM.

Otros ejemplos de este SUS que no se ve se evidencia en las campañas de vacunación, los procedimientos de alta complejidad (trasplante de órganos), los programas de prevención reconocidos internacionalmente, como para el VIH / Sida y la producción de tecnología de punta, como la que posee la Fundación Osvaldo Cruz u otras instituciones públicas de investigación. Este escenario es de raíces comunicacionales, ya que, como mencionado anteriormente, los medios contribuyen con la invisibilidad del SUS que sí funciona (DE LAVOUR, DOMINGUEZ & MACHADO, 2014).

Los aspectos positivos del sistema, así como evidenciado en las noticias sobre el PMM, parecen no recibir la misma atención que los aspectos negativos, que generalmente se ven enfatizados por los periodistas. Además, en el discurso mediático prevalece una postura de que el sistema público no funciona y, en consecuencia, el SUS tampoco funciona. Un factor que contribuye con la divulgación de noticias negativas sobre el SUS es el hecho de que pocas instituciones tomen la postura de los profesionales de la salud para

los profesionales de la comunicación que actúan en el SUS, en las asesorías de comunicación del Ministerio y en las Secretarías Estadales y Municipales de Salud (DE LAVOUR, DOMINGUEZ & MACHADO, 2014).

Esta invisibilidad también es resultado de estructuras de comunicación frágiles, falta de políticas o también de planificación en el ámbito del mismo SUS, que “[...] operan como un «mostrador», con atención de demandas puntuales” (ARAÚJO, CARDOSO, & MURTINHO, 2008). Como regla, apuntan los autores, la comunicación del SUS en las tres esferas de gestión en mayor parte se orienta a las demandas de los gestores y, en menor proporción, las de los técnicos. Por otro lado, son escasas las acciones propuestas por los equipos de comunicación, lo que indica su poca autonomía frente a las determinaciones político-administrativas y al mismo tiempo la centralización de las decisiones como marca de la acción comunicativa. En este escenario de fragilidad, se nota una actuación de gestores preocupados por divulgar lo que realizan personalmente, olvidándose (consciente o inconscientemente) de proyectar al SUS como una política de Estado y no de Gobierno. En fin, el SUS (y sus iniciativas y programas) muchas veces es tratado como patrimonio de un partido o Gobierno, y con el PMM ocurrió lo mismo, ya que un gran número de notas relacionó el Programa únicamente con la vertiente política. La apropiación política de logros exitosos del SUS también es una realidad en el escenario mediático (DE LAVOUR, DOMINGUEZ & MACHADO, 2014).

En la Tabla 2 a continuación, se observa que apenas una nota, publicada en el mes de octubre, tuvo una bajada de portada con el título: “Médicos cubanos hacen un *tour* en su día de descanso”. El hecho de que el PMM haya presentado sólo una bajada de portada indica la baja relevancia del tema para el diario, dado que el espacio es uno de los más notables de los medios impresos, debido al limitado número de asuntos allí destacados. Desde el punto de vista discursivo, destacamos el uso de un término en lengua extranjera en la bajada de portada, lo que posiblemente haya generado innumerables interpretaciones de parte del público del diario, que quizá desconocía la traducción de esta palabra. Este término pudo haber provocado confusiones de interpretación, contribuyendo a la adulteración de la opinión pública sobre el programa.

Se consultó en mayor medida a las fuentes oficiales del gobierno (n = 116, 53,2%), seguidas de médicos y / o profesionales de la salud (n = 28, 12,8%); oficial y consejos de clase (n = 26, 11,9%); consejos de clase y / o sindicatos (n = 25, 11,4%); oficial y profesionales de la salud (n = 13, 5,9%) (Tabla 2). En cambio, los ciudadanos fueron incluidos como fuentes en apenas ocho notas (3,6%), evidenciando que la población, principal interesada en el Programa, no fue escuchada y, por eso, cabe concluir que hubo una fuerte polarización discursiva.

A pesar de estructurado en tres dimensiones, como se describe en la introducción de este capítulo, el énfasis de las noticias se centró en lo relativo al suministro de emergencia de médicos. Este enfoque se evidencia en la Tabla 2, que indica la predominancia del discurso dirigido a los médicos extranjeros participantes del Programa, ya que en el análisis de la dimensión de la ley se observa que 205 notas priorizaron el PMM, 21,4% en el mes de agosto. Por otro lado, sólo 13 noticias abordaron la dimensión de las directrices para la formación médica, 76,9% en el mes de julio. Durante el período estudiado, ninguna nota abordó la dimensión del programa relativa a la creación de nuevos cursos de medicina (Tabla 2). Se observa, por lo tanto, que a pesar de que el PMM incluya otras dimensiones, mediáticamente se ha restringido y resumido el tema del suministro de emergencia, como lo demuestra posteriormente KEMPER, MENDONÇA & SOUZA (2016).

En el corpus analizado fue posible observar dos formaciones discursivas predominantes que permearon los sentidos trabajados a lo largo de la implantación del PMM en el SUS: 1) los problemas enfrentados por el programa; 2) la necesidad de su reafirmación y validación.

Tabla 2. Análisis de la presencia de llamada de portada, fuentes y dimensión abordada en las materias sobre el Programa Más Médicos durante los meses de su implantación en los dos diarios analizados (Diario A y Diario B). Espíritu Santo, 2013.

	MES DE PUBLICACIÓN DE LA NOTICIA									
	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL		
¿Hay una bajada en la portada?	4 (1,8%)	46 (21,2%)	47 (21,7%)	48 (22,1%)	35 (16,1%)	25 (11,5%)	12 (5,5%)	217 (100%)		
	0	0	0	0	1 (100%)	0	0	1 (100%)		
Fuentes citadas en la nota****	1 (4%)	7 (28%)	2 (8,0%)	7 (28%)	5 (20%)	1 (4,0%)	2 (8%)	25 (100%)		
	0	3 (10,7%)	2 (7,1%)	6 (21,4%)	6 (21,4%)	11 (39,3%)	0	28 (100%)		
	1 (9%)	22 (19%)	32 (27,6%)	26 (22,4%)	15 (12,9%)	12 (10,3%)	8 (6,9%)	116 (100%)		
	2 (7,7%)	8 (30,8%)	6 (23,1%)	3 (11,5%)	5 (19,2%)	0	2 (7,7%)	26 (100%)		
	0	3 (23,1%)	2 (15,4%)	6 (46,2%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)	0	13 (100%)		
	0	1 (12,5%)	3 (37,5%)	0	4 (50,0%)	0	0	8 (100%)		
¿Qué dimensión de la ley es abordada?	0	10 (76,9%)	3 (23,1%)	0	0	0	0	13 (100%)		
	4 (1,9%)	36 (17,5%)	44 (21,4%)	48 (23,4%)	36 (17,5%)	25 (12,1%)	12 (5,8%)	205 (100%)		

**** En dos notas no hay cita de fuentes.

1. Los problemas presentados por el PMM

El título de la primera noticia corrobora la formación discursiva que señala que el PMM enfrentó problemas políticos, económicos y sociales durante su implantación. La inclusión de términos como “guerra” en los títulos de las notas “El sector de la salud en *guerra*” y “El Gobierno prepara una *guerra* judicial contra CRM” enfatiza el sentido de disputas en torno al Programa, que para ser implantado debía “vencer la batalla”. Además, en los fragmentos de las noticias, es posible observar el uso de otras palabras que reafirman esta lucha: “[...] el sector de la Salud se articula para dos importantes batallas en la vuelta del receso parlamentario” (JORNAL B, 21/07/2013).

La utilización de términos bélicos en noticias de salud ha sido relatada en otros estudios del campo de la salud, como el de FERRAZ & GOMES (2012). En el caso del PMM, este repertorio discursivo hace que el lector asocie tal iniciativa como algo a combatir, que demanda la adopción de verdaderas estrategias para contenerlo. Además, las noticias sobre el Programa fueron abundantes en conjunciones condicionales:

El presidente del Consejo Regional de Medicina en Espírito Santo, Aloízio Farias de Souza, dijo que no está en contra del trabajo de médicos extranjeros en el país, siempre y cuando hagan la prueba del Revalida (JORNAL B, 27/08/2013).

También se utilizaron conjunciones de negación:

Brasil no necesita de la acción humanitaria. Necesitamos la efectividad de los servicios de salud, de mejores condiciones de trabajo para el médico y no acciones de guerra (JORNAL B, 27/08/2013).

Se observa además el énfasis de las noticias en lo que respecta a la posición de los consejos médicos brasileños, contrarios al PMM: “El CRM-ES se niega a aceptar médicos sin el Revalida” y “El Consejo Regional de Medicina (CRM-ES) aún es contrario al Programa Más Médicos”.

Además, una de las noticias reprodujo un post abiertamente prejuicioso publicado por un periodista en las redes sociales:

Que me perdonen si soy prejuicioso, pero estas cubanas parecen empleadas domésticas. ¿Realmente serán médicas? Uff, qué terrible. Los médicos, al menos, muestran una postura, tienen cara de médico, se imponen a partir de la apariencia... Pobrecita nuestra población. ¿Tienen conocimientos sobre el dengue? ¿Fiebre amarilla? ¡Que Dios proteja a nuestro pueblo! (JORNAL A, 28/08/2013).

Entre las noticias analizadas, es evidente el posicionamiento de los médicos y sus entidades representativas, de fuerte oposición al PMM:

Los médicos del Estado no recibieron con buenos ojos la propuesta de la presidenta Dilma Rousseff de ampliar las vacantes de graduación en medicina y residencia médica en el país, además de la contratación de profesionales extranjeros (JORNAL B, 25/06/2013).

A pesar de este posicionamiento restrictivo de los médicos brasileños en relación con el Programa, el problema de la escasez de médicos es una incuestionable realidad en el SUS, desde su creación. De acuerdo con el Ministerio de Salud (Brasil, 2013c), cuando se lanzó el PMM en 2013, 700 municipios (15% del total de 5570) no poseían un único profesional de la salud y en otras 1900 ciudades había menos de un médico para aproximadamente 3 mil habitantes. El Gobierno Federal calculaba, entonces, que tan sólo para atender a las regiones más pobres del país habría que contratar al menos a 9500 profesionales, lo que a su vez parecía una tarea imposible. En enero de ese año, en un primer intento, aún sin el PMM, por ejemplo, el Ministerio de Salud abrió 13 000 vacantes para médicos brasileños recién formados, que trabajarían en 2900 alcaldías. Aunque se ofrecía un salario de R\$ 8000, el órgano sólo logró llenar 3000 vacantes. Por eso, de hecho, el país necesitaba una política de provisión de médicos para el SUS.

Por lo tanto, a pesar de ser el primer programa por completar esta laguna de forma resolutive, no fue la primera iniciativa gubernamental para atraer y fijar a profesionales de salud en áreas remotas del país (OLIVEIRA et al., 2015). A lo largo de la historia de la salud pública brasileña, otras iniciativas se orientaron específicamente a la provisión de profesionales para el sistema, en particular en el interior, tales como el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS), de 1976; el Programa de Interiorización del Sistema Único de Salud (PISUS), 1993; el Programa de Interiorización del Trabajo en Salud (PITS), 2001; y el Programa de Valorización de los Profesionales de la Atención Básica (PROVAB) (CARVALHO & SOUSA, 2013). Ninguno de ellos, cabe señalar, tuvo la misma repercusión social y mediática del PMM, que incluyó manifestaciones de intolerancia y prejuicio contra los profesionales que se adhirieron al programa:

A la salida de la clase inaugural del entrenamiento, los cubanos se vieron obligados a pasar por un pasillo humano, en el que los cearenses les gritaron palabras como "incompetentes" y "esclavos" (DIARIO A, 28/08/2013).

Esta perspectiva se reafirma con la inclusión de tres fuentes (médicos) que expresan opiniones que corroboran este posicionamiento y ocupan gran parte de la misma nota, un reportaje especial. Además, la oposición inicial de la corporación médica al PMM también se hizo evidente debido a la baja adhesión de los médicos a la primera convocatoria de implantación del programa.

En los cruces sobre la implantación de este Programa, hay que destacar el papel de las redes sociales y de los medios alternativos, que revelaron opiniones diversas y contribuyeron con la movilización y participación social en *blogs, Facebook y Twiter*. Estos actores manifestaron posiciones más equilibradas y que contribuyeron a un debate más profundo sobre el tema, al contrario de lo que se pudo ver en los medios de comunicación masiva (MACEDO et al., 2016). Estos medios alternativos dieron más visibilidad a las pautas periféricas y a los actores a menudo invisibles en los medios de comunicación tradicionales. Además, son instancias autónomas que permitieron la manifestación independiente de comunidades y movimientos sociales. Sin embargo, a pesar de ser relevantes, los discursos que estas redes movilizan, por lo general, sufren la ofuscación del discurso dominante de los grandes medios (DOWNING et al., 2002).

2. La necesidad de reafirmación y validación del programa

Varios fragmentos de las noticias sobre el PMM como formación discursiva ponen en evidencia la necesidad de que el Programa pasara por una validación:

Con la evaluación, estos médicos van a poder mostrar y comprobar su competencia (JORNAL B, 27/08/2013).

También es evidente la necesidad de comprobar la competencia de los médicos provenientes de otros países. Por ejemplo, uno de los periodistas destaca que para reafirmar el PMM sería necesario lidiar con la fuerza de los médicos, que uno de los diputados incluidos como fuente de la noticia, favorable al Programa, nombra como “lobby o dictadura de los médicos”:

Es un lobby fuerte, pero conmigo no van a poder. El Congreso va a prepararse para los vetos, pero tenemos otras categorías que deben ser consideradas. No podemos vivir la dictadura de los médicos (JORNAL B, 21/07/2013).

La discusión sobre la prueba Revalida, que funcionaría como un certificado de que los médicos extranjeros eran suficientemente competentes para actuar en el país, defendido por los Consejos de Medicina, fue recurrente en el noticiario analizado. De esta manera, también se debatió la concesión del registro a los profesionales provenientes del extranjero, principalmente los cubanos, sin adherirse al Revalida, lo que hizo que el PMM dependiera del CRM:

El [médico español participante del programa] ya estaba trabajando en la unidad desde hacía un mes, pero no podía dar atención clínica por no contar con un registro en el CRM-ES (JORNAL B, 10/11/2013).

Es importante recordar que los argumentos contrarios al PMM no se restringieron al Revalida. Algunos estudios publicados en la época cuestionaron las dificultades de comunicación que un idioma diferente podría generar en la atención a la población (CARAMELLI, 2013); las condiciones de reclutamiento de los médicos participantes, dada la provisoriedad de los contratos (CAMPOS, 2013); y la creación y ampliación de vacantes para cursos de Medicina en instituciones particulares, postulando que lo ideal sería invertir en las universidades públicas (CAMPOS, 2013). Otros subrayaron el hecho de que el PMM era un programa para pobres, con base en el principio de equidad y no de igualdad, señalando además que este evidenciaba que la razón de la no fijación del médico en el sistema público era el mismo SUS, que los alejaba debido a los vínculos y los salarios precarios (BAHIA, 2014). Sin embargo, estas temáticas no constituyeron una pauta periodística sobre el PMM, que, como dicho anteriormente, se restringía a los argumentos relacionados con la prueba Revalida, a partir de discursos de peritos (fuentes oficiales, profesionales de salud y corporaciones médicas), portavoces y fuentes priorizadas por los diarios analizados.

En otro sentido, la polémica sobre la implantación del programa no repercutió entre los usuarios que con la iniciativa contaban con la posibilidad de acceso a un médico. Para ellos, el escenario era de satisfacción en lo relativo al PMM y la presencia de médicos oriundos de otros países no configuró un obstáculo para la atención (DOMINGUEZ, 2013). Posteriormente, algunos autores enfatizaron la inspiración del PMM en los modelos de fijación de médicos en países como Australia y Estados Unidos, que obtuvieron éxito con estrategias similares (OLIVEIRA et al., 2015). Otros estudios realizados luego de la implantación del PMM han demostrado que este contribuyó con la reducción de las inequidades en salud (SANTOS, COSTA& GIRARDI, 2015; GONÇALVES et al., 2016; MIRANDA et al., 2017), además de la mejora del acceso y calidad de la atención en salud (GALAVOTE et al., 2016).

Como se ha demostrado, entre los cambios ocurridos después de la implantación del Programa, en la percepción de los usuarios, se destacan: el aumento en la frecuencia de médicos en las unidades de salud; la mayor facilidad en la programación de las consultas; el aumento en el número de visitas domiciliarias y la calidad de la atención, ya que la práctica clínica se mostró más organizada y aplicada; el hecho de que la atención sea más ágil debido a la disminución en la espera de las consultas; el seguimiento de las enfermedades crónicas y el desarrollo de grupos de prevención en las comunidades (PEREIRA, SILVA, SANTOS, 2015).

Es sabido que la delineación de un programa no siempre constituye un proyecto perfecto y totalmente cohesivo, ya que involucra innumerables negociaciones, relaciones de fuerza y poder (ARRETCHE, 2001). Por lo tanto, inevitablemente, estará sujeto a discusiones y debates, con el presupuesto de fortalecer y mejorar su delineación y no de debilitarlo. Los obstáculos en la fijación de médicos en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) (NEY & RODRIGUES, 2012), propulsora del PMM, no estuvieron en el enfoque de las noticias, que se restringieron a las opiniones a veces superficiales y polarizadas de los médicos contrarios al programa.

El PMM representa actualmente una estrategia central en la organización de la atención básica del SUS. En lo que se refiere a la educación en salud, los médicos del programa han actuado como fuentes de distribución justa en las comunidades. El Ministerio de Salud, a través de la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (SGETES), ha invertido en la formación de estos profesionales respecto a los punzantes problemas de salud pública, como por ejemplo las arbovirosis (Zika, Chikungunya, dengue y fiebre), entendiendo que la capacitación de estos actores para el manejo de las dificultades los transformará en protagonistas de iniciativas clínicas y educativas contextualizadas y multiplicadas en las diversas realidades locales (MEIRELES, 2017). A pesar de su potencial, estos argumentos no estuvieron presentes en las noticias analizadas.

Consideraciones finales

El camino metodológico de la triangulación permitió analizar la vehiculación de las noticias sobre el Programa Más Médicos a lo largo de su implantación en los meses de junio a diciembre de 2013, en dos diarios impresos del estado de Espírito Santo. La asociación de datos cuantitativos y cualitativos permitió una mejor interpretación del objeto de estudio, ya que los abordajes se complementaron, destacando la forma de vehiculación de la temática a lo largo de los meses de su implantación.

La provisión de médicos es una falta histórica en el SUS, que se puso en pauta de forma contundente a partir del PMM. Sin embargo, a pesar de las evidencias que indicaban su relevancia social, el Programa fue presentado por los medios mayoritariamente bajo la perspectiva de los conflictos y de las disputas simbólicas de poder, analizadas en este trabajo a partir de las formaciones discursivas “embates enfrentados por el PMM” y “necesidad de su” reafirmación y validación “.

En relación con las características editoriales, en ambos diarios, se observó la predominancia de notas en las páginas con menor destaque (páginas pares); visión contraria al Programa; escasez de elementos de edición; modestas citas del SUS y apenas una bajada de portada; bajo protagonismo de los usuarios atendidos por los médicos del PMM como fuentes de las notas; además del predominio del enfoque del Programa con una sola dimensión, relativa a la provisión de emergencia de médicos.

Pocos fueron los discursos mediáticos que explicaron el funcionamiento del PMM como un todo, discutiendo la necesidad de su implantación, además de sus posibles impactos positivos en la salud de la población. En el mismo sentido, se observó en este estudio que el discurso mediático sobre la implantación del Programa, a partir de los dos periódicos, no contribuyó con la potencialización de su implantación.

Los estudios del área de la Comunicación de la Salud han demostrado la capacidad de los medios periodísticos, particularmente en su vertiente masiva, para producir hechos sociales e instituir realidades, según los repertorios y enfoques que decide emplear. Como una última observación que contribuye al entendimiento de esta capacidad mediática de instituir hechos sociales, cabe recordar que las noticias no son un “espejo” de la realidad, sino que son el resultado de la interacción simultáneamente histórica y contemporánea de los acontecimientos, que suceden en sobreabundancia en lo cotidiano, junto a las fuerzas personales, sociales, ideológicas, culturales, de los medios físicos y técnicos de fijación y transmisión de la información, además de las características de las industrias culturales y mediáticas. Entendiendo el proceso de producción de las noticias según esta perspectiva, se concluye que la narrativa periodística construida y divulgada durante el período de implantación del PMM produjo un sentido negativo sobre el Programa, que se impuso como una realidad en lo cotidiano. A pesar de la retorcida cobertura de los medios de comunicación masivas, algunos medios alternativos y actores en redes sociales ofrecieron un contrapunto a tal cobertura negativista y contribuyeron con un debate más equilibrado sobre el PMM, aunque no fueron capaces de lidiar con la falta de informaciones vitales del gobierno ni la reacción exaltada de muchos médicos brasileños.

Por último, es importante registrar que la presente investigación, aunque realizada en una ciudad que no pertenece al grupo de los mayores centros urbanos del país, representa una muestra del escenario predominante en Brasil, particularmente en momentos de gran fragmentación y polarización política, como ha sido en los últimos años.

Referencias:

- ADORNO, T. W. *Indústria Cultural e Sociedade*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- ARRETCHE, M. T. S. Uma *brain networking* contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (org.) *Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais*. São Paulo: IEE/PUC, 2001, p. 43-56.
- BAHIA, L. Pensar o Sistema Único de Saúde do século XXI: entrevista com Lígia Bahia [entrevista a CUETO, M.; BENCHIMOL, J.; TEIXEIRA, L. A.; CERQUEIRA, R. C.]. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 93-107, 2014.
- BLOG DA SAÚDE. Programa surgiu de demandas de prefeitos de todos os partidos, diz Padilha. Oct 2013 [accedido el 2017 julio 31]. Disponible en: <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2013/10/programa-surgiu-de-demandas-de-prefeitos-de-todos-os-partidos-diz-padilha-7042.html>
- BRASIL. *Demografia Médica no Brasil*. Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de Pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Federal de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, v. 2, 2013b.
- BRASIL. Diário Oficial da União. Ley nº 12.871, de 22 de octubre de 2013. Instituye el Programa Más Médicos, altera las Leyes n. 8.745, de 9 de diciembre de 1993, e n. 6.932, de 7 de julio de 1981, y le da otras providencias. Brasília, 2013a.
- BRASIL. Em todo o país, 400 cubanos trabalharão em 219 localidades, a maior parte em cidades de baixo IDH do Norte e do Nordeste. Sept 2013c [accedido el 2017 julio 29]. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos?start=205>.
- BRASIL. Ministerio de la Salud. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).
- CAMPONEZ, C. *Jornalismo de proximidade – Rituais de comunicação na imprensa regional*. Coimbra: Minerva, 2002.
- CAMPOS, G. W. S. *A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”*. Campinas: FCM, Unicamp, 2013.

- CARAMELLI, B. Os médicos estrangeiros: a questão da língua. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 407-408, 2013.
- CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface – Comunic, Saúde, Educ, Botucatu*, v. 17, n. 47, p. 913-926, 2013.
- CASTILHO, C. Morrem os jornais, surgem as marcas jornalística. *Observatório da Imprensa*. Set. 2015 [acesso em 2017 julho 31]. Disponível em: <<http://observatoriodaimprensa.com.br/imprensa-em-questao/morrem-os-jornais-surgem-as-marcas-jornalisticas/>>.
- CAVACA, A. G. et al. Diseases Neglected by the Media in Espírito Santo, Brazil in 2011–2012. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, San Francisco, April 26, p. 1-19, 2016, disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0004662>.
- CAVACA, A. G.; EMERICH, T. B.; LERNER, K. Observatórios de Saúde na Mídia: dispositivos de análise crítica em Comunicação e Saúde. *Rev. bras. pesqui. saúde.*, Vitória, v. 18, n. 3, p. 4-5, 2016.
- DE LAVOUR, A.; DOMINGUEZ, B.; MACHADO, K. O SUS que não se vê. *Revista Radis*, Rio de Janeiro, n. 104, p. 1-5, 2014. DINIZ, L. Polêmica Judicial à saúde. Ano 19, edição 762, 2013 [accedido el 2016 Feb 20]. Disponível em: http://observatoriodaimprensa.com.br/imprensa-em-questao/polemica_prejudicial_a_saude/ DOMINGUEZ, B. Há médicos. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 134, Nov., 2013.
- DOWNING, J.; FORD T. V.; GIL, G.; STEIN, L. Mídia radical: rebeldia nas comunicações e movimentos sociais. São Paulo: Senac, 2002.
- DUARTE, T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). *CIES e-WORKING PAPER*, Lisboa, n. 60, 2009.
- EMERICH, T. B.; EMMERICH, A.; CAVACA, A.; FRANCO, F. A Responsabilidade Midiática na divulgação das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde e o Programa Mais Médicos. *Revista Destarte*, Vitória, v. 5, n. 2, p. 153-164, 2015.
- EMMERICH, A.; NACIF, M. O que o SUS ameaça? *Jornal A Gazeta*. Vitória, 16 Jan. 2016; Pensar: p.3.
- FERRAZ, L. M. R.; GOMES, I. M. A. M.; A construção discursiva sobre a dengue na mídia. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 63-74, 2012.
- FERREIRA, G. M. O posicionamento discursivo de “A Gazeta” e “A Tribuna” (Vitória-ES / Brasil: uma explicação para entender a evolução de suas tiragens [acesso em 2017 julho 19]. Disponível em: <http://www.eca.usp.br/associa/alaic/chile2000/11%20GT%202000Discurso%20e%20Comunic/GioandroFerreira.doc>
- GALAVOTE, H. C.; FRANCO, T. B.; FREITAS, P. S. S.; LIMA, E. F. A.; GARCIA, A. C. P.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016.
- GARCIA, B.; ROSA, L.; TAVARES, R. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Apresentação do Programa e Evidências Acerca de Seu Sucesso. *Informações Fipe*. Mar 2014, n.402, p. 26-36. Disponível em: <http://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2014/3_26-36-bea-et-al.pdf>. Accedido el: 27 Abr 2015.
- GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêucheux e Orlandi. *R Enferm UERJ*, v. 15, n. 4, p. 555-562, 2007.
- GONÇALVES, R. F. et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, 2016.
- IBOPE MEDIA. Retro Perspectiva Investimento Mercado publicitário 2014. Disponível em: <http://www4.ibope.com.br/media/investimento_publicitario_2014/#_ga=1.121299848.1447168882.1415936558>. Accedido el 22 Jul. 2016.
- KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUZA, M. F. Programa Mais Médicos: panorama de produção científica. *Ciênc Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, 2016.
- MACEDO, A. S. et al. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. *Cad. EBAPE.BR*, v. 14, Edição Especial, Artigo 10, Rio de Janeiro, Jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395117188>.
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- MACHADO, M. H.; CAMPOS, F. E.; LIMA, N. T. Em defesa do Mais Médicos: 48 países integrados no programa. Jan 2015 [acesso em 2017 julho 31]. Disponível el: <https://agencia.fiocruz.br/em-defesa-do-mais-m%C3%A9dicos-48-pa%C3%ADses-integrados-no-programa>
- MALINVERNI, C. Epidemia midiática de febre amarela: desdobramentos e aprendizados de uma crise de comunicação na saúde pública brasileira [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.

- MALINVERNI, C. Uma epizootia, duas notícias: a febre amarela como epidemia e como não epidemia. RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2 (2017). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1339>. Acessado em 26 jul. 2017.
- MASCARELO DA SILVA, T. O Sistema único de Saúde e sua Representatividade na Mídia Imprensa Capixaba. Trabalho de Conclusão de Curso. Comunicação Social. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.
- MEIRELES, B. Debate sobre as arboviroses. 290 reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, 2017. Vídeo (3h23m57s), color. Disponível em: https://www.facebook.com/pg/ConselhoNacionalSaude/videos/?ref=page_internal. Acessado em 4 de março 2017.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; EDINILSA, R. S. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 244p.
- MIRANDA, G. M. D. et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 131-145, 2017.
- MORAIS, I. et al. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o Programa Mais Médicos? Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. spe2, p. 107-115, 2014.
- NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A.. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. Physis, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.
- OLIVEIRA, F. P. et al. "Mais Médicos": a Brazilian program in na international perspective. Interface – Comunic, Saúde, Educ, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.
- ORLANDI, E. P. Análise de Discurso: princípios & procedimentos. 8ª ed. Campinas: Pontes, 2009.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella, L. et al. (orgs). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, Cebes, 2008, p. 547-573.
- PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil 1. The Lancet, p.11-31, 2011.
- PATTON, M. Q. Qualitative research and evaluation methods. 3.ed. Thousand Oaks: Sage, 2002. PÊCHEUX, M. O discurso: estrutura ou acontecimento. 4ª ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2006.
- PEREIRA, L. L.; SILVA, H. P.; SANTOS, L. M. P. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. Revista da ABPN, v. 7, n. 16, p. 28-51, 2015.
- POVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cad. Saúde Pública [online], Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, p. 1555-1564, 2006.
- RIBEIRO, R. C. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. Ciênc. saúde coletiva., Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 421-424, 2015.
- SANTOS, J. B. F. et al. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. Saúde Soc., São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1003-1016, 2016.
- SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.
- SCHANAIDER, A. Mais ou Menos médicos! Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 303-304, 2014.
- SCHEFFER, M. et al, Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015.
- SCREMIN, L.; JAVORSKI, E. O enquadramento das notícias sobre os estrangeiros do Programa Mais Médicos. In: Encontro de Pesquisa em Comunicação: Comunicação e Sociedade: Diálogos e Tensões, 2013, Curitiba-PR. V Enpecom Comunicação e Sociedade: Diálogos e Tensões. Curitiba: UFPR, 2013, v. 5. p. 95-107.
- SEGALIN, M. O Programa Mais Médicos: um estudo de imagem a partir da Revista Veja. 2013. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Comunicação Social – Relações Públicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- WASKO, J. Estudando a Economia Política dos *Media* e da Informação. In: SOUZA, H. (org.) Comunicação, Economia e Poder. Portugal: Porto Editora, 2006, p. 29-60.
- XAVIER, C.; NARVAI, P. C. A marca Invisível do SUS. Ensaios e diálogos, Rio de Janeiro, n. 1, p. 45-49, 2015.



Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo IV

INVESTIGACIÓN SOBRE LAS INTERACCIONES SOCIOCULTURALES, CONVIVENCIA E INTERCAMBIOS DE CONOCIMIENTOS ENTRE MÉDICOS CUBANOS Y BRASILEÑOS: NOTAS METODOLÓGICAS

Eduardo Siqueira¹ y Leonardo Cavalcanti²

La presente investigación analiza los procesos de interacción sociocultural, convivencia e intercambios de conocimientos entre médicos cubanos y brasileños, y entre estos y los enfermeros, agentes de salud, pacientes y la población donde trabajaron y vivieron. La hipótesis inicial de la investigación es que las interacciones socioculturales de los médicos cubanos con los brasileños son y siguen siendo importantes para la práctica médica, la realización social del médico cooperado y la salud de la población por ellos atendida.

El estudio contempló las cinco regiones del país (Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sur y Sudeste), en un intenso trabajo de campo compuesto de etnografía, entrevistas semiestructuradas y grupos focales, realizados entre febrero y octubre de 2016. La recolección y análisis de los datos partieron de un modelo tipológico que dividió el objeto en tres focos distintos: 1) áreas indígenas 2) comunidades quilombolas y 3) periferias urbanas.

La recolección de información se realizó en tres etapas. En la primera etapa, después de la elección de las localidades, se definió la mejor forma de entrar en contacto con los médicos, junto con el equipo técnico de la OPS / OMS, responsable por administrar a los médicos cubanos del PMM. Después de varias reuniones en la oficina de la OPS / OMS de Brasil, ubicada en Brasilia, se decidió que el contacto con los médicos se daría primero a través de los supervisores cubanos responsables por los médicos intercambistas en cada estado, después de lo cual se inició el trabajo de campo.

Para la realización de las entrevistas se designaron a investigadores para las periferias urbanas, áreas indígenas y áreas quilombolas. En las entrevistas se realizaron a través de los supervisores de la OPS / OMS, pero también hubo casos en que las entrevistas se realizaron a través del método “bola de nieve”³, es decir, los propios médicos cubanos indicaron colegas participantes del Programa. La investigación no se restringió

¹ Profesor de la Universidad de Massachusetts Boston (UMass Boston).

² Profesor de la Universidad de Brasilia e investigador con productividad en investigación por el CNPq. Coordinador del Observatorio de las Migraciones Internacionales (OBMigra).

³ El método de recolección de datos en bola de nieve se construye de la siguiente manera: durante el movimiento inicial se toma documentos y / o informantes claves, nombrados como “semillas”, a fin de ubicar a personas con el perfil adecuado para la investigación entre la población del estudio. De esta forma, tales “semillas” permiten que al investigador inicie sus contactos y trate al grupo a investigar. A continuación, se pide que las personas indicadas anteriormente por dicho proceso indiquen a nuevos contactos con las características deseadas, a partir de su propia red personal, y así sucesivamente. De esta forma el cuadro de muestreo puede crecer en cada entrevista, si es de interés del investigador (VINUTO, 2014).

a las indicaciones de los supervisores, y como resultado, se logró una muestra diversificada en términos de localidad, género y edad.

Se realizaron 92 entrevistas semiestructuradas en diecinueve estados, con una duración promedio de una hora y media cada una (Figura 1). La guía de las entrevistas fue flexible y contempló siete bloques temáticos: bloque 1 - Características sociodemográficas y antecedentes de la migración; bloque 2 - Situación socio familiar y papel de la vida familiar y personal en la integración; bloque 3 - Decisión de participar del PMM, llegada en el país, interacción en el barrio / municipio; bloque 4 - Espacios de tiempo libre, interacción en la sociedad en general; bloque 5 - Interacción socio profesional en Brasil; bloque 6 - Relación con los pacientes y grado de proximidad con la comunidad y; bloque 7 - Evaluación de la vida en Brasil y del proyecto migratorio.

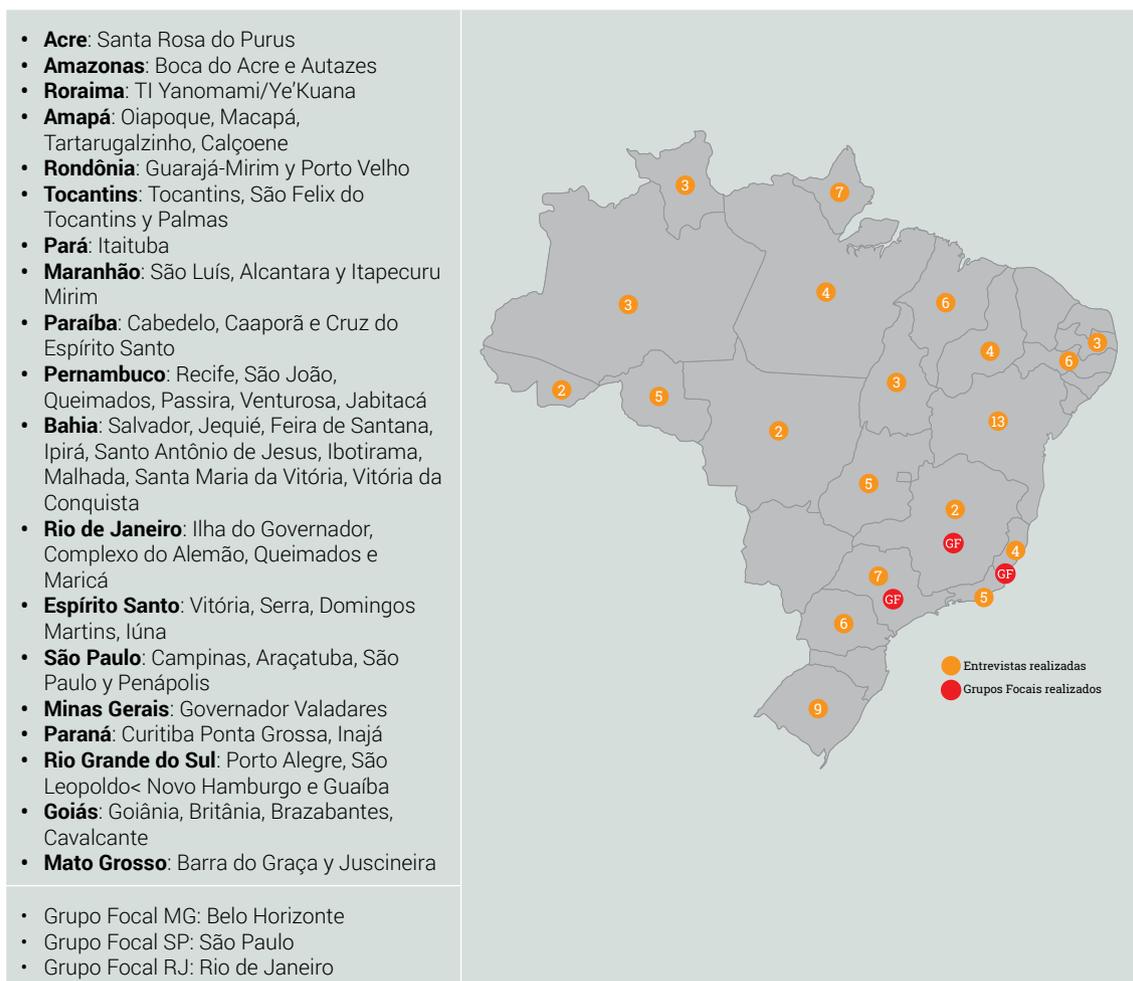
Las entrevistas se realizaron en los lugares de preferencia de los sujetos, generalmente concretadas en las cercanías de los lugares de trabajo y / o en sus casas. En las áreas indígenas se realizaron generalmente en los polos base de los DSEI y / o en las residencias de los cooperantes. El carácter semiestructurado con preguntas abiertas permitió obtener una mayor riqueza de informaciones, al mismo tiempo que hizo posible añadir nuevas preguntas al estudio, según sea necesario.

Además de las entrevistas, se realizaron tres grupos focales con el objetivo de obtener informaciones sobre la experiencia de los médicos intercambistas que no habían sido contempladas directamente en las entrevistas, como, por ejemplo, sugerencias de perfeccionamiento del PMM.

Se crearon grupos con enfoque en las ciudades de Río de Janeiro, São Paulo y Belo Horizonte, capitales de los estados que concentran un gran número de médicos intercambistas participantes del PMM.

En Río de Janeiro, contó con siete participantes (cuatro médicos y tres médicas), además de la presencia de la supervisora local. Se produjo en la residencia de uno de los participantes, y duró alrededor de una hora. En Sao Paulo, contó con ocho médicos participantes, seis médicas y dos médicos. Se realizó en las acomodaciones del Centro de Estudios Migratorios de la Misión Paz y duró una hora y veinte minutos. En Belo Horizonte, en las dependencias de la Universidad Federal de Minas Gerais, y contó con siete médicos intercambios (cinco médicos y dos médicas), además de la supervisora de la OPS / OMS de Minas Gerais, durando dos horas y cuarenta minutos.

Figura 1. Mapa de las entrevistas y grupos focales realizados, según los estados y municipios.



Con el fin de analizar la interacción sociocultural entre los médicos cubanos y la población atendida, las entrevistas se organizaron en tres ejes: a) procesos de interacción socio profesional relacionados con los lugares de trabajo; b) procesos de interacción comunitaria, como participación en la vida de las comunidades y eventual establecimiento de lazos socio afectivos y, finalmente, c) procesos de interacción sociocultural, con el fin de compartir valores y prácticas culturales cubanas y brasileñas.

El análisis de las entrevistas se realizó mediante el análisis cualitativo de su contenido temático y consistió en la organización conceptual de la información recogida en el curso del trabajo de campo, con base en categorías significativas, priorizando el contenido de estas categorías y su interpretación, en detrimento de las frecuencias de los códigos. El procedimiento para obtener un análisis completo a partir de las entrevistas se realizó con ayuda del programa de análisis de texto NVIVO®.



Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo V

MÉDICOS CUBANOS EN ÁREAS INDÍGENAS: NATURALEZAS, ENFERMEDAD Y CURA EN UN “BRASIL QUE NO APARECE EN LAS TELENÓVELAS”

Sandro Martins de Almeida Santos¹

Introducción

El presente capítulo presenta una serie de reflexiones sobre las relaciones de los médicos cubanos que trabajaron en áreas indígenas, dentro del ámbito de la investigación nacional sobre la “Interacción Sociocultural de los Médicos Cubanos en Brasil”. Aquí se describe una síntesis de los resultados obtenidos a partir del diálogo con los médicos involucrados en el PMM. Hay relatos de las alegrías y de tristezas generados por el contacto con la diversidad cultural indígena, además de las relaciones con la selva, los ríos y sus habitantes humanos y no humanos. Según un entrevistado, se trata del contacto “con el Brasil que no aparece en las telenovelas”.

En vista de las relaciones de los médicos con una naturaleza muy diferente de la que conocían en la isla de Cuba y el contacto con las distintas percepciones de los indígenas sobre los procesos de enfermedad y cura, se presenta en este texto una lectura teórica que pretende agregar los siguientes aspectos: a) las relaciones con la totalidad social que implica la selva (sociedad) y b) los encuentros y desencuentros entre las medicalidades en discrepancia (intermedicalidad).

La fauna, la flora, los ríos y los espíritus no pasan por desapercibidos entre los entrevistados. Es importante señalar que, por un lado, la formación humanista de estos profesionales ha sido puesta a prueba por la necesidad de vivir en las entrañas de la selva y los ríos dotados de personalidad, según la visión de los indígenas. Por otro lado, hubo conflictos y complementariedad entre tales saberes divergentes sobre la salud y la enfermedad. Los cubanos querían valorar el conocimiento tradicional sobre las plantas medicinales, al mismo tiempo que pretendieron inculcar determinados comportamientos entre los indígenas, en favor de la promoción de hábitos considerados saludables, bajo una óptica “positivista” y “occidental”.

El capítulo se organiza con el propósito de promover reflexiones sobre el contexto de trabajo de los médicos, a través de discusiones de fondo antropológico, acerca de una “sociedad de la naturaleza” y sobre los desafíos de la “intermedicalidad”. A continuación, se presentan las categorías de análisis propuestas por el colectivo de investigadores, es decir, una más general, relativa a las interacciones socioculturales, además de dos más

¹ Profesor del Departamento de Antropología de la Universidad Federal del Amazonas.

específicas, derivadas de la primera, ya sea la interacción socioprofesional o la participación en la vida de las comunidades.

En cuanto a la interacción sociocultural / sicionatural, categoría englobante que orienta el estudio, se enfatizan las relaciones con la naturaleza y las transformaciones recíprocas provocadas por las relaciones entre los indígenas y los intercambistas extranjeros. La interacción socioprofesional se aborda mediante las relaciones de amistad y de complicidad con los profesionales actuantes en los Equipos Multidisciplinares de Salud Indígena (EMSI), sean estos enfermeros, barqueros, custodios de los puestos de salud, entre otros.

En el ámbito comunitario, los efectos de este contacto intercultural se observaron en la potencial valorización de los llamados “conocimientos tradicionales indígenas.” Por último, se presenta una pequeña digresión sobre las expectativas antes de la llegada de los entrevistados a Brasil y la realidad enfrentada en los contextos amazónicos, un aspecto expresado en la recurrente percepción del “Brasil que no aparece en las telenovelas.”

La sociedad de la naturaleza y el desafío de la intermedicalidad en territorio amazónico

El pajé debe permanecer siete días en la selva sin comer, tan solo alimentándose con las cosas que allí aparecen en la selva, si en siete días soporta la convivencia con el yagareté y con la serpiente, si se alimenta, resiste a las enfermedades, lluvia y llega a la aldea sin ningún tipo de enfermedad, entonces es aprobado para ser el pajé de la aldea – Sancho Panza, dos años de misión Brasil, sur de Amazonas.²

El discurso anterior, proferido por un médico cubano, sirve como introducción para dos aspectos teóricos fundamentales si deseamos comprender las relaciones de los médicos cubanos con las comunidades indígenas y con el ambiente de la selva amazónica. La explicación sobre la formación del pajé, aprendida por el médico en contacto con el pueblo Apurinã, genera reflexiones no sólo sobre la relación de los habitantes de la selva con la naturaleza, sino también con la convivencia con sistemas de conocimientos médicos ajenos al conocimiento científico “occidental”.

A lo largo de las entrevistas con los médicos ubicados en áreas indígenas y, en un sentido más amplio, en la Amazonia, se hizo evidente que no sería suficiente abordar las relaciones de los profesionales cubanos con los pueblos y las culturas indígenas a través de un prisma teórico urbano o, también, rural / campesino. Los cubanos, en la calidad de forasteros, necesitaban aprender con los indígenas los modos de sobrevivir en el contexto de la selva; además, el encuentro de saberes entre “medicina occidental” y “medicinas tradicionales indígenas” produce una zona de contacto intercultural que no se deja silenciar.

De esta forma, para iluminar la lectura sobre las relaciones de los cubanos con los pueblos de la selva, se presentan dos claves teóricas del campo de la Antropología Social. En primer lugar, una breve discusión sobre el pensamiento amerindio y la relación simétrica entre humanos y no humanos establecida por esos pueblos. La selva, como argumenta Bruce Albert (1995), a partir de sus diálogos con David Kopenawa, es una totalidad social, un escenario de relaciones que involucran a los animales, la vegetación, la tierra, las aguas,

² Todos los nombres adoptados por este capítulo son ficticios.

los minerales subterráneos, además de los espíritus dotados de humores diversos. En esta “sociedad de la naturaleza” participan también hombres, mujeres, monos, *yagaretés*, peces, serpientes, *jequitibás*, palmeras de azái, castañeras brasileñas, espíritus, etc. (ALBERT, 1995; DESCOLA, 2006; GASCHÉ, 2011).

En segundo lugar, el hecho de que los pueblos indígenas sudamericanos consideren que plantas, animales y espíritus son agentes sociales, con los que hombres, mujeres y niños interactúan cotidianamente, impacta directamente los modos de interpretación de enfermedades y en los procedimientos de curación. El contacto entre el conocimiento médico “occidental” y el conocimiento médico “indígena” sobre enfermedades y curas puso a los profesionales cubanos en una problematización necesaria sobre la experiencia de una atención diferenciada que lleva a la “intermedicalidad,” entendida como la zona de contacto intercultural específica entre saberes médicos distintos y a veces contradictorios (FOLLÉR, 2004; KELLY, 2015).

De acuerdo con el antropólogo francés Phillipe Descola (2006), los sistemas de conocimiento se diferencian teniendo en cuenta “quién puede qué” en una relación determinada. Se afirma actualmente que los pueblos indígenas de las tierras bajas sudamericanas experimentan el mundo sin separar filosóficamente la cultura de la naturaleza. Esta separación fundamental, establecida entre los griegos desde el llamado período clásico, es el sostén de toda la estructura conceptual y práctica de la ciencia occidental, en la búsqueda de alejarse de la naturaleza hacia la etapa superior de la cultura, con el corolario final de la superación de la propia naturaleza animal y el establecimiento de la sociedad humana. Entre los pueblos que de esta forma distinguen naturaleza y cultura / sociedad, los agentes no humanos estarían excluidos de las relaciones sociales³. Para los indígenas sudamericanos, sin embargo, plantas y animales están dotados de conciencia y otros atributos de la vida social; por lo tanto, son considerados sujetos con intención capaces de actuar e interferir en el mundo social.

En el contexto de los pueblos de la selva, los diferentes cuerpos (animales, vegetales, minerales) albergan la misma fuente de vida y, por ello, están involucrados en una misma trama social. De acuerdo con la sabiduría amerindia, la mujer habla con el espíritu madre de las hortalizas para lograr una buena plantación; en el mismo sentido, es necesario convencer al *ser* protector de la mandioca para que haga crecer los cuerpos de sus hijos. El espíritu de la mandioca se comunica con los humanos por medio de los sueños, dictando la agenda de la siembra; de la misma manera, el hombre que entra en la selva atrás de una caza debe crear un acuerdo con el *ser* protector del animal. Así, es fundamental respetar las normas impuestas por el espíritu protector del animal que será cazado. Todas las relaciones entre los individuos indígenas y la selva circundante se negocian con otras formas de vida visibles e invisibles. Toda la selva (humanos, animales, plantas, ríos, etc.) forman parte de esta sociedad de la naturaleza (DESCOLA, 2006).

El antropólogo suizo radicado en Perú, George Gasché, y el agrónomo peruano, Napoleón Vela (GASCHÉ & VELA, 2011) acuñaron la noción de “sociedad” en vista de establecer un concepto sintético para lidiar con la dinámica intercultural entre “occidentales” y “bosquímanos”, insertados en esta totalidad social que es la selva amazónica. Las preocupaciones de Gasché y Vela son en el sentido de adecuar las propuestas científicas de conservación y manejo ambiental con las técnicas ancestralmente con éxito manejadas por los pueblos de la selva (GASCHÉ & VELA, 2011).

³ Sólo a partir de 2012, a través de la llamada “Declaración de Cambridge sobre la Conciencia”, un grupo minoritario de neurocientíficos occidentales sostiene la lucha para que se reconozca la existencia de conciencia y, consecuentemente, la posibilidad de una “cultura” entre animales no humanos.

En el caso específico de la presente investigación, se aborda el encuentro entre dos modelos de manejo de la salud. Es necesario considerar que ni los indios ni los médicos cubanos pertenecen a sistemas de conocimientos herméticos; por lo que es importante saber el modo en que las diferencias interactúan y producen cambios en las vidas de las personas, tanto de un lado y como del otro. De la misma manera que los indígenas negociaban la cooperación de los seres de la naturaleza para la realización de sus tareas diarias (plantar, cazar, curar, etc.), los intercambistas fueron llevados a la participación en este sistema de intercambio y convivencia. Por otro lado, los indígenas pudieron aprender con los cubanos algunas nociones de medicina preventiva, como, por ejemplo, lavarse las manos antes de comer y hervir el agua antes de consumirla.

Vivir en la selva y la complejidad social que esta engendra formó parte de la adaptación necesaria de los médicos cubanos a los lugares de trabajo. Como el pajé, que debe soportar la convivencia con el yagareté y la serpiente, para resistir a las enfermedades tropicales y conocer íntimamente los alimentos y venenos disponibles en la selva, el médico "occidental" también debe adaptar sus conocimientos y su postura ante la naturaleza y sus agentes sociales. Es cuestión de supervivencia negociar un espacio con las serpientes, mosquitos y yagaretés, además de la necesidad de saber identificar plantas venenosas o aprender a navegar por los ríos con las crecientes (cuando el volumen de agua es capaz de dar vuelta un barco) y vaciantes (cuando los bancos de arena hacen que se encalle el barco). A diferencia del pajé, los médicos no tuvieron que lidiar con los espíritus, pero cotidianamente debieron relacionarse, por ejemplo, con serpientes venenosas (prácticamente desconocidas en Cuba) y con plantas medicinales dotadas con propiedades antiofídicas, a través de una enseñanza transmitida por los "médicos" indígenas.

Con la convivencia en la selva y con los pueblos de la selva, los médicos conocieron los diferentes sistemas de interpretación de enfermedades y curas, además de las distintas coyunturas de contacto con las instituciones brasileñas. En ese encuentro surgieron relaciones jerárquicas derivadas del contacto entre la sociedad occidental y las sociedades indígenas. Estas relaciones no hablan simplemente de la imposición de una cultura sobre la otra, sino, sobre todo, de las resistencias y fusiones de conocimientos que marcan el proceso de contacto intercultural. Aquí se pretende revelar la zona de contacto creada entre la tradición biomédica y algunas tradiciones amazónicas. El fenómeno de la intermedicalidad se trata de la construcción de "un espacio contextualizado de medicinas híbridas" a partir de la interacción de "agentes con conciencia sociomédica" (FOLLÉR, 2004).

Es preciso sostener una perspectiva crítica ante el hecho de que el conocimiento biomédico se inserta en un contexto cultural eurocéntrico y embutido en las concepciones fundamentales que alimentan la tradición judeocristiana occidental, en su variante capitalista o socialista. Históricamente, los conocimientos médicos de los pueblos indígenas se trataron como un conocimiento no médico. Según la antropóloga sueca Maj-Lis Follér, "la práctica y la experiencia de la supervivencia, el chamanismo, el uso de plantas medicinales y los conocimientos de las parteras han sido desvalorizados en relación a los conocimientos biomédicos" (FOLLÉR, 2004). El poder colonizador captura para sí el derecho preferencial de decidir qué marco de conocimiento debe o no valorarse.

En el contexto de la salud pública brasileña, la biomedicina, como sistema de conocimiento de los colonizadores, ejerce el rol de conocimiento médico predominante, al que le sigue un discurso civilizatorio y salvacionista con el amparo "no sólo de su eficacia curativa, sino también como resultado de la expansión de la economía global de mercado" (FOLLÉR, 2004). Dicho en otras palabras, por medio de la desvalorización

del conocimiento indígena, reproduciendo comportamientos similares a los de los misioneros religiosos al introducir su fe, los agentes de salud pública brasileños introdujeron el consumo de medicamentos alopáticos entre los indígenas.

Los médicos cubanos objeto de la presente investigación, a diferencia de esto, tienden a interesarse por el conocimiento práctico demostrado por los indios, aunque a veces juzgando negativamente sus modos de vida. Por un lado, sostenían un discurso multiculturalista de respeto y tolerancia a las diferencias (SILVA, 2007); por otro lado, persistió un humanismo socialista que se solidarizaba con las dificultades materiales enfrentadas por las poblaciones y vislumbraba una evolución en las costumbres y en las formas de producción. Al mismo tiempo que promovían acciones de valorización del conocimiento indígena sobre plantas medicinales y sobre el oficio de las parteras, también pretendían hacer que los indígenas asumieran una postura más “progresista” y menos “acomodada”.

La intermedicalidad surge en la zona de contacto entre las diferentes tradiciones médicas y revela la existencia de un intercambio entre al menos dos sistemas de conocimiento sobre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad (FOLLÉR, 2004). Se pudo entender, con el discurso de los médicos, que hubo una intensa incorporación de los elementos de la biomedicina, a través de los *medicamentos*, sean estos presentados en forma de jarabes, pomadas o píldoras. Los pueblos indígenas sudamericanos son conocidos en la etnología contemporánea por su capacidad de incorporación del “otro” dentro de sus sistemas cosmológicos (VIVIROS DE CASTRO, 2002). Por lo tanto, se trata de una epistemología pragmática, vinculada a la búsqueda de la terapia más adecuada a cada tipo de enfermedad. No se trata de la sustitución de modelos de interpretación de enfermedad y tratamiento, sino de la creación de medicinas híbridas que posean características tanto de la biomedicina como de las medicinas tradicionales indígenas. Según Follér,

Se incluyen los elementos de la biomedicina, según las fuentes, porque fortalecen la etnomedicina, lo cual constituye un proceso de indigenización. Este medio término implica tanto aceptar el conocimiento biomédico como resistir al poder y a la ideología de la biomedicina (FOLLÉR, 2004).

En lo que respecta a esta medicina híbrida, cabe resaltar la importancia de los métodos occidentales en el combate a las enfermedades generadas por el contacto con el mundo de los blancos. El tratamiento de cada enfermedad depende de la identificación de su origen. Si el origen es del “hombre blanco”, el tratamiento se hará a partir de su medicina, y viceversa; si el origen es conocido por el pajé, entonces el tratamiento es indígena. Los pueblos Yanomami, ubicados en el extremo norte de Brasil (norte de Amazonas y oeste de Roraima), por ejemplo, ofrecen el concepto de xawara para designar a las enfermedades desconocidas por los pajés o chamanes, las cuales se introdujeron en las comunidades indígenas a partir de la presencia de *garimpeiros* en la región, tales como el sarampión, la malaria y las contaminaciones por mercurio. En palabras del líder Yanomami, Davi Kopenawa:

Estos son males que vienen de lejos, que los chamanes no conocen. Los espíritus de nuestros chamanes tan sólo saben destruir las enfermedades que conocemos. Cuando quieren luchar contra la xawara por cuenta propia, quizá también mueran en el intento. Para apartar estas enfermedades solo nos queda unirnos a los remedios de los blancos (ALBERT & GOMEZ, 1997).

Dada la gran extensión geográfica de los estados de la región Norte, la cobertura de los servicios públicos de salud, al igual que la presencia del Estado, en general, es precaria. Llamen la atención los casos de médicos cubanos designados para trabajar en localidades de difícil acceso, muchas de estas tan sólo accesibles por vía aérea o fluvial, con una población con poco o ningún contacto con este tipo de profesional. Para el trabajo en áreas indígenas, en algunos casos, hay hasta seis días de viaje río arriba de distancia con las comunidades. La variedad lingüística y también algunas prácticas amerindias fueron indicadas como factores que dificultaron las primeras relaciones entre los intercambistas cubanos y sus pacientes indígenas. La falta de información precisa sobre las peculiaridades de cada lugar, lo cual se debería informar con anterioridad, fue un reclamo recurrente. También fueron recurrentes los reclamos sobre la dificultad de transporte de los médicos en la región amazónica y el aislamiento de los puestos de trabajo:

La principal dificultad en Yanomami para los médicos es el problema del desplazamiento de la capital al área indígena. [...] Llegas en avión, un avión pequeño, avión monomotor, que cuando hay una lluvia fuerte en el camino [...] Tenemos casos de médicos en Roraima que hasta ya están viviendo en el municipio de Amazonas, porque es más cerca del área de trabajo. Entonces se desplazan por el río. Porque prefieren ir doce horas en barco que en una hora de avión (Aureliano Buendía, Amapá y Roraima).

En barco, después de sesenta días, creo que entonces llegas a Río Branco. Lo mismo para ir a Manaus. Después de cuarenta y cinco, cincuenta días, llegas a Manaus. ¡Es muy complicado! Por eso la única entrada posible es en avión (Sancho Panza, sur del Amazonas).



Imágenes aéreas del municipio de Santa Rosa do Purus - AC, ubicado en la frontera de Brasil con Perú. La sede municipal es accesible sólo por vía aérea o fluvial. Fotos cedidas por Mercedes.

A lo largo de la investigación se realizaron entrevistas con médicos que actualmente están en servicio en Oiapoque (Amapá), en la frontera con la Guayana Francesa; en Guajará-Mirim (Rondônia), en la frontera con Bolivia; en Santa Rosa del Purus (Acre), en la frontera con Perú; en Boca do Acre (Amazonas) en el Alto río Purus; en Itaituba (Pará), en el corazón del río Tapajós; en São Félix do Tocantins, en el sertón tocantinense; además de los profesionales al servicio del Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI) Yanomami / Ye-kwana, en la frontera con Venezuela. Todas estas regiones son de difícil acceso. En consecuencia, tales profesionales

terminan actuando como agentes de afirmación de la presencia del mismo Estado brasileño en estas áreas, en muchos casos, consideradas “aisladas” por la política indigenista brasileña.

Como Tocantína no tiene médico, no tiene guardia, hay que pasar un río para llegar al hospital, yo estoy siempre disponible para cualquier caso de urgencia. Y esto sirvió como un beneficio para la comunidad tanto indígena, como blanca, contar médico viviendo dentro de la ciudad para ayudar a estas personas (Pantaleón Pantoja, Tocantins).

Al principio, ni el equipo tenía la costumbre de ver a un médico, ¿Entiendes? Es necesario acostumbrarse a los médicos (Manolo Ortiga, Pará).

Las grandes distancias existentes en Brasil exponen las limitaciones de una planificación centralizada poco sensible a las vicisitudes de la región Norte, como los largos desplazamientos por agua y aire; la dificultad de acceso a medicamentos; los obstáculos para retiro de pacientes; los desencuentros lingüísticos con la población indígena, o incluso las dificultades de comunicación con las familias en Cuba y con los supervisores académicos brasileños, por la falta de acceso a Internet. Los médicos cubanos que actuaron en los estados de la región amazónica incluso podrían afirmar que conocieron una versión de Brasil que gran parte de la población urbana de ciudades como Río de Janeiro o São Paulo no conoce, pues no aparece en las telenovelas y tampoco en los periódicos.

A pesar de las dificultades y / o quizás a causa de estas, los médicos relataron situaciones de amplio aprendizaje profesional y desarrollo personal. El testimonio, a continuación, sintetiza muy bien los muchos relatos:

Fue bueno desde el punto de vista profesional porque atendí enfermedades que nunca antes había atendido donde vivo, compartí y trabajé en situaciones que nunca había trabajado. Enfrenté dificultades y peligros que nunca había antes vivido. Y al final, todo salió bien, salió excelente y estoy feliz (Diego Armando, Rondônia).

Con base en tal contextualización, la mirada de los investigadores se dirigió a los procesos de interacción sociocultural, interacción socioprofesional y participación en las comunidades, de parte de los médicos cubanos en la región Norte. ¿Cómo ellos y ellas reaccionaron a la vida en la selva? ¿Cómo sobrevivieron y se divertieron en la compañía de indígenas y otras amazonas? ¿Cómo se comportaron ante los desafíos de la intermedicalidad? ¿Cómo abordaron el conocimiento tradicional indígena? ¿Cómo se relacionaron con las transformaciones del conocimiento indígena incentivadas por el contacto con el Estado nacional brasileño y con la medicina occidental? ¿Cuál es la relación entre el imaginario sobre “el país de las telenovelas” y el golpe de realidad de los pueblos de la selva?

Extrañamiento y aprendizaje en contextos de interculturalidad

La Amazonia provoca extrañamientos de orden positivo y negativo: la belleza que agrada a los sentidos es la misma capaz de atentar contra la vida. En general, los cubanos que participaron en la investigación contaron que fue necesario aprender a lidiar con la realidad de la vida en la selva, sus encantos y sus peligros. Fue

necesario establecer una relación con una totalidad social inesperada: ríos con personalidad⁴, serpientes serpiente ponzoñosa y constrictoras; mosquitos vectores de enfermedades transmisibles; grandes felinos; plantas medicinales, además de la diversidad cultural y lingüística de los indígenas⁵.

... Conocer la Amazonia es único, un lugar único en el mundo es un privilegio estar aquí en este lugar, que es la madre naturaleza. Es pura naturaleza, es una experiencia única. Esto que tienen es único en el mundo (Manolo Ortiga, Pará).

En todos los viajes que hago por río, y hace dos años y cuatro meses que viajo por el río, siempre tomo una foto. Hasta creo que se repiten las fotos. [...] sin embargo, en algún momento, siempre encuentro algo diferente (Cayetano del Espíritu Santo, Amazonas).

Por otro lado, fue necesario aprender con la convivencia dentro de esta siconaturaleza:

Hay que extraer el barco, sacar las cosas, sacar el motor, sacar todo de adentro y sentir miedo de ser agujereado por una raya o que te muerda un yacaré, todo... Porque el río tiene de todo. ¡Hay muchas yararás! ¡Perdí la cuenta de las yararás y de las serpientes corales que he matado! En las escuelas, en el puesto, armaba mi red o mi tienda, y cuando me acostaba y despertaba por la mañana, ¡Al lado de la tienda había una serpiente! (Diego Armando, Rondônia).



En la sociedad de la naturaleza es necesario convivir con las temidas cascabeles y demás serpientes. Fotografía cedida por Pantaleón Pantoja.



En TI Xerente, Tocantins, un visitante interrumpe la consulta. Fotografía cedida por Pantaleón Pantoja.

Los ríos son la principal vía de transporte en la Amazonia y sus aguas voluminosas son causantes de muchos accidentes, como alerta Alonso Quijano, dos años en el Pará: “¡La lancha se da vuelta en el río y, si no sabes nadar, te hundes!

⁴ Río Bravo; río nervioso; río traicionero, entre otros términos.

⁵ El aprendizaje de la lengua portuguesa y algunos léxicos de las lenguas indígenas fue mediado por la relación con los profesionales de la salud no indígenas, y especialmente con los Agentes Indígenas de Salud que hicieron traducciones. La tendencia observada fue que los médicos aprendieron portugués y dominaron tan solo algunas expresiones indígenas, como los nombres de las enfermedades, los animales y las plantas.

En la región Norte los cubanos descubrieron, como algunos afirmaron, “un Brasil que no aparece en las telenovelas”. Como grandes consumidores de la teledramaturgia brasileña, se decepcionaron con las actuales condiciones de vida de las poblaciones que viven a grandes distancias de los principales centros urbanos nacionales, en nada similares a las condiciones de vida presentadas en las telenovelas que circulan internacionalmente. Brasil vende una imagen de “país rico” en el exterior. A principio del Programa Más Médicos (PMM), el país era unas de las nueve mayores economías del planeta. Sin embargo, la realidad experimentada por los médicos cubanos actuantes en la Amazonia no es propiamente la de un país rico. Fueron muchas las quejas relativas a la precaria infraestructura de los servicios públicos de salud y abundaron las críticas a las condiciones socioeconómicas de la población, tanto indígena como no indígena, que repercutieron directamente en las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud.

No hay otra forma, muchacho, primero día: «Dios mío, ¿Qué es esto? ¿Dónde está el puesto de salud que me dijeron? ¿Y las condiciones de seguridad? ¿Dónde está mi silla cómoda? Muchas veces nos sentamos en la tierra o en una piedra. Examinamos a una paciente en el piso, una embarazada...» (Diego Armando, Rondônia).



Ejemplo de atención precaria en las aldeas. Fotografía cedida por Pantaleón Pantoja.



Incluso donde se realizan trabajos vía tierra, la selva impone dificultades. Todos, hasta el médico, deben ayudar. Fotografía cedida por Pantaleón Pantoja.

De la siguiente manera relatan el golpe con la realidad de Brasil:

Quando conoces las telenovelas de Globo tienes una imagen de Brasil que es completamente diferente de la realidad. Tenía esa imagen de Brasil, el país de las telenovelas... Pero cuando se llega aquí a Amapá, Roraima, en el interior, uno se da cuenta de la realidad... Este además de ser un país con una economía muy grande, la séptima economía del mundo, hay muchas personas con necesidades, personas con carencias, personas con desconocimiento del mundo (Aureliano Buendía, Amapá y Roraima).

Aquí se destaca la cuestión de la intermedicalidad y las fricciones existentes entre la medicina “occidental” y las llamadas medicinas “tradicionales”, en especial las medicinas “indígenas”, como conocimiento derivado de las cosmologías y de los estilos de vida bosquimanos. Esta es una frontera muy proficua para destacar algunas dinámicas relativas a la interacción sociocultural de profesionales-médicos actuando en contexto indígena. Por un lado, existe la biomedicina, amparada en preceptos científico-materialistas, y, por otro lado,

sistemas de interpretación de enfermedades y prácticas de curación que incorporan agendas espirituales (por ejemplo, los espíritus pueden tanto quitar como salvar vidas).

La coexistencia de dos sistemas médicos no implica la sustitución de un conocimiento por el otro, pero lo que está presente es un proceso de contacto intercultural que produce medicinas híbridas y que puede incluso colaborar en la formación de complicidad entre los médicos y los pajés:

En realidad, me atendió un Pajé. Sufro de dolores en la cabeza muy fuertes. Y no me lo creía, pero un día llegué con dolor de cabeza y me preguntó si estaba de acuerdo en tratarme con él. Lo acepté. Y estuve mucho tiempo sin sentir dolor de cabeza. Él hizo unas oraciones y rituales... Luego él mismo me aceptó mucho más porque acepté su tratamiento, ya que él es un jefe en esta aldea y, luego de esto, supo que yo curo y que él también cura, porque es diabético (Oriana Lisuarte, Mato Grosso).

En cuanto a la espiritualidad, los entrevistados presentaban un discurso semejante de tolerancia a las prácticas denominadas “tradicionales”. Esto se encuentra en conformidad con el llamado pensamiento multiculturalista occidental (SILVA, 2007), que considera que el plano de la cultura existe en paralelo a la naturaleza y que, por eso, no hay un enfrentamiento propio entre biomedicina (naturaleza) y medicina indígena (cultura), sino una separación de propósitos y alcances. Como sugiere el antropólogo José Antônio Kelly (2015), los agentes “blancos” de salud tienden a ver una cierta “complementariedad conceptual y práctica” entre la biomedicina y las medicinas tradicionales. Los diferentes sistemas terapéuticos se consideran alternativas, de modo que el acceso a una modalidad de curación no excluye o limita el acceso a la otra. Fue común oír de los médicos que los procedimientos de curación por medio de la pajelanza se dieron paralelamente a los tratamientos biomédicos:

¡Tuve un paciente que, al mismo tiempo que hacía un tratamiento científico [conmigo] también hacía un tratamiento con el pajé, con rituales y cosas semejantes! (Pedro Crespo, Rondônia).

[A los munduruku] les gusta mucho el pajé, pero también les gusta nuestra medicina occidental... Siempre buscan al pajé, luego al médico, ¡Primero el pajé! (Alonso Quijano, Pará).

El pajé reza y nosotros damos el medicamento y conferencias sobre cómo evitar las enfermedades. Él empieza y yo termino, o él termina y yo empiezo. Así no se muere nadie más (Pantaleón Pantoja, Tocantins).

Es necesario respetar estas cosas, aceptar y combinarlo de esta manera, porque hay un equilibrio entre lo biológico y espiritual (Manolo Ortiga, Pará).



Médico y partera intercambian conocimientos. Fotografía cedida por Amadís de Gaula.



Día de fiesta en TI Xerente. El médico con ropas típicas. Fotografía cedida por Pantaleón Pantoja.

La aparente armonía entre el tratamiento médico y la pajelanza, sin embargo, camufla un desencuentro entre concepciones discrepantes sobre salud. Por un lado, los médicos dedicados a la atención primaria se esforzaron en cambiar o transformar los hábitos de los indígenas considerados “no higiénicos”. Lo hacen amparados en el discurso de mejora de los indicadores de salud de las comunidades. De hecho, fueron exitosos, por ejemplo, en cuanto a la reducción de síntomas tales como diarreas, porque estimularon en las poblaciones atendidas el hábito de lavarse las manos. Por otro lado, hubo resistencias de parte de los indígenas que no aceptaron todas las prescripciones y siguieron buscando a los médicos sólo para la obtención de medicamentos o incluso para atención secundaria.

En la práctica es difícil porque ellos (los munduruku) no están acostumbrados a la prevención, están más bien acostumbrados a la atención secundaria, solo los curativos, solo buscar remedios, para mí es la costumbre del sistema, tan solo buscan atención médica si están enfermos (Manolo Ortiga, Pará)

Al principio fue complicado porque todos [Oro Warí] los que venían tenían diarrea y pedían metronidazol y para la gripe amoxicilina. Tuve que hacer un gran trabajo educativo (Diego Armando, Rondônia).

Cuando les decía que hicieran un remedio natural, por ejemplo, en caso de gripe, que se tomarán té con alguna planta que conozco, que ellos mismos [los palikur] podían hacer, ¡El paciente se levantaba de la silla y se iba! (Amadís de Gaula, Amapá).

Tal evidencia genera la siguiente pregunta: ¿Por qué los indígenas no acataron la atención primordial de carácter educativo en su totalidad? Una primera hipótesis propuesta por los médicos cubanos actuantes en áreas indígenas indicó el hábito de la automedicación estimulado por la distribución indiscriminada de medicamentos en el pasado reciente. Desde el punto de vista de los médicos cubanos, se trataba de un efecto colateral del paternalismo estatal, expresado en campañas de salud con base en la distribución, a veces

indiscriminada, de medicamentos⁶. Es posible afirmar, en un sentido antropológico, que los médicos vieron las culturas indígenas a partir de una óptica de la aculturación⁷. En los casos en que los indígenas contaban con una mayor interacción con la sociedad brasileña, como en Rondônia y en Tocantins, fue común oír de los médicos explicaciones sobre cómo sus pacientes indígenas habían perdido sus referencias ancestrales.

Creo que desde FUNAI pusieron a enfermeros para que trabajaran en las aldeas, ellos [Oro Wari] se adaptaron a la medicina moderna y muchas aldeas ya no quieren los remedios caseros, para nada... y tanto es así que en las aldeas ya no existen más pa-jés, estas costumbres anteriores se extinguen cada vez más. Solo los más ancianos conocen estas prácticas (Diego Armando, Rondônia).

Esta crítica al paternalismo desde un punto de vista de la aculturación, sin embargo, no aclara todo el problema. Se trata de una visión idealizada respecto a los pueblos indígenas; una concepción que los ve como eternamente primitivos, víctimas de la civilización. Sin embargo, la realidad es más compleja. El problema del mero enfoque de la aculturación es que presupone que nadie se queda sin cultura. Por el contrario, los indígenas incorporan nuevos comportamientos y tratamientos de acuerdo con la adecuación de la nueva información a su propia cosmología (FOLLÉR, 2004). Por lo tanto, no se debe hablar de aculturación, mejor hablar de interculturalidad.

Reflexionando sobre los intercambios interculturales, los intercambistas cubanos también propusieron cambios que afectaron el estilo de vida de los indígenas en diversos aspectos. Los hábitos de higiene fueron blanco de constante atención. Las siguientes afirmaciones ejemplifican la concepción del médico de familia como agente de cambios:

Este es el verdadero médico de la familia. Interactuar para luego ir poco a poco con ellos, ir cambiando hábitos, modos y estilos de vida. Primero interactuar, conocer, estudiar su cultura para poder llegar luego a un análisis, ver sus problemas y, además, ver cómo, entre ellos y nosotros, es posible que todos juntos superemos estos problemas que, de una forma u otra, generan la enfermedad. (Pantaleón Pantoja, Tocantins).

Me gusta mucho trabajar con niños porque creo que en ellos está el futuro, en los niños está el cambio, los niños son la esperanza del mundo. Es complicado cambiar a un anciano porque este ya ha vivido su vida, morirá con estas costumbres, con sus paradigmas de la vida. Pero los niños están en proceso de crecimiento, están naciendo, si interactúas con ellas, eres exitoso en términos de beneficio de la salud del niño (Pantaleón Pantoja, Tocantins).

⁶ Para una mejor problematización sobre la utilización de medicamentos industrializados y la práctica de la auto-atención o automedicación entre los pueblos indígenas, ver SCOPEL, 2007.

⁷ Teoría antropológica en uso entre los años 1930/50 según la cual el contacto continuo y directo entre grupos de individuos de culturas diferentes provocaría cambios y pérdidas en los modelos culturales de uno o de los dos grupos (HERSKOVITS, 1963).



Niños palikur según la lente del médico cubano. Fotografía cedida por Amadís de Gaula.

En la concepción de los entrevistados, los pueblos indígenas estaban en dos situaciones: o eran “aculturados” o eran “primitivos”. O necesitaban recuperar su cultura perdida por los años de contacto o debían evolucionar, modificando sus modos de producción y sus hábitos de higiene y salud. No cabe aquí inventariar las transformaciones culturales estimuladas por los médicos cubanos en las diferentes comunidades en que estos actuaron, ni intentar mostrar las peculiaridades culturales de cada etnia involucrada. Hubo coyunturas variadas y complejas, cuya comprensión necesita dar más atención al punto de vista de los indígenas sobre la presencia de los extranjeros en sus territorios.

Con base en estas percepciones de “aculturación” o “primitivismo”, los médicos pretendieron actuar en vista de las modificaciones, ya sea en los hábitos higiénicos de las poblaciones atendidas, ya en las condiciones productivas. Pero esto no se produjo sin la resistencia de los indígenas a los cambios:

Hay cosas que hace tres años que les decimos que están mal, que debe ser de otra manera y sigue igual desde el primer día... Se complica... (Manolo Ortiga, Pará).

Estas resistencias no se refieren a la presencia específica de los profesionales cubanos, aunque tengan formación humanista, sino al contexto más amplio de la presencia occidental en el cotidiano de los pueblos indígenas, relaciones de contacto intercultural que históricamente contribuyeron a diezmar a poblaciones enteras. Como bien dijo el médico Cayetano del Espíritu Santo, que trabajó con el pueblo Mura en el interior del Amazonas:

“Creo que aún sienten recelo, ¿O no? No nos miran como a extranjeros, sino como a personas blancas y por eso tienen cuidado”.

Cabe destacar que, al hablar, el médico cubano empleó la expresión “personas blancas”, incorporando a su vocabulario una categoría utilizada por los indígenas para calificar sus relaciones con la alteridad colonizadora.

Cayetano, además, criticó la relación desigual establecida entre los indígenas y el “mundo de los blancos”. Él detectó, por parte de la sociedad dominadora, una devaluación de las culturas y de las personas indígenas, lo cual provoca una baja autoestima en estas poblaciones y sus descendientes, puesto el pueblo Mura le transmitió que se consideran desvalorizados en su propio país.

En este aspecto del contacto intercultural, se destaca la existencia de una diferencia entre los médicos cubanos y los profesionales de la salud brasileños en cuanto al reconocimiento y valorización de los conocimientos tradicionales indígenas sobre salud y enfermedad, sobre vida y muerte. Mientras que los brasileños tienden a subestimar los conocimientos indígenas, considerándolos como conocimientos no médicos (LANGDON, 2004, FOLLÉR, 2004), los cubanos se inclinaron por una mayor apertura para aprender de los indígenas⁸. Tal apertura interfirió directamente en la conquista de la simpatía entre los habitantes de las comunidades atendidas, facilitando un mayor acercamiento entre médicos e indígenas. Hubo quienes quisieron aprender los conocimientos de sus pacientes y aquellos que se admiraron con la pericia de las parteras indígenas:

Así logro conocimientos amplios de prácticas que ellos realizan... Con las plantas que conocen y transmiten, me regalaron su conocimiento... Hay muchas plantas medicinales con propiedades y que no conocemos en nada... Los indígenas saben mucho sobre esto. Si seguimos estudiando con los indígenas como lo estoy haciendo, creo que podremos conocer muchas plantas que aún no han sido descubiertas (Amadís de Gaula, Amapá).

Me pasó de tener que asistir a una embarazada en su parto, pero el bebé no estaba en posición cefálica, entonces dije: "Hay que derivarla"... Entonces, llegó la partera, hizo unas maniobras y puso al niño en la posición cefálica, y así realizó el parto... Hacen unas maniobras y logran esto. O sea, también tenemos que aprender estas cosas, ¿O no? [...] Esto es muy interesante... La primera vez que vi esto, parto con complicaciones... Se muere el bebé... Pero las parteras tienen mucha experiencia, son muy sabias en esto. Son muy habilidosas (Alonso Quijano, Pará).



Partera Palikur aprendiendo técnicas biomédicas. Fotografía cedida por Amadís de Gaula.

⁸ Esta afirmación se trata de una generalización y, como generalización, también corre el riesgo de darle al lectora una imagen totalizante sobre el comportamiento de las personas. Es importante aclarar que hay profesionales de la salud brasileños comprometidos en la valorización de los conocimientos indígenas, así como existen profesionales de salud cubanos que desvalorizaron estas prácticas.

La metamorfosis del compañero de trabajo en pariente: la interacción socioprofesional en la Amazonas

Una peculiaridad observada en la vida de los médicos cubanos en la región Norte es que la distancia relativa a los centros urbanos ha hecho que las principales interacciones sociales ocurran entre los compañeros de trabajo. El trabajo en las áreas indígenas y en aquellas áreas denominadas “aisladas” se realizó mediante “entradas”, término que implica una separación entre lugar de trabajo y lugar de descanso. Durante las “entradas” los cubanos convivieron por días y semanas en sintonía con los Equipos Multidisciplinares de Salud Indígena, formados por enfermeros, técnicos de enfermería, conductores, dentistas, canoeros / barqueros y cocineros. En los días de descanso, en la ciudad, los médicos eran recibidos por las familias de estos colegas brasileños. Una vez socializados en las redes de parentesco locales, recibieron invitaciones para almorzar, para pescar, para conocer los lugares de baño, para participar fiestas ocasionales, etc. La producción de ese parentesco “relacional” apareció en la relación de los médicos con sus compañeros de trabajo, como un mecanismo que amenizó las dificultades del distanciamiento de sus familias que estaban en Cuba⁹.

Los médicos que trabajan en las áreas indígenas con los brasileños, con el personal del equipo... [crean relaciones] mucho más fuertes que los médicos que no trabajan en la salud indígena... Porque tienes que convivir con ellos, dormir con ellos, estar todo el día, veinticuatro horas con ellos... tenemos que compartir todo, porque nadie se va a comer una torta en la selva mientras tú estás pasando hambre en la orilla del río. Y mucho más... Los lazos de amistad son más fuertes entre los médicos que trabajan en la salud indígena que entre los que trabajan en la ciudad (Sancho Panza, Sur de Amazonas).

Aquí yo reconocería como familia a aquel chofer que nos ayudaba... Yo no conocía a nadie de su familia, entonces me dijo: “Lo que tú dices está mal, eres mi familia, tú vas allí y yo también voy contigo”. “Puedes ir con tu novia”, me dijo. ¡Entonces, fantástico, conocí a su familia, mucha diversión, me encantó! (Cayetano del Espíritu Santo, Amazonas).

En realidad, allí no me siento sola, me siento bien porque desde el primer día me hice amiga de todas las enfermeras de la unidad, la directora de la unidad y me la paso en la unidad. El fin de semana generalmente vienen a mi casa, hacemos un tipo de almuerzo, una fiesta, hay muchas cascadas y siempre me llaman (Dulcinea del Toboso, Amapá).

⁹ Sobre el tema de las relaciones como esencia del parentesco, ver CARSTEN, 2004 y SAHLINS, 2013.



EMSI del Polo Base Pantaleón (Autazes, Amazonas saliendo a otro día de trabajo). Fotografía cedida por Cayetano del Espíritu Santo.



Hora del almuerzo de la EMSI del Polo Base de Tocantínia, con picnic dentro de la TI Xerente. Fotografía de Sandro Almeida Santos

Con los agentes indígenas de salud también se establecieron relaciones de proximidad e incluso de parentesco, en el sentido indígena del término. En efecto, los indígenas brasileños suelen emplear el lenguaje del parentesco para expresar sus afinidades, canibalizando metafóricamente a quién está afuera y transformándolo en alguien de adentro (VIVIROS DE CASTRO, 2002). Este pensamiento influyó el discurso del médico en el sur del Amazonas, que se sintió integrado a la vida en la pequeña ciudad aislada en la selva:

Miro la televisión, salgo, doy una vuelta a la plaza. Como un asado allí, me tomo una cerveza, voy a la casa de un pariente, les decimos "pariente" a los indígenas. Indígenas para nosotros son los parientes que viven en la misma ciudad... Voy para allí, charlamos, voy a la casa de un compañero del equipo de trabajo, es así (Sancho Panza, sur de Amazonas).



Después de un día de trabajo, el médico y el conductor Xerente pescan a orillas del río Tocantins. Fotografía del autor.

La medicina en la vida cotidiana y las huertas comunitarias

Una característica de la formación médica de los cubanos les fue útil para tejer relaciones personales en el seno de las comunidades indígenas. Se trata del cultivo y valorización del uso de las plantas medicinales. En diferentes calidades se observó que los cubanos incentivaron el cultivo de huertas para la elaboración de medicamentos caseros. La actividad productiva en las huertas, además de ocupar a hombres y mujeres,

ayudó a desalentar el consumo de fármacos sintéticos. Los médicos promovieron la actividad con base en los conocimientos de las mismas comunidades, sobre todo de las personas mayores.

En Cuba somos adaptados para también utilizar la medicina natural. En la misma farmacia hay jarabes para el catarro y varios medicamentos de medicina natural que se usan en Cuba, siempre estuvimos adaptados a esto y de esta manera también aceptamos los tratamientos que ellos conocen (Oriana Lisuarte, Mato Grosso).

El interés de los cubanos por las plantas medicinales encontró una justificación histórica, con base en la escasez de producciones farmacéuticas:

En nuestra formación en Cuba siempre nos hablan de la medicina tradicional. Tiene que ver con un periodo vivido por Cuba, un tiempo que se llama "periodo especial", un periodo muy difícil, muchos bloqueos y dificultades, ¿Cierto? Y los médicos de Cuba aprendieron a trabajar con medicamentos naturales, plantas..., hierbas..., tales cosas... (Alonso Quijano, Pará).

También en las áreas indígenas, en especial las regiones aisladas, hay fuerte escasez de medicamentos. El trabajo en las huertas comunitarias implicó un cambio de hábitos para los indígenas, con enfoque en la promoción de la salud y también el intercambio de conocimiento sobre las propiedades medicinales de las plantas:

Donde trabajé mucho y me acerqué al protagonismo de los AIS y AISAN¹⁰ fue en la construcción de la huerta que llevé adelante. Para hacer esta huerta trabajaron directamente conmigo. Y ellos ya saben para qué sirve esta planta, para qué sirve la otra, qué se puede hacer... Entonces charlamos algunas ideas, ¿Entiendes? Intercambiamos ideas y conocimiento y demás cosas (Amadís de Gaula, Amapá).



Movilización para la huerta comunitaria. Aldea Kumenê, pueblo Palikur, Oiapoque, Amapá. Fotografía cedida por Amadís de Gaula.



Huerta comunitaria de la aldea Kumenê. Fotografía cedida por Amadís de Gaula.

¹⁰ AIS son los Agentes Indígenas de Salud y AISAN son los Agentes Indígenas de Saneamiento.

Por medio de la participación de los médicos occidentales en la promoción de la medicina indígena, se observó la importancia entre la medicina tradicional y la biomedicina, para el intercambio de conocimientos sobre tratamientos de enfermedades tropicales. La práctica de una medicina híbrida favoreció las relaciones de cooperación entre los médicos y las comunidades

La medicina cubana en “Un Brasil que no aparece en las telenovelas”

Si hacemos un balance sobre el proceso de interacción sociocultural de los profesionales cubanos en la Amazonia, la experiencia de inmersión en la región fue ciertamente más positiva que negativa.

De hecho, la relación entre los médicos y los pacientes indígenas se generó tanto en función de la apertura ofrecida por las poblaciones, como por las diferentes coyunturas de contacto intercultural, por ejemplo, si predominaba el uso de la lengua portuguesa o lengua materna, si había o no resistencias a los tratamientos biomédicos, si había o no valoración de la medicina tradicional. La mayoría de los lugares visitados, según la concepción de los médicos, dieron posibilidades de lograr un gran contacto con la sociedad mayoritaria, encontrando allí facilidad de participación en la vida comunitaria. Las relaciones sociales, a su vez, provocaron además un extrañamiento y causaron alertas sobre los riesgos de la vida que hay en la selva, subiendo y bajando ríos, encarando mosquitos, serpientes y yagaretés.

Así, se destacó la buena acogida por parte de los agentes de salud, conductores, barqueros y limpiadores, además de otros miembros del equipo de salud. Entre los profesionales entrevistados, no hubo registro de reclamos por sentimientos de soledad u otros sentimientos de aislamiento, incluso para los casos de los individuos que trabajaron en localidades consideradas muy remotas. Los cubanos construyeron estrechas redes de relaciones preferentemente con los profesionales de salud, sus compañeros de trabajo y sus familias, que se constituyeron como las principales referencias de la interacción social y acogida en la Amazonia.

Por otro lado, la centralización administrativa del PMM, cuya sede se encuentra en Brasilia, no fue capaz de considerar las peculiaridades de la Región Amazónica, tales como la distancia entre las localidades y la infraestructura precaria de transportes y comunicaciones. Esto sin duda dio paso a cierta frustración de los intercambistas, respecto a las expectativas que poseían antes de llegar a Brasil. La referencia a las telenovelas muestra que estas finalmente funcionan como una vitrina, en la que se anuncian y venden fragmentos de una determinada cultura brasileña, con sus modas, músicas, casas, estilos de vida (MENDES, 2012).

Por medio de la teledramaturgia los cubanos construyeron una imaginación específica sobre Brasil, relacionada a barrios, fiestas, playas, edificios, avenidas y estilos de vida de las grandes ciudades brasileñas, sobre todo de Río de Janeiro. Tal imaginación no se debe considerar algo pasivo, una vez que se tomó la decisión de participar o no de la Misión en Brasil. Con mucha frecuencia se oyó en las entrevistas con los médicos cubanos la crítica sobre el contacto con un Brasil diferente al paisaje mostrado en las telenovelas, además de cierta decepción con la propaganda de Brasil que se hace en Cuba. La interacción sociocultural con los pueblos de la selva pasó necesariamente por la interacción con la totalidad social que es la selva; y la vida en la selva ofreció riesgos que no fueron previamente informados ni por los medios brasileños ni por las autoridades responsables del PMM.

El contacto con la realidad más allá de las telenovelas provocó algunas situaciones de choque cultural real. Como punto crítico, llama la atención el extrañamiento relativo a las prácticas indígenas sobre vida y muerte,

en especial el neonaticídio entre los yanomamis. En palabras de un asesor del PMM de la región, “son cosas culturales que generalmente asustan”. Aunque los cubanos presenten más apertura ante los conocimientos indígenas, si los comparamos con los profesionales de la salud brasileña, esto no quiere decir que acataron o normalizaron todas las prácticas que juzgaron como “irracionales” o “primitivas”.

Por último, cabe destacar que el encuentro con los saberes y las prácticas indígenas sobre salud y enfermedad reveló un doble vínculo presente en la formación profesional de los médicos cubanos, traducido por la valorización de los conocimientos tradicionales indígenas sobre plantas medicinales y sobre el oficio de las parteras, además del compromiso que presentaron para el cambio de hábitos indígenas relacionados a las condiciones de higiene y los cuidados con el cuerpo.

Referencias

- ALBERT, Bruce e GOMEZ, Gale Goodwin. *Saúde Yanomami: um manual etnolinguístico*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1997.
- ALBERT, Bruce. O ouro canibal e a queda do céu. *Série Antropologia*, n. 174. Brasília: UnB, 1995.
- CARSTEN, Janet. *After Kinship*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
- DESCOLA, Philippe. *As lanças do crepúsculo: relações jívaro na Alta Amazônia*. São Paulo: Cosac Naify, 2006.
- FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In LANGDON, Esther Jean e GARNELO, Luiza (org.). *Saúde e povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Brasília: Contracapa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. pp. 129-148
- GASCHÉ, George e VELA, Napoleón. *Sociedad bosquesina: ensayo de antropología rural amazónica, acompañado de una crítica y propuesta alternativa de proyectos de desarrollo*. Tomo 1. Iquitos: Instituto de Investigación de la Amazonia Peruana, 2011.
- HERSKOVITS, Melville. *Antropología cultural: man and his works*. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1963.
- KELLY, José Antônio. Uma etnografia de ponta a ponta: o Ministério da Saúde e os Yanomami do Amazonas, Venezuela. In LANGDON, Esther Jean e CARDOSO, Marina (org.). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Ed. UFSC, 2015. pp. 279-306
- LANGDON, Esther Jean. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In LANGDON, Esther Jean e GARNELO, Luiza (org.). *Saúde e povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Brasília: Contracapa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004. pp. 9-32.
- MENDES, Chirley. O consumo da telenovela brasileira em países africanos. *Revista Pós*, Brasília, v. 11, n. 1, 2012. pp. 132-159.
- OLIVEIRA, Leonor Valentino de. *O cristianismo evangélico entre os Waiwai: alteridade e transformações entre as décadas de 1950 e 1980*. Rio de Janeiro: UFRJ/Museu Nacional/PPGAS, 2010.
- QUEIROZ, Ruben Caixeta de. A saga de Ewká: epidemias e evangelização entre os Waiwai. In WRIGHT, Robin (Org.). *Transformando os deuses: os múltiplos sentidos da conversão entre os povos indígenas no Brasil*. Campinas: Ed. da UNICAMP, 1999. pp. 255-284.
- SAHLINS, Marshall. *What Kinship Is – and Is Not*. Chicago: The University of Chicago Press, 2013.
- SCOPEL, Daniel. *Saúde e doença entre os índios Mura de Autazes (Amazonas): processos socioculturais e a práxis do auto atenção*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Florianópolis: UFSC, 2007.
- SILVA, Tomaz Tadeu da. A produção social da identidade e da diferença. In SILVA, Tomaz Tadeu da. *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2007. pp. 73-102.
- SOUZA, Maximiliano Ponte de. Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médicos para o Brasil: o caso do estado do Amazonas. *TEMPUS – actas de saúde coletiva*, n 9 (4). Dezembro de 2015. pp. 191-197.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. In VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *A inconstância da alma selvagem – e outros ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosac&Naif, 2002. pp. 345-400.



Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo VI

MÉDICOS CUBANOS EN ÁREAS URBANAS PERIFÉRICAS: UN ANÁLISIS DE PROCESOS INTEGRATIVOS ESPERADOS

Márcio de Oliveira¹ e Gabriella Barreto Soares²

Introducción

Entre febrero y julio del año 2016 se entrevistaron a 48 médicos cubanos participantes del PMM, que actuaron en las periferias urbanas de 30 municipios ubicados en 13 estados, en todas las regiones brasileñas, con las características personales mostradas a continuación:

Cuadro 1. Características de los médicos cubanos entrevistados

MÉDICOS	EDAD PROMEDIO (AÑOS)	TIEMPO PROMEDIO DE PROFESIÓN (AÑOS)	NÚMERO PROMEDIO DE ESPECIALIDAD
16 Hombres	44	20	Dos
32 Mujeres	43	19	Dos

Fuente: Búsqueda de campo

Un primer enfoque analizó la actuación de estos profesionales, que fueron designados para trabajar en localidades con acentuada falta de médicos, en relación a sus perfiles individuales, trayectorias, vivencia en el ambiente profesional, participación en la vida comunitaria e inserción en la realidad sociocultural local. Como se muestra a continuación (Cuadro 2), las áreas presentaban una gran diferencia con relación a su tamaño y el número de médicos por mil habitantes, algunas de ellas hasta con indicadores por encima de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (WHO s/d).

¹ Profesor Titular de Sociología de la Universidad Federal de Paraná (UFPR).

² Posdoctora en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Espírito Santo (UFES).

Cuadro 2. Número de médicos entrevistados, población y número de médicos por 1000 habitantes por región, estado y municipio

REGIÓN	ESTADO	MUNICIPIO	POBLACIÓN ¹	MÉDICOS/ 1000 HABITANTES	MÉDICOS ENTREVISTADOS	IDHM 2010	FRANJA DEL IDHM
Norte	Amapá	Macapá	437.256	1,42 ²	03	0,733	Alto
	Rondônia	Guajará-Mirim	45.761	0,22 ³	01	0,657	Médio
Nordeste	Bahía	Salvador	2.883.682	4,02 ²	02	0,759	Alto
		Feira de Santana	606.139	4,04 ³	01	0,712	Alto
		Santo Antônio de Jesus	99.407	0,46 ³	01	0,700	Alto
		Jequié	161.391	1,22 ³	01	0,665	Médio
	Maranhão	São Luís	1.053.922	3,16 ²	02	0,768	Alto
	Paraíba	Cabedelo	63.035	0,46 ³	01	0,748	Alto
		Caaporã	21.212	0,23 ³	01	0,602	Médio
	Pernambuco	São João	22.162	0,23 ³	01	0,570	Baixo
Recife		1.599.513	6,48 ²	01	0,772	Alto	
Centro-Oeste	Goiás	Goiânia	1.393.575	5,68 ²	01	0,799	Alto
		Brazabantes	3.444	0,3 ³	01	0,701	Alto
Sudeste	Espírito Santo	Domingos Martins	34.059	1,08 ³	01	0,669	Médio
		Íluna	29.258	1,08 ³	01	0,666	Médio
		Serra	467.318	2,31 ³	01	0,739	Alto
		Vitória	348.268	11,90 ²	01	0,845	Muito Alto
	Minas Gerais	Governador Valadares	275.568	2,31 ³	02	0,727	Alto
	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	6.429.923	6,28 ²	03	0,799	Alto
		Maricá	139.552	2,31 ³	01	0,765	Alto
	São Paulo	Campinas	1.144.862	4,35 ³	02	0,805	Muito Alto
		Penápolis	61.371	1,77 ³	01	0,759	Alto
		São Paulo	11.821.873	4,65 ²	03	0,805	Muito Alto
Sur	Paraná	Curitiba	1.848.946	5,81 ²	03	0,823	Muito Alto
		Inajá	3.100	0,28 ³	01	0,705	Alto
		Ponta Grossa	331.084	2,33 ³	02	0,763	Alto
	Rio Grande do Sul	Guaíba	98.688	1,42 ³	01	0,730	Alto
		Novo Hamburgo	247.781	2,33 ³	01	0,747	Alto (0,799)
		Porto Alegre	1.467.816	8,9 ²	04	0,805	Muito alto
		São Leopoldo	225.520	2,33 ³	02	0,733	Alto

Fuentes: 1. Estimativa de la población de los municipios brasileños (IBGE, 2013); 2. Distribución de médicos, según capitales y grandes regiones – Brasil, 2014; Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2015; 3. Distribución de médicos, según municipios, estratos poblacionales y grandes regiones – Brasil, 2014; Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2015.

Se destaca, en primer lugar, que el 26,9% de los médicos brasileños actúan en la red privada mientras que apenas el 21,6% actúa solamente en la red pública. Además, más de la mitad de los médicos que actúa sólo en el sector público (51,5% sobre el 21,6% del total) trabaja solamente en hospitales públicos y no en las Unidades Básicas de Salud (UBS). En consecuencia, agrupando el número total de médicos de las redes públicas y privadas, el indicador médico / mil habitantes no reflejan la precariedad respecto a médicos en ciertas áreas periféricas, en las que la población depende casi exclusivamente de la red pública. Dicho esto, el análisis de los testimonios de los médicos aquí presentados hace referencia solamente a la realidad de las periferias urbanas investigadas.

Los testimonios recolectados revelan que la actuación de los médicos cubanos no se limitó a las prácticas estrictamente profesionales, sino que presentaron evidencias de procesos de integración social. En términos puramente sociológicos, la integración es el proceso por el que el individuo construye y preserva lazos sociales de interdependencia, además participar activamente del entramado social³. Esto permite decir que los individuos no sólo están integrados en la sociedad, sino que la sociedad misma es integrada (SCHNAPPER, 1996, KHELLIL, 2008, PIRES, 2012). Sin embargo, los procesos integrativos son desiguales y dependen mucho de los capitales económicos y culturales de cada individuo. Es precisamente estos capitales lo que quizá falte en los inmigrantes (SIMON, 1999, SAYAD, 1999, 2006; WIEVIORKA, 2008). En consecuencia, los procesos de integración han sido analizados como un fenómeno de la segunda generación (PORTES & RUMBAUT, 2001; PORTES, 2008).

Por otro lado, los procesos integrativos de inmigrantes en los países de acogida son generalmente concebidos y formulados en términos nacionales. Los Gobiernos y dirigentes establecen políticas de integración para individuos o grupos migrantes con proyectos de instalación definitiva (COHEN, 1999). En el caso que estamos viendo, aunque llegaron a Brasil con un conocimiento razonable de la lengua portuguesa y de la sociedad, los médicos cubanos no tenían ninguna perspectiva de una integración social duradera⁴. Su inserción socioprofesional se vio regida por contratos de trabajo previamente establecidos y conocidos, con un tiempo promedio de permanencia en el país de apenas 27 meses⁵. En resumen, por lo tanto, no estamos (o no deberíamos estar) frente a procesos clásicos de integración social, ni de asimilación o aculturación a los valores dominantes de la sociedad de destino analizados en los trabajos de Gordon (1964), Glazer & Moynihan (1970), Alba Y Nee (1997) o Todd (1994).

A pesar de los factores reguladores de la presencia y actividad profesional en Brasil, las experiencias pasadas y testimonios de los médicos cubanos mostraron una variedad de procesos de integración, desde la adaptación psicológica (WARD, 2001) hasta la interacción cultural (ALAMINOS & SANTACREU, 2011), poco comunes en poblaciones de inmigrantes. La hipótesis es que los médicos cubanos incorporaron el *habitus* y acumularon *capital*, en el sentido que Bourdieu (1972, 2015, 2016) atribuyó a estos términos, específicos de los procesos migratorios, ya que ya en su formación se preveía el trabajo en otros países. Este *habitus inmigrante*, luego de realizar la experiencia profesional internacional, les permitiría adquirir cierto *capital de*

³ Conviene destacar, sin embargo, que la literatura sobre el concepto de integración en el campo de las Ciencias Sociales es vasta y no necesariamente consensual (HAMMAR & LITHMAN, 1989).

⁴ Esta perspectiva implica el establecimiento de contratos de acogida e integración, como hay en Francia, por ejemplo. Para más detalles, ver Aloui (2014).

⁵ Los médicos cubanos comenzaron a residir en Brasil en el marco de una migración temporal, calificada y organizada por los Estados de origen y de destino. Según la Ley 12.871 (23/10/2013), los médicos cubanos se clasifican como "médicos intercambistas", con una visa temporal de 3 años, prorrogable por igual período, para el perfeccionamiento médico. Para más detalles ver MORENO & VEDOVATO (2015).

movilidad, que les permitirá integrarse mejor y más rápido en los nuevos países, situación semejante a la demostrada por Oliveira & Kulaitis (2017) en análisis sobre inmigrantes brasileños en Canadá y haitianos en Brasil.

En concreto, los testimonios tomados hacen referencia a una pléyade de situaciones, desde las condiciones generales de trabajo, pasando por pequeños descubrimientos, aprendizajes, dificultades y sorpresas positivas, hasta el establecimiento de nuevas formas de sociabilidad que superaron en mucho la relación profesional formal entre médico y paciente. En consecuencia, se observan situaciones de interacción, aprendizaje y experiencias socioprofesionales compartidas (en especial con las enfermeras y los agentes comunitarios de salud), además de la comunión de valores sociales, prácticas culturales y de interacción socioafectiva⁶, incluyendo establecimientos con relaciones amorosas y casamientos, además del deseo, por lo que algunos médicos, en tanto ciudadano comunes, para extender la duración de la estancia en Brasil⁷. Las situaciones verificadas desafían la literatura corriente sobre estudios migratorios, sobre todo porque, como ya se ha dicho, no es esta una población inmigrante en el sentido estricto del término, sino de migrantes cualificados⁸, en situación de vínculo de trabajo temporal.

Con el fin de analizar el conjunto de procesos integrados percibidos, se han clasificado⁹ los testimonios y situaciones descritas por los médicos en tres ejes: a) procesos de interacción socio profesional relacionados con los lugares de trabajo; b) procesos de interacción comunitaria, como participación en la vida de las comunidades y eventual establecimiento de lazos socio afectivos y, finalmente, c) procesos de interacción sociocultural, con el fin de compartir valores y prácticas culturales cubanas y brasileñas. En estos ejes, se buscó resaltar eventuales similitudes y diferencias en función del tamaño de las áreas urbanas, de la diversidad demográfica, económico-cultural y de desarrollo humano (IDH-M). En fin, en la medida de lo posible, se buscó verificar el impacto de la experiencia migratoria y profesional anterior en los procesos integrativos. Para concluir el presente capítulo, se demuestran elementos que obstaculizaron el proceso integrativo, en especial la violencia urbana, además de otros elementos que los facilitaron, como es el caso de la proximidad lingüística y cultural entre Brasil y Cuba.

Procesos de Integración en periferias

Al comienzo de los procesos de integración socioprofesional, comunitaria y sociocultural se pone en marcha la presencia cotidiana de los médicos cubanos en las Unidades Básicas de Salud, la formación y práctica médica, la semana de trabajo de 32 horas, además del gran número de pacientes atendidos diariamente y la necesidad del trabajo en equipo. Las imágenes negativas sobre la recepción de los médicos en Brasil vehiculadas por algunos medios de comunicación y la violencia urbana actuaron en sentido contrario dificultando estos procesos.

⁶ Según Blumer (1937), las interacciones sociales son situaciones de contacto en la que los actos se comunican casi instantáneamente. Estos actos se miden a través de gestos y palabras cuyos significados son interpretados por ambas partes en el momento mismo de la acción social. Por eso, se utiliza también el término "interacción simbólica", o sea, una interacción que contiene significado.

⁷ El país aún no dispone de una política de integración de los inmigrantes y sólo recientemente aprobó la nueva Ley de Inmigración (13.445, de 27/05/2017). En efecto, el CNlg ha gestionado la cuestión migratoria.

⁸ No se trata de inmigrantes espontáneos o económicos, sino de profesionales contratados por el Estado brasileño.

⁹ Esta clasificación es el resultado del análisis de temas significativos (captados en forma de "nudos" por el software NVivo®) que surgieron de las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo.

Integración socioprofesional

La Unidad Básica de Salud (UBS) es el principal espacio en que los médicos cubanos interactuaron con la porción de la sociedad brasileña formada por equipos de salud y pacientes. En esta, el proceso de interacción estuvo fuertemente marcado por los tipos de vínculos establecidos con el equipo de trabajo local, compuesta en la mayoría de los casos por médico, enfermero, técnicos de enfermería, cirujano-dentista, auxiliar de salud bucal y agentes comunitarios de salud.

La actividad profesional en las periferias urbanas varía en función de algunos factores de aprendizaje, como la familiarización con la Política Nacional de Atención Básica, sus sistemas de referencia y contra referencia, prontuarios de las UBS y protocolos; con el proceso de acogida, ambiente profesional (relación con los equipos de salud) y cotidiano de la práctica médica. Además de estos factores, también fueron de impacto la infraestructura de las UBS, el porte del municipio y su IDH-M.

Al llegar a sus lugares de trabajo, los médicos cubanos fueron, en general, muy bien recibidos, tanto por los secretarios de salud y gestores municipales, como por los profesionales de los equipos de trabajo. En las pequeñas y medianas ciudades, donde había escasez de médicos en la atención básica, la acogida fue más amigable y providencial, algunos gestores llegando incluso a ofrecer, como hospedaje, su propia casa y la de sus familias. Se iniciaban, así, interacciones sociales que, poco a poco, se transformarían en verdaderos procesos integradores, según a los testimonios a seguir.

En aquella época mi primer contacto fue con el secretario de salud, una persona muy humilde, muy hospitalaria, ¡Muy buena! ¡Para mí fue una maravilla! Nos hizo sentir como en casa, con la forma en que hacía las cosas, entonces me sentía tranquilo, la acogida fue majestuosa, podría hablar con él a cualquier momento, cuando yo quería, cualquier problema él aparecía al instante, listo para ayudarme, y así fue pasando el tiempo (A.G.D, Inajá-PR, 2 años y 8 meses de PMM).

Cuando llegué a Brasil me enviaron a Brazabantes y desde que llegué aquí tuve una gran acogida, muchas atenciones, mucho cariño, mucha solidaridad. Y así inicialmente fui a vivir con la madre del secretario de salud, luego, cuando encontraron una casa para que viviera solo, decidí que quería seguir viviendo con la madre de mi secretario de salud, que es una persona de edad y allí viví todo este tiempo (L.A.L, Brazabantes-GO, 2 años y 5 meses de PMM).

El comportamiento de los gestores y de los equipos de salud correspondió con el tipo de relación amistosa y acogedora tradicional de las pequeñas ciudades brasileñas. Ya en las ciudades más pobladas, la acogida y la convivencia profesional dependieron más fuertemente de las estructuras administrativas locales. En efecto, algunos de los principales problemas encontrados aquí, como la falta de información y de capacidad de gestión, además del bajo interés en la cosa pública, están más ligados a la gestión del programa, como se puede ver en los testimonios de los médicos que se instalaron en Santo Antônio de Jesus (BA) y Governador Valadares (MG):

Cuando llegué era muy tarde a la noche, lo primero que me llamó la atención fue la acogida. Quien me buscó en Salvador fue una enfermera de la secretaría. La primera

impresión no fue buena. Cuando llegamos a Valência a las diez y media, a once de la noche nos llevaron a un hotel hermoso, pero cuando llegamos nos hablaron que ese no era el lugar. Entonces otra vez volvimos con las maletas, nos llevaron a una posada en la entrada de la estación de gasolina, y cuando amaneció, vi donde estaba. Me impactó mucho ver eso. No fue tanto el hospedaje, porque yo duermo en cualquier lugar, pero la Secretaria de Salud nos dio una atención muy mala. Mi otra colega había hablado con Luis, que quería irse. Tuvo una crisis nerviosa. Siete días más tarde de que se fuera mi colega, me mandaron a buscar del Ministerio de Salud. No querían médicas cubanas, dijeron que no habían pedido tantos médicos (L.C.K.A, Santo Antônio de Jesus-BA, 2 años y 6 meses de PMM).

Aquí en Governador Valadares el contacto fue malísimo, malísimo como la alcaldía. Sigue siendo malísimo. Bueno, cuando llegamos, nos llevaron a una posada. Muy lejos era. Fue horrible, horrible. Y nos dijeron "tienen una semana para encontrar aquí un alquiler y dejar la posada". Era algo triste. La alcaldesa, por ejemplo, la vimos una vez. ¡Nunca más la volví a ver! Le pedimos un documento escrito al Secretario de Salud. Nos dio muchas vueltas antes de hacer lo que tenía que hacer (L.T.A, Governador Valadares-MG, 2 años y 4 meses de PMM).

Algunos de estos problemas de acogida y de convivencia socioprofesional se deben a la forma en que algunos medios de comunicación (prensa y periódicos televisivos) presentaron el PMM, estimulando visiones negativas y prejuiciosas. Aquí y allí se repartieron insultos y algunas restricciones para los médicos cubanos, en particular con relación a su capacidad profesional. Los relatos sobre discriminación¹⁰, tanto por parte de profesionales de salud, como por pacientes, también fueron observados y reportados en diversas ciudades, independientemente del porte y de la región.

[...] Lo que dicen de nosotros los medios, que no somos médicos. [...] tenemos una formación. El otro día, llegó aquí una mujer insultándome, me insultaba mucho, mucho, porque le hice un certificado, y ella trabaja como empleada doméstica para una pareja de médicos. Y me dijo que cuando llegó allí con el certificado, le empezaron a decir "¿Cómo tú te remites a alguien que no es médico?" Le empezaron a decir que yo no era médico, que no estaba autorizado para hacer eso, no querían aceptar el certificado. La mujer tenía sospecha de dengue (F.A, Campinas-SP, 9 meses de PMM).

Una parte triste, te la diré, tenemos aquí un adversario que es el médico. Como adversario, se olvidó de que yo soy un ser humano. Entonces, pusieron en Facebook que somos falsos médicos. Empezaron a hablar mal de nosotros, sin conocernos. Entonces la gente... Lo primero que escuché de la gente fue eso. Entonces se me complicó (A.G.D, Inajá-PR, 2 años y 8 meses de PMM).

Derivas a un paciente al hospital, el médico que recibe al paciente en el hospital, cuando ve que es del Programa Más Médicos, [enviado por] un médico cubano, dicen

¹⁰ Ver, por ejemplo, el reportaje en el sitio web <https://massanews.com/noticias/plantao/policia-investiga-preconceito-contra-medicos-cuba-nos-em-pg-1q00X.html>. Accedido el 12 de septiembre de 2017.

estupideces sobre nosotros. "Ah, el cubano no sabe nada. Las enfermeras saben más que ellos." Hay que hacer para merecer. Deja que hable solito. Hice lo que tenía que hacer (R.A. São Leopoldo-RS, 2 años y 7 meses de PMM).

En términos específicos, la actividad profesional dependió de la familiarización con los protocolos y sistemas de referencia y contra referencia del SUS, además de la adaptación a la rutina de la Atención Básica brasileña.

Difícil, fue difícil comenzar en un sistema de salud que es diferente al nuestro, además de la lengua que es diferente también al comienzo; aquí todo debe ser muy documentado, muy protocolizado, es complicado hacer cosas que antes no hacía, y al mismo tiempo brindar la atención [...] para lo que antes no hacíamos, enfermedades, acompañamientos, determinadas cosas, porque allí en Cuba contamos con el apoyo de diferentes especialistas y esas consultas con los expertos son muy rápida y aquí a veces tarda mucho tiempo. Entonces debemos hacer cosas que allí hacían otros especialistas (O.L, Porto Alegre-RS, 2 años y 8 meses de PMM).

En las grandes ciudades, la dificultad de aprendizaje fue en parte compensada por el mayor acceso a internet.

Entro a internet, estudio mis dudas que surgen en el camino sobre remedios que me generan dudas y no conozco (J.M.M.V, Rio de Janeiro-RJ, 2 años y 5 meses de PMM).

La superación de los obstáculos iniciales sugiere la importancia de la experiencia profesional, de 20 años en promedio, del médico cubano. Sin embargo, los factores que efectivamente favorecieron el proceso de integración socioprofesional fueron la acogida que recibieron y la relación entre los médicos cubanos y los equipos de salud. En todas las ciudades encuestadas, la relación profesional fue facilitada tanto por su presencia diaria en las UBS, como por la necesidad de trabajar en conjunto con los agentes comunitarios de salud (ACS).

Algo que me hace sentir mejor aquí en Brasil es el trabajo [...] pasamos más horas en el centro de salud que en casa, esta es nuestra casa. Tengo buenas relaciones con todos aquí. Las mejores enfermeras posibles y los mejores trabajadores de salud, ¡Lo has visto, todos compartimos todo! Nosotros almorzamos casi siempre juntos (F.A.R.T, Campinas-SP, 1 año y 7 meses de PMM).

La colaboración de uno o más miembros de los equipos de salud, en especial de las enfermeras, fue absolutamente necesaria para el buen desarrollo de las actividades profesionales, lo que las convierte en el primer indicador de integración socioprofesional:

En el primer día de trabajo, necesitaba hacer consultas con la enfermera, que me ayudó mucho. Al principio, porque cuando llegué me dijo que cualquier duda que tuviera, en relación con el trabajo, o sobre el procedimiento, que le hablara. Ella me ayudó mucho, porque me preguntó todo y me ayudaba a llenar la ficha, escribir todo bien, donde colocar los datos, donde hacer la marca. (A.V.C, Caaporã-PB, 7 meses de PMM).



Médica cubana con los ACS, miembro del equipo de investigación y el Supervisor de la OPS en Paraíba.

Cuando llegué aquí había otra enfermera que estaba embarazada. Cuando regresé de vacaciones ella estaba de licencia, entonces con esta muchacha sentí una gran afinidad, y poco a poco ella me fue ayudando pues es muy buena. Conocí a la madre, hermana, a los hijos, al esposo, a todos [de la familia] (L.C.K.A, Santo Antônio de Jesus - BA, 2 años y 6 meses de PMM).

Mi introducción a la sociedad brasileña fue con esta agente de salud. Se ofreció para que fuera a su casa el fin de semana para lavar la ropa. Y así fue como comenzó todo. Ella hace comida cubana y me enseña hacer algunas cosas. Cuando llegué me presentó a su familia, y al principio su familia fue mi apoyo. Antes de conocer a otras personas, hacer amistades (N.M.E.C, Vitória-ES, 2 años y 5 meses de PMM).

Confirmando las principales teorías sobre el tema, la variable central en la integración de los médicos cubanos fue el lugar de trabajo (PORTES, 1981, 1995; PAUGAM, 1996, 2014, DEWITTE, 1999), Sin embargo, de forma inesperada, la necesidad de aprendizaje de la práctica médica brasileña creó procesos integrativos recíprocos, o sea, que funcionaron para los profesionales de ambos países, hecho poco relatado por la literatura especializada, pero que tal vez sea específico tanto de las actividades profesionales en equipo, como de la naturaleza de la actividad médica.

Nuestros médicos han aprendido mucho aquí; traje a enfermeras de Cuba para ver la experiencia, como cuidados básicos de enfermería. Aquí el trabajo es excelente. La experiencia con los agentes comunitarios de salud es muy buena, porque en Cuba es diferente, hay otras cosas organizadas, [exige] un poco más de trabajo, pero, básicamente, tenemos que reconocer que el trabajo de la atención básica y el equipo de salud aquí de Brasil ha permitido que muchos médicos se lleven la experiencia a Cuba (VEP, Curitiba-PR, 2 años y 4 meses de PMM).

La interacción con los miembros de los equipos de salud facilitó el dominio de expresiones regionales¹¹, obstáculo más notado en las pequeñas ciudades con relación a los estratos más bajos de la población.

¹¹ Para conocer una discusión sobre el aprendizaje de la lengua como forma de conocimiento, ver ANÇA (2004), CABETE (2010) y BERNARDO (2016).

¡Lo peor era la lengua! Porque aprendes un idioma, pero cuando hablas con el pueblo, la cosa es un poco diferente. De una ciudad a otra, todo cambia. Escuchas una palabra y te preguntas, ¿De qué está hablando? ¡No entendí nada! Unos hablan rápido, otros hablan lento, otros hablan con su dialecto, y bueno, ¡Pides para que te repitan todo! ¡Por eso, muchas veces le pedía a la enfermera que se quedara, pues no entendía nada! Soy ignorante de los dialectos que usan (T.U.S, Iúna-ES, 2 años de PMM).

En Espírito Santo, entendía todo, pero aquí, claro, no estoy hablando de las personas de clase alta, hablo de la comunidad, hay muchas palabras que no entiendo, porque son solo de aquí, de Bahía (L.C.K, Santo Antônio de Jesus-BA, 2 años y 6 meses de PMM).

Superados los problemas de comunicación, familiarizados con los protocolos de atención e iniciados los procesos de interacción con los equipos de salud, los médicos cubanos afirmaron que la calidad de la infraestructura de las UBS terminó no siendo un obstáculo. Al revés, este tipo de deficiencias, en algunos casos, contribuyeron positivamente para reforzar las interacciones profesionales.

Mi unidad no es nueva como la de Vera, pero tiene buenas condiciones. Cada equipo cuenta con su sala, mi equipo es completo, con un sistema muy cerrado, muy bueno. Trabajamos con una gran unión. Los agentes comunitarios son muy buenos. Tengo seis micros áreas, con una enfermería muy bien preparada. Y allí me gusta trabajar, tengo muy buena relación con el médico cubano, médico brasileño, enfermería, gerencia (J.M.M.V, Rio de Janeiro-RJ, 2 años y 5 meses de PMM).



Unidad de Salud en Río de Janeiro

No me gusta la estructura de mi trabajo ... Un barrio muy difícil, el barrio Coronel Cláudio, uno de los barrios más difíciles de aquí de Ponta Grossa, con ciertas características sociales, pero nosotros encajamos muy bien en este equipo de trabajo (MAF, Ponta Grossa-PR, 2 años y 4 meses de PMM).

Por otro lado, la violencia en algunas periferias urbanas, en especial las situaciones de tiroteo o “guerra”, impidió tanto la actividad profesional como los procesos integrativos más extensos, hecho relatado en las ciudades de Río de Janeiro, São Luís do Maranhão y Vitória.

¡Trabajar aquí fue una experiencia única, porque es la primera vez en la vida que pasa esto! Para mí es muy difícil hasta hoy. Cuando escucho un tiro, me tiemblan las piernas, las manos me empiezan a sudar y ya no puedo concentrarme en lo que estoy haciendo. La clínica está en un lugar raro en lo alto del morro, a la hora de coger un autobús, me quedo en el medio de los disparos entre el narcotráfico y la policía (G.C.L, Río de Janeiro - RJ, Complexo do Alemão, 4 meses de PMM)



Vista del Teleférico del Complexo do Alemão, recorrido diario para el trabajo de la médica cubana.

El año pasado se dio una pelea en una zona allí cerca, precisamente cuando comenzó la Copa del Mundo y duró hasta el año pasado, exactamente un año de guerra. Nunca llegué a ver nada, pero escuchaba el tiroteo. Y entonces había que cerrar la unidad, aunque dos veces llegaron personas baleadas. Pero, ver, presenciar el disparo, nunca (N.M.E.C, Vitória-ES, 2 años y 5 meses de PMM).

Por ejemplo, en mayo del año pasado, no se podía salir de visita a cualquier momento, ir a los domicilios, porque había un conflicto entre las partes y habían planificado [...] expulsar [a las personas de] un barrio, una comunidad. Y entonces la policía estaba también actuando y no era posible arriesgarse a entrar en medio del conflicto, pues nos esperaban los tiros. En ese mes, la producción cayó tanto que no vi más de 120 pacientes. Yo siempre veo a 300 (J.L.C, São Luís de Maranhão MÁ, 2 años y 8 meses de PMM).

Para superar algunos de estos problemas, los médicos cubanos propusieron cambios en los procesos de trabajo de los equipos de salud de las UBS, potenciando aún más la integración socioprofesional.

[...] (...), cambié la reunión de equipo, porque la reunión de equipo siempre era sólo para la parte administrativa (sólo para constar), había que cambiar este concepto de

la reunión de equipo a una reunión científica: hablar de algún caso, discutimos algún caso de salud, de alguna familia compleja. Yo siempre coloco algún tema [...] hablo con un agente comunitario [para exponer] algún tema, actividad física [por ejemplo], vamos capacitando al equipo. ¡Es excelente! Y la pediatra también dice algo (F.A.R.T, Campinas-SP, 1 año y 7 meses de PMM).

Es culpa del sistema, que siempre los obliga a esto. Porque ellos están acostumbrados [...] "Quiero un examen ginecológico, quiero ir al ginecólogo" [...] Puedo hacer eso, indicar aquí un preventivo, un ultrasonido intravaginal e indicar los exámenes, evaluar si hubo algún problema que no se pudo resolver, entonces derivar. Pero no estaban acostumbrados a eso. Estaban acostumbrados a llegar e ir allí para [ver al especialista]. Estamos cambiando eso (J.L.C, São Luís de Maranhão-MA, 2 años y 8 meses de PMM).

Cabe señalar finalmente dos otras situaciones. En primer lugar, la experiencia migratorio-profesional de los médicos cubanos que están formados para trabajar en cualquier país. En efecto, muchos de ellos habían pasado por Venezuela y Bolivia (GOMBATA, 2016). Esto quizá explique la rápida adaptación e integración socioprofesional, confirmando el análisis de Oliveira & Kulaitis (2017).

Cuba nos prepara para cualquier lugar del mundo que requiera de atención médica. No sólo Brasil o cualquier otro país en particular. Nuestra preparación nos habilita para ir a cualquier país del mundo (L.B.B.P, Maricá-RJ, 2 años y 5 meses de PMM)

No se puede decir que salimos de Cuba primero por convicción, porque somos así desde que nos formamos. Tenemos que ayudar al prójimo, salir y conocer y llevar la salud a otros lugares, sabiendo que es difícil que allí haya un médico. Nos sentimos tranquilos, porque cuando salimos de Cuba, salimos con la idea de que teníamos que trabajar en lugares de difícil acceso, podíamos trabajar en lugares de silencio, como usted dice, como el Amazonas, y habíamos preparado nuestro cerebro para trabajar en esos lugares (R.A., São Leopoldo-RS, 2 años y 7 meses de PMM).

En segundo lugar, los médicos cubanos pudieron también contar con la presencia y el apoyo de otros médicos cubanos, lo que ocurrió especialmente en los grandes centros urbanos.

Somos un equipo de cinco médicos, pero todos cubanos. Dos que viven en Itaquera y otro que vive en Lapa. Y el fin de semana los dos vienen para acá o nosotros vamos allá, así siempre salimos juntos los fines de semana (M.S, São Paulo - SP, 2 años y 9 meses de PMM).

Aquí somos un poco la Isla (sic), está la casa de los muchachos donde vive Gabriel, son cuatro. Somos ocho en total. Hacemos las cosas juntos, el carnaval juntos, fin de año juntos, día 24 juntos, cumpleaños de alguno juntos (J.M.M.V, Rio de Janeiro-RJ, 2 años y 5 meses de PMM).



Médicos cubanos de Río de Janeiro con un miembro del equipo del proyecto.

Articulándose y conviviendo, conmemorando juntos fechas festivas cubanas, aniversarios, fiestas de fin de año, etc., además de actividades cotidianas, como hacer compras o pasear por la ciudad, los cubanos encontraron en Brasil algunas de sus referencias personales y culturales. Aunque es difícil afirmar con exactitud, se puede estar ante un proceso embrionario de formación de una red de médicos cubanos inmigrantes, lo que de manera inversa también facilita la integración, y puede llevar a la formación de las llamadas ciudadanías multiculturales (KLIMCKA, 2001; WEBER, 2004; DOYTCHIEVA, 2011).

Concluyendo, los rápidos procesos integrativos profesionales de los médicos cubanos con sus colegas brasileños, independiente del porte de la ciudad e incluso de los índices de desarrollo humano, parecen derivarse de las interacciones sociales que ocurrieron debido a la conjunción de tres factores: práctica médica específica cubana, jornada de trabajo a tiempo completo (32 horas semanales) y una relación intensiva con el equipo de salud local. Se constituyó así un ambiente propicio para el intercambio de experiencias y aprendizaje profesional, para la interacción con la comunidad, y además para el desarrollo de lazos afectivos (en especial con las enfermeras y ACS), lo que también fue facilitado por las semejanzas socioculturales entre Brasil y Cuba, como se verá más adelante¹².

Integración Comunitaria

La integración comunitaria se analizó a partir del criterio de aproximación de los pacientes y de participación de los médicos cubanos en las actividades de vecindad, festividades y encuentros domésticos, pero también en encuentros sociales, festivos y religiosos de carácter general. Esta integración en las actividades de la comunidad pareció haber sido, inicialmente, una consecuencia del tipo de práctica médica (abordaje humanista, tiempo amplio de consulta, actividades de promoción de salud y visitas domiciliarias) y de la proximidad física, lo que habría provocado el frecuente contacto con los pacientes de la comunidad. La relación con la comunidad presentó diferencias de acuerdo con el porte de las ciudades. En las grandes ciudades, donde la rutina diaria es más penosa y el estilo de vida más individualizado, los relatos de los médicos revelaron menos contactos con la comunidad. En otro sentido, en las pequeñas y medianas ciudades, el establecimiento de relaciones con los vecinos o en el barrio de las UBS fue más inmediato,

¹² Ver, por ejemplo, el documental: FACC y CUFA. Vida sin fronteras 2017. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=zDMB-8DAA-1zc> Accedido el: 24 set. 2017.

próximo y frecuente. En cualquiera de las situaciones anteriores, la convivencia social dependió, en un primer momento, de la acogida y solidaridad de la comunidad y luego de los lazos de amistad y de afecto que se establecieron eventualmente.

A modo de ejemplo, en algunas ciudades pequeñas, la llegada de los cubanos se transformó en un evento social, los médicos fueron objeto de recepciones públicas y festivas, incluyendo cortejos por la ciudad. Esto hizo que todos los habitantes tomaran conocimiento de su presencia y pasaran a reconocerlos incluso en actividades cotidianas no laborales. En algunas localidades, los ciudadanos comunes se ofrecieron, de manera espontánea, para auxiliarlos en pequeñas actividades cotidianas. En consecuencia, algunos médicos, nuevamente en pequeñas ciudades, luego serían objeto de homenajes por parte de las autoridades locales (con el título de ciudadano honorario, por ejemplo) en agradecimiento por la calidad de los servicios prestados.

Cuando llegamos aquí a Porto Alegre, al aeropuerto ... una acogida muy buena, con bandera de Cuba y Brasil, rosas blancas y rojas y cantando Guantanamera, que es la música típica de Cuba. Fue muy lindo (M.C.M.S, Guaíba-RS, 2 años y 7 meses de PMM).

Yo fui nombrado ciudadano honorario del municipio [...] a toda la población le gustó mi manera de trabajar. En realidad, me siento feliz porque, voy decir la verdad, no hice nada extraordinario. Sólo hice lo que hacía siempre. Y lo voy a seguir haciendo, porque es mi manera de trabajar. Y, en realidad, sentí una gran sorpresa con una cosa que llena el corazón de alegría y te da una energía a más para seguir trabajando, porque este reconocimiento para mí es lo mejor que sucedió en mi vida. No recibí una retribución monetaria, ni un aumento de salario, pero nuestro trabajo fue reconocido (A.G.D, Inajá-PR, 2 años y 8 meses de PMM).

Ellos son muy solidarios, sí, como nosotros, quieren ayudar, algunos lo hacen con ganancias, pero son muy solidarios, al menos con aquellos que vivieron conmigo aquí, incluso cuando salía a comprar una cosa, siempre me daban una ayuda. Muy solidario, muy gentil. Recuerdo en Cuba cuando tuvimos una reunión con un brasileño, Marcelo, él siempre dijo eso, usted verá cómo son los brasileños. El brasileño es así y siempre recuerdo sus palabras, porque conmigo fueron como dijo. Me siento integrado, no me sentí rechazo, estoy en mi casa cuando miro televisión y ellos me cuentan, ven a comer, ven aquí (L.A, Brazabantes-GO, 2 años y 5 meses de PMM).

Después de la recepción (festiva o no) e instalación, los médicos entrevistados se aproximaron físicamente a sus pacientes y los oyeron, causando inicialmente cierto extrañamiento en relación con su comportamiento profesional.



Ubicación de la silla del paciente al lado del médico. Se fija en esta posición.

Al principio, sentían un gran temor, puesto que creían que nosotros nos acercábamos mucho, ellos estaban acostumbrados a una barrera entre el paciente y el médico. Ahora llegan y vienen directamente hacia aquí, se sienten a mi lado (O.L, Porto Alegre-RS, 2 años y 10 meses de PMM).

Antiguamente, la silla del paciente se colocaba delante del médico, pero en mi país siempre la colocamos prácticamente al lado, para tener al paciente más cerca. Para ellos, eso fue muy bueno. Hasta nos hablaban de la diferencia que existía cuando nos comparaban con los médicos brasileños (O.A.T, Porto Alegre-RS, 2 años y 7 meses de PMM).

Según testimonios recogidos, en Cuba la relación cercana entre los médicos cubanos y los pacientes es una práctica habitual. Algunos médicos la explicaron en estos términos:



Atención domiciliaria en la Comunidad del Complexo do Alemão-RJ.

Tenemos una formación de ayuda, humanitaria, siempre desde nuestro periodo formativo, ya que los primeros conocimientos siempre fueron humanistas [...] y ahora lo que se está formando en Cuba tiene esa misión (C.D.A, Jequié-BA, 2 años y 4 meses de PMM).

Generalmente, nosotros estamos aquí para aliviar el dolor, ya sea físico o espiritual. No somos Dios, tenemos que ser buenas personas. Si no se mira al otro como a uno mismo, entonces no prestas atención a lo que haces. Por eso, si la persona llega con dolor, no sabe lo que tiene, ¡Pero usted debes tratar de averiguar de qué se trata! La solución no es borrar el dolor ahora, sino borrar el origen del dolor. No sirve de nada dar un buscopan primero porque la persona va a volver, tengo que saber por qué le está doliendo (I.J.A, Feira de Santana-BA, 2 años y 8 meses de PMM).

Este tipo de práctica médica también se explicó con base en los fundamentos de la medicina cubana.

Usted sabe, nuestra atención es un poco diferente, nos gusta más hablar con los pacientes, preguntar, examinar, escuchar, entonces eso les gusta. Al principio sentían la diferencia pues estaban acostumbrados a los médicos brasileños. A nosotros nos gusta preguntar, cuántos años tiene, cómo se llama, donde le duele, duele aquí, no

duele aquí, entonces se trata de estar cerca, escuchar, medir el pulso, la frecuencia cardíaca, entonces les empieza a gustar (L.C.K.A, Santo Antônio de Jesus-BA, 2 años y 6 meses de PMM).

Así, poco a poco, el cuidado (la escucha y el tacto, por ejemplo) y la atención cercana y humanizada de los médicos cubanos fueron evaluados muy positivamente, sobre todo en comparación con la práctica clínica de los médicos brasileños.

Como ellos dicen: nos tratas como si fuéramos personas. Todo el mundo tiene derecho a eso, porque somos personas y nadie es mejor que nadie (I..J.A, Feira de Santana-BA, 2 años y 8 meses de PMM.)

La visita domiciliaria fue otro momento crucial para una mayor aproximación e interacción de los médicos cubanos con los miembros de las comunidades. Algunos entrevistados afirmaron haber oído de sus pacientes que por primera vez habían recibido en casa la visita de un médico, que además les apretó la mano y fue muy próximo. Esta interacción, nueva para algunos pacientes brasileños, fue notada y explicada como ejemplo de práctica corriente y necesaria de la medicina cubana. El siguiente ejemplo ilustra bien la cuestión:



Médico cubano llegando con su equipo de salud para visita domiciliaria.

Hago la visita domiciliaria. Algunas veces la Secretaría ayuda con un coche, una vez, dos veces al mes. Entonces a veces voy a pie, me gusta ir a pie caminando, porque se interactúa con la comunidad, ¿Cierto? Y uno va conociendo cosas de la comunidad que desde el puesto de salud no es posible ver. De pronto, hay un bar, se reúnen las personas, y beben desde muy temprano. Está aquel que llega al puesto de salud y dice: "No, pero yo no bebo." Pero allí está, todo el día en el bar ". Y uno va conociendo la cultura ... La interacción es muy buena. Y visitar al paciente en la propia casa ... cuando el paciente está enfermo, no hay nada mejor para un paciente en cama, con una incapacidad, que está enfermo, en casa, no hay nada mejor para este paciente, o para la familia del paciente (RA São Leopoldo-RS, 2 años y 7 meses de PMM).

El comportamiento profesional acercó a los médicos de la comunidad, incluso en las condiciones más adversas. Esta disposición no pasó desapercibida en la comunidad.

Recuerdo que el año pasado, al final del año pasado aquí cayó mucha lluvia, y todo se inundó, hubo una inundación [...]. Y entonces fui, hice una visita, salí con el zapato lleno de barro. Cuando fui hasta allí, me dijeron: "Doctor, ¿Usted pasará por ese lugar?", y yo dije, Sí, claro que iré. ¿Cómo no voy a pasar por ahí? ¿O acaso crees que las personas que allí viven, que pasan por allí, tienen algo que yo no tenga o acaso yo tengo una cosa que ellos no tienen? No, señor, yo soy una persona, un humano igual que todos en ese lugar. Si ustedes pasan por ahí, yo también voy a pasar." Y si quieren que yo pase por otro lado cuando necesario, voy a pasar. Todo el mundo estuvo así [...] me llené de barro los zapatos, pero no hay problema con eso (O.L, Porto Alegre-RS, 2 años y 8 meses de PMM).

De ese momento en adelante la aproximación produjo procesos de integración poco comunes.

Los pacientes hablan de cosas sobre las cuales nadie ha hablado anteriormente; de cosas íntimas; de la esfera sexual, si sienten satisfacción sexual, si no sienten eso. Uno es capaz de hablar de eso, no antes. Anteriormente, uno llegaba sin hablar con ellos, te sientas a hablar un poquito... Ahora ellos se acercan, se sientan y charlan (J.L.C, São Luís do Maranhão, 2 años y 8 meses de PMM)



Paciente recibiendo al médico cubano en la visita domiciliaria.

En coherencia con su misión profesional y amparados por la legislación, los médicos cubanos desarrollaron otras actividades, tales como la promoción y educación en salud, dirigidas específicamente a grupos de adolescentes, gestantes, tabaquistas, hipertensos, diabéticos y ancianos, entre otros. Estas actividades también contribuyeron a integrarlos a la comunidad.

Nuestro equipo trabaja en conjunto según el protocolo. Nosotros contamos con consulta y acompañamiento para enfermedad crónica, prenatal, puericultura, libre demanda, visita domiciliaria, charlas en las escuelas, conferencias... según el programa, por ejemplo, de salud del hombre, salud de la mujer. Hacemos conferencias

también fuera del horario de trabajo. Y, por ejemplo, agosto azul para los hombres, septiembre rosa para las mujeres (A.G.D, Inajá-PR, 2 años y 8 meses de PMM).

Básicamente es atención, pero intentamos hacer conferencias, hacer la reunión de equipo, tener la sala de espera, aprovechar y hablar de alguna cuestión de educación en salud. Pero es un proceso que debe ser cíclico, constante. No sirve para hacerlo hoy y mañana no olvidarse (I.J.A, Feira de Santana-BA, 2 años y 8 meses de PMM).

Es importante insistir que el elemento desencadenante de la integración comunitaria es la práctica médica de proximidad y la presencia física en la región. Como también analizado en relación a los procesos integrativos socio-profesionales, es la práctica médica típica de los cubanos que desencadena, sostiene y explica el éxito de estos procesos integrativos diseminados.

Charlamos con cualquiera de la población que esté allí. Allí hay gente de [todas las] edades. De mi edad, más jóvenes, mayores. Los médicos, dentistas y quien trabaja en el ayuntamiento, el que trabaja en un barcito (sic). Todo en el mismo lugar. En este caso, en el gimnasio. Nos quedamos por dos horas, dos horas y media (A.G.D, Inajá-PR, 2 años y 8 meses de PMM)

Cuando esto no fue así, con un médico cubano que no era social y profesionalmente reconocido, convirtiéndose en un vecino más del barrio, los procesos integrativos comunitarios simplemente no se daban.

Nunca me sentí tan triste en el mundo como en este país, que se supone que es el país más feliz del mundo, este país. Relación con las personas: vives en un condominio, nadie te habla, nadie dice nada. En Cuba está a tres cuadras de su casa, sí llaman, la gente sabe quién soy, ¿Entiendes? Entonces es un impacto terrible. Usted pasa tres años viviendo en un lugar y el vecino de frente no te conoce. No es posible (J.R São Luís do Maranhão-MA, 2 años y 10 meses de PMM).

Solo puedo decir de este lugar que nadie se conoce, no se hablan, entras a tu casa por la puerta y el muro y listo, ¡Tu vida es ahí, donde nadie te conoce! Eso me choca porque el cubano es demasiado receptivo, conoce a todos los vecinos del barrio. Llegan a la casa de mi madre y se toman un café y con el vecino de enfrente. [Aquí] los vecinos no me conocen, pues durante la semana salgo temprano para el trabajo todo el día y el fin de semana me voy a una quinta o chacra (Y.A, Penápolis-SP, 2 años de PMM).

Este tipo de integración hubiese sido aún más intensa si el número de atenciones clínicas fuera menor, los protocolos menos rígidos y la jornada de trabajo menos exhaustiva.

No sé por qué, aquí todo es muy burocrático. La salud de la familia cuenta con varios seguimientos y aquí en el puesto de salud no hay cómo hacer promoción, prevención con esto. El programa de atención no me permite eso aquí. ¡No tengo tiempo! Yo

atiendo veinte pacientes por la mañana y veinte por la tarde (Y.A, Penápolis-SP, 2 años de PMM).

A pesar de esto, las visitas y actividades de promoción de salud produjeron nuevos desdoblamientos como, por ejemplo, la mejora de la calidad de la atención. Dicho de otro modo, las relaciones personales que se derivan del tipo de práctica médica cubana, propiciando más interacción, también generan una mejor atención.

La atención que les damos, cuando los escuchamos. Los pacientes necesitan ser escuchados y nosotros los escuchamos, no se trata solo de prescribir, sino de oír los problemas que tienen, porque a veces un problema social que tiene la familia es lo que afecta la enfermedad. Este es uno de nuestros principios, escuchar al paciente (Y.M.F, Goiânia-GO, 2 años y 1 mes de PMM).

Es difícil decir si el comportamiento profesional de los médicos cubanos y los procesos integrados relatados fueron suficientes para romper las imágenes negativas transmitidas por algunos órganos de prensa. Es cierto, sin embargo, que la convivencia cotidiana con la comunidad resultó en situaciones sorprendentes de ayuda, amistad, incluyendo el deseo de pacientes en la permanencia definitiva de los médicos, en especial en las pequeñas ciudades.

¡Debo ir a Cuba en octubre y ya le dije que hay pacientes que dijeron que están "rezando a Santo Antonio para que la doctora se quede!" A veces vienen aquí a casa si necesitan algo, incluso el fin de semana y si va a tardar... entonces tienen esa posibilidad, ellos se conectan con nosotros y lo resolvemos. No hay barreras (D.C., Macapá-AP, 2 años y 11 meses de PMM).

Sí, nos llevan gallinas porque saben que allí hacemos el almuerzo. Nos dan calabaza, frutas, cosas. Nos hacen el almuerzo y nos llevan el plato a Unidad (I.J.A, Feira de Santana-BA, 2 años y 8 meses de PMM).

Los diversos tipos de convivencia y los lazos de amistad tal vez estén en el origen de la forma más profunda de integración: el establecimiento de los lazos afectivos duraderos.

Les gustó mucho. Me dicen que soy muy querida y "Oh, Doctora. Hablé con mi sobrina, con mi vecina." "Ah. A mi esposa le gusta mucho atenderse con usted. También vine a hacerle una consulta". Ya se sienten muy tristes porque saben que me estoy por ir (M.C.M.S, Guaíba-RS, 2 años y 7 meses de PMM).

Este tipo de vínculo en un período de tiempo tan corto fue de hecho la principal sorpresa y la gran novedad del proceso de vivencia comunitaria. En efecto, las relaciones amorosas y los casamientos son una evidencia de la extensión de tal interacción (BOZON & HÉRAN, 2006). En efecto, se verificaron al menos cinco casos en que profesionales cubanos o cubanas se casaron con brasileños o brasileñas.

Mi amiga me presentó el [aplicativo] Tinder. Su novio actual lo conoció por Tinder. Entonces ella empezó, me interesé. Ah, qué bueno. Vamos a conocer a alguien. Tener un amigo, ¿Quizá conseguir un amor? Adelante. Conocí el aplicativo, ella me explicó cómo funcionaba, y entonces esos primeros días conocí a Maurício (N.M.E.C, Vitória-ES, 2 años y 5 meses de PMM).

Desde entonces tenemos una relación, una relación cada vez más fuerte. Las primeras vacaciones viajaron conmigo [a Cuba], yo no tenía una carta de inmigración, pero ella fue allí, le gustó, mi familia interactuó bien con ella. Ella ahora se relaciona con ellos, se comunica con mi familia por internet y con mi hija por email, Facebook y aprendió a hablar en español (R.A, São Leopoldo-RS, 2 años e 7 meses de PMM).

Nos casamos aquí, pero quería que mi mamá y mi papá estuvieran juntos en las fotos, pero mi mamá y mi papá no estaban aquí. Entonces le dije a mi esposo, "Escúchame, tenemos que casarnos aquí, pero hay que legalizarlo allá, y la fiesta se hace en Cuba", y él me dijo, "Me parece bien, no hay problema, tú lo decides. Si quieres que la fiesta sea allí, allí será." Entonces nos casamos, pero no fue la fiesta, la gran fiesta fue allí (A.V.I, Novo Hamburgo-RS, 2 años y 7 meses de PMM)

En síntesis, es posible afirmar que la conjunción de una práctica médica de proximidad y humanista con actividades de promoción de salud y visitas domiciliarias es el origen de la integración comunitaria. Sin embargo, los factores que explican la profundidad alcanzada en muchas de estas relaciones son también de orden sociocultural, como se verá a continuación.

Integración Sociocultural

Las actividades profesionales de los médicos cubanos en las localidades brasileñas fueron intensas, con demandas variadas, tales como el aprendizaje de protocolos y sistemas de referencia, largas jornadas de trabajo con un gran número de atenciones, actividades de promoción de salud, además de visitas domiciliarias.

La combinación de todas estas tareas explica la estrecha proximidad de los médicos cubanos con los equipos de salud, los pacientes y la comunidad. Amparados por esta rutina y por la naturaleza de la actividad médica, las interacciones sociales produjeron desde intercambios profesionales hasta invitaciones personales a diversos encuentros y festividades. Las imágenes negativas sobre el PMM y las situaciones de violencia vividas en algunas grandes ciudades perjudicaron la integración de los médicos en la sociedad brasileña. Sin embargo, la intensidad de las relaciones profesionales y comunitarias, la afectividad y el surgimiento de relaciones amorosas fueron la sorpresa, en especial cuando se tiene en cuenta el tiempo de permanencia en una diversidad de lugares. ¿Cómo explicar esta variedad de procesos de integración?

La sociabilidad caribeña fue evocada como factor de integración sociocultural. Pensando así, ¿Por eso los médicos son tan abiertos y sociables, a punto de explicar algunos de los procesos integrativos? Los testimonios a continuación señalan ese camino.

Al cubano le gusta socializar más, no es que el brasileño sea cerrado, pero el cubano es más abierto (M.B.T, Cabedelo-PB, 1 año y 5 meses de PMM).

Nosotros, los cubanos, somos más sociables, visitamos más, nos interconectamos más con los demás. Un problema de cubano es el problema de todos, mas no aquí (Y.M.F, Goiânia-GO, 2 años y 1 mes de PMM).

Si tengo una invitación para ir a una cascada, un restaurante para almorzar o cenar, voy siempre con mis colegas. Tengo tantos amigos que a veces no sé cómo hacer para organizarme. También acepto cualquier invitación, un té, una boda, incluso ir a la iglesia (T.U.S, Iúna-ES, 2 años de PMM).

Esta sociabilidad contó con dos factores previos, el sentimiento latinoamericano de proximidad entre Cuba y Brasil y el conocimiento que los médicos cubanos tenían de la cultura brasileña, en especial de la música.

Creo que lo único que cambia es el idioma. Pero el origen es parecido, fueron colonias de Portugal o España, en los dos casos países europeos. Luego fuimos mezclados, en Cuba ya no hay indígenas, pero trajeron a los africanos al igual que aquí. La religión de ustedes es una mezcla como la nuestra. Es católica [mezclada] con religión africana. La corriente espírita, el candomblé, tenemos eso. Por lo menos en Bahía es así. El baiano es un ser maravilloso, va hacia adelante. Es diferente (I.J.A, Feira de Santana-BA, 2 años y 8 meses de PMM).

Hay cantores populares brasileños que son muy queridos en Cuba, muy famosos, como es el caso de Roberto Carlos o el fallecido Nelson Ned. Caetano Veloso, Chico Buarque también visitaron Cuba. En Cuba pegó fuerte Michel Teló con el "Ai, se eu te pego". Alexandre Pires también es muy famoso. Alexandre Pires hace muchos CDs y DVDs en español (R.A, São Leopoldo-RS, 2 años y 7 meses de PMM).

También destaca la importancia y el tiempo dedicados a la televisión y las telenovelas que, además de formas de entretenimiento, se revelaron fundamentales para el conocimiento y la adaptación sociocultural.

Yo soy muy casera. Me encanta ver la TV, me encanta la telenovela Regras do Jogo. Império también es espectacular. Me encanta las telenovelas brasileñas. Las miro todo el día (L.B.B.P, Maricá-RJ, 2 años y 5 meses de PMM)

Dada la diversidad histórica y cultural de Brasil, la proximidad se hizo más estrecha en ciertas regiones, como en Bahía, y las diferencias fueron marcantes en otras, como el caso de Paraná.

Los baianos y los cubanos son muy parecidos. Tan solo se diferencia en el idioma. Vivo en Cuba, en la parte oriental del país. La parte oriental de Cuba es muy parecida a Bahía, porque fue donde más entraron los esclavos. Entonces la población es una mezcla más acentuada, una mezcla entre blanco y negro. Hay una diferencia muy parecida a Bahía. La única diferencia es el idioma, pero el cubano oriental y el baiano

son iguales, igual de alegres, festivos; para adaptarlo es mejor en este medio que tal vez en el sur, allí es diferente, hay otras mezclas (L.C.K.A, Santo Antônio de Jesus-BA, 2 años y 6 meses de PMM).

Aquí la cultura es diferente [...], por ejemplo, la forma de festejar. La cultura es diferente. Por ejemplo, acá hacen cabalgatas, [...] fiestas en las iglesias. Es una ciudad muy religiosa.

Hay muchas iglesias. Entonces, las fiestas son diferentes, en este sentido. Porque según la tradición regional, así es la fiesta. Esta diversidad cultural es nueva para nosotros, porque allí en Cuba todo es casi homogéneo. Las fiestas y la religión son las mismas para todos. Casi. Pero no existe esta diversidad que tienen aquí. Entonces, nos adaptamos enseguida, porque son los mismos pacientes, la misma comunidad. No hay problemas. Y entonces, podemos conocer otra cultura. Para mí fue una maravilla. Fue como en las telenovelas. La telenovela lo dice todo (A.G.D, Inajá-PR, 2 años y 8 meses de PMM).

Los testimonios recolectados indican que las similitudes culturales entre Brasil y Cuba se han sobrepuesto a las diferencias, haciendo que la integración sociocultural no variase mucho de una a otra región.



La comida cubana a la moda brasileña hecha por la médica cubana en Cabedelo (PB).

Y la comida... fuera el asado, el condimento es muy parecido al condimento de Cuba. Hay varias recetas que son diferentes, pero, por ejemplo, el pescado es lo mismo, Cuba es una isla, hay muchos frutos del mar. Los condimentos de la región son muy parecidos a los de casa. Por eso, de las veces que comí aquí [...] como dije, me pareció parecido. Algunas recetas, como la comida japonesa, la mineira, tutú de feijão, me encanta. Me encanta la feijoada, la caipirinha y la cerveza (O.R.M, Serra-ES, 2 años y 11 meses de PMM).

La forma de hacer el asado en el brochette. Una vez me llevaron a un asado en la Fiesta Gaucha, en la Semana Farroupilha. Entonces fue un asado típico de aquí, con

una carne bien diferente, típica del gaúcho. Nos encanta. También me encantaron los dulces, las tortas. Delicioso (M.C.M.S, Guaíba-RS, 2 años y 7 meses de PMM).

Los procesos integrativos se evidencian de hecho y tienden a consolidarse cuando el migrante experimenta y adopta prácticas culturales de la sociedad que lo recibe.

Ya quiero cocinar carajé en Cuba. Hay una colega que le gusta, ama cocinar le decimos Dona Benta y quiere que le lleve todo los platos de Bahía. Dice que tenemos que abrir un restaurante "Bahianense" allí [...] ¡No estaría mal, porque por tiempo fui una viciada en farofa! Me daba hambre y salía de la sala y hacía una farofa con huevo. Farofa de huevo para matar el hambre antes de almorzar (I.J.A, Feira de Santana-BA, 2 años y 8 meses de PMM).

Los procesos integrativos socioculturales pueden explicar también el aprecio que los médicos cubanos terminaron mostrando por las actividades cotidianas de las comunidades en que se instalaron. Muchos médicos participaron en las fiestas populares, como São João, Fiesta Junina, Carnaval, Fiestas Gaúchas, además de reuniones, asados, bares y espacios populares de la periferia urbana, en grandes o pequeñas ciudades, de Norte a Sur del país.

Yo participé del corrado de corradinho (sic), que ellos hacen en navidad. Estuve en São João dos veces, el año pasado y otra vez este año. En carnaval. Carnaval y São João (J.L.C, São Luís do Maranhão-MA, 2 años y 8 meses de PMM).

Aquí en la plaza también hay danzas. Danza folclórica alemana. Participé de estas fiestas folclóricas. Y tengo fotos en todas vestida así, Hay muchas fiestas aquí. Festival de las Flores, Festival de Invierno, varias fiestas alemanas [...]. Se ponen en las calles con las carretas, con la cultura que tienen, la forma de vestirse, con el sonido invadiendo la calle, con las personas trabajando en sus plantaciones. Eso es muy gracioso (D.O.B, Domingos Martins-ES, 2 años y 1 mes de PMM).

La inserción en los espacios urbanos, la participación y el compromiso de los médicos en actividades sociales y culturales no fueron más intensas en algunas ciudades debido a un factor propio de la realidad brasileña: la violencia urbana.

Yo no, no me gusta mucho ir porque Feira de Santana es una ciudad muy violenta. Chiquaro es un lugar tranquilo, pero me quedo en casa o vengo para acá (I.J.A, Feira de Santana-BA, 2 años y 8 meses de PMM).

Me da miedo salir a la calle, ¡Creo que Rio es muy peligroso! Conociendo la realidad de este lugar, donde a cualquier momento aparece un tiroteo y una bala perdida, creo mejor evitar la multitud. Me quedé en Bonsucesso, el día seis tuve el desfile de un bloque que visité tranquila (G.C.L, Rio de Janeiro-RJ, 4 meses de PMM).

Yo, yo tengo una mala impresión del Carnaval de Rio por la inseguridad. No salgo a la noche por la inseguridad. El Carnaval es una fiesta del día a día [...] (R.B.A, Salvador-BA, 2 años y 8 meses de PMM).

Sin embargo, en las situaciones en las que la violencia no se sintió tanto, algunos médicos llegaron a sentirse “brasileiros”.

Entonces cuando fuimos a la fiesta pasaron otros cantores, Bahia cuenta con la mejor música de Brasil. Bueno, cuando Canario (sic) empezó, le dijeron que era un chiste, pidió que quien fuese de la periferia que se sacara la camiseta. Yo me saqué la remera y me parecía un brasileño más. Nos dijeron que no hacía falta hacer cosas de brasileños y bajamos la ladera y nos fuimos. ¿Alguna vez pensaste como sería estar rodeado por un millón de personas? ¡Más de un millón de personas! Pero la ciudad lo prohibió porque incitaba a la violencia (R.B.A, Salvador-BA, 2 años y 8 meses de PMM).

Las actividades cotidianas de ocio, compartidas con amigos de la comunidad, son también importantes ejemplos de integración sociocultural. Hubo quienes participaron de centros de entrenamiento deportiva y otras actividades al aire libre.

Hago caminatas en la plaza. Hay una chica de atención básica que vive cerca de mi casa y me invita a caminar, pues me aburre ir sola, así que nos juntamos y vamos juntas (M.B.T, Cabedelo-PB, 1 año y 5 meses de PMM).

Parte del tiempo libre. Juego al básquet durante la semana, en horarios combinados ((O.R.M, Serra-ES, 2 años y 11 meses de PMM).

A veces iba al gimnasio, hacía alguna cosa, pero en mi vida de antes, sí, practicaba deportes. (O.L.D, Porto Alegre-RS, 2 años y 8 meses de PMM).

En estas actividades de ocio, se nota además la utilización de expresiones regionales, como “gurisas” a continuación, lo que también revela la fuerza del proceso de integración.

En mi tiempo libre voy a visitar a colegas de Porto Alegre vamos al shopping con las gurisas. Nos gusta mucho ir a las tiendas, al cine (M.C.M.S, Guaíba-RS, 2 años y 7 meses de).

Otras prácticas que demuestran la fuerte integración sociocultural fueron la participación en espacios más reservados para los brasileños, como los cultos religiosos.

Generalmente voy a la iglesia el domingo. Me gusta la gente que va a la iglesia, pero como soy muy curiosa fui a varias iglesias. Por influencia de la esposa del Dr. Carlos visité la Iglesia Mundial. Me gustó el Pastor Pedro, pero ahora cambiaron el pastor y solo pide dinero (risas) (T.U.S, Lúna-ES, 2 años de PMM).

Me gusta ir a la iglesia. Yo soy católico. Por eso, además, voy a la iglesia católica. Sin embargo, varias veces voy a otras iglesias para visitarlas un poco (A.G.D, Inajá-PR, 2 años y 8 meses de PMM).

Todas estas prácticas encajan en la definición de integración en contextos migratorios, es decir, proceso por medio del cual los migrantes se insertan en parte del tejido social, cultural e institucional de la sociedad receptora, de forma recíproca y multidimensional (SCHOORI, 2005; IBÁÑEZ, 2009).

En conclusión, los testimonios recolectados indican que las relaciones socio-profesionales y comunitarias fueron amparadas por un gran conjunto de referencias culturales comunes a las culturas cubana y brasileña, de la música a los hábitos culinarios. Estas semejanzas amenizaron problemas cotidianos (en algunos casos, la violencia) y reforzaron lazos sociales y afectivos establecidos, creando un ambiente propicio para los procesos integrales socioculturales, tales como hacer amigos y salir con ellos, participar en actividades sociales, religiosas, deportivas y festivas, con pequeñas diferencias en cada una de las regiones estudiadas en todo el país.

Elementos viabilizadores y obstaculizadores de la actuación de los médicos cubanos

Varios elementos viabilizaron o dificultaron la actuación de los médicos y los procesos integrativos. Es posible observar que cuanto mejor acogidos, cuanto más el número de espacios de interacción social, más los médicos lograron integrarse, desarrollando deseos de seguir en Brasil. Como ha sido posible observar, los procesos integrativos no esperados se explican por varios factores, desde la formación y práctica médica cubana hasta los contactos y semejanzas culturales entre Brasil y Cuba.

- **Elementos viabilizadores**

La conjunción entre el tipo de formación y práctica del médico cubano y la colaboración en el seno de los equipos de salud fue sin duda el principal elemento viabilizador de la actuación profesional. En este espacio, en el que la confianza parece desempeñar un papel central, el éxito del PMM se ha manifestado en los procesos integrativos socio-profesionales, comunitarios y socioculturales ya mencionados.

En principio, cabe recordar el factor de la falta de médicos, lo cual hizo que los profesionales llegaran donde realmente eran necesarios y esperados, lo que explica, en parte, al menos, la cálida acogida que tuvieron. A continuación, la influencia de la rutina de trabajo intensa y laboriosa, junto a la necesidad de aprender con los equipos de salud. “El primer día de trabajo, debía consultar a la enfermera, que me ayudó mucho”, comentó un médico instalado en Caaporán (PB). Ofrecemos una constatación, que es la de que el aprendizaje fue recíproco, resultando en elogios a la atención básica practicada en Brasil, lo cual reforzó aún más los lazos profesionales: “Nuestros médicos han aprendido mucho aquí; ha traído enfermeras de Cuba para ver la experiencia, tales como cuidados básicos de enfermería. “Aquí el trabajo es excelente”, comentó un médico instalado en Curitiba.

En el mismo registro, se percibe la autoimagen y la disposición de los profesionales cubanos para establecer relaciones de proximidad con sus pacientes, lo cual es fruto de su formación humanista y no mercantilista, y de la disposición para actuar como misioneros de la causa de la salud pública y de la medicina social. “Es que

en países capitalistas la atención no es como en nuestro país, es distinto nuestro trabajo con la comunidad, por eso los médicos cubanos sostienen tanta relación con el paciente, con la población”, comentó un médico instalado en Maricá (R.J). En fin, están las visitas domiciliarias, como en aquel caso ya comentando del médico no se importó con ensuciarse los zapatos para llegar a la casa del paciente, además de las actividades de promoción de salud.

Es en tal contexto que surgieron invitaciones, encuentros sociales y festivos, en fin, la inserción en las actividades comunitarias, aspectos amparados por la proximidad sociocultural (culinaria y musical, sobre todo) entre Cuba y Brasil. Aunque algunos se han sentido más cerca de la población baiana en comparación con lo ocurrido en el interior del Paraná, por ejemplo, el asado gaucho y el pescado capixaba también fueron apreciados. Todos estos pequeños elementos sostuvieron tanto el deseo de permanecer en Brasil como las relaciones afectivas y el expresivo número de cinco matrimonios verificados.

Finalmente, en los grandes centros, donde la violencia y el anonimato son mayores, tanto la experiencia migratoria, con paso por Venezuela y países africanos, como las embrionarias redes formadas por los médicos cubanos pudieron haber desempeñado un papel socializador y acogedor. Como declaró una médica cubana en Paraná, “Sí, nosotros festejamos los aniversarios y las fechas conmemorativas de Cuba”.

Elementos obstaculizadores

Los casos de acogida en viviendas precarias, la infraestructura deficiente en las UBS o la falta de interés en el PMM demostrada por algunas autoridades municipales son los pocos elementos que dificultaron la actuación de los médicos del PMM. Las imágenes negativas sobre el PMM o algunas situaciones de discriminación que existieron, por razones fáciles de entender, están probablemente subestimadas en los testimonios tomados. El dominio de la lengua, el aprendizaje de los protocolos y de los sistemas de referencia y de referencia, no siempre fáciles, fueron obstáculos que con el tiempo fueron superados.

En términos específicos, la rigidez de los protocolos de la práctica médica y la falta de tiempo para realizar actividades de promoción, prevención de salud y visitas domiciliarias, impidieron una mejor actuación de los médicos, en especial porque restringieron la interacción y los consecuentes procesos integrativos. Acostumbrados a escuchar y acercarse a los pacientes para mejor tratarlos, los médicos cubanos se vieron privados de instrumentos básicos de su práctica.

El anonimato y, sobre todo, la violencia en algunas grandes ciudades (especialmente en Río de Janeiro y Vitória) también causaron una enorme sorpresa y dificultad. “Nunca había escuchado tiro” o “robaron mi celular” fueron algunos de los testimonios de los asustados médicos. La violencia urbana impidió, no necesariamente la actividad médica propiamente dicha, sino los procesos integrativos a los que los médicos cubanos parecen estar acostumbrados.

En resumen, entre los elementos de obstaculización, no estaba apenas la dificultad de comunicación, la necesidad de aprender protocolos o el aprendizaje de cómo derivar pacientes. Estos obstáculos eran esperables. Lo que no se esperaba era la dificultad para realizar visitas domiciliarias o actividades de promoción de salud, debido al exceso de trabajo y la violencia urbana.

Consideraciones finales

Los procesos integrativos múltiples y variados en un periodo tan corto de tiempo constituyen la sorprendente constatación que emerge de los testimonios cosechados. Los médicos cubanos interactuaron con equipos de salud y no se limitaron a tratar a los pacientes, sino que crearon vínculos personales y afectivos con ellos, y con la comunidad en la que se establecieron, a veces de manera intensa y duradera. En una palabra, se verificaron procesos de integración casi completa en la vida de las comunidades. ¿Cómo explicar esto? La literatura corriente oscila entre dos tipos de respuestas. Por un lado, se habla de la asimilación segmentada, cuando la inserción en la sociedad de acogida es exitosa, aunque incompleta. En la práctica, se adoptan algunos comportamientos y se participa en espacios sociales elegidos, no de todos (PORTES, 2001, 2008). Por otro lado, se habla en integración exitosa cuando junto al trabajo se dan inserciones en otros espacios sociales, como los espacios educativos y culturales (TUCCI, 2014, ALOUIS, 2014).

El vínculo laboral no era, en el caso revisado, el resultado del proceso migratorio, sino su causa. Sin embargo, el empleo fue concebido para ser provisional. De esta manera, no había que pensar en integración, sino sólo en buen desempeño profesional. Sorprende, por lo tanto, las situaciones de integración encontradas de hecho, no sólo porque estas no tenderían a suceder, sino sobre todo porque a partir de ellas, se potenció el desempeño profesional.

Los procesos integrativos no se habían previstos en el diseño de la política brasileña, o tal vez ni siquiera estuvieron presentes en las preocupaciones de las autoridades municipales y equipos de salud de acogida a los médicos. Pero la integración, de hecho, ocurrió. En cierta forma, se puede decir que tanto la integración socioprofesional como la integración comunitaria forman parte del *habitus inmigrante* de la práctica médica de los profesionales cubanos. Para ellos fue como si la integración fuera parte esencial de su práctica médica¹³. Además, los médicos cubanos parecen realmente contar con cierto capital de *movilidad* (adquirido en experiencias en el extranjero) que se traduce en la capacidad de entender, convivir y respetar diferencias sociales y personales, lo cual explica la velocidad y la intensidad de los procesos integrativos.

En paralelo a este *habitus* y este capital, cabe destacar la importancia de las semejanzas entre las culturas cubana y brasileña. Lo que parecía obvio fue decisivo. Música, condimentos, danzas: hay muchas cosas que aproximan a los cubanos con los brasileños. Este caldo histórico-cultural fue el sostén, en niveles variados, del aprecio mutuo que se estableció entre los ciudadanos de estos dos países o, sencillamente, entre individuos culturalmente próximos que sintieron empatía y crearon relaciones maduras y duraderas. Al comienzo de todo, la falta de médicos y la filosofía humanista de la medicina cubana. A lo largo del tiempo, procesos integrativos con base en el afecto, duraderos e intensos.

Referencias

MEYER, Jean-Baptiste & WATTIAUX, Jean, Paul. (2006). Diaspora knowledge networks: vanishing doubts and increasing evidence. *International Journal on Multicultural Societies*. Vol. 8. n. 1, pp. 4-24.

ALAMINOS, Antonio Chica; SANTACREU, Óscar Fernández. (2011). "La interacción cultural y social en las migraciones intraeuropeas". *Migraciones*. N. 30, pp.13-42.

¹³ Es preciso recordar, sin embargo, que este comportamiento profesional también es incentivado por la Política Nacional de Atención Básica.

ALBA, Richard & NEE, Victor. (1997). Rethinking assimilation theory for a new Era of immigration. *International Migration Review*, Vol. 31, n. 4, pp. 826-74.

ALLOUIS, Myriam Hachimi. (2014). Intégration et lien de citoyenneté. Le cas du contrat d'accueil et d'intégration. In PAUGAM, Serge. *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*. Paris: PUF, pp. 429-444.

ALMEIDA, Paulo. (2012). La política de migraciones brasileña y la migración haitiana a Brasil. In *Migration Policy Practice* oct-nov. Genebra: OIM.

ANÇÃ, Maria Helena. (2004). À volta da língua de acolhimento. *Encontro Regional da Associação Portuguesa de Linguística*, Setúbal.

BANTING, Keith & KLIMCKA, Will. (2006). *Multiculturalism and Welfare State. Recognition and Redistribution in Contemporary Democracies*. Oxford: Oxford Press University.

BOURDIEU, Pierre. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique. Précédé de Trois Études d'Éthnologie Kabyle*. Genève: Librairie Droz.

_____. (1994). *Raisons pratiques*. Sur la théorie de l'action. Paris: Éditions du Seuil.

_____. (2015). *Sociologie Générale. Les concepts élémentaires de la sociologie. 1. Habitus – Champ*. Cours au Collège de France (1981-1983). Edition établie par Patrick Champagne, Julien Duval, Franck Poupeau et Maris-Christine Rivière. Paris: Raisons d'Agir/Seuil.

_____. (2016). *Sociologie Générale. Les concepts élémentaires de la sociologie. 2. Capital*. Cours au Collège de France (1983-1986). Edition établie par Patrick Champagne, Julien Duval, Franck Poupeau et Maris-Christine Rivière. Paris: Raisons d'Agir/Seuil.

BOZON, Michel & HÉRAN, François. (2006). *La formation du couple*. Paris: La Découverte.

CABETE, Marta. (2010). *O Processo de Ensino-Aprendizagem do Português enquanto Língua de Acolhimento*. Dissertação (Mestrado em Língua e Cultura Portuguesa). Universidade de Lisboa.

COHEN, James. (1999). In DEWITTE, Philippe. *Immigration et intégration. L'état de savoirs*. Paris: Ed de la Découverte, pp. 32-42.

DEWITTE, Philippe. (1999). *Immigration et intégration. L'état de savoirs*. Paris: Ed de la Découverte. DOYTCHÉVA, Milena. (2011). *Le Multiculturalisme*. Paris: La Découverte. Collc. Repères.

GLAZER, Nathan & Moynihan, Daniel. (1970). *Beyond the melting pot: the negroes, Puerto Ricans, Jews, Italians and Irish of New York City*. Massachusetts: MIT Press, 2a ed.

GOMBATA, Marsílea. (2016). *Política social e política externa: A atuação de médicos cubanos em programas da Venezuela, da Bolívia e do Brasil*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo.

GORDON, Milton (1964). *Assimilation in America Life*. New York: Oxford University Press.

GREEN, Nancy. (2009). Tempo e estudo da Assimilação. *Antropolítica. Revista Contemporânea de Antropologia*. Dossiê Estudos de imigração (org. por Márcio de Oliveira e Jair de Souza Ramos). N. 25, pp.23-47.

HAMMAR, Thomas; LITHMAN, Y. (1987). The integration of migrants, experientes, concepts and policies. In *The future of migration*. Paris: OCDE, pp. 234-56.

IBAÑEZ ANGULO, Monica. (2009). Procesos migratorios desde Europa Central y del Este en España: estatus jurídico, identidad social e inserción laboral. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*. N. 84, pp. 105-152. KHELLIL, Mohand. (2008). *Sociologie de l'intégration*. Paris: Puf, 2a ed.

KLIMCKA, Will. (2001). *La citoyenneté multiculturelle*. Paris/Montréal: La Découverte/ Ed du Boréal.

MORENO, Luiza & VEDOCATO, Luís. (2015). Reflexões sobre o regime de contratação dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*. Vol. 1, n 1. Disponível em <http://reinpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/view/50>. Accedido el domingo, 10 de septiembre de 2017.

OLIVEIRA, Márcio de. (2016b). Immigrants Haitiens au Brésil: du multiculturalisme à l'oeuvre? *Revista de Ciências Humanas y Sociales. Al Irfan*, Instituto de Estudios Hispano-Lusos, Universidade Mohammed V de Rabat. N. 2, pp. 73-89.

OLIVEIRA, Márcio de; KULAITIS, Fernando. (2017). Habitus imigrante e capital de mobilidade: A teoria de Pierre Bourdieu aplicada aos estudos migratórios. *Revista Mediações*, Vol. 22, n 1, pp. 15-47.

PAUGAM, Serge (1996). *L'exclusion, l'état de savoir*. Paris: La Découverte.

_____. (2014). *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*. Paris: PUF.

PEIXOTO, João (2004). As teorias explicativas das migrações: teorias micro e macro sociológicas. *SOCIUS Working Papers*, ISEG. N. 11.

_____. (2012). O problema da integração. *Sociologia. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Vol. XXIV, pp.55-87.

PONTIEUX, Sohie. (2006). *Le Capital Social*. Paris: La Découverte. Coll. Répères.

_____. (1981). Modes of structural incorporation and present theories of labor immigration. In KRITZ, Mary M. *et al.* (Ed.). *Global Trends in Migration - Theory and Research on International Population Movements*. New York: Center for Migration Studies, pp. 279-297

_____. (1995). Economic sociology and the sociology of immigration: a conceptual overview. In: PORTES, Alejandro (Ed.). *The Economic Sociology of Immigration. Essays on Networks, Ethnicity and Entrepreneurship*. New York: Russel Sage Foundation, pp. 1-41.

PORTES, Alejandro & RUMBAUT, Rubén (2001). *Legacies: the story of immigrant second generation*. Berkeley: University of California Press/Russel Sage Foundation.

PORTES, Alejandro *et al.* (2008). Filhos de imigrantes nos EUA hoje. *Tempo Social*. Vol. 20, pp.13-50.

SAYAD, Abdelmalek. (1999). *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris: Éditions du Seuil.

_____. (2006). *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité. L'illusion du provisoire*. Paris: Éditions Raisons d'Agir. Vol. 1.

SCHNAPPER, Dominique (2007). *Qu'est-ce l'intégration*. Paris; Gallimard.

SCHOORL, Jeannette. (2005). Information needs on stocks of migrants for research on integration. *UNECE/Eurostat Seminar on Migration Statistics*. Working Paper. N. 5. Rev. 1.

SIMON, Patrick (1999). L'immigration et l'intégration dans les sciences sociales en France depuis 1945. In DEWITTE, Philippe (sous la dir.). *Immigration et intégration. L'état de savoirs*. Paris: Ed de la Découverte, pp. 82-95.

SOARES, Weber. (2004). Análise de redes e os fundamentos teóricos da migração internacional. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. Vol. 21, n.1, pp.101-116.

STARK, Oded. (1991). *The Migration of Labour*. New York: Cambridge University Press.

TODD, Emmanuel (1994). *Le destin des immigrés. Assimilation et ségrégation dans les démocraties occidentales*. Paris: Éditions du Seuil.

WARD, Colleen (2001). The A, B, Cs of acculturation. In MATSUMOTO, David. (Ed. by). *The Handbook of Culture and Psychology*. Oxford: Oxford University Press, pp. 411-446.

WHO s/d. http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/-http://www.who.int/hrh/workforce1_es.pdf?ua=1

WIEVIORKA, Michel. (2008). Intégration, un concept en difficulté. *Cahiers Internationaux de Sociologie*. Vol. 2, n. 125, pp. 221-240.



Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo VII

INTERACCIÓN SOCIAL, INSERCIÓN COMUNITARIA E INTERACCIÓN SOCIOCULTURAL DE LOS MÉDICOS CUBANOS EN EL INTERIOR Y EN ÁREAS QUILOMBOLAS DE BRASIL

Fanor Julian Solano Cardenas¹

Introducción

En este capítulo se describen y se analizan las formas de inserción comunitaria e interacción social de los médicos cubanos, intercambistas del PMM en Brasil, con enfoque especial en los profesionales que trabajaron en pequeñas comunidades del interior y también en las llamadas comunidades quilombolas², con el objetivo de establecer cómo fue su proceso de interacción sociocultural. Se trata de conocer, a partir de las narraciones individuales, los significados y la experiencia de estos médicos, de explicar cómo fue la dinámica de inserción, participación, adaptación y ajuste a la nueva realidad social. El proceso de interacción sociocultural se analiza a partir de tres espacios socio simbólicos: campo profesional, campo cultural y campo socio comunitario.

En los estudios migratorios, el tema de la interacción ya ha sido ampliamente investigado, en la medida en que todo desplazamiento obliga a las personas enfrenten los nuevos universos sociales, culturales e institucionales, en los que, de una manera u otra, debe participar y ser parte. Según lo desarrollado por Pires (1999), el concepto de interacción se ha utilizado en la bibliografía sociológica, en el plano micro, para saber “cómo los actores se incorporan en un espacio social común”, y en el plano macro, para saber “cómo se compatibilizan los diferentes subsistemas sociales”(PIRES, 1999: 9). La perspectiva de Herrera (1994) también se utilizó aquí para explorar “la interacción de las prácticas individuales de los sujetos y de las medidas al mismo tiempo tomadas por el país receptor y de partida” (p. 75).

¹ Doctorando en Estudios Latinoamericanos por el Departamento de Estudios Latinoamericanos (ELA) en la Universidad de Brasilia (UnB).

² el término población quilombola, en Brasil, se refiere a los habitantes de los Quilombos, considerado un fenómeno típico de las Américas. Durante el período de la esclavitud, este término se refería a esclavos africanos y afrodescendientes que se escapan de los ingenios de caña de azúcar, granjas y pequeñas propiedades con el objetivo de formar pequeñas ciudades llamadas quilombos, palabra que proviene del término africano *quimbundo*, que significa “sociedad formada por jóvenes guerreros que pertenecían a grupos étnicos desarraigados de sus comunidades”. Hoy en día hace referencia a los descendientes de estos esclavos, que aún viven en comunidades rurales, suburbanas o urbanas, caracterizadas por la agricultura de subsistencia y por manifestaciones culturales con un fuerte vínculo con el pasado africano. Hay más dos mil de estas comunidades esparcidas por el territorio brasileño, que se mantienen vivas y actuantes, luchando por el derecho de propiedad de sus tierras según consagrado por la Constitución Federal desde 1988. Están presentes en los estados brasileños de Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Pará, Bahía, Maranhão, Amapá, Mato Grosso do Sul, Goiás, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Espírito Santo, Santa Catarina y Rio Grande do Sul.

En el contexto migratorio la interacción se refiere al proceso por medio del cual los inmigrantes se convierten en parte del tejido social, cultural e institucional de la sociedad receptora (SCHOORL, 2005). En este sentido, proceso recíproco, multidimensional y de doble mano, en el que participan de modo activo tanto los inmigrantes como los diferentes actores de la sociedad receptora y sus instituciones (IBÁÑEZ, 2009).

Los estudios clásicos habitualmente analizan el proceso de interacción social a partir de la segunda o tercera generación de inmigrantes, con el objetivo establecer cómo fue la inserción social del inmigrante en las sociedades receptoras (HAMMAR & LITHMAN, 1989; PORTES & RUMBAUT, 2001; FELDMAN, 2009; FREEMAN, 1986; BOSSWICK & HECKMANN, 2006). La experiencia de los médicos cubanos revela, sin embargo, que no sería éste un caso típico de interacción social a largo plazo, en el que los individuos experimentan o son sometidos a procesos de asimilación / aculturación o interacción binacional después de vivir varias décadas en las sociedades receptoras (HOFSTEDE, 2003; ZARZA & SOBRINO, 2007; ALAMINOS & SANTACREU, 2011; Berry, 2003).

Los médicos cubanos no son una población inmigrante en el sentido clásico del término, siendo clasificados como intercambistas, con residencia en Brasil en el marco de una migración temporal y regida por contratos de trabajo previamente establecidos. Esto requiere analizar la experiencia y la participación de este grupo a partir de un esquema diferenciado, teniendo en cuenta que, por la naturaleza de su trabajo y su formación médica, tales profesionales deberían insertarse en la vida social de forma rápida, amplia e intensa, en particular, en las relaciones comunitarias y en el contexto sociocultural. Como se mencionó anteriormente, la inserción de los médicos cubanos en la sociedad brasileña superó la relación profesional médico-paciente y las actividades laborales, pues estos lograron establecer nuevas formas de sociabilidad y lazos sociales, dentro de un proceso dinámico e intenso de interacción en la vida comunitaria.

En este capítulo se describen los resultados del proceso de interacción sociocultural de los médicos cubanos en comunidades del interior de Brasil y en áreas quilombolas, de forma articulada en tres dimensiones sociales. En la primera parte se describen las relaciones socio-profesionales establecidas entre los médicos cubanos y los miembros del equipo de salud compuesto por enfermeras, técnicos y médicos brasileños.

La segunda parte se centra en una dimensión más simbólica de la interacción social relacionada con la apropiación de las expresiones culturales, la participación en festejos y fiestas tradicionales de Brasil y el diálogo como las prácticas médicas de las comunidades negras y urbano-periféricas. La última parte analiza la interacción socio-comunitaria, con destaque para la construcción de lazos de amistad y relaciones afectivas, relaciones con la vecindad, uso del tiempo libre y el sentimiento de interacción propiamente dicho.

Se trata de 17 médicos entrevistados, ocho hombres y nueve mujeres, que trabajaban en cuatro estados de Brasil donde hay comunidades quilombolas: Maranhão, Bahia Goiás y Mato Grosso. Las edades de los entrevistados variaron entre 34 y 52 años, con formación en medicina general integral y otras especialidades. También tenían experiencia en cooperación médica internacional en países de América del Sur, Asia, Centro América y África.

Se visitaron 13 localidades: dos capitales de estado (São Luís y Goiânia) y 11 municipios del interior (Brazabantes, Cavalcante y Britânia - Goiás; Juscimeira - Mato Grosso; Vitória da Conquista, Malhada, Santa Maria da Vitória, Ibotirama y Jequié - Bahia; Alcântara e Itapecuru Mirim - Maranhão).

Los médicos entrevistados fueron elegidos, inicialmente, en función de una matriz tipológica con foco en región y estado donde trabajaban. En segunda instancia, se consideraron dos variables de diferenciación social, sexo y estado civil, como posibles claves para conocer experiencias realmente diferenciadas. En tercer lugar, se consideró la disponibilidad de los profesionales, siendo la comunicación mediada por los asesores estatales. La mayoría de las entrevistas se realizaron en los lugares de trabajo y al final de la jornada de atención.

Relaciones socioprofesionales: fraternidad, acogida, encuentros y desencuentros en el espacio profesional

Uno de los principales escenarios de interacción y participación de los médicos cubanos en la sociedad brasileña fue el espacio de trabajo. A diferencia de otros colectivos, los médicos llegaron a Brasil en el marco de una migración temporal, con vínculo laboral por tres años, prorrogable por igual período. Esta situación les permitió generar vínculos rápidamente con el mercado de trabajo en condiciones muy favorables, alcanzando de esta forma uno de los objetivos principales de todo migrante: garantizar sus condiciones materiales de existencia. Además, los médicos eran efectivamente esperados en las unidades de atención primaria, donde cumplieron una etapa de entrenamiento práctico y “real” en relación con el funcionamiento de estos lugares. En este proceso los médicos también comenzaron a mejorar el portugués formal aprendido en Cuba e incluso en Brasil, en la captura de las diferencias con el lenguaje que utilizan las personas en su vida cotidiana.

En el espacio de trabajo los médicos hicieron amistades y pudieron integrarse en la cultura brasileña, para muchos enigmática y sólo conocida a través de las telenovelas retransmitidas en Cuba, al igual que el fútbol. Así, se puede afirmar que el proceso de inserción e inmersión social de los profesionales cubanos en la sociedad brasileña estuvo fuertemente marcado por las interacciones sociales y los vínculos que construyeron a través de su participación en el mundo laboral.

El espacio de trabajo, sin embargo, constituyó un microcosmos social específico, donde aparecieron tanto la fraternidad, la recepción del otro y la asociación profesional, junto con los rechazos, prejuicios y rivalidades ancladas en la identidad nacional y profesional, dentro de lo que Bourdieu (1979) llamó *habitus de clase*. De esta manera, los encuentros y desencuentros, en el ámbito laboral y personal, marcaron el paso de los médicos cubanos por las unidades de salud donde prestaron servicio. Las diferencias no se centraban en la novedad de ser el “personal nuevo”, sino con la incomodidad, por parte de algunos profesionales, de tener que interactuar con otro sistema de ideas, otra visión de sociedad, otra noción de medicina, otro modelo de medicina, otro modelo de salud e incluso con la preocupación de “dejar a los médicos brasileños sin empleo”, como era común escuchar en las conversaciones de algunos médicos brasileños y de políticos, al igual que en los comentarios de los medios y de las personas comunes. El rechazo de los médicos cubanos se relacionó con un juego de poderes en el campo salud entre agentes públicos y privados que operan el SUS.

Como punto de referencia, es importante recordar que los médicos cubanos comenzaron su trabajo en algunos lugares en un ambiente hostil y desfavorable, por el rechazo que recibieron de las corporaciones médicas brasileñas cuando se informó que los cubanos iban a incorporarse al Sistema Único de Salud, aunque fuera con foco restringido a áreas indígenas, comunidades quilombolas y áreas urbanas periféricas (BEZERRA, 2016).

Las tensiones ciertamente derivaban de los desafíos que el Programa Más Médicos presentaba en relación al modelo liberal y privatista en el área de la salud (CEBES, 1984, CAMPOS, 2007, PAIM, 2013), que fue implantado en Brasil a lo largo de muchas décadas, aspecto agravado por el hecho de que diferentes países de la región pasaron por una serie de reformas estructurales, en el período final del siglo XX, que llevaron a grandes recortes del gasto público, entre ellos, en el sector salud (SANTOS, 2002; DIAS DO SANTOS, 2014; PRECIADO, 2014; AHUMADA, 1995; SARMIENTO, 1998).

Como afirman CAMPOS (2007) y PAIM (2013), el SUS funciona en el medio de las contradicciones y limitaciones de los principios del Estado de Bienestar y los fundamentos del estado liberal, ejemplificados en las grandes inversiones privadas y subsidios estatales a las aseguradoras de salud. Aunque el Estado brasileño reconoce la salud como un derecho de la ciudadanía que se debe garantizar para todos en el territorio nacional, el SUS no confronta la estructura híbrida público-privada, pues el Estado se ha transformado en un comprador o prestador de subsidios a instituciones productoras de servicios, configurando un modelo asistencial que apunta a la privatización (PAIM, 2008).

El PMM fue creado como parte de una estrategia para fortalecer la salud pública y garantizar los derechos sociales de las poblaciones más pobres de Brasil que históricamente han tenido grandes dificultades para acceder a los servicios del SUS. En muchas áreas de Brasil había menos de un médico por cada mil habitantes y en algunas localidades nunca se había presentado un médico del SUS. Para los habitantes de estos municipios, el contacto con el médico cubano fue el primer encuentro con un médico en sus vidas, lo que representó la posibilidad de tomar conocimiento y saber si son portadores de una diversidad de enfermedades.

Integrados en esta realidad, los médicos cubanos terminaron siendo objeto de luchas internas entre los agentes del Estado y las corporaciones médicas, cada uno intentando imponer sus intereses a partir de la defensa de determinadas prácticas en el campo de la salud y de discursos mediáticos. En ese escenario social de tensiones y contradicciones, de encuentros y desencuentros entre fuerzas públicas y privadas, los médicos del PMM llegaron a sus lugares de trabajo. De esta forma, no sólo en las comunidades quilombolas, sino en otros lugares, fue posible saber si los profesionales cubanos establecieron relaciones cercanas, fraternas y de asociación con los demás profesionales del equipo y con la comunidad.

Sí, se hacen todas las reuniones [...] siempre al final del mes. [para ver la] productividad, estadísticas del mes. [Siempre se hace] un almuerzo cuando no se está en la unidad o en la casa de un agente comunitario o de alguien del equipo. Se celebran cumpleaños en forma colectiva, en una pizarra, se ponen los cumpleaños del mes (Federico, dos años de PMM, Maranhão).

Tengo excelentes relaciones con todos mis colegas de trabajo. Felizmente, desde que llegué fue bueno. Con el colectivo, también sentí confianza, si había un problema, podían contar conmigo. No solo con cosas de salud, cualquier problema. Intento participar de las actividades que organizamos. A veces, en la unidad organizamos actividades entre nosotros, por ejemplo, festejamos los cumpleaños de todos. Todos nosotros participamos y yo les di confianza para eso (Eduardo, dos años en el PMM, Mato Grosso)

En algunos casos, no representativos del todo, la relación entre el médico cubano y el equipo de salud, al contrario, a la tranquilidad encontrada, se vio marcada por conflictos derivados de la desarticulación y el desencuentro sobre cómo se debería realizar el trabajo en la atención primaria, especialmente en lo que se refiere al planeamiento de las visitas domiciliarias:

Mira, le dije a la agente de salud, ella está acostumbrada a [otra] cosa [...] siempre estuvo de acuerdo, pero en un momento empezó a querer imponer el trabajo. Sí, imponer, por ejemplo, cómo se tenían que hacer las visitas domiciliarias... y yo dije, "Por lógica, si visité a los mismos pacientes cuatro semanas atrás, siguen con remedios y prescripciones actualizadas, no tengo más quejas, ninguna urgencia aparece, ¿Por qué tengo que volver en tan poco tiempo?" Y ella no entendía, hacía visitas porque sí... [Y yo le dije] "Mira, estoy aquí para hacer las visitas, dígame otros casos y voy a visitarlos" (Sonia, dos años en el PMM, Bahía).

Se sabe que los médicos cubanos tienen una concepción de la relación médico-paciente, de la medicina y de la salud pública significativamente diferente de aquella vigente en el modelo liberal-privatista o fármaco-curativo de los países donde la salud no es derecho garantizado para todos (MEJÍAS, DUANY & TOLEDO, 2010; MONJE, 2014). Esto puede ser un problema para la intervención médica cubana en países en los que las corporaciones medianas e incluso los agentes individuales de la salud no tienen apertura para nuevas prácticas e ideas (FEINSILVER, 2008).

En el caso aquí analizado se observó que las relaciones de trabajo se sustentaron sobre la base de acuerdos y reglas informales establecidas entre los médicos cubanos y su equipo de salud brasileña, con base en el respeto al sistema de ideas que orienta cada sistema de salud, cooperación como principio básico. La actuación de los profesionales cubanos en Brasil se encuentra en consonancia con los principios que orientan la cooperación médica internacional por parte de Cuba en la que se destaca el propósito de fortalecer las capacidades nacionales a partir de la suma de las potencialidades entre el país cooperante y el país receptor de la ayuda (GARCÍA & ANAYA, 2009; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011; MARTÍNEZ REINOSA, 2008).

El ambiente de trabajo aquí es muy cordial, muy bueno desde el comienzo. No tuve problemas en ningún momento. [...] desde el comienzo nos sentamos, charlamos sobre el sistema de salud cubano, que es de determinada manera; el sistema de salud brasileño es diferente [...] Y como estamos acostumbrados a hacer en todos los países que vamos, no llegamos para cambiar nada, simplemente estamos para prestar ayuda. Ustedes hacen esto de una manera, nosotros nos adaptamos a lo que hacen. No vamos a cambiar el sistema de trabajo (Pedro, dos años en el PMM, Bahía).

La construcción de este tipo de reglas fue fundamental en la medida que se trataba no sólo de la interacción de profesionales de nacionalidades diferentes, sino de formas de trabajo y de concepciones de la salud y enfermedad notablemente diferentes. El Sistema Nacional de Salud de Cuba, al igual que sus programas de cooperación médica internacional, se fundamenta en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, es decir, es un sistema preventivo y curativo, que busca fortalecer la atención primaria como la base de toda la estructura de salud pública (SANTANA & MARTÍNEZ, 2017; GARCÍA & ANAYA, 2009; MARIMÓN & MARTÍNEZ, 2011; MONJE, 2014; FEINSILVER, 2008).

A diferencia de lo ocurrido con los equipos de salud, las relaciones entre los médicos cubanos y los médicos brasileños, en general, fueron más distantes, conflictivas y marcadas por la rivalidad. Algunos profesionales cubanos manifestaron, incluso, que las relaciones con sus colegas brasileños fueron meramente protocolares y hasta marcadas por la apatía, sin mayor intercambio de saberes. De esta forma, no se alcanzó satisfactoriamente uno de los objetivos de la Ley 12.871, que era generar intercambio de conocimientos entre profesionales brasileños y los médicos formados en el exterior.

Trabajé con cuatro médicos en momentos diferentes. [...] con el único que me relacioné fue con uno [de ellos]. Y es una relación del tipo "Hola, ¿cómo estás?, todo bien, me alegro..." (Federico, dos años en el PMM, Maranhão).

Las relaciones socio-profesionales entre los médicos se fragmentaron de esta forma debido a las luchas inducidas por las corporaciones médicas y por otras razones relacionadas con la representación social que los médicos brasileños construyeron respecto a los médicos cubanos. En pocos casos la distancia se explicaría por el hecho de que el médico cubano era el único profesional que siempre estaba en el puesto de salud, mientras que algunos médicos brasileños trabajaban por un periodo de tiempo más reducido, lo que pudo haber imposibilitado el establecimiento de lazos fuertes, consistentes y de a largo plazo.

Sin duda, además de tales situaciones coyunturales y localizadas, en la base de esta diferencia también estaría una posible jerarquía establecida y construida por los mismos médicos brasileños, a través de la cual ellos se veían como con un status más elevado que los cubanos, por su ascendencia de clase y condiciones de vida. Esto, en la perspectiva de Basabe, Zlobina & Paez (2004), parece indicar que las relaciones médicas estuvieron medidas por el status que el grupo nacional otorgó al grupo extranjero. También recibieron la influencia, ciertamente, los estigmas, prejuicios y representaciones que los médicos brasileños tenían de los médicos cubanos. Se debe destacar, sin embargo, que en algunas localidades los médicos cubanos declararon tener buenas relaciones y haber establecido intercambios de saberes científicos con sus homólogos brasileños:

En la unidad básica, sí, compartíamos. Y todos los meses hicimos reuniones en la que hablamos de temas médicos. Con tres médicos brasileños que están aquí [...] todos los meses y con un supervisor que también es brasileño. Todos nos encontramos, cuatro cubanos y tres brasileños y además el supervisor brasileño, y hablamos sobre cuestiones de salud, estudiamos cosas para ver cómo resolverlas, hablamos sobre medicina [...], compartimos experiencias que cada uno tuvo en el mes. Ideas también. Hasta tenemos un grupo de WhatsApp [...] (Federico, dos años en el PMM, Maranhão).

Con base en esta situación, en algunos casos hubo descalificación de los médicos cubanos por parte de médicos brasileños, en lo que se refiere al saber específico, expresada a través de cuestionamiento e invalidación de sus diagnósticos y tratamientos, además de la negación de referencias para la realización de exámenes complementarios y especializados. Un ejemplo crítico de tal situación se observó, especialmente, con los niveles más especializados del sistema de salud, con relaciones marcadas por tensión, conflicto e incluso descalificación, hecho que incluso hubiera llevado a situaciones fatales, con la muerte de pacientes. Tales dificultades, aún hoy, pueden no ser derivadas directamente de la llegada de los médicos cubanos, ni sería propia de las interacciones entre médicos nacionales y extranjeros, sino que, por el contrario, reflejan

una tendencia de desarticulación ya existente entre los diferentes niveles del SUS en Brasil, que sin duda afecta seriamente la seguridad de los pacientes.

Hicimos un intercambio de [acciones]. Cuando ella [una colega] debe atender a un paciente por mí atendido, ella me pregunta [sobre la situación]. De esta forma, como ella me pregunta, yo le pregunto a ella. Aquí nunca sentí resistencia de parte de ningún médico. La principal resistencia fue de los médicos del hospital. [...] Y no fue así por lo que hablan directo conmigo, sino por lo que les dicen a los pacientes. Pero ni les doy atención, eso no me interesa, porque sé cuál es mi conocimiento. Yo realmente [...] estudié para ser médico. En Venezuela dijeron que nosotros éramos jardineros, choferes de autobuses, esas cosas. Cuba no hace eso. Cuba solo envía a personas cualificadas. Todos somos médicos, tenemos cualificación (Miguel, dos años en el PMM, Maranhão).

La parte operativa presenta sus dificultades. [...] Yo diagnosticué un cáncer de cerebro en una niña de 16 años de edad e hice toda la derivación a otro médico que debería atenderla y en tres meses la madre vino, le pregunté por la niña y me dijo "murió". ¿Pero qué quieres decir?, le pregunté, ¿Cómo se va a morir si mandé hacer una resonancia magnética y agendar con un neurólogo para descubrir si había chance de hacer una cirugía? "No pude agendar la cita..." Esto no hubiese pasado en Cuba, porque allí, si el caso me perteneciera, hubiese ido con él hasta el hospital para ver la resonancia y hablar con el doctor sobre la conducta (Darío, dos años en el PMM, Maranhão).

Teniendo en cuenta la tendencia central de las relaciones socio-profesionales, es razonable suponer que los conceptos y estigmas que los médicos brasileños tenían sobre los médicos cubanos se atenuaron, pero no desaparecieron. Esta situación acarrió cierto distanciamiento social y profesional que generó tensión y conflicto en vez de enriquecimiento científico. En la perspectiva de los médicos cubanos, sus homólogos brasileños se consideraban de mejor status en razón de su mayor poder adquisitivo, salario, inserción en el sistema político y económico, además de la propia formación médica. También se observó el establecimiento de cierta jerarquía socio profesional en función de la nacionalidad, que funcionó en paralelo a la tradicional jerarquía existente entre especialidades médicas, con la medicina general frecuentemente presentando status más bajo y de menor reconocimiento entre las especialidades médicas.

Interacción social y apropiación de expresiones culturales: "Viviendo en una ciudad de telenovela" - formas de socialización con la cultura brasileña

Tanto las teorías clásicas que hablan de asimilacionismo y multiculturalismo (GODENAU ET, AL, 2014, RETORTILLO, et al. (2006), como las teorías críticas más recientes que hablan de asimilación segmentada (PORTES, 1989), inserción desagregada (FREEMAN, 1986) e interacción multicultural (BOSSWICK & HECKMANN, 2006) que, en general, analizan procesos de interacción a largo plazo, han intentado establecer si el migrante pierde, mantiene o enriquece su identidad cultural / étnica a partir de la convivencia permanente en las sociedades de destino. Según la perspectiva de Berry (2003), el contacto del migrante con la cultura de la sociedad receptora puede derivar en cuatro posibles formas de interacción: asimilación, interacción, segregación y marginación:

La asimilación es el caso en que se responde negativamente al deseo de mantener la identidad cultural y afirmativamente al contacto intercultural. La interacción es el caso en que si la respuesta es positiva al deseo de mantener la identidad cultural lo es también afirmativamente al contacto intercultural. Esta estrategia se asocia con una identidad bicultural. La segregación ocurre cuando el mantenimiento de la identidad cultural es afirmado, con la negativa al contacto intercultural. La última estrategia es la de la marginalización, que resulta en el rechazo de la identidad cultural de origen y también al contacto con la cultura anfitriona (Basabe, Zlobina & Paez).

La transformación o afirmación de la identidad cultural se da como una respuesta adaptativa del migrante, tanto a nivel psicológico como social, ante el proceso de insertarse y participar de la nueva sociedad (ALAMINOS & SANTACREU, 2011). Asumir actitudes biculturales es la estrategia que genera mayor grado de adaptación desde el punto de vista psicológico, pero no es siempre la que los individuos eligen (BASABE, ZLOBINA & PAEZ, 2004). Las teorías mencionadas, sin embargo, sirven para analizar el proceso de interacción a lo largo de varias décadas, como protagonizado por la segunda o tercera generación de migrantes, pero no resultan muy adecuadas para hacer una lectura de la situación de personas que se insertan en el marco de una migración temporal o de corto plazo, como es el caso de los médicos cubanos intercambistas. La situación institucional, social y psicológica en que se encuentran estos profesionales no los obliga a elegir entre la cultura de origen y la cultura de destino, como sucede con las personas que viven indefinidamente en las sociedades receptoras.

De esta manera, los migrantes temporales, como los médicos cubanos, no pueden ser colocados ante la dicotomía aculturación / interacción, aunque, de forma diferente de otros grupos, sean inducidos a participar de forma más intensa en las sociedades de destino. Como alternativa, se sugiere que el contacto de los profesionales cubanos con la cultura brasileña no debe ser interpretado a partir de la interacción en la perspectiva clásica del término, sino a partir de los niveles de interacción y socialización que éstos tuvieron con los símbolos, signos, costumbres, prácticas, normas y valores de Brasil, un país-continente, cuya cultura no tiene por qué ser homogeneizada, dadas las notables diferencias encontradas entre sus regiones.

Para realizar esta tarea, en la presente investigación se analizó la interacción de los profesionales cubanos asignados en las comunidades quilombolas con la cultura brasileña, a partir de tres grandes dimensiones: 1) el consumo cultural; 2) la participación directa en festejos y celebraciones tradicionales de Brasil y 3) el diálogo que los médicos establecieron con las medicinas tradicionales de la población negra y las prácticas de curación de las comunidades mestizas urbanas periféricas. A partir de los presupuestos presentados, se percibió que los médicos cubanos interactuaron de forma amplia e intensa con la cultura brasileña, dándose una interacción en grados diversificados, en función de la expresión simbólica en cuestión y del área de residencia del médico, lo que tiene que ver, a su vez, con los lazos sociales y las relaciones comunitarias existentes en esas áreas. Las formas de interacción también estuvieron mediadas por el grado de contacto que los cubanos, como pueblo, tenían con la cultura brasileña, en otras palabras, con la distancia o la cercanía cultural entre el país de origen y el país de destino (SMITH & BOND, 1999; WARD, BOCHNER & FURNHAM, 2001; MOGHADDAM, TAYLOR & WRIGTH, 1993). También tuvieron un papel importante las características de la cultura cubana y sus variaciones históricas.

En cuanto a la primera dimensión, se observó conocimiento e interacción con algunas expresiones culturales relacionadas con la música, el fútbol, los programas de televisión, el diario escrito y las noticias audiovisuales y la gastronomía, pero fue pequeño el contacto con la cultura escrita del orden literario y académico no relacionado con el saber médico. El consumo de tales expresiones culturales presentó variaciones relacionadas con las características de la cultura cubana. Por ejemplo, en la isla no se practica fútbol, deporte que históricamente no forma parte de las costumbres recreativas locales, siendo el béisbol el deporte nacional con mayor tradición. Por lo tanto, muchos médicos cubanos no veían partidos de fútbol y los que lo hacían no seguían con fervor al campeón brasileño. Algunos, incluso, no conocían a los equipos del “Brasileirão”, sino solo equipos internacionales como el Real Madrid, el Barcelona, el Manchester United, entre otros, reconocidos por su prestigio a nivel internacional.

A veces veo algunos partidos de fútbol. No soy mucho de [ver] partidos del campeonato de provincia, en Cuba, a no ser cuando juega mi provincia. Lo mismo pasa cuando en Brasil se disputa el campeonato nacional, hay que gustar de los equipos específicos [...] Me gusta el fútbol internacional, cuando Brasil juega con otros países (Eduardo, dos años en el PMM, Mato Grosso).

Otros tipos de consumo, como las telenovelas, también presentaron variaciones relacionadas con el grado de introducción a la cultura brasileña en Cuba. Hace varias décadas las telenovelas brasileñas han sido transmitidas en la isla y así la mayoría de los médicos afirmó que seguían viendo tales transmisiones en Brasil, como parte de una práctica ya incorporada. En algunos casos el médico fue a residir a una de esas “ciudades de telenovela”, es decir, a una de las localidades que habían servido de escenario para las telenovelas brasileñas que pasaban en Cuba, lo que generó mayor grado de empatía con esta modalidad de expresión cultural. Este hecho es significativo en el campo de las discusiones contemporáneas de la interacción cultural, porque muestra que las culturas no son cerradas y los migrantes no llegan a las sociedades de destino como una caja vacía. No es un problema de distancia o proximidad cultural, como afirman Smith & Bond (1999) y también Ward, Bochner & Furnham (2001), sino de conocimiento y contacto intercultural previo, dentro de un contexto transnacional y globalizado, como es el caso de la contemporaneidad. Los universos culturales que entran en contacto pueden ser diferentes, aunque próximos, por el hecho de que la circulación internacional de símbolos y contenidos es impulsada por el alcance transnacional de las empresas del capitalismo audiovisual.

Por mucho tiempo, las telenovelas brasileñas ocuparon un espacio importante en la televisión cubana. Allí siempre las ven, hace mucho tiempo [...] A veces miro las noticias y dejo una u otra telenovela, cuando tengo tiempo, porque la capacitación que estamos haciendo exige tiempo, entonces cuando hago trabajos [del curso] enciendo la TV y miro la telenovela. Empecé a ver “Império”, que ya era transmitida hace un tiempo, y cuando volví de vacaciones de Cuba, ya estaba terminando. Cuando volví, otra novela había empezado. Y entonces, cuando regresé a Cuba, estaban dando el final y me dije que no quería verla, porque si no iba a tener tiempo para verla completa. Ahora miro películas y shows cubanos (Eduardo, dos años en el PMM, Mato Grosso).

En el caso de la música también se observó una situación similar, pues algunos cantantes, especialmente de bossa nova u otros, como Roberto Carlos, ya son escuchados hace algún tiempo en Cuba. Así, no fue difícil para los cubanos abrirse para este tipo de música.

Otros géneros como forró o sertanejo no eran conocidos por los cubanos, lo que no fue impedimento para contactar con esta expresión artística. El samba y la pagode también fueron bien recibidos por los médicos cubanos, por tratarse de canciones ampliamente conocidas en los demás países de la región e incluso en otros continentes, hasta el punto de ser considerados géneros emblemáticos de la cultura brasileña. Este es un hecho interesante, en la medida en que, por las diferencias de idioma, las canciones en portugués no circulan tanto en el mundo de habla española y viceversa. También no deja de ser notable que las canciones brasileñas que los cubanos más conocen son expresiones artísticas de clases medias altas, con mayor capacidad de difusión internacional.

Las diferencias entre las canciones escuchadas en el exterior y variedad de canciones escuchadas en el interior de Brasil revelan, como señala Portes (1989), que las sociedades donde se insertan las personas no son homogéneas, sino segmentadas y diversas. La ignorancia de esta realidad es un sesgo que poseen los modelos y políticas asimilacionistas, al partir del supuesto de que las sociedades receptoras son culturalmente homogéneas y, por lo tanto, la tarea del migrante es la de adoptar las formas de vida y costumbres de la cultura mayoritaria (GODENAU et al, 2014; RETORTILLO, et al. 2006). Reconociendo que los migrantes llegan a las sociedades diferentes de la suya, se destaca la apertura del cubano, hecho que sin duda facilitó la interacción con la multiplicidad de la música brasileña, en especial la preferida por los estratos populares, que no son muy difundidas en los países de la región, actitud necesaria para participar de festejos y celebraciones, como discutido más adelante.

Me gusta mucho la música antigua, de Reginaldo Rossi, Roberta Miranda, Aguinaldo Timóteo, pero también escucho a Alexandre Pires, Roberto Carlos, José Augusto. Al resto no le gusta. Y todos estos van apareciendo: Luan Santana [...] Luciano Camargo. El forró no me gusta mucho, [pero] escucho Aviões do Forró de vez en cuando. Aquí veo muchos programas de TV, de los que tienen participantes, Caldeirão do Huck, Faustão, Silvio Santos, Eliana, Roberto Caprini[...] (Darío, dos años en el PMM, Maranhão).

En cuanto a la gastronomía, la mayoría de los médicos que trabajan en las comunidades quilombolas manifestaron que las diferencias entre la culinaria de Brasil y Cuba eran pocas, lo que llevaba a que no hubiera dificultad para mantener sus hábitos de alimentación. Sólo algunos apuntaron incomodidad con determinados alimentos como el piquí, no conocido en la isla, o con las harinas, conocidas, pero no muy consumidas en la región del Caribe. Aquellos que no tuvieron mucha empatía con la comida brasileña optaron, como estrategia, por preparar los alimentos en casa y con eso lograban ahorrar dinero. Tal práctica fue observada sobre todo entre aquellos que decidieron vivir en compañía de otros, pues ofrecía mayor eficiencia en la realización de las tareas del hogar, además de economía doméstica. La menor distancia cultural, identificada como factor facilitador de interacción social (SMITH & BOND, 1999, WARD, BOCHNER & FURNHAM, 2001), evidenciada en los consumos alimenticios de Brasil y Cuba, facilitó el proceso de adaptación de los médicos a las comidas del nuevo entorno. Los productos similares con formas de preparación similares son explicados por los entrevistados a la influencia de la culinaria y cultura africana en ambos países.

A mí no me gusta la harina, pero todo [lo de más] me gusta. El sabor es muy parecido a Cuba. La única diferencia es la harina, la farofa, esas cosas. Claro, en Cuba, no comes eso, pero comes, por ejemplo, arroz, feijão, carnes en sus variedades. Es lo mismo. Y el gusto es el mismo. (Enrique, dos años en el PMM, Maranhão).

Participar en la cultura del país de destino es un tema complejo en la medida en que no se trata sólo de realizar algún tipo de práctica, sino entrar en contacto y aceptar un nuevo universo simbólico y cultural, con sus significados, signos, idiosincrasias, imaginarios sociales y representaciones. El estar abierto a una nueva cultura implica poner en tensión la propia identidad cultural, porque el individuo migrante debe adecuar su estilo de vida a las nuevas costumbres, valores, reglas y tradiciones de la cultura receptora (ALAMINOS & SANTACREU, 2011; BASABE, ZLOBINA & PAEZ, 2004). Aunque muchos de los médicos miraban la televisión brasileña y el campeonato de fútbol "Brasileirão," escuchaban canciones típicas del país, leían diarios nacionales, ellos seguían reproduciendo los gustos y prácticas culturales cubanas. En el caso de los cubanos, la inserción de los cubanos en la cultura brasileña no puso en tensión su identidad étnica ni exigió un proceso de aculturación / asimilación en el sentido clásico del término (HOFSTEDE, 2003; BERRY, 2003; GODENAU et al, 2014; RETORTILLO, et al. 2006).

Los médicos que trabajaron en las zonas rurales y pequeños centros urbanos conocieron y participaron en las fiestas tradicionales de Brasil, lo que facilitó su socialización con la cultura nacional y la interacción con las comunidades en que atendían, siendo estas los principales actores de tales festejos. Algunos médicos llegaron, incluso, a asumir la participación en las fiestas típicas de Brasil como parte de sus costumbres y así planificaban sus actividades durante el año, encarando la posibilidad de poder participar de todos los eventos. Tal participación fue más clara en los casos en que los profesionales cubanos pasaron la Navidad y Año Nuevo en Brasil y en aquellos en que se establecieron lazos afectivos con ciudadanos brasileños. Se evidenció que algunos médicos llegaron a conocer en detalle los rituales y significados de las fiestas tradicionales no sólo porque participaban habitualmente, sino también porque consiguieron asumir un papel protagonista de lo que se celebra.

Es importante subrayar que fue la comunidad que atribuyó tal protagonismo a los médicos, como posible forma de expresar reconocimiento por el trabajo realizado. Sin duda, la participación en las fiestas tradicionales llevó a los médicos a interactuar de forma más profunda e intensa con la cultura brasileña. A través de esa interacción cultural, los profesionales cubanos se integraron en el tejido social de las comunidades donde trabajaban, entrando así en las fibras más finas de la cultura. En contraste, los profesionales que atendieron a la población en las zonas urbanas periféricas de grandes conglomerados urbanos no llegaron a lograr tanta cercanía con las fiestas tradicionales brasileñas. La distancia social observada en este caso se dio, por un lado, porque en las ciudades con mayor densidad poblacional no se atribuye el mismo valor a los festejos, y, por otro lado, porque los médicos no alcanzaban la misma facilidad para participar de tales eventos, sea por razones logísticas o financieras. Por eso, las características físicas, sociales y culturales del lugar de residencia repercutieron en las posibilidades de participación y proximidad de los médicos con la cultura nacional. A su vez, esta cuestión facilitó u obstaculizó la densidad de las relaciones e interacciones de los médicos con las comunidades que atendían.

Acaban de pasar las fiestas del Divino. [...] Son viernes, sábado, domingo y lunes. Ellos esperan por estas fiestas porque ocurren una vez por año y no hay alegría más grande. Nos esperan con mucho amor.

Todos se preparan para estas fiestas. Tengo un video [muestra el video]. [...] Había participado el año pasado, pero solo un poco; pero este año estuve un tiempo más para ver qué ocurre. Valió mucho la pena. ¡Probamos una comida divina! Bueno, mientras eso ocurriendo aquí, las personas pasan y [...] agarran la comida (Rosário, dos años de PMM, Bahía).

Bueno, aquí hay varias fiestas por año. Vamos a empezar con las fiestas de fin de año [en las que] siempre hay un show [...] carnaval, fiesta, show, música electrónica. Entonces empieza Semana Santa, que es más o menos lo mismo, la misma fiesta, un show con muchos turistas. Luego ocurre la fiesta del productor rural, con procesión típica de la región, cabalgata. Una celebración [...] en la que vienen personas de todos los campos de la región; se hace una exposición de ganado. Entonces viene la temporada, que es el mes entero de julio, que generalmente incluye shows. A partir de ahí la temporada termina, y en septiembre llega la Fiesta del Peón, la más importante de la región. Yo participo de todo, absolutamente todo. Primero con mis amigos y a veces soy invitada por el alcalde. Como es una pequeña ciudad, somos invitados y para ellos, como nos dicen, es un honor que participemos en estos festivales (Mable, dos años en el PMM, Goiás).

Además, los médicos cubanos tuvieron contacto e interactuaron con prácticas y conocimientos médicos tradicionales, tanto de la población negra, como de las comunidades mestizas, comunes en Brasil. No fue un encuentro inesperado e incómodo, pues la medicina cubana hace mucho tiempo ha considerado el uso de la medicina natural o tradicional en sus tratamientos como un ejercicio de valorización de la sabiduría ancestral. En Cuba se trabaja a partir del enfoque de la interculturalidad para actuar de forma integral en la promoción de la salud, mediante un modelo de práctica médica que mezcla los conocimientos de la medicina alopática convencional con la herencia africana y la acupuntura de China (MONJE, 2014). El uso de las medicinas no convencionales está regulado en Cuba desde 1995 cuando se creó la Comisión Nacional de Medicina Natural y Tradicional (MNT), impulsando en todo el país una red de servicios y centros de MNT. En 1997, el Estado cubano también creó un programa nacional para el desarrollo y generalización de las MNT, abarcando además la formación y la capacitación de recursos humanos (Monje, 2014: 22).

Tal perspectiva más holística permitió que los profesionales cubanos establecieran un diálogo horizontal y libre de prejuicios con las medicinas y prácticas de curación tradicionales de las comunidades, pertenecientes a diferentes niveles de abordaje y guardando relación con elementos diversos de la cultura brasileña.

En primer lugar, existen las medicinas tradicionales ligadas al saber indígena y la utilización de plantas como instrumento para equilibrar el estado de salud de las personas, situación en que no hubo dificultad alguna porque, aunque los médicos de Cuba no conocían algunas de las plantas utilizadas por los indígenas en Brasil, ya estaban sensibilizados con el uso de plantas como parte de los tratamientos médicos. Algunos de estos médicos afirmaron, además, que ya poseían formación especializada en medicina homeopática

en Cuba y que con frecuencia formulaban medicamentos naturales para sus pacientes, entre otras razones, porque las plantas se ajustan perfectamente al modelo basado en la prevención.

En segundo lugar, se encuentran las prácticas de las comunidades negras, especialmente los conocimientos vinculados con los cultos africanos. En este caso, las plantas no tenían la misma importancia, aunque fueran utilizadas, con predominancia de las oraciones y la adoración de imágenes como elemento base para obtener la cura de las enfermedades.

Los espíritus y todas esas cosas [...] también forman parte de la cultura. Con oraciones, son capaces de disminuir la presión, o algo así. En la comunidad contamos con un candomblé espírita, una señora en la ciudad, que reza, quita el mal de ojo, estas cosas... Rezan, y usan hojas y demás [...] pero no sé su nombre. Ella misma envía a los pacientes al Puesto de Salud (Rosario, dos años en el PMM, Bahía).

Allí, como atiendo cuatro áreas diferentes, cercas, pero diferentes, había más de un [curandero tradicional] en cada área, siempre hay una persona que se dedica a hacer este tipo de oración y curación y también en mi comunidad hay mucha fe incluso en la iglesia, muchas personas con enfermedades se tratan rezando y yendo a la Iglesia. [Los curanderos] dicen que son católicos, pero también hay candomblé, aunque todos ellos frecuentan la iglesia a su manera (Stella, dos años en el PMM, Bahía).

Interacción social y apropiaciones culturales (formación de lazos sociales, soledad e interacción funcional)

Los estudios clásicos de interacción en el contexto migratorio han considerado la construcción de lazos y redes de amistad a lo largo de la experiencia migratoria como uno de los factores más importantes para alcanzar la inserción social propiamente dicha en la medida en que facilita la participación y conocimiento de la cultura nacional y el desarrollo de la competencia lingüística e intercultural (PADILLA, 1980; ALAMINOS E SANTACREU, 2011).

Si el migrante vive aislado en la sociedad receptora, entonces tendrá más dificultad para ampliar su círculo de relaciones sociales y participar en espacios diversos. La soledad también incrementa el sentimiento de nostalgia o pérdida del país de origen, lo que imposibilita el proceso de adaptación psicológica y social del migrante (BASABE, ZLOBINA & PAEZ, 2004; WARD, 1996). En el caso de los médicos cubanos, hubo facilidad para crear redes de amistad por el hecho de que, a diferencia de otros colectivos de migrantes, su trabajo consistía en interactuar con personas todo el tiempo y de forma íntima y profunda.

Así, como la medicina general integral de Cuba adopta un enfoque biopsicosocial, los médicos cubanos terminaron creando una estrecha relación con sus pacientes y con las comunidades en las que éstos viven.

Los lazos de amistad construidos por los profesionales cubanos que trabajaron en las zonas quilombolas fueron diversos. En primer lugar, los médicos cubanos han fortalecido y ampliado los vínculos con sus colegas de la misma nacionalidad. En segundo lugar, crearon una relación de amistad relativamente fuerte con técnicos, enfermeras y otros funcionarios que trabajaban en las UBS.

Por otro lado, fueron débiles las relaciones con los médicos brasileños en las mismas unidades. También lograron establecer relaciones y fuertes lazos de amistad con miembros de las comunidades donde trabajaron, vínculos que merecen destaque en particular, porque tal contacto de los profesionales cubanos con las comunidades fue tan intenso que algunos de ellos establecieron lazos amorosos y afectivos con el brasileño (a), lo que demuestra sin más el nivel de profundidad que han alcanzado las interacciones en algunos casos. Los diferentes lazos y redes sociales construidas facilitaron tanto la inserción y participación del médico en la sociedad brasileña, como su trabajo profesional en las localidades y comunidades del país.

El primer espacio que los médicos tuvieron para interactuar y crear lazos de amistad fueron los cursos de portugués, las conferencias médicas y los talleres sobre el funcionamiento del SUS. Estas conferencias fueron organizadas por la OPS / OMS en Brasil, en asociación con el Ministerio de Salud, como estrategia para que los profesionales cubanos se socializaran con el país, con la lengua, con la realidad del sistema nacional de salud y con las características epidemiológicas de Brasil.

En este espacio conocieron a otros cubanos, con quienes tuvieron los primeros contactos sociales. Con el contacto inicial, además de que haber sido enviados en grupos a ciertas localidades, se crearon las condiciones para que los profesionales cubanos constituyeran nuevas redes de amistad con sus compatriotas. A través de estas redes ellos sin duda se apoyaron mutuamente y construyeron una red de soporte emocional.

De esta forma, la construcción de los vínculos se vio favorecida en los casos en que varios médicos cubanos decidieron vivir juntos para reducir gastos, para obtener beneficios emocionales y empatía mutua o, si había varios médicos en la misma ciudad o localidad, también fue beneficioso cuando se articularon y fortalecieron sus redes para la celebración de aniversarios, fiestas nacionales cubanas, fiestas de fin de año o actividades cotidianas, como hacer compras o pasear por la ciudad y las atracciones locales.

Los nichos de sociabilidad por ellos construidos facilitaron su diversión y la reproducción de sus costumbres y estilos de vida, constituyendo además un mecanismo para reducir o atenuar la nostalgia que sentían por su tierra natal. Las interacciones de los médicos cubanos entre sí fortalecieron su identidad étnica / cultural y sentido de pertenencia nacional.

Sin ningún problema, tanto en el municipio como fuera del municipio, porque somos hermanos. Está todo bien [...] nos llevamos muy bien. El dolor de alguien es el dolor de todos; cuando hay un aniversario nos unimos, celebramos juntos. Y las fechas, sobre todo las fechas de Cuba, no las olvidamos, por ejemplo, el 14 de febrero, Día de San Valentín. El 26 de julio, Día de la Rebelión, una fecha muy importante en Cuba que se celebra entre nosotros. Día de las madres, día de las mujeres, siempre lo celebramos (Rosario, dos años en el PMM, Bahía).

Nos visitamos entre nosotros, los médicos cubanos. Aquí en Goiânia hay 16 médicos cubanos [que] visitamos, nos organizamos para ir a la feria, de compras, al cine (Nubia, dos años en el PMM, Goiás).

Cuando los cubanos llegaron a las unidades de salud donde estaban asignados, encontraron un segundo núcleo de sociabilidad, compuesto por dos clases de actores sociales. Por un lado, los médicos, claramente

en la parte superior de la pirámide, y, por otro lado, los técnicos, enfermeros, agentes comunitarios y personal de limpieza, ubicados en un nivel más bajo de la estratificación socio profesional. Los médicos brasileños, como ya se ha dicho, no veían a los médicos cubanos como pares, pues creían que éstos eran una especie de médicos de segunda categoría, debido a las características de su formación. Como resultado, los niveles jerárquicos se ampliaron aún más y llevaron a relaciones diferenciadas en función de la posición relativa de los profesionales y los cubanos en la pirámide social.

La estructura de diferenciación social de esta manera construida hizo que los vínculos entre los médicos cubanos y sus colegas brasileños fueran débiles y sus interacciones tensas. En ciertas localidades, los médicos cubanos manifestaron tener relaciones cordiales con sus colegas brasileños e incluso haber construido lazos de amistad, destacándose, sin embargo, que eso fue dado por intereses comunes, pero con relaciones superficiales y meramente instrumentales, limitadas básicamente al espacio de trabajo. No obstante, hubo casos en que los médicos cubanos fueron invitados, por parte de los médicos brasileños y sus familias, para participar de aniversarios, bodas o salidas recreativa.

Por otro lado, se formaron lazos sólidos con los miembros de sus equipos de trabajo, similares a los establecidos con los miembros de su comunidad. Esta forma de relación establece un estrecho vínculo con el modo en que el médico cubano se autopercibe, o sea, como una persona del mismo status social que un enfermero, limpiador o vigilante. El hecho de ser médico no lo pone en un status superior en relación a los miembros de su equipo de trabajo o a los miembros de la comunidad. Esta percepción de los médicos cubanos deriva tanto de los principios y valores que regulan las relaciones e interacciones sociales en la sociedad donde vive (CAÑIZARES, 2016; SANTANA & MARTÍNEZ, 2017; MEJÍAS, DUANY & TOLEDO, 2010), sino también de las características de la cooperación médica internacional (CABRERA, 2014, MONJE, 2014, ALVES SMC et al. 2017).

Cuando llegamos aquí, nuestro supervisor era un médico muy simpático. No tuvimos la oportunidad de participar con él en eventos familiares y cosas parecidas, pero la relación hasta hoy es buena. Y Severino también es otro médico muy simpático, y aquí no tengo nada [de malo] que decir sobre ellos. Nada negativo (Stella, dos años en el PMM, Bahía).

Bueno con los compañeros de trabajo, al principio éramos todos solteros, habíamos llegado recientemente en la ciudad, todos prácticamente al mismo tiempo y entonces organizamos reuniones semanales en la casa de los compañeros de trabajo, todos solteros, médicos, enfermeros, farmacéutico, todos. Sólo dos de ellos siguen en pareja y el resto buscó relaciones en otro lugar. Fue divertido, porque un montón de casados o novios que llegaron aquí se separaron. Entonces todas las semanas o cada 15 días organizábamos una reunión, aunque al final fuera en realidad para discutir problemas de trabajo (Mabel, dos años en el PMM, Goiás).

De todos los lazos sociales, tal vez lo que fue construido con más solidez y profundidad fue lo establecido entre los médicos y los miembros de la comunidad en que atendían. Se hizo evidente la construcción de relaciones de amistad fuertes entre los médicos cubanos y las personas, materializadas en la visita de los médicos a sus casas, además de la participación en eventos como bautismos, bodas, aniversarios y ocio.

Las redes de amistad construidas por los médicos sirvieron como soporte emocional y social para ellos, en especial en aquellas áreas donde no contaban con el apoyo de otro médico cubano.

Me hacen invitaciones para un almuerzo aquí, otro allá, y vamos, por supuesto. Muchas bodas y me invitan a casi todos. No siempre puedo ir. Pero si me invitan... Voy a bodas, a cumpleaños de niños. Claro que voy, ¿Cómo no? (Carmen, dos años en el PMM, Bahía).

No sucedió lo mismo con el medio de convivencia inmediata, es decir, con las personas de la vecindad de la Unidad de Salud o del barrio, lo que hubiese favorecido mucho el proceso de integración de los cubanos en la sociedad en general. La relación con los vecinos y miembros del barrio no fue un destaque entre los profesionales cubanos que trabajaron en las comunidades quilombolas, al menos. En los casos en que mencionaron estas relaciones, afirmaron que los contactos fueron más superficiales y distantes, en comparación con las experiencias previas en otros países y en Cuba. Los médicos atribuyeron esta ausencia de contactos con los valores y la idiosincrasia del pueblo brasileño, que, según su percepción, mantiene relaciones diplomáticas y amables, pero superficiales con extranjeros como ellos.

Por ejemplo, vivo en un condominio hace dos años y poco o nada conozco a mis vecinos. En Cuba eso no es así. Allí vives en un edificio y conoces a todos, todos se relacionan y hablan entre sí. Aquí no, a veces pasan a tu lado y ni te saludan, ni eso. Cada uno en su pedazo, encerrado. Esto me choca. Yo nunca me había sentido tan triste como en el país que es supuestamente el más alegre del mundo. [...] En Cuba, si estoy a tres cuadras de casa, si me llaman, la gente sabe quién soy, ¿Entiendes? Hasta es posible que sepan qué desayuné porque todos se conocen. Entonces fue un impacto terrible. Finalmente conoces a una persona aquí, haces tu vida aquí con otra persona, pero no te enamoras del país o su cultura, por la convivencia. [...] porque la cultura brasileira es muy linda, hablo de la convivencia con las personas. Pasas viviendo tres años en un lugar sin saber quién es el vecino de enfrente. En tres años puedo contar con una mano las casas que visité (Miguel, dos años en PMM, Maranhão).

Esta situación fue diferente en las pequeñas localidades y áreas rurales, donde los vecinos y miembros de los barrios eran también pacientes, lo que facilitó la construcción de lazos sociales y de amistad. Sin embargo, los profesionales que trabajaron en zonas rurales, pero vivieron en el centro urbano de la localidad, no desarrollaron las mismas relaciones vecinales, pues durante la semana trabajaban con una comunidad y el fin de semana vivían en otra. Así, la fragmentación de los espacios de interacción dificultó la consolidación de fuertes lazos sociales en el entorno inmediato del médico.

Algunos médicos fueron más allá de la creación de vínculos y redes sociales de amistad y optaron por establecer lazos amorosos y afectivos con los nativos. Este fue el caso de dos de los 17 profesionales entrevistados en las comunidades quilombolas. Sin duda, esto fue una forma importante de interacción social, pues a través de la formación de lazo afectivo el médico logró aproximarse un poco más a la cultura brasileña, amplió las redes y los lazos de amistad y se integró con las expresiones culturales brasileñas. Llama la atención el hecho de que no necesariamente se estableció un vínculo amoroso con una persona de mismo nivel profesional o status social, confirmando la idea de identidad social horizontal que el cubano

comparte, una visión de mundo en la que todas las personas son iguales independientemente de su profesión o ingresos.

Esta forma de pensar se constituyó en el seno de una sociedad que, al menos en su propuesta ideológica, promueve la idea de igualdad social e intenta limitar la creación de jerarquías sociales.

Conocí a mi marido en un viaje que hice como turista a Barra do Garças, Mato Grosso. Lo conocí allí y, luego, intercambiamos números de teléfono y la relación comenzó a fluir. Él trabaja como taxista y me acompañó durante todo el viaje. Hace un año que nos conocemos y vivimos juntos hace cuatro meses (Mabel, dos años en el PMM, Goiás).

En cuanto a la participación de los médicos en grupos, colectivos y organizaciones de la sociedad civil, los testimonios indicaron un bajo nivel de inserción en estos espacios. Casi la totalidad de los cubanos se negó a frecuentar cultos religiosos y todos estaban prohibidos de participar en organizaciones políticas. Algunos se inscribieron en centros de entrenamiento deportivo y otros se vincularon a la organización de actividades culturales relacionadas con las fiestas tradicionales de Brasil. Algunos afirmaron que no participaban de grupos deportivos y culturales por razones como falta de tiempo, temor por la situación de violencia en los lugares donde residían, sedentarismo y problemas de salud. En el caso de la participación en cultos religiosos, no lo hicieron porque la mentalidad de los cubanos es de naturaleza secular, debido al sistema social en que viven y el nivel educativo que poseen.

Él y yo estábamos caminando. Caminamos todos los días por una hora, a las seis de la tarde. [...] después comencé con un dolor en la pierna, tuve que ver ortopedista, me asusté un poco. Él siguió haciendo sus ejercicios, pero me sentí un poco perezosa [...] estamos haciendo dieta. En realidad, cuando volvamos del trabajo, la vida está un poco más sedentaria (Rosario, dos años en el PMM, Bahía).

Yo nunca participé de un culto religioso o algo así. Fui a un casamiento en una Iglesia, pero fue una vez sola (Carmen, dos años en el PMM, Bahía).

Yo voy al Gimnasio, me capacito todos los días, después de llegar a casa [] depende del cronograma y del día [...] llegar a casa, descansar un poco, disminuir el estrés, organizar las cosas, adelantar la comida. A la iglesia católica no voy siempre (Mabel, 2 años en el PMM. Goiás).

Se puede concluir respecto a los lazos y las interacciones socioculturales que los médicos cubanos entendieron que hay puntos de encuentro entre la cultura brasileña y la cubana, facilitadores de las relaciones sociales y del contacto intercultural. Estos puntos de encuentro se originan en la herencia africana común y en el intercambio de cierta latinidad formada a partir de la mezcla interétnica.

En los términos de Smith y Bond (1999) y Ward, Bochner & Furnham (2001), la distancia cultural entre ambas sociedades no es muy grande. Sin embargo, los médicos también percibieron que las interacciones entre el brasileño y el cubano carecían de profundidad a pesar de ser cordiales y amables. Ellos no se sintieron excluidos, pero se sintieron solos en muchos momentos, debido a la superficialidad de estas interacciones

sociales. Para amenizar tal sensación algunos decidieron vivir con nativos brasileños, de forma a tener soporte afectivo y emocional. Otros buscaron apoyo en otros médicos cubanos, con los que formaron una red de amistad y solidaridad mutua. La superficialidad de las relaciones sociales influya posiblemente en la adaptación psicológica (ALAMINOS & SANTACREU, 2011; MOGHADDAM, TAYLOR & WRIGTH, 1993) y el grado de satisfacción (WARD, 1996) que los cubanos sintieron de la vida en Brasil.

Sí, totalmente solitaria. Muchas veces me pregunté qué hacía acá (Mabel, 2 años en el PMM, Goiás).

Sí, muchas veces. En diferentes momentos durante todo este tiempo me sentí solo, con deseos de volver a Cuba (Enrique, dos años en el PMM, Médico Maranhão).

No. Aquí no me siento solo, porque somos nueve cubanos en el municipio. Siempre que surge un problema, estamos cerca. Además, hay brasileños que ofrecen ayuda incondicional, que nos dieron sus números de teléfono y hasta nos dijeron que, si pasamos por un problema, podemos llamar, a cualquier momento [...], uno de ellos era un chofer que trabajaba con nosotros. Y otras personas más se ofrecieron tan incondicionalmente ante cualquier problema y también la persona que me alquila [la habitación], que siempre nota si me levanté o no, si salgo, si el candado está cerrado o abierto, si hay algún problema (Darío, dos años en el PMM, Maranhão).

Aunque los médicos se encontraban en Brasil por una migración tan sólo temporal, algunos se sintieron integrados, pese a que consideraban que su adaptación a la sociedad brasileña estuvo ligada a intereses específicos, instrumentales o laborales. En otras palabras, fue una *interacción funcional*. Ellos se sintieron integrados mientras participaban como profesionales de la salud y pagaron impuestos por el consumo, pero no porque su cultura fue aceptada y recreada en Brasil. Se puede decir que la orientación cultural del cubano es bicultural en los términos definidos por Alaminos & Santacreu (2011), pero su estrategia de aculturación en Brasil fue del tipo definido por Berry (2003), como respuesta afirmativa al deseo de mantener la identidad cultural y el contacto intercultural.

Sin embargo, dado el escenario presentado, fue una interacción limitada que no puso en cuestión la identidad étnica del cubano. Las variaciones observadas en el nivel de interacción se relacionan en gran medida con el espacio geográfico de residencia. En los pequeños centros urbanos el médico participó de las fiestas tradicionales, fue invitado a eventos familiares y salidas recreativas y fue reconocido por toda la población, que lo admiró y apreció su contribución a la sociedad.

En las grandes ciudades, por otro lado, imperó la impersonalidad de los contactos y los vínculos se establecieron por intereses específicos, lo que llevó a los médicos a sentirse virtualmente excluidos, aunque los brasileños no expresaran un desprecio explícito. En estas ciudades mayores los profesionales cubanos fueron invisibles socialmente y su trabajo pasó desapercibido para una población que no encontró novedad en la atención médica. Además, es necesario decir que hubo casos de discriminación racial, al menos en la región Nordeste.

Creo que sí, estoy integrada como profesional por la participación que aquí tengo, con mi trabajo, pero creo que no pasa de eso. Las personas contribuyen con la socie-

dad a través de un impuesto [...] nosotros somos y no somos, estamos físicamente, virtualmente no somos nada, estamos aquí apenas con un objetivo: mejorar la salud del pueblo brasileño e intentar ofrecerles buenos cuidados médicos (Stella, dos años en el PMM, Bahía).

Bueno, puedes decir que sí, pero no puedo decir que la interacción es total por las costumbres, tenemos costumbres diferentes. No me siento excluido. Participo de muchas actividades sociales, a las que me invitan algunos amigos, algunas familias [...] eventos municipales, por ejemplo, vacaciones. Pero no puedo de estoy cien por ciento integrado en la comunidad, no puedo decir que soy un brasileño (Eduardo, dos años en el PMM, Mato Grosso).

Mire, no fui discriminado. Pero sentí el peso de la melanina. Lo sentí. Fui a una tienda y el vigilante enseguida me fijó el ojo, siguió mis movimientos [...] sabes que es por eso, otra cosa no es. Lo sentí... No me lo manifestaron [directamente], pero lo noté (Enrique, dos años en el PMM, Maranhão).

Consideraciones finales

El caso del colectivo de médicos intercambistas cubanos que llegaron a Brasil para apoyar la expansión del SUS en regiones específicas donde había escasez de médicos es particular en el contexto de los estudios migratorios. La situación de los profesionales de la salud de Cuba, que ya cuentan con una experiencia de prestación internacional de servicios por más de 50 años alrededor del mundo, no puede leer a partir de las teorías clásicas de la migración internacional calificada, porque estas son limitadas e insuficientes para comprender los flujos Sur-Sur en el marco de programas de cooperación solidaria y contra hegemónica.

Tampoco tal movimiento encaja perfectamente en el campo de los estudios clásicos de la interacción social migratoria a largo plazo, porque la migración cubana es temporal y organizada por el Estado. La singularidad de ese flujo migratorio lleva entonces a reflexionar sobre la experiencia cubana desde una perspectiva teórica que tenga en cuenta sus particularidades.

Una propuesta viable es entender la participación e inserción de los médicos cubanos en la sociedad brasileña fuera de la dicotomía asimilación-aculturación / interacción binacional, en la cual las personas están obligadas a elegir entre afirmar o rechazar su identidad étnica. En contraposición, el proceso migratorio de los médicos cubanos se puede entender a partir del grado y niveles de interacción y socialización con la cultura del país de destino. A pesar de que los médicos estuvieron en el marco de una migración a corto plazo, fueron inducidos a interactuar de forma intensa con la sociedad brasileña, su cultura y particularmente con las poblaciones marginadas, alcanzando un nivel de inserción social y participación comunitaria mucho mayor que el experimentado por otros colectivos de migrantes que se desplazan por trabajos internacionales temporales. La mayor intensidad de las interacciones con tales poblaciones resulta de la especificidad del trabajo médico, de la especialidad clínica de los profesionales y del modelo de salud de Cuba.

Los médicos cubanos establecieron lazos y vínculos sociales cercanos con miembros de la comunidad que atendían y con el personal técnico de las UBS; a pesar de más distantes y frágiles, también con los médicos

brasileños e incluso con los vecinos del lugar de residencia. La profundidad y el tipo de interacciones se vieron influenciadas por factores macroestructurales, tales como las disputas entre agentes públicos y particulares en el SUS; las transformaciones de los estilos de vida y las consecuentes subjetividades derivadas de la modernidad; las diferencias en valores y principios sociales anclados en sistemas económicos y políticos diferentes, además de las tensiones y contradicciones que trae todo contacto intercultural, aunque Brasil es una nación con larga experiencia inmigratoria.

La identidad étnica de los cubanos no fue afirmada en Brasil, pero tampoco fue puesta en tensión, por una sociedad que en apariencia es cordial y acogedora. Además, finalmente, los médicos concretaron amistades, intercambiaron experiencias; algunos colegas afectivos y se socializaron con muchas expresiones de la cultura brasileña de las pequeñas comunidades del interior, incluso quilombolas; participaron de las fiestas y festejos tradicionales en Brasil, además de los múltiples beneficios que su presencia dejó en cientos de comunidades que nunca tuvieron la oportunidad de ver un médico en sus vidas.

Referencias

- AHUMADA, CONSUELO. (1995). El modelo neoliberal y su impacto en la economía colombiana. Bogotá. Ancora Ediciones.
- ALAMINOS, C. A & SANTACREU F. OSCAR. (2011). La interacción cultural y social en las migraciones intraeuropeas. *Revista Migraciones* (30) Págs. 13-42.
- ALVES, SMC et al. (2017). Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7):2223-2235.
- BASABE, N., ZLOBINA, A. & PAEZ D. (2004). Interacción sociocultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el país Vasco. Vitoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- BERRY, J. W. (2003): "Conceptual approaches to acculturation", em K. M. CHUN, P. BALLS-ORGANISTA, y G. MARIN (eds.), *Acculturation: Advances in theory, measurement, and applied research*, Washington DC: American Psychological Association, pp. 17-34.
- BEZERRA, G. L (2016). A atual configuração política dos médicos brasileiros. Uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. Rio de Janeiro. Universidade Federal Do Rio de Janeiro.
- BOSSWICK, W.Y HECKMANN, F. (2006). Integration of migrants: contribution of local and regional authorities. Dublin: European Foundation for the improvement of living and working conditions. En línea (consulta: 2016, 01 de noviembre). Disponible en <http://www.eurofoundeuropa.eu>
- BOURDIEU, PIERRE. (1979). La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madrid. Editorial Taurus.
- CABRERA, P. VIVIAN. (2014). La cooperación internacional para el desarrollo en Cuba. Un estudio de caso. Madrid. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación IUDC-UCM. Series documentos de trabajo. Documento de trabajo número 29.
- CAMPOS, G.W.S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(supl.): 1865-74.
- CAÑIZARES, J. La solidaridad y el internacionalismo en Cuba. Ponencia presentada en la III Conferencia Internacional la obra de Carlos Marx y los desafíos del Siglo XXI. Consultado el 20 de noviembre de 2016. Documento disponible en: https://www.nodo50.org/cubasigloXXI/congreso06/conf3_canizares.pdf
- CEBES. (1984). Saúde e Revolução: Cuba. Antologia de autores Cubanos. Rio de Janeiro: ACHIAMÉ/CEBES.
- DIAS DOS SANTOS, AILTON. (2014). A interação da infraestrutura sul-americana e as dinâmicas do Sistema-Mundo capitalista: Análise comparada das relações entre governos e bancos de desenvolvimento no Brasil, Peru e Bolívia. Universidade de Brasília. Instituto de Ciências Sociais -ICS-. Centro de Pesquisa e Pós- graduação Sobre as Américas – CEPPAC-. Tese Doutoral.
- FEINSILVER, JULIE. M. (2008). Médicos por petróleo. La diplomacia médica cubana. *Revista Nueva Sociedad*. Número 216. Julio-agosto de 2008.
- FELDMAN, B. B (2009). Reinventando a localidade: globalização heterogênea, escala da cidade e a incorporação desigual de migrantes transnacionais. *Porto Alegre. Horizontes Antropológicos*. Ano 15, n 31, p 19-50. Jan-jun.

- FREEMAN, G (1986). Migration and the Political Economy of the Welfare State. *Annals of the American Academy of Political and Science*. 485. 51-63.
- GARCÍA A. C. ANICIA & ANAYA. C. BETSY. (2009). La política social cubana: derrame hacía otras regiones. En: Cuba principal protagonista de la cooperación Sur-Sur. Madrid-España. Editorial SODEPAZ-Editorial Atrapasueños.
- GODENAU D. et al. (2014). Interacción de los inmigrantes en España: una propuesta de medición a escala regional. España. Observatorio permanente de la inmigración-Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- HAMMAR, T. & LITHMAN Y. (1989). La interacción de los migrantes: Experiencias, conceptos y políticas. En: OCDE. El futuro de las migraciones. Madrid. Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. 347-385.
- HERRERA, E. (1994). Reflexiones en torno al concepto de interacción en la sociología de la inmigración. *Revista Papers*, 43. Págs. 71-76
- HOFSTEDE, G. (2003): *Cultures and Organizations: Software of the Mind: intercultural Cooperation and Its Importance for Survival*. New York: Mc-Graw-Hill.
- IBAÑEZ, M. (2009): Procesos migratorios desde Europa Central y del Este en España: estatus jurídico, identidad social e inserción laboral. *Revista CIDOB d'afers internacionals* 84, 105-152.
- MARIMÓN T. NESTOR & MARTÍNEZ C. EVELYN. (2011). Experiencia cubana en Cooperación Sur-Sur. *Revista Cubana de Salud Pública*. 37 (4): 380-393.
- MARTÍNEZ REINOSA, MILAGROS ELENA. (2008). "Las relaciones entre Cuba y Haití: un modelo ejemplar de cooperación Sur-Sur" en OSAL (Buenos Aires: CLACSO) Año VIII, N° 23, abril.
- MEJÍAS S. YOERQUIS, DUANY M. ORGEL. J. TOLEDO F. ANA. M. (2010). Cuba y la cooperación Solidaria en la formación de médicos del Mundo. *Revista Educación Médica Superior*. 24 (1) 76-84.
- MOGHADDAM, F.M., TAYLOR, D.M. & WRIGHT, S. C. (1993). *Social Psychology in cross-cultural perspective*. New York: W.H. Freeman and Co. Pub.
- MONJE VARGAS, JOSÉ ANTONIO. (2014). Salud de exportación. Economía política del conocimiento, cooperación internacional y modelos alternativos de desarrollo desde la salud pública cubana. Buenos Aires. CLACSO.
- PADILLA A. M. (ed.) (1980): *Acculturation: Theory, models and some new findings*. Boulder, CO: Westview.
- PAIM, J.S. (2013). *A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Cadernos de Saúde Pública, 29 (10): 1927-1953.
- PIRES, Rui Pena. (1999). "Uma teoria dos processos de interação". *Sociologia, Problemas e Práticas*. Lisboa. ISSN 0873-6529. 30. Pág. 9-54.
- PORTES, A & RUMBAUT. (2001). *Legacies: The story of immigrant second generation*. University of California Press.
- PORTES, A. (1995). Children of Immigrants: Segmented Assimilation and its determinants. En: Alejandro Portes (Ed): *The economic Sociology of immigrants*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- PRECIADO CORONADO, JAIME ANTÔNIO. (2014). "La nueva gramática democrática frente a la interacción autónoma latinoamericana y caribeña". In: MESSENBURG, Débora; BARROS, Flávia Lessa de; PINTO, Júlio (Orgs.). *Dossiê Desafios da consolidação democrática na América Latina*. Revista Sociedade e Estado. Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília.
- RETORTILLO, Et, Al. (2006). *Inmigración y modelos de interacción: entre la asimilación y el multiculturalismo*. Revista universitaria de ciencias del trabajo, ISSN 1576-2904, N° 7. (Ejemplar dedicado a: Inmigración, mujer y mercado de trabajo), págs. 123-139.
- SANTANA I. MICHELE & MARTÍNEZ C. EVELYN. La solidaridad médica cubana desde la perspectiva del programa integral de salud, 1998-2010. Documento on line. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spi/vol03_1_12/spi032013.htm. 2017.
- SANTOS, TEOTÔNIO DOS. (2002). "América Latina: democratização e ajuste estrutural". Grupo de Estudo sobre Economia Mundial, Interação Regional & Mercado de Trabalho. Textos para Discussão, Série 1 N° 23. SARMIENTO, EDUARDO. (1998). Alternativas ante la encrucijada neoliberal. Editorial Ecoe. Bogotá.
- SCHOORL, J. (2005): Information needs on stocks of migrants for research on integration. UNECE/Eurostat Seminar on Migration Statistics. Working Paper n.º 5 Rev. 1.
- SMITH, P.B. & BOND, M.H. (1999). *Social Psychology across cultures*. London: Prentice Hall. WARD, C. (1996): *Acculturation*, en D. LANDIS y R. BHAGAT (eds.), *Handbook*
- WARD, C., BOCHNER, S., & FURNHAM, A. (2001). *The psychology of Culture Chock*. East Sussex: Routledge.
- ZARZA, M. J., & SOBRINO, M. I. (2007): Estrés de adaptación sociocultural em inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: una revisión bibliográfica. *Anales de Psicología* 23 (1), 72-84.



Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo VIII

SUGERENCIAS Y CRÍTICAS DE LOS MÉDICOS COOPERADOS CUBANOS SOBRE EL PMM

Carlos Eduardo Gomes Siqueira¹ y Gabriella Barreto Soares²

Introducción

Los tres grupos focales realizados, las entrevistas con los médicos cubanos, además de varias conversaciones con supervisores estatales de la OPS / OMS, como se describe en el Capítulo IV, plantearon una serie de cuestiones relacionadas con el perfeccionamiento del Programa Más Médicos. En general, los médicos cubanos aprecian enormemente participar en el PMM, desde el proceso de selección, los cursos de portugués en Cuba, hasta la formación continua y el trabajo propiamente dicho en Brasil. Afirmaron que, entre las Misiones Internacionales que ya participaron, la brasileña fue la mejor remunerada y estructurada. Sin embargo, sus críticas y sugerencias se realizaron con el objetivo de mejorar la participación de los intercambistas y el mismo desempeño del PMM.

A continuación, se presenta una síntesis de los testimonios recogidos en las tres grandes áreas en que actuaron, dentro de la diversidad de las experiencias vividas en cada una de ellas. Algunas de estas opiniones respecto al PMM, sin embargo, no son específicas de una determinada área, sino que se refieren a aspectos generales del Programa.

Áreas Indígenas

Los médicos cubanos admiraron el diseño y la propuesta del SUS, aunque criticaron su poca efectividad. La razón de ello, según ellos, reside en la distancia entre la realidad de la planificación nacional definida en las oficinas centrales del Ministerio de Salud en Brasilia y las realidades ribereñas y bosquimanas de la Amazonia.

Hermano, es urgente en esta vida bajar de la luna, salir del escritorio legal, ¿captas?, con una silla linda, aire acondicionado, hay que bajar a la tierra. Es muy fácil diseñar un programa para que hagamos, pero sin conocer como es la estructura de tu propio país (Cayetano del Espíritu Santo, Amazonas).

¹ Profesor de la Universidad de Massachusetts Boston (UMass Boston).

² Pos doctora en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Espírito Santo (UFES).

Los cubanos entrevistados en la Amazonía mencionaron repetidamente la ausencia de informaciones previas y más precisas sobre las condiciones de trabajo en la región. Según ellos, es necesaria más calidad en las informaciones enviadas, sobre todo informaciones antropológicas sobre los pueblos indígenas e informaciones sobre las condiciones ecológicas de vida en las localidades. Sugerimos la oferta de cursos sobre estos contenidos en la llegada o incluso antes del viaje a Brasil:

No pensé que iba a dormir en la aldea. ¡Ni sé nadar! Todo el tiempo estoy al lado del río. Creo que hay que preguntar eso, explicar las condiciones que una persona deberá enfrentar (Alonso Quijano, Pará).

... Pero creo que cuando dijeron "trabajar en un área indígena", parecía una fantasía, una película hecha realidad. Algunos se sienten seducidos por esa vida [...]. Pero son cosas diferentes, una es conocer un área indígena, otra es vivir y trabajar tres años allí (Aureliano Buendía, Amapá y Roraima).

La preparación de los materiales bilingües (lengua portuguesa e indígena) en gran medida facilitaría el entendimiento entre los médicos y los pacientes.

"Sí, sí, algo con los síntomas generales, como hacer las preguntas. Eso es muy bueno (Alonso Quijano, Pará).

Otros se quejaron de la indefinición sobre las funciones y responsabilidades de cada órgano nacional, estatal o municipal en la recepción de los recién llegados, dejando claro que existe la necesidad de establecer reglas más precisas sobre el papel de las instituciones de gestión de la salud pública, en especial la salud indígena. En algunos casos, se quejaron también de la falta de apoyo oficial de los Distritos de Salud Especial Indígena (DSEI) para facilitar la vivienda o la estancia en las ciudades. A modo de ejemplo, las declaraciones a continuación revelan falta de entendimiento entre los niveles nacional, estatal y municipal de la gestión del PMM.

[En Roraima] algunos municipios tuvieron problemas en la parte de la recepción. Cuando el médico llegaba al municipio, nadie los esperaba. No tenían un lugar para vivir. No... Fue bastante complicado... fue un problema para los médicos (Aureliano Buendía, Amapá y Roraima).

Cuando llegamos aquí, bajamos del avión, la primera cosa que preguntamos a la funcionaria [de DSEI] que nos recibió fue: "¿En qué hotel nos vamos a quedar?" Ella dijo: "No, los voy a llevar a un hotel, pero tienen que pagarse el hotel." Entonces preguntamos: "¿Cómo vamos a pagar si Brasilia dijo que todo esto estaba a cuenta del Distrito de Salud Indígena y que no teníamos que pagar nada?" Y ella nos dijo: "¡No, no, no, aquí tienen que pagar todo!" Entonces le dije: "Pero todavía no cobramos nuestro primer sueldo, ¿Cómo vamos a pagar eso? (Amadís de Gaula, Amapá).

"Ellos sabían que estaban llegando dos médicos y ni el liderazgo, el equipo de salud, nadie [nos vino a recibir]... te lo diré, en lo general fue bueno, el regional fue mejor aún, ¡Pero lo local fue pésimo!" (Cayetano del Espíritu Santo, Amazonas).

El desajuste entre las directrices nacionales y lo que los municipios fueron realmente capaces de entregar dificultó bastante la actuación de los intercambistas. Los médicos que trabajaron en localidades de difícil acceso fueron menos atendidos por gestores los cubanos y brasileños.

Imagínate, para ir a Roraima tengo que tomar cuatro aviones. ¿Macapá- Belém, Belém-Brasília, Brasília-Manaus, Manaus-Roraima? Son en total veintisiete horas de viaje... Los estados están cerca uno del otro, pero no hay comunicación entre sí... (Aureliano Buendía, Amapá y Roraima).

En el municipio de Bonfim [frontera de Roraima con Guyana], por ejemplo, pasaron seis meses sin recibir ayuda de costo porque la alcaldía tenía problemas financieros [...] entonces, el trabajo de salud sigue lo mismo, sin darle el apoyo ni a los médicos ni a la población ... Entonces aparece un... ¿Cómo llamarlo? Una barrera entre lo que el Programa Más Médicos quiere hacer y lo que el municipio consigue hacer (Aureliano Buendía, Amapá y Roraima).

Una resolución para este problema sería dar mayor autonomía para los gestores y facilitar el movimiento de recursos para atender necesidades de los médicos en las áreas aisladas, porque la distancia impone severos desafíos. Tal vez debido a eso, los cubanos elogiaron y mostraron gratitud con los funcionarios de las unidades que, superando sus atribuciones funcionales, se esforzaron en recibirlos.

Esta chica tuvo que pagar los tres primeros días del hotel. ¡Nos ayudó bastante! Nos ayudó bastante, pero... fue personal, porque no tenía por qué hacer eso. Su misión era dejarnos en el hotel y, luego, teníamos que sobrevivir, ¿sabes? (Amadis de Gaula, Amapá).

Es importante observar que los profesionales que actúan en áreas aisladas requieren de una mayor asistencia en muchos aspectos, tales como desplazamiento, abastecimiento, seguridad, apoyo en conflictos y comunicación con los poderes locales, entre otros. Un intercambista de Acre recomendó la rotación entre médicos enviados a áreas aisladas y aquellos ocupados en centros urbanos más confortables. Otro, de Rondônia, planteó la posibilidad de establecer un seguro de vida para los médicos del PMM.

Estamos trabajando sin seguro de vida y en unas condiciones que no se sabe llegamos al otro día, si vamos a ver otra vez a nuestra familia (Diego Armando, Rondônia).

Uno de los intercambios del Amazonas se refirió al alto el costo del desplazamiento hacia los centros urbanos regionales en los días de descanso.

Tenía que pagar quinientos cincuenta reales para poder venir de Pauini hasta aquí [Rio Branco] [...]. Muy caro, muy complicado. Tan solo con avión. De otra forma es imposible salir (Sancho Panza, sur del Amazonas).

Además de las cuestiones antes comentadas, se generaron riesgos no computados en la prestación del servicio médico en las áreas indígenas. Varios médicos encontraron problemas para dar continuidad a los proyectos sociales iniciados con las comunidades. Un intercambista de Amapá advirtió que sería bueno que se facilitara la realización de alianzas institucionales con organismos de investigación, organizaciones no gubernamentales, fundaciones públicas, entre otras, para mantener la cooperación, incluso a distancia. Además, enfatizó la necesidad de establecer relaciones a largo plazo para que las investigaciones iniciadas no se vieran interrumpidas.

Pasar por todo Oiapoque, visitar todas las aldeas, hacer este proyecto, no me habilitaron. Yo quería eso, que me habilitaran para eso. Iba a usar mi descanso para hacerlo, pero quería una habilitación y apoyo. ¿Cómo me lo iban a dar si ni me habilitaban? ¿Y entonces qué proyecto puedo presentar? [...] Podemos conocer muchas plantas que aún no han sido descubiertas, que aún no fueron descubiertas por el hombre blanco, no fueron conocidas por el hombre blanco, no se estudiaron para nada.... Así no se trata de tan solo dejar un recuerdo. También se trata de la posibilidad de encontrar nuevos medicamentos que puedan ser la cura de muchas enfermedades aún sin cura (Amadís de Gaula, Amapá).

Se registraron, además, reclamos sobre subaprovechamiento de los médicos de parte del PMM. A pesar de que las especialidades como oftalmología y ortopedia debían formar parte de la atención secundaria, los profesionales cubanos no pudieron ejercer sus especialidades en Brasil, dejando a la población sin la debida atención. Muchos médicos se sintieron desvalorizados por haber sido tratados como estudiantes en cursos de especialización. En el interior de Pará, un médico relató el deseo de retomar discusiones sobre el proceso de revalidación de los títulos para facilitar la incorporación de las especializaciones de los cubanos en la atención de las poblaciones indígenas.

Hay cubanos con especialización en ultrasonografía y hay pacientes que necesitan de ultrasonido y no puede hacerlo porque no se lo permiten, ¿Has entendido? Hay doctores que son oftalmólogos y pasan meses hasta que se realiza una consulta de oftalmología. Y en el distrito hay un oftalmólogo. Entonces, en el área de salud indígena, tan solo es posible hacer salud preventiva... El Revalida no es un examen para que aprobemos, es para reprobar. Hay países que tienen [este tipo de examen por igual], pero ayudan, ¿Me entiendes? Ayudan a quien lo hace. No sé... Estamos en un curso, el curso quizá podría ser un curso que sirva para luego hacer el Revalida... Es difícil para Brasil darme un curso así, entiendes, sobre salud de la familia, porque, con todo respeto, no hay salud de la familia aquí, no hay (Manolo Ortiga, Pará).

Otra crítica al PMM se refiere a la concepción de atención básica en Brasil, porque el sistema de salud no valoriza informaciones sobre personas sanas, por lo que tiene más orientación al tratamiento de enfermedades y menos a la prevención. La falta de equipos en las unidades de salud fue otro problema señalado en la

salud primaria. Como alternativa, en particular para la salud indígena, afirmaron que es necesario capacitar mejor a los Agentes Indígenas de Salud (AIS) para que informen a sus parientes sobre la prevención de enfermedades, además de invertir más en las unidades de atención primaria, con el objetivo de reducir el flujo de los pacientes que buscan los hospitales:

Porque tenemos sistema, la información, el requisito, los datos que hay que ingresar en el sistema, casi todo es secundario, ¿Entiendes? La atención del hipertenso ... No es atención para una persona sana [...]. Trabajar con personas que tienen riesgo de hipertensión. Personas con madre, padre hipertenso, obeso, sedentario. Entonces se trabaja con el riesgo. No hay que esperar que se vuelva hipertenso para hacer [algo] ... (Manolo Ortiga, Pará).

Creo que todavía falta en el programa más médicos un poco más de equipos en las UBS. Facilitaría más las cosas. Para trabajar más [...], aquí hay niños con asma, personas grandes también. Puedo tener el suero, pero no tengo ni oxígeno ni los aparatos. Está ahí en la pared, pero no funciona. Si yo tuviera ese equipo, [el paciente] no seguiría en el hospital ocupando la cama (Cayetano del Espíritu Santo, Amazonas).

Por último, los entrevistados subrayaron que las remesas monetarias a Cuba se calcularon en dólares y sufrieron un impacto con la devaluación del Real frente al dólar. En noviembre de 2013, cada R \$ 1.000 compraba US\$ 450; en septiembre de 2015 sólo US \$ 240. Por lo tanto, está claro que los contratos en dólares, y no en moneda nacional, protegerían la planificación económica de los médicos y de sus familias.

Áreas quilombolas

En las áreas quilombolas, se recomendó mejorar la comunicación entre la OPS / OMS y los médicos, pues en algunas situaciones hubo mucha incertidumbre sobre el funcionamiento y la continuidad del PMM. Por ejemplo, una vez que el gobierno brasileño abrió la posibilidad de dar continuidad al PMM, los médicos no sabían si el contrato sería o no renovado. Además, no había claridad sobre la fecha en la que terminaría el contrato y cuándo sería el viaje de regreso. La incertidumbre acerca de este y otros asuntos no permitió que los médicos planificaran sus actividades a corto plazo.

Aquí, en general [...] en la mayoría de las cosas estamos desinformados. Entonces se da que por los medios sociales dan informaciones que no sabemos si son verdaderas. Al final la OPS dice "ignoren lo que dicen", pero generan gran incertidumbre y queda claro la situación que provocan las redes sociales. Entonces, así estamos. Nos vamos en agosto, pero la Misión renovó el contrato. ¿Pero qué va a pasar con aquellos que querían seguir el contrato por tres años o un año, o dos, o los que realmente [van a estar hasta el final] de la Misión? (F. Rodríguez, Maranhão).

La importancia del establecimiento de mecanismos que faciliten la transferencia de dinero de Brasil a Cuba fue abordada por los médicos, que se quejaron del alto valor de las tasas cobradas para los envíos. Según algunos de los entrevistados, el gobierno cubano podía haber establecido un convenio con el Banco do Brasil,

de forma que las transferencias fueran de bajo costo. Los entrevistados también relataron la importancia de fijar el salario de forma a que no se vea afectado por las variaciones del precio del dólar.

Estamos perdiendo porque hicimos un contrato de mil dólares mensuales y nos dijeron que el dólar iba a estar dos y veinte, pero ese valor subió y subió. Y resulta que en este momento lo que nos están pagando es 600 y pocos dólares, no llega a los mil dólares, porque el problema es que el dólar ahora está 3 y ochenta y poco. Llegó a estar 4 y tanto. Entonces, no llegaba el valor que había sido programado y ya después Cuba hizo otro contrato, que era 1245 (dólares) fijos cada mes. Si variaba, si subía, se bajaba, ganamos 2976 reales y 26 centavos cada mes. Ahora, si usted lleva ese valor todos los meses al valor del dólar, en ese momento estaríamos ganando 600, casi 700 dólares (Rosa León, Goiás).

Por otro lado, los médicos indicaron que el gobierno cubano podría enviar directamente parte del dinero a Cuba y hacer la entrega del resto aquí, pues eso disminuiría los impuestos pagados por las transferencias.

El problema es que la idea no era transferir dinero a Cuba. La idea era que hicimos un contrato, es decir, nuestro país hizo un contrato con la OPS de diez mil reales. De esos diez mil reales, nos íbamos a quedar con mil dólares, siendo que 600 iban a quedarse en Cuba y 400 nosotros los íbamos a manipular aquí para nuestras necesidades, además del dinero que la alcaldía nos daría para pagar las cosas, lo cual fue otra situación. El problema es que [...] el banco para hacer un contrato con nosotros tenía una tasa que, por mínima que sea, es una tasa. Pero lo que pasa es que Cuba debe pagar otra tasa para hacer la transferencia. Y en el cambio del dinero brasileño a dinero cubano también se pierde. Estamos perdiendo (F. Espinosa, Maranhão).

En las áreas más aisladas, la cuestión de la administración de los recursos para vivienda, alimentación y transporte fue particularmente evocada. Algunos médicos comentaron la necesidad de contar con directrices nacionales, porque la administración de estos recursos se hizo en función de las preferencias e intereses de cada ayuntamiento. Ellos se sintieron perjudicados en muchos casos, ya que el dinero se atrasaba, no era suficiente, no era entregado directamente a los médicos y su uso estaba limitado por las alcaldías. En varias localidades se alquilaron casas que quedaban a una gran distancia de las Unidades de Salud, no tenían condiciones mínimas para vivir o eran muy caras.

Al principio sólo recibíamos 670, que era de la alimentación. Eso era lo que recibíamos aquí en el municipio todo el tiempo. Entonces ellos se encargaron de pagar el alquiler, la energía y otros servicios. Pero ocurre que ellos pagaban un precio muy alto, porque no querían darnos ese dinero para nuestra administración propia. Porque si lo administras, entonces no hace falta pagar un precio exagerado de alquiler, porque no quiero un alquiler de mil reales cuando quiero uno de 200 reales, por ejemplo. No quiero vivir en una casa... en una casa grande si tengo una cocina, una habitación y un baño. Si yo aquí no tengo familia (F. Espinosa, Maranhão).

Los médicos hicieron comentarios sobre el monitoreo y la eficiencia del trabajo. En cada localidad, esto tendría que ser hecho de forma longitudinal y transversal, de modo que se pueda verificar la evolución de las tasas de incidencia, prevalencia y los cambios epidemiológicos. Muchos médicos nunca contaron con un balance o retornos estadísticos de su trabajo, para poder planificar estrategias enfocadas en la mejora de los programas de promoción y prevención de salud.

Nunca nos dieron respuestas. Mira, nosotros desde que llegamos aquí nos adaptamos, porque en Cuba tenemos mucha información sobre nuestros resultados de trabajo. Uno se junta cada tres o cuatro meses y se dice "tenemos tal porcentaje de mortalidad infantil". Conocemos la estadística completa. Aquí desde que llegamos tenemos estadísticas mensuales y pedimos cada dos o tres meses que se reúnan con nosotros para informarle al DSEI que ha disminuido la mortalidad infantil. Todas estas cosas queremos saber y nunca llega a nosotros la información. Ahora bien, en la especialización tuvimos que hacer un trabajo de investigación y por eso fui directamente y casi que viví un caos porque este país es muy burocrático. Fui pidiendo datos del año anterior y no tenían nada porque ellos no retroalimentaban y no guardaban la información que mandan a Brasilia (Luisa, Mato Grosso).

Áreas Urbanas Periféricas

Los testimonios con críticas y sugerencias de los médicos cubanos se agruparon en tres momentos: la preparación antes de emigrar de Cuba, la llegada y permanencia en el PMM y las sugerencias sobre el retorno a Cuba.

En cuanto a la preparación en Cuba, los médicos cubanos generalmente se concentraron en el periodo de los cursos de preparación, que duraron en promedio 15 días en Cuba y 30 días en Brasil, tiempo este demasiado corto para aprender y dominar el idioma portugués y para sentirse aptos para realizar, además de la atención médica, actividades de prevención y promoción de salud, que incluyen charlas, ruedas de conversación, entrevistas con la comunidad, entre otros. Por lo tanto, se hizo evidente que es necesario aumentar la duración del curso de preparación en portugués, tanto en Cuba como en Brasil.

Es complicado, porque hacemos promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y en otro idioma significa, por ejemplo, hacer grupos, hacer conferencias, hacer una entrevista con la comunidad, hacer reunión de diagnóstico con la comunidad, que es brasileña, frente a una extranjera, como Cuba, hablando otro idioma [...] hablando en portugués a una gran cantidad personas, por eso hubiese sido mucho mejor tener más tiempo para aprender un poco más de portugués (Aline, Río de Janeiro).

Además de prolongar el tiempo de aprendizaje del idioma aún en Cuba, se discutió que es fundamental abortar la historia de Brasil en los cursos preparatorios y expandir el contenido sobre la cultura regional brasileña, con destaque para la música y la cocina locales. Los participantes resaltaron la relevancia de un curso intensivo sobre la cultura regional después de la división de los médicos por estados:

Yo pienso también que se puede dar clases sobre historia de Brasil, o sobre la cultura brasileña. Sería fenomenal, porque lo que pasa, por ejemplo, el Rio Grande do Sul que ya conocemos es bellissimo, nos encantó. Bien, es otra cultura al mismo tiempo y tiene una historia magnífica, casi otro país que yo no conocía. Sólo supe eso cuando llegué aquí en el PMM. No lo supe en Cuba (Aline, Río de Janeiro).

Realmente, a modo de crítica constructiva, sería mejor hablar más sobre la cultura de Brasil, sobre las regiones y hablar de la comida y parte de la cultura. Cuando ya había un grupo cerrado para cada estado, antes de llegar al estado, hubiese sido mejor un curso intensivo (Marcel, Río de Janeiro).

Además de intensificar el aprendizaje del idioma y de aspectos históricos y culturales de Brasil, varios médicos comentaron que la experiencia de la Misión habría sido más provechosa si hubiesen sabido, aún en Cuba, en qué lugar iban a trabajar en Brasil:

Tal vez saber a dónde uno va. Porque se sale de Cuba y se llega a Brasil sin saber a dónde vamos y Brasil es prácticamente un continente, no es un país. Y tiene lugares donde nunca hace frío y lugares que cae nieve. Entonces, deberíamos saber allí si yo voy a tal lugar y que las características étnicas de ese lugar son esas, y aquellas y estas (Ingrid, São Paulo).

Ayudaría bastante para personalizar más la preparación, saber desde Cuba por lo menos el estado que vamos a ir. Porque, digo, cambia la preparación. No le diría al asistente, oye, que va a hacer falta el arco y flecha en Amazonas, que no hace falta uno si se va a São Paulo, o sea, es para ... cambiar. La preparación no tendría que ser tan general. Tal vez el idioma sí, pero desde el punto de vista profesional, creo que aquí cada uno de nosotros hemos visto enfermedades que, gracias a Dios, no estamos acostumbrados a ver en el cotidiano en Cuba. Una tuberculosis, una hanseníase. En el nivel primario de salud prácticamente no atendemos a ningún enfermo tuberculoso, por ejemplo (José Antônio, São Paulo).

En cuanto a la llegada y la permanencia en Brasil, varios médicos relataron dificultades en relación a la vivienda y desplazamiento. Según ellos, en muchas de las ciudades se quedaron en hoteles mientras buscaban casa para alquilar. Sin embargo, en algunos casos, tuvieron que buscar por cuenta propia las casas, lo que generó cierto malestar porque a menudo no entendían con seguridad el portugués, ni los contratos alquiler para hacer este tipo de negociaciones. Por falta de conocimiento de los barrios de las ciudades, muchas veces alquilaron casas en lugares peligrosos, o muy distantes del centro de salud. Recomendaron que exista un mediador para ayudarles a proveer una vivienda tan pronto como lleguen a Brasil.

El curso de especialización realizado por los médicos en el PMM fue muy cuestionado; primero porque comenzó tan pronto como llegaron al país. De acuerdo con los médicos, inicialmente deberían conocer a la población donde prestarían atención, para realizar un diagnóstico de la salud. A continuación, podrían proponer un proyecto de intervención y lo presentarían posteriormente como trabajo de conclusión de curso. Muchos indagaron sobre el contenido de las clases impartidas, pues la mayoría de los médicos

tenían especializaciones, postgrados y algunos eran incluso profesores universitarios en Cuba, con amplia experiencia en la Medicina de Familia. De esta manera, debería realizarse una evaluación sobre la organización del curso de especialización y revisión del contenido de las clases impartidas. La propuesta del proyecto de intervención debería presentarse sólo al final de la Misión:

El primer año, el Programa Más Médicos tiene que estar dirigido al aprendizaje de los protocolos, del sistema de atención. Aquí fue lo contrario. Llegas, hace un curso de especialización, que en realidad no tiene sentido porque no conoces a la población. Con el nivel de población que hay es muy difícil hacer un diagnóstico integral de la comunidad. Primero debes saber cómo hacer la intervención, por el protocolo, para conocer la población, el sistema de trabajo, integrarse y luego hacer otro (Juan, Minas Gerais).

Para los próximos grupos sería bueno que lleguen conociendo a su población, conociendo los protocolos de atención, ya que cada municipio tiene el suyo. El Ministerio tiene el suyo, bien. Entonces, lo puedes hacer según el protocolo establecido. Entonces sumas más en estudio, con el proyecto de intervención que se haría después en el TCC. Y el trabajo de fin de curso debería ser al final porque al final ya tienes más familiaridad con la lengua ... Y en relación al curso de especialización, quería registrar también que creo que la mayoría está de acuerdo, tal vez todos, con lo siguiente: hicimos un curso de especialización, todo bien. Pero todos tenemos experiencia en postgrado, todos... sin duda. Hemos hecho un curso de especialización con normas brasileñas impuestas (Amanda, Minas Gerais).

El trabajo en el SUS fue considerado muy intenso debido al gran número de pacientes atendidos diariamente en las UBS, y el consecuente corto tiempo gastado en cada consulta. Los médicos lamentaron no lograr practicar la Medicina General Integral, que incluye actividades de promoción y prevención de salud, pues eran pocos médicos para atender a un gran número de usuarios registrados en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Manifestaron el deseo de que se hiciera una evaluación sobre el número de usuarios registrados en cada equipo de salud en que los médicos son asignados y el seguimiento de los protocolos propuestos por los municipios:

Mi equipo de salud tiene casi seis mil personas; entonces cuando se va a empezar a hacer un trabajo, lo que se quiere es un trabajo de prevención y promoción, lo cual requiere tiempo. Es muy difícil, porque cuando miras la movilidad de una población de seis mil personas, es difícil acompañar a todos estos pacientes. Hay ochocientos pacientes con hipertensión arterial, quinientos pacientes con diabetes y unos cuantos pacientes con asma. Entonces, se desea hacer un control (Bianca, Minas Gerais).

Cada área tiene su característica. En mi área [prevalece] el tiempo de la consulta. Creo que esto es una dificultad del Programa y debería analizarse en los demás niveles de trabajo. Estoy en Sao Paulo, lugar donde la población es muy grande. El barrio presenta muchas dificultades. Para poder atender a los pacientes como lo atiende a un médico de familia, con un abordaje psicosocial, no posible usar 15 minutos, pues

hay muchos documentos que llenar Yo pienso que esto, conste en algún lugar, debe ser llevado a las personas que deciden. Por favor, que sienten en un consultorio con un médico y vean si es posible atender a un ser humano en 15 minutos (Glaucia, São Paulo).

En cuanto al trabajo en el PMM, algunos médicos argumentaron que tuvieron muchas dificultades para que sus sugerencias fueran acatadas. Según ellos, hubiese sido más fructífero si los gestores del PMM los hubiesen escuchado durante el desarrollo del Programa, o si hubieran contribuido en su elaboración y no sólo en la ejecución. Comentaron que la estructura del sistema de salud brasileño es muy buena, pero que, de acuerdo con las experiencias que poseían, existen varios aspectos que necesitan madurar para la mejora del SUS. Entre ellos, destacaron la discontinuidad entre la atención primaria y la secundaria:

En el PMM somos nuevos, o sea, el programa era una novedad, ¿Pero la salud y el SUS no, ¿no? Ya existía el SUS. No llegamos para dar más, no llegamos para cambiar las cosas (Amanda, Minas Gerais).

Entramos en un programa que ya estaba implantado. Con un consultorio en el puesto de salud, nos adaptamos a sus protocolos, a las características de trabajo. La intención es ayudar. Atención al paciente que necesita de un médico... (Marcel, Río de Janeiro).

Creo que es uno de los mejores sistemas de salud diseñados en el mundo. Porque hay otros lugares, en Canadá, Estados Unidos, Europa, Cuba, también en Inglaterra... Pero [...] sus pautas no están hechas como tiene que ser. Y otra cosa que no permite la solución de los problemas de salud de los pacientes es el problema de la relación con la atención secundaria, o sea, la continuidad de la solución de los problemas de salud de los pacientes es muy difícil (Mônica, Minas Gerais).

En las experiencias anteriores, en especial en Venezuela, los médicos vivían en la comunidad donde prestaron atención médica, y eso facilitó la interacción con la sociedad y hasta el cuidado con la población asistida. Tomando esta experiencia previa en consideración, sugirieron que se debiera evaluar la posibilidad de que los médicos residan en la comunidad donde prestar atención. Sin embargo, varios de ellos apuntaron las dificultades de vivir cerca del lugar de trabajo, tanto por la violencia como por la precariedad de esos lugares:

...pero, en el caso específico del Programa, pienso que si el profesional de salud viviera en el lugar donde trabaja, hablo de los médicos, construiría muchas más relaciones sociales (José Antonio, San Pablo).

Allí [en Venezuela] vivíamos dentro del consultorio, contábamos con equipos para atender a un paciente. Aquí no, aquí el consultorio se cierra a las 5 de la tarde y todo el mundo debe irse a su casa (Hugo, Río de Janeiro).

Por ejemplo, en Cuba tenemos la casa consultorio, pero el médico vive en la comunidad. Lo que pasa con la violencia pienso que es un problema, el trabajo va a ser, va a

causar un aspecto negativo en el médico porque este no va a poder trabajar en esa comunidad. (...) todos trabajamos en zonas peligrosas y pienso [que el problema] no es que haya que levantarse a las 3 de la mañana para atender a un paciente. Estamos acostumbrados a ello porque somos un cuerpo de guardia. El problema es que el paciente llama a las 3 de la mañana y, por ejemplo, te coloca una pistola en la cabeza todos los días a las 3 de la mañana (Aline, Río de Janeiro).

En cuanto al regreso a Cuba, los intercambistas entrevistados mostraron preocupación por lo que ocurrirá con la población atendida por ellos, si continuarán disponiendo de médicos que ocupen esos lugares. Teniendo en cuenta que había filas de pacientes, que la agenda de los médicos estaba llena hasta final del año, existe la incertidumbre de saber si habrá nuevos médicos para atender la demanda.

Vamos, puede que vuelva un médico a nuestro lugar. Mis pacientes, desde ahora, estoy pensando qué va a suceder con ellos ahora, quién los cuidará cuando no estemos. Y qué médico se va a quedar con su equipo (Aline, Minas Gerais).

Se destaca, además, el énfasis que han dado a su capacidad de adaptación a sociedades diferentes, porque creen que resulta tanto de aspectos culturales como de la formación médica dada en Cuba.

Esto depende de la formación, nosotros, los cubanos, por hábito, por la formación, creo que nos adaptamos, ya que estamos formados para adaptarnos al medio, como una formación que ya tenemos durante la carrera (Ilza, Río de Janeiro).

Cuando nos casamos somos uno. Por eso pienso en volver aquí, entonces si Dios me da la oportunidad de seguir en el programa más médicos para mí sería lo mejor del mundo. De lo contrario, voy a tener que estudiar y hacer la revalidación, para continuar trabajando como médico y estudiar para alcanzar mi objetivo (Arlenys, Río Grande do Sul).

Consideraciones finales

Las voces de los médicos cubanos intercambistas presentados en este capítulo resumen aspectos importantes de la evaluación crítica que hicieron del PMM, del SUS y de las experiencias que tuvieron en las diversas regiones de Brasil.

La mayoría de los médicos entrevistados evaluó como muy provechosa profesional y personalmente la participación en el PMM; sin embargo, según ellos, hubo diversos problemas. Si, por un lado, consideraron de gran satisfacción el trabajo realizado, con la acogida amistosa por parte de la población y con su contribución para mejorar las condiciones de salud de los brasileños con atención médica precaria, por otro lado, han hecho diversas críticas y sugerencias para mejorar el PMM y el SUS.

Considerando la amplia experiencia internacional de los intercambistas, no hay que dudar de su credibilidad y experiencia en la comparación de la Atención Básica del SUS con la de otros países donde actuaron, en particular Cuba. Aunque algunos relatos no tienen carácter explícitamente comparativo, se puede deducir de

ellos que la fuente de referencia para sus opiniones es el sistema de salud cubano. Sin embargo, la mayor parte de lo que observaron y entendieron como debilidades del SUS confirma los análisis de estudiosos de políticas de salud en Brasil, como la falta de recursos financieros, las grandes dificultades administrativas y gerenciales, la poca interacción de la atención primaria con la secundaria y la falta de recursos humanos calificados.

En resumen, se trata del hiato entre lo que el SUS propone en su diseño en el papel y lo que de hecho logra ofrecer a las comunidades precarias, según autores brasileños como Paim (2011) y Santos (2009, 2013) subrayan.

Tiene bastante sentido apreciar las propuestas y alternativas al PMM identificadas, como por ejemplo: (a) exhortar y particularizar el contenido cultural e histórico sobre Brasil en la capacitación ofrecida antes del embarque a Brasil; (b) mejorar los aspectos logísticos relativos a la recepción y permanencia en las diferentes regiones del país; (c) facilitar la transferencia de remesas monetarias a Cuba, además de (d) aprovechar mejor las habilidades previas de los médicos cubanos para que puedan utilizar todo su potencial técnico, adaptando el programa de entrenamiento y supervisión original.

Por último, el continuo perfeccionamiento del diseño y de la gestión de la participación de los intercambios cubanos del PMM es necesario para alcanzar las profundas y deseadas transformaciones en la Atención Básica brasileña, como debe suceder en todo programa de gobierno a gran escala.

Referencias

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.

SANTOS, N.R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 13-26, 2009.

SANTOS, N.R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.



Foto: Ana Lucía Kist



Foto: Alejandro Zambrana

Capítulo IX

EPÍLOGO

Joaquín Molina¹ y Carlos Rosales²

La reforma sanitaria brasileña fue un hito en la evolución del pensamiento en salud y en el desarrollo de la salud pública en la región de las Américas. Se originó con la promulgación de la Constitución Federal de 1988 que estableció la salud como un derecho social universal y determinó que el Estado fuese responsable de garantizar las condiciones para su pleno ejercicio

Los treinta años de vida del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil transcurrieron dentro de varios contextos políticos, económicos y sociales, que no fueron barreras infranqueables para cosechar importantes avances en el acceso, en la cobertura, en la integridad de la atención y en la participación social en la gestión de la salud pública. Al mismo tiempo, muchos otros desafíos persistieron en la salud colectiva y en la gestión de las redes de servicios de salud que, junto con nuevos desafíos de salud y las restricciones financieras impuestas a la administración pública, deben ser abordados para alcanzar los más altos objetivos relativos al acceso y acceso, a la cobertura universal en salud, con calidad en la atención.

Un importante avance ha sido la mejora de la atención básica a la salud, denominación utilizada en Brasil para la atención primaria. Después de la implantación del SUS, los cuidados básicos de salud fueron descentralizados, a partir de 1990, a más de 5,5 mil municipios donde existen cerca de 38 mil unidades básicas de salud instaladas.

A finales de los años 90, el Ministerio de Salud creó el Programa Salud de la Familia como estrategia para reorientar la atención básica en todo el país, fortaleciendo la concepción y la práctica de la atención primaria a la salud, definiéndola como el primer contacto de la salud población con el sistema de salud. Esta estrategia se organiza a través de un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, enfermeros y agentes comunitarios de salud (ACS), con la posibilidad de interactuar con otros profesionales como dentistas, psicólogos y médicos especialistas, con acciones dirigidas al cuidado y el acompañamiento sanitario de la población residente en un área delimitada geográficamente con cerca de tres mil personas.

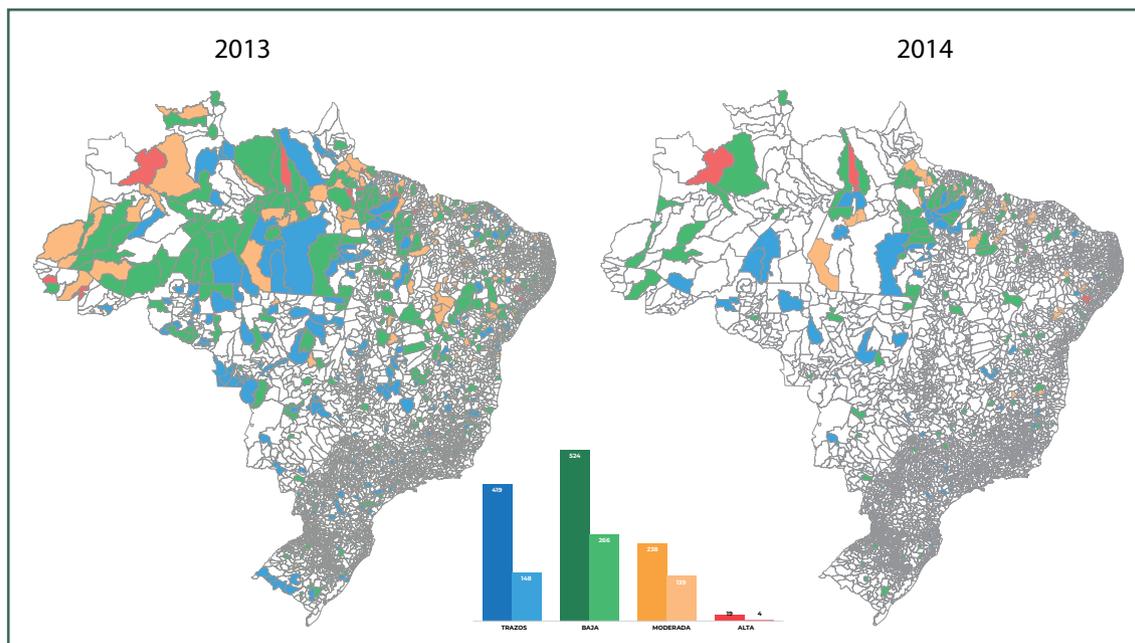
En un país con la dimensión territorial y la población de Brasil, la implementación del modelo de medicina familiar está siendo progresiva y actualmente se estima que cerca del 70% de la población ya está cubierta por de

¹ Representante de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) en Brasil.

² Asesor Internacional de la OPS / OMS en Brasil.

acuerdo con las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud. Sin embargo, una notable limitación evidenciada en los últimos años ha sido el déficit de médicos que actúan en la atención básica, lo que añade problemas en la distribución nacional y en la preparación adecuada de los profesionales para tal nivel de cuidado.

Gráfico 1. Municipios con escasez de médicos en la Atención Básica según grados de escasez en 2013 y 2014



Fuente: EPSM/UFMG.

Esta carencia de médicos fue denunciada tanto por movimientos sociales como por gran parte de los gestores municipales, en el Frente Nacional de Alcaldes (FNP), que reclamaron apoyo para la contratación de médicos, utilizando el lema "¿dónde está el médico?"³ Este movimiento favoreció la organización de una petición pública sobre tal asunto y el lobby en el Congreso Nacional para la aprobación de la ley de aprobación del Programa Más Médicos.

En ese momento, los alcaldes argumentaron sobre la importancia de destacar que la FNP es favorable a criterios rigurosos para la elección de esos médicos, por ejemplo, la experiencia en la actuación en atención básica y la necesidad de fijación en áreas con mayor carencia de profesionales. De acuerdo con una encuesta realizada por el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA), para el 58,1% de los usuarios del SUS, la escasez de medicamentos es el principal problema a ser enfrentado. Los datos oficiales indican la existencia de 1,8 médicos por 1000 habitantes en Brasil, mientras que, en otros países, como Argentina y Uruguay, esa proporción supera a tres médicos por mil habitantes.

Como resultado de estos movimientos y de la acción decisiva de las autoridades federales el Programa Más Médicos (PMM) fue creado por medio de la Medida Provisional No. 621, publicada el 8 de julio de 2013 y

³ <http://cadeomedico.blogspot.com/p/peticao.html>.

regulado en octubre del mismo año, por la Ley No. 12.871, tras un amplio debate público ante la sociedad y el Congreso Nacional. Fue una iniciativa que en principio tuvo mucha oposición por parte de varios actores políticos y corporativos en el sector de la salud.

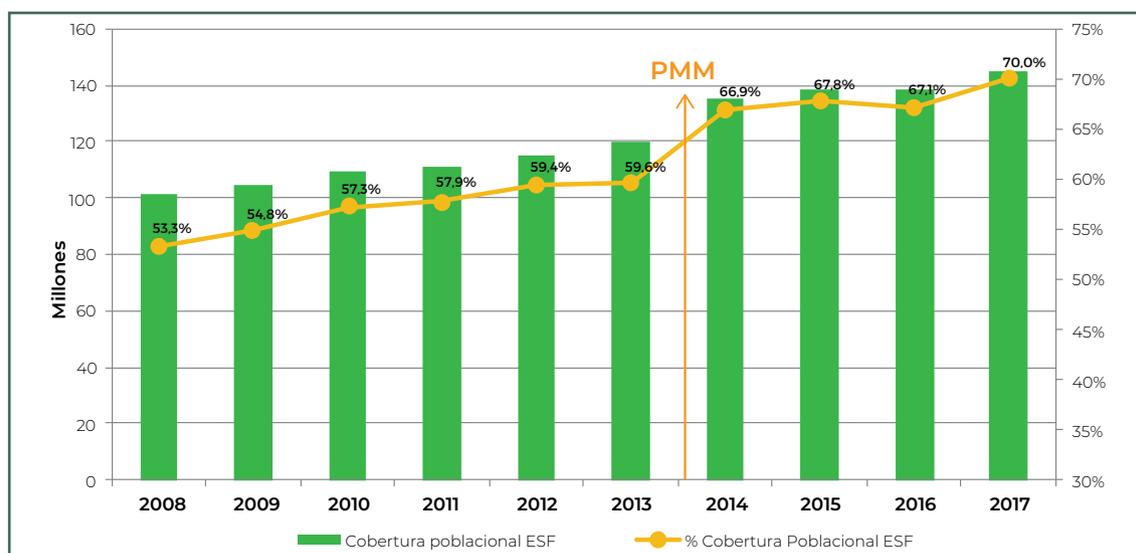
El PMM tuvo como presupuesto la falta de acceso a la atención de salud para las poblaciones más carentes de Brasil, dentro de una perspectiva de integridad. Así, el Programa fue estructurado en tres ejes de acción: (1) la formación de los médicos; (2) la inversión en infraestructura para el primer nivel de atención; (3) el reclutamiento contingencial de médicos para la atención básica con la contratación de brasileños y extranjeros de países con indicadores de médicos por habitantes superiores a Brasil

El proceso de organización y ejecución de este programa, particularmente en el componente de provisión contenida, contó con la participación de médicos extranjeros, la mayoría de ellos cubanos. Se han generado algunos conflictos, básicamente por preconceptos sobre la verificación de capacidad técnica de los médicos, así como en términos políticos dada la necesidad de la presencia y dudas en cuanto a la capacidad de los mismos, así como en términos políticos, considerando la relación que se estableció con el gobierno de Cuba.

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) desempeñó un papel fundamental en la articulación de los acuerdos entre países y en la organización de la movilización y la gestión de los profesionales médicos cubanos en Brasil, trabajo que aún se está realizando.

Después de cinco años de implementación del PMM, muchos han sido los caminos, así como innumerables investigaciones, estudios de caso, tesis y análisis diversos que han demostrado el impacto positivo del programa, tanto en términos de expansión de la cobertura y la mejora del acceso a la salud de la población, como en la calidad de la atención básica. Estas informaciones se han evidenciado en la evolución de los indicadores de salud sobre la efectividad de la atención primaria a la salud(i). Se observa un aumento importante en la cobertura nacional de la Estrategia Salud de la Familia, como se muestra a continuación.

Gráfico 2. Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, Brasil de 2008 a 2017.



Fuente: Gráfico elaborado por la OPAS/OMS Brasil con datos de cobertura de la Estrategia Familia de Salud del Ministerio de Salud.

Además de este estudio sobre interacciones socioculturales de los médicos con la población atendidas en el SUS, se realizaron innumerables otros, los cuales trataron sobre la relevancia, la accesibilidad, la eficiencia y el impacto del PMM a lo largo de los cinco años de vida del programa. El conjunto de la obra nos permite reflexionar sobre una nueva mirada sobre los impactos de la movilización de los médicos cubanos como se muestra a continuación.

- Una perspectiva sincrónica, como una foto, que exhibe las visiones y percepciones de las médicas y de los médicos cubanos movilizados por un período de tres años. Los aprendizajes originados de las interacciones con poblaciones específicas de Brasil, diferente de Cuba, como es el caso de los quilombolas y de los indígenas. El cruce de conocimientos con la medicina indígena tradicional y la práctica de la atención primaria en salud en diferentes espacios, analizando así las interacciones socioprofesionales y socioculturales, llegando a concluir que el impacto de la PMM va mucho más allá de los resultados descritos en los indicadores tradicionales de salud de la población.
- Una perspectiva histórica y relacional, a través de las variadas narrativas de los médicos participantes, en las que abordan directamente sus experiencias en los procesos de relación con una nueva cultura, en el seno de una población que, primero con sospechas y después con cariño, los adoptó. Ellos combinan sus historias y emociones en Brasil con sus historias de vida en el país de origen, donde tienen sus afectos, sus familias y sus referencias de vida.

Los diferentes capítulos de este libro nos indican que el PMM y la participación de los médicos cubanos están generando en Brasil un nuevo marco sanitario y nuevas relaciones socioculturales, en al menos tres elementos: en la relación entre el médico y la comunidad, en dirección al equilibrio y armonía; en las percepciones comunitarias sobre salud y de cómo promoverla y preservarla; en el empoderamiento de la población sobre su derecho a la salud, allí incluida la disponibilidad, al alcance de la mano, de médico y equipo de atención de salud.

Esta publicación nos ofrece también lecciones sobre la necesidad de abordar la migración internacional de los profesionales sanitarios desde una perspectiva más holística. Hay que considerar la identificación y la comprensión de la preparación de estos profesionales para abordar mejor los desafíos socioculturales inherentes a la migración y el reconocimiento de las ganancias humanas y profesionales que esas experiencias dejan en todos los involucrados, sean, la población beneficiaria; el Ministerio de Salud; las agencias gubernamentales locales; los profesionales y organizaciones de cooperación técnica, como el caso de la OPS / OMS, participante activo que fue en el desarrollo de la PMM.

A continuación, algunos puntos de reflexión, que esperamos sirvan como directrices para otros estudios que profundicen y generen información útil para la gestión de programas similares al PMM.

- Esta ha sido una experiencia singular dada la relación de corta duración (tres años) de la migración, con garantía para los médicos cubanos del mantenimiento de su contrato de trabajo en términos de salario y de beneficios de bienestar en su país de origen.
- La movilización de los profesionales de la salud entre países, para suplir deficiencias médicas en los servicios de salud, en el presente caso administrada a través de la OPS / OMS, resulta exitosa de “perse” en la ampliación de la cobertura. Pero, es importante tener la claridad de que no es capaz de resolver los problemas estructurales de los países en relación al déficit de profesionales de la salud. Así, se hace necesario que la movilización de profesionales vaya acompañada de políticas y estrategias para la planificación de la capacitación y del empleo de los profesionales de la salud, en términos de cantidades,

lugares de asignación, además de la preparación necesaria, como una fórmula para la sostenibilidad de los objetivos del acceso y cobertura universales.

- Se enfatiza la necesidad de que, en los procesos de implementación de estrategias como la del PMM, se realice el monitoreo permanente de los discursos sociales predominantes. No sólo con el objetivo de estar atento a los movimientos de opinión pública, sino también para generar opiniones y acciones favorables y que contrarresten las posiciones negativas, considerando el poderío de los actores involucrados. Así, es de suma importancia el papel de la comunicación social con informaciones correctas de las autoridades de salud y sus socios cooperantes. En particular, es fundamental dar voz a la población beneficiaria, permitiendo la emisión de la opinión cuando la sumatoria de los contenidos de los medios es desfavorable.
- La relación entre la medicina indígena tradicional y la medicina occidental siempre fue punto de análisis sobre cómo ambas pueden dialogar entre sí, en un cuadro recíproco de respeto y uso del conocimiento. Esta perspectiva determina la posibilidad de trabajo complementario y la aceptación por las comunidades indígenas. Las historias y las evidencias presentadas en este estudio enfatizan el respeto de los profesionales cubanos por las tradiciones y saberes autóctonos, reconociendo sus implicaciones para la relación con los beneficiarios del Programa. La opinión unánime de los intercambios fue por la necesidad de sistematizar buenas prácticas, de promover el intercambio con otras experiencias desarrolladas en contextos similares y de traer ese conocimiento a los cursos de preparación de médicos extranjeros que trabajan con poblaciones nativas.
- Uno de los temas más exhaustivamente analizados a lo largo de esta publicación es el entendimiento de que la salud no es sólo un proceso de producción de consultas para la población, lo que implica en constataciones evidentes: (a) los vínculos de los profesionales con la población y el establecimiento de relaciones de respeto entre médicos y otros profesionales de salud permitieron avanzar en el objetivo superior de atención integral a la población con los estándares de calidad definidos en el modelo de cuidado del SUS; (b) La interacción entre dos culturas, con diferentes visiones y prácticas en sus sociedades, pero con muchos elementos en común determinados por orígenes étnicos y culturales similares, influyó la notable aceptación de los médicos cooperantes, abriendo a los mismos espacios de influencia para la transformación de condiciones y prácticas en favor de la salud;
- Aunque la migración cubana es temporal, aun así, quedó demostrada la preocupación de los médicos con la salud de la población, además de su permanencia en Brasil, dentro de un compromiso de fuertes bases éticas y morales, en un proceso de integración y compromiso espontáneo, sin jerarquías y sin barreras con las comunidades, excepto sólo en los momentos iniciales, debido a las limitaciones lingüísticas, que acabaron por ser superadas.

Se concluye que los procesos de definición de políticas públicas de salud involucrando la movilización de recursos humanos entre naciones, con miras a la obtención de un impacto en salud, serían limitados si se analiza sólo su éxito con indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad, acceso y cobertura. Por el contrario, es imperativo ampliar el horizonte analítico, incorporando la perspectiva de la salud internacional, revisando y documentando los cambios que ocurrieron en las personas, en los procesos y en las instituciones involucradas en tal proceso de migración internacional, sea él permanente o temporal, como fue el caso de la PMM.

Por último, se debe subrayar que el Programa Más Médicos ya se encuentra en su sexto año de vida. De hecho, hace poco más de 18 mil puestos de médicos que son financiados en todos los estados del país

por el mismo. El número de médicos cubanos participantes fue de 11,4 mil en los primeros tres años ya partir del año 2016 ese monto empezó a disminuir, estabilizándose en 8,5 mil aproximadamente, mientras que el número de brasileños creció en este período, especialmente con médicos graduados en otros países y que, como los cubanos, ejercitan su trabajo profesional. Hasta 2013, las 27 capitales del país ofrecían 8.858 vacantes en cursos de graduación en medicina, mientras que todos los más de cinco mil municipios brasileños tenían 8.612 vacantes. Actualmente el número de vacantes en las capitales subió a 10.637 y, en el interior, 14.522.

En función de la demanda de los municipios del país y teniendo en cuenta el número de equipos de salud de la familia aún sin médicos a tiempo completo, particularmente en regiones con menor desarrollo social, el número de médicos necesarios para reclutar por el PMM puede ser aún mayor que los 18 mil actuales. La exposición sugiere que la presencia de médicos graduados en el exterior todavía será una necesidad por varios años en Brasil.

Por lo tanto, las reflexiones, las consideraciones y las recomendaciones hechas en los diversos capítulos de este libro adquieren una relevancia especial y deben ser seriamente tenidas en cuenta por todos los involucrados en la gestión y desarrollo del Programa Más Médicos de Brasil.

Este libro fue organizado por Joaquín Molina, Eduardo Siqueira e Leonardo Cavalcanti, fruto de la investigación "Interacciones socioculturales de los médicos cubanos participantes del Programa Más médicos en Brasil".

Esta es una publicación revisada y aprobada por el Comité Editorial de la OPS / OMS Brasil, cuyo objetivo es garantizar la calidad y la alineación estratégica de los documentos publicados. En cada uno de los capítulos se indican los correspondientes autores. La revisión final estuvo a cargo de Flávio Goulart, Janine Giuberti Coutinho y Lucimar Rodrigues Coser Cannon.

Integrantes del Comité Editorial de OPS/OMS en Brasil:

Joaquín Molina

Lucimar Rodrigues Coser Cannon

Carlos Rosales Echevarria

Janine Giuberti Coutinho

Proyecto gráfico y diagramación

All Type Assessoria Editorial EIRELI

Agradecimientos

Esta obra no hubiese sido posible sin la cooperación voluntaria de los médicos cubanos, que generosamente cedieron su tiempo para narrar sus interacciones socioculturales en Brasil. Les agradecemos a todos los médicos intercambistas-cooperados con un amplio reconocimiento e intensa admiración. Le agradecemos también a la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) en Brasil, por haber viabilizado este estudio, a la Fundación Darcy Ribeiro, por las gestiones administrativas del proyecto, y a la Universidad de Brasilia, en especial al Departamento de Salud Estudios Latinoamericanos, por el apoyo académico. Por último, el reconocimiento al equipo de investigadores que trabajaron en las diferentes regiones de Brasil con asiduidad y elevada capacidad teórico-metodológica para el trabajo de campo, el análisis de los datos y la elaboración de los textos. Sin la colaboración y el esfuerzo colectivo de los diferentes actores aquí mencionados sería imposible finalizar y publicar este estudio.



ISBN: 978-92-75-32047-1



9 789275 320471



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**