

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS –ICS
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS LATINO-AMERICANOS -ELA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS
COMPARADOS SOBRE AS AMÉRICAS**

FANOR JULIÁN SOLANO CÁRDENAS

**Integración sociocultural de migrantes cualificados.
El caso de los médicos cubanos participantes del
Programa Mais Médicos en perspectiva comparada**

Brasília-DF
2019

FANOR JULIÁN SOLANO CÁRDENAS

**Integración sociocultural de migrantes cualificados.
El caso de los médicos cubanos participantes del
Programa Mais Médicos en perspectiva comparada**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados sobre as Américas do Departamento de Estudos Latino-americanos- ELA da Universidade de Brasília, para a obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais.

Orientador: Professor. Dr. Leonardo Cavalcanti

Brasília-DF
2019

FANOR JULIÁN SOLANO CÁRDENAS

**Integración sociocultural de migrantes cualificados.
El caso de los médicos cubanos participantes del
Programa Mais Médicos en perspectiva comparada**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados sobre as Américas do Departamento de Estudos Latino-americanos- ELA da Universidade de Brasília, para a obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais.

Orientador: Professor. Dr. Leonardo Cavalcanti

Aprovado em 03/05/2019

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof. Dr. Leonardo Cavalcanti
Orientador-ELA/UnB

Prof. Dr. Raphael Seabra
Membro interno-ELA/UnB

Profa. Dra. Maria da Graça Luderitz Hoefel
Membro interno-FS/UnB

Profa. Dra. Márcia Anita Sprandel
Membro externo-Senado Federal

Profa. Dra. Elaine Moreira
Suplente-ELA/UnB

DEDICATORIA

PARA MIS HIJOS JOÃO Y JOSHUA

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación se realizó gracias al apoyo de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la salud sede Brasil, la Fundación Darcy Ribeiro y la Universidad de Brasilia. Un especial agradecimiento a estas instituciones pues sin ellas no hubiese sido posible llevar a cabo este estudio. También merecen una mención especial los médicos cubanos quienes ofrecieron sus relatos y experiencias de vida de modo desinteresado, así como los asesores del Ministerio de Salud de Cuba que permitieron contactar cada uno de los doctores en territorio brasilero. Igualmente debe destacarse el denodado y arduo trabajo adelantado por el grupo de investigadores brasileiros que participaron en el macro proyecto en el cual se inscribe esta pesquisa. A todos ellos, infinitas gracias.

Agradezco al Ministerio de Educación de Brasil por haberme permitido estudiar mi doctorado en la Universidad de Brasilia de forma gratuita y a CAPES por la bolsa de estudios que me otorgó para desarrollar mi labor académica sin preocupaciones de índole económico.

A todos los profesores del doctorado en estudios comparados de América Latina por las enseñanzas suministradas, en especial al director mi tesis doctoral, el profesor Leonardo Cavalcanti, por todo su apoyo y dedicación para sacar adelante este trabajo.

A todas las personas del Brasil y de Colombia que me apoyaron para el logro de esta meta.

A mis hijos por su paciencia y amor. A toda mi familia por su voz de aliento. A mi compañera Jennifer por su especial apoyo, comprensión y colaboración en la última fase del trabajo de investigación.

A todos los amigos, conocidos y personas que directamente o indirectamente contribuyeron en este largo recorrido de 20 años por el mundo académico.

A todos, gracias.

RESUMEN

La presente investigación busca analizar, a partir de una perspectiva comparada, cómo fue el proceso de integración socio-cultural de los médicos cubanos que participaron en el Programa Más Médicos del Brasil, creado por medio de la Medida Provisoria No 621 de julio 8 de 2013 y reglamentado en octubre del mismo año por la Ley No 12.871. En términos teóricos, el estudio tuvo como objetivo conocer cómo fue la dinámica de inserción, participación, adaptación y ajuste de migrantes cualificados, en el marco de un proceso migratorio organizado entre estados bajo la lógica de la Cooperación Sur-Sur. La investigación aborda el proceso de integración alrededor de tres áreas que son comparadas entre sí: comunidades quilombolas-ciudades del interior; zonas urbanas periféricas y Distritos Sanitarios Especiales de Salud Indígena (DSEI). El proceso de interacción sociocultural se analiza a partir de tres espacios socio simbólicos: campo profesional, campo cultural y campo socio comunitario.

El fenómeno de la integración social cuenta una larga tradición en el campo de estudios de la migración internacional. En la literatura sociológica, remite a la cuestión de cómo los actores son incorporados en un espacio social común. En términos específicos, se trata de una categoría usada para explorar las experiencias, vivencias, interacciones y relaciones de los individuos en el seno de las sociedades receptoras y las políticas implementadas por los estados para su efectiva inserción. La integración se refiere al proceso por medio del cual los inmigrantes se convierten en parte del tejido social, cultural e institucional de la sociedad receptora. En este sentido, es un proceso recíproco, multidimensional y de doble vía. Los estudios clásicos habitualmente analizan el proceso de integración social a partir de la segunda o tercera generación de inmigrantes, teniendo como objetivo establecer cómo fue su inserción social en las fibras más íntimas del tejido comunitario. La experiencia de los médicos cubanos reveló que no estamos ante un caso típico de integración social a largo plazo, en el cual los individuos vivencian o son sometidos a procesos de asimilación/aculturación o integración binacional después de vivir varias décadas en las sociedades receptoras. Los médicos cubanos no son una población inmigrante en el sentido clásico del término, se trata de intercambistas que vivieron en Brasil en el marco de una migración temporal regida por contratos de trabajo previamente establecidos. No obstante, esta particularidad, se vieron inmersos rápidamente en dinámicas intensas de interacción social, tanto por el trabajo que realizaban, como

por su profesión, lo que llevó a formas de apropiación de los modos de vida de la sociedad brasilera y el diálogo multicultural. Las formas de apropiación socio-cultural y de participación en las relaciones comunitarias, se presentaron en grados diferenciados en función del área donde llevaron a cabo su intervención médica. La participación de los médicos en la sociedad brasileña sobrepasó la relación profesional médico-paciente y las actividades laborales. Los galenos caribeños lograron establecer nuevas formas de sociabilidad y vínculos sociales en el marco de un proceso dinámico e intenso plasmado en formas y grados diversos de integración comunitaria.

Palabras Claves: migración temporal, integración sociocultural, medicina familiar, cooperación médica internacional, cooperación sur-sur.

RESUMO

Esta pesquisa busca analisar, a partir de uma perspectiva comparada, como foi o processo de integração sociocultural dos médicos cubanos que participaram do Programa Mais Médicos do Brasil, criado por meio da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013 e regulamentado em outubro do mesmo ano pela Lei nº 12.871. Em termos teóricos, o estudo teve como objetivo conhecer como foram as dinâmicas de inserção, participação, adaptação e ajuste de migrantes qualificados, no marco de um processo migratório organizado entre estados sob a lógica da Cooperação Sul-Sul. A pesquisa aborda o processo de integração em torno de três áreas que se comparam: comunidades quilombolas - cidades do interior; áreas urbanas periféricas e Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI). O processo de interação sociocultural é analisado a partir de três espaços sócio-simbólicos: campo profissional, campo cultural e campo social comunitário

O fenômeno da integração social tem uma longa tradição no campo de estudos da migração internacional. Na literatura sociológica, refere-se à questão de como os atores são incorporados em um espaço social comum. Em termos específicos, é uma categoria utilizada para explorar as experiências, interações e relações dos indivíduos dentro das sociedades receptoras e as políticas implementadas pelos estados para sua efetiva inserção. Integração refere-se ao processo pelo qual os imigrantes se tornam parte do tecido social, cultural e institucional da sociedade receptora. Nesse sentido, é um processo recíproco, multidimensional e bidirecional. Os estudos clássicos geralmente analisam o processo de integração social da segunda ou terceira geração de imigrantes, com o objetivo de estabelecer como foi sua inserção social nas fibras mais íntimas do tecido comunitário. A experiência dos médicos cubanos revelou que não estamos diante de um caso típico de integração social de longo prazo, na qual os indivíduos experimentam ou passam por processos de assimilação/aculturação ou integração binacional após viverem várias décadas em sociedades receptoras. Os médicos cubanos não são uma população imigrante no sentido clássico do termo, eles são “intercambistas” que viviam no Brasil no âmbito de uma migração temporária regida por contratos de trabalho previamente estabelecidos. No entanto, essa particularidade, rapidamente ficaram imersos em intensas dinâmicas de interação social, tanto pelo trabalho que realizavam quanto por sua profissão, o que levou a formas de apropriação dos modos de vida da sociedade

brasileira e ao diálogo multicultural. As formas de apropriação sociocultural e participação nas relações comunitárias, se deram em graus diferenciados, dependendo da área em que realizaram sua intervenção médica. A participação dos médicos na sociedade brasileira superou a relação profissional médico-paciente e as atividades laborais. Os médicos caribenhos conseguiram estabelecer novas formas de sociabilidade e laços sociais no marco de um processo dinâmico e intenso, representado em diferentes formas e graus de integração comunitária.

Palavras-chave: migração temporária, integração sociocultural, medicina de família, cooperação médica internacional, cooperação sul-sul.

ABSTRACT

The present research seeks to analyze, from a comparative perspective, how was the process of socio-cultural integration of Cuban doctors who participated in the More Doctors of Brazil Program, created by means of Provisional Measure No. 621 of July 8, 2013 and regulated in October of the same year by Law No. 12,871. In theoretical terms, the study aimed to know how the dynamic of insertion, participation, adaptation and adjustment of qualified migrants was, within the framework of an organized migratory process between states under the logic of South-South Cooperation. The research addresses the integration process around three areas that are compared to each other: quilombola communities and inner cities; peripheral urban areas and Special Health Districts of Indigenous Health (DSEI). The process of sociocultural interaction is analyzed from three socio-symbolic spaces: professional field, cultural field and community social field.

The phenomenon of social integration has a long tradition in the field of studies of international migration. In the sociological literature, it refers to the question of how actors are incorporated into a common social space. In specific terms, it is a category used to explore the experiences, interactions and relationships of the individuals within the receiving societies and the policies implemented by the states for their effective insertion. Integration refers to the process by which immigrants become part of the social, cultural and institutional weave of the receiving society. In this sense, it is a reciprocal, multidimensional and two-way process. Classical studies usually analyze the process of social integration from the second or third generation of immigrants, with the objective of establishing how their social insertion was in the most intimate fibers of the community tissue. The experience of Cuban doctors revealed that we are not dealing with a typical case of long-term social integration, in which individuals experience or undergo processes of assimilation / acculturation or binational integration after living several decades in receiving societies. Cuban doctors are not an immigrant population in the classic sense of the term, they are exchange workers who lived in Brazil within the framework of a temporary migration governed by previously established work contracts. Despite this particularity, they were quickly immersed in intense dynamics of social interaction, both for the work they did and for their profession, which led to forms of appropriation of the ways of life of Brazilian society and multicultural dialogue. The forms of socio-cultural appropriation and participation in community relations were presented in differentiated degrees depending on the area where they carried out their medical intervention.

The participation of physicians in Brazilian society exceeded the doctor-patient professional relationship and work activities. The Caribbean physicians managed to establish new forms of sociability and social bond in the framework of a dynamic and intense process embodied in different forms and degrees of community integration

Key words: temporary migration, sociocultural integration, family medicine, international medical cooperation, south-south cooperation.

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución de médicos cubanos que llegaron al Brasil entre 2013-2017	137
--	------------

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Matriz tipológica para la selección de los informantes	27
Tabla 2. Principales características de los enfoques clásicos de la migración internacional cualificada	43
Tabla 3. Acuerdos, Tratados y Asociaciones regionales e interregionales que regulan el flujo de personas, bienes y capitales a nivel mundial	76
Tabla 4. Programas de retorno para migrantes altamente cualificados en países de América Latina	85
Tabla 5. Cuba como oferente por país	101
Tabla 6. Peso relativo de Brasil, México y Argentina como oferentes hacia Cuba	102
Tabla 7. Barrio Adentro I: Atención Primaria en Salud	125
Tabla 8. Barrio Adentro II: Atención en especialidades, emergencias, diagnóstico y rehabilitación	126
Tabla 9. Barrio Adentro III: Atención hospitalaria	127
Tabla 10. Distribución de Médicos cubanos por Unidad Federal 2013-2017	138
Tabla 11. Distribución de Médicos cubanos por DSEI entre 2013-2017	139

SUMÁRIO

INTRODUCCIÓN.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
ASPECTOS METODOLÓGICOS	22
ESTRUCTURA DE LA TESIS.....	28
PARTE I. TEÓRICO-CONTEXTUAL	30
CAPÍTULO 1. MOVILIDAD INTERNACIONAL DE MIGRANTES CUALIFICADOS Y EL PAPEL DEL ESTADO EN LA GESTIÓN DE LOS FLUJOS MIGRATORIOS.....	30
1.1 PERSPECTIVAS TEÓRICAS DE LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL CUALIFICADA: CONSIDERACIONES GENERALES	30
1.2 POSTULADOS CENTRALES DE LAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS DE LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL CUALIFICADA	31
1.3 LIMITACIONES TEÓRICO-ANALÍTICAS DE LOS ENFOQUES CLÁSICOS PARA COMPRENDER EL FLUJO MIGRATORIO INTERNACIONAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD CUBANOS	46
1.4 EL PAPEL DEL ESTADO EN LA REGULACIÓN DE LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL CUALIFICADA	50
CAPÍTULO 2. TEORÍAS SOBRE LA INTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL	54
2.1 LA INTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL EN LAS CIENCIAS SOCIALES	54
2.2 LA INTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL EN EL CONTEXTO MIGRATORIO.....	62
2.3 MODELOS DE INTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL EN EL CONTEXTO MIGRATORIO.....	66
CAPÍTULO 3. ACUERDOS Y POLÍTICAS DE REGULACIÓN MIGRATORIA.....	73
3.1 ACUERDOS Y TRATADOS REGIONALES E INTERREGIONALES QUE REGULAN LOS FLUJOS MIGRATORIOS ..	73
3.2 POLÍTICAS Y PROGRAMAS PARA REGULAR LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL CUALIFICADA.....	77
3.3 POLÍTICAS DE LAS NACIONES INDUSTRIALIZADAS	79
3.4 POLÍTICAS DE LOS PAÍSES “EN DESARROLLO”, ECONOMÍAS EMERGENTES Y NACIONES RECIENTEMENTE INDUSTRIALIZADAS	80
3.5 POLÍTICAS PARA REGULAR LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL EN SURAMÉRICA: UNA VISIÓN GENERAL Y DE CONJUNTO.....	83
3.6 POLÍTICAS ESPECÍFICAS PARA GESTIONAR LA MIGRACIÓN CUALIFICADA EN AMÉRICA LATINA.....	84
CAPÍTULO 4. LA COOPERACIÓN SUR-SUR COMO MARCO DEL FLUJO MIGRATORIO INTERNACIONAL DE MÉDICOS CUBANOS	89
4.1 LA COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO Y HEGEMONÍA DEL SISTEMA INTERNACIONAL DE AYUDA	89
4.2 COOPERACIÓN SUR-SUR COMO ALTERNATIVA AL SISTEMA INTERNACIONAL DE AYUDA	91
4.3 LIMITACIONES DE LA TEORÍA DE COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO PARA ENTENDER EL FLUJO INTERNACIONAL DE MÉDICOS CUBANOS EN EL MARCO DE LOS PROGRAMAS DE COOPERACIÓN SUR-SUR	95
PARTE 2. HISTÓRICO-EMPÍRICA	100
CAPÍTULO 5. COOPERACIÓN MÉDICA INTERNACIONAL CUBANA	100
5.1 LA COOPERACIÓN CUBANA COMO EJEMPLO PARADIGMÁTICO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL	100
5.2 TRAYECTORIA SOCIO-HISTÓRICA DE LA COOPERACIÓN MÉDICA INTERNACIONAL CUBANA	103
5.3 PROPÓSITOS DE LA COOPERACIÓN MÉDICA INTERNACIONAL CUBANA EN LA ACTUALIDAD: APOYO AL DESARROLLO SANITARIO, DIPLOMACIA, ECONOMÍA Y GEOPOLÍTICA.....	107
5.4 EL PAPEL DE LA OPS/OMS EN LA REGULACIÓN DE LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD	110

CAPÍTULO 6. MISIONES MÉDICAS CUBANAS EN AMÉRICA DEL SUR: EL CASO DE VENEZUELA Y BRASIL	115
6.1 LAS MISIONES MÉDICAS CUBANAS EN AMÉRICA DEL SUR	115
6.2 MISIÓN BARRIO ADENTRO I, II Y III EN VENEZUELA.....	119
6.3 PROGRAMA MÁS MÉDICOS DEL BRASIL	129
CAPÍTULO 7. INTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL DE LOS MÉDICOS CUBANOS EN BRASIL	143
7.1 INTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL EN CIUDADES DEL INTERIOR Y ÁREAS QUILOMBOLAS.....	143
7.1.1 <i>Fraternidad, acogida, encuentros y desencuentros en el espacio profesional</i>	<i>144</i>
7.1.2 <i>Formas de socialización y apropiación de la cultura.....</i>	<i>150</i>
7.1.3 <i>Formación de lazos sociales, soledad e integración funcional</i>	<i>159</i>
7.2 INTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL EN ÁREAS URBANAS PERIFÉRICAS.....	167
7.2.1 <i>Trato humanizado, luchas simbólicas y violencia en el espacio profesional</i>	<i>168</i>
7.2.2 <i>Interacciones con la cultura, tolerancia e integración bicultural</i>	<i>179</i>
7.2.3 <i>Fragilidad del lazo social, individualismo, discriminación e integración funcional</i>	<i>187</i>
7.3 INTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL EN LAS ÁREAS INDÍGENAS.....	203
7.3.1 <i>Contacto cultural, intermedicalidad, medicalización y rescate de tradiciones</i>	<i>204</i>
7.3.2 <i>Choque cultural, admiración y adaptación simbólica.....</i>	<i>234</i>
7.3.3 <i>Inserción social, lazos de hermandad, integración y violencia étnica</i>	<i>247</i>
CONCLUSIONES	264
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	269

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

La presente investigación busca analizar, a partir de una perspectiva comparada, cómo fue el proceso de integración socio-cultural de los médicos cubanos que participaron en el Programa Más Médicos del Brasil. En términos teóricos, el estudio tuvo como objetivo conocer cómo fue la dinámica de inserción, participación, adaptación y ajuste de migrantes cualificados, en el marco de un proceso migratorio organizado entre estados bajo la lógica de la Cooperación Sur-Sur. La investigación aborda el proceso de integración alrededor de tres áreas que son comparadas entre sí: comunidades quilombolas y ciudades del interior; zonas urbanas periféricas y Distritos Sanitarios Especiales de Salud Indígena (DSEI). El proceso de interacción sociocultural se analiza a partir de tres espacios socio simbólicos: campo profesional, campo cultural y campo socio comunitario.

Antes de presentar la construcción conceptual y empírica del problema de investigación, es menester señalar que el proyecto de tesis doctoral aprobado inicialmente, contemplaba una comparación entre el citado programa brasilero y la Misión Barrio Adentro de Venezuela. Sin embargo, la grave situación política, económica, social y de orden público por la que atraviesa este país desde hace varios años, agravada en los últimos meses por factores internos y externos, impidió realizar el trabajo de campo necesario para conocer la experiencia de los médicos cubanos en ese país. El gobierno venezolano sentía temor por cualquier intromisión en sus asuntos internos y por evaluaciones que pudiesen hacer de sus programas no siendo éste en todo caso el objetivo del estudio.

Debe agregarse además que durante todo el año 2017 se trató infructuosamente de lograr el permiso por parte de la cancillería cubana, para que los médicos dieran testimonio de la experiencia migratoria vivida en el marco de la misión. La respuesta siempre fue negativa después de un largo periodo de espera. Como resultado, fue necesario modificar el proyecto aprobado en el año 2016 por la banca examinadora descartando la comparación entre el programa brasilero y la misión venezolana. Como alternativa, se llevó a cabo una investigación en perspectiva comparada intranacional, focalizada en el caso brasilero. Expuestas las razones de los cambios efectuados alrededor del objeto empírico, se expone seguidamente la construcción del problema de investigación.

El Programa Mas Médicos se inscribe en el campo de la cooperación internacional en Salud. Las misiones médicas internacionales cuentan con una larga tradición en épocas recientes, por un lado, vinculadas a la ayuda humanitaria en casos de desastres naturales, y por otro, al fortalecimiento de los sistemas sanitarios de las naciones. En este contexto se destacan, como casos paradigmáticos, las misiones de cooperación médica internacional adelantadas por Cuba desde comienzos de la Revolución de 1959 hasta la actualidad. La primera de ellas fue llevada a cabo en 1960 cuando Cuba envía colaboración médica a Chile después de un devastador terremoto. Por estos mismos años se destaca la primera misión de colaboración médica realizada fuera del continente en Argelia, el 23 de mayo de 1963, con 55 colaboradores. Evaluados los resultados de la experiencia en Argelia, Cuba toma aliento y en años posteriores desarrolla otras misiones por la misma línea en Mali, Congo, Guinea y Vietnam (MARTÍN, 2016).

En términos generales, entre 1960 y finales de la primera década del siglo XXI, Cuba realizó 38 brigadas de salud en 21 países del mundo para resolver situaciones de emergencia. También ofreció asistencia médica humanitaria en conflictos armados en países como Angola, Etiopía, Nicaragua y Congo Brazaville (GARCÍA Y ANAYA, 2009). Adicionalmente, se registra que entre 1961 y el año 2008, 270.743 ciudadanos cubanos brindaron asistencia técnica en más de 160 países. Entre estos, 113.585 eran profesionales y técnicos de la salud que habían laborado en 103 países. (GARCÍA Y ANAYA, 2009).

La cooperación médica internacional cubana ha pasado por varias fases desde la época de la Revolución hasta la actualidad. En la década de los sesenta se inicia la colaboración en la modalidad internacionalista prestando apoyo a algunos países de la región y de África después de desastres por fenómenos naturales. Entre 1970 y 1980 se da continuidad al mismo modelo y se extiende por diversos países de África, Asia y América. En 1990, a raíz de la caída de la URSS y debilitamiento del bloque socialista a nivel mundial, Cuba debe cambiar de esquema y crea la Asistencia Técnica Compensada o Contrato Directo, mediante la cual comienza a solicitar una compensación económica por los servicios que ofrecen los médicos con el objetivo de financiar el sistema de salud nacional y la cooperación misma (GARCÍA Y ANAYA, 2009; MARIMÓN Y MARTÍNEZ, 2010). Al final de la misma década, el gobierno cubano modifica una vez más su estrategia de intervención y crea el Programa Integral de Salud con un enfoque latinoamericanista que se apoya,

a su vez, con la creación de la Escuela Latinoamericana de Medicina. A comienzos de la década del 2000 se da inicio a una nueva modalidad de intervención sanitaria: los Programas Especiales. En este grupo se ubica la Misión Barrio Adentro en Venezuela, iniciada en el año 2003 en el marco de la Alternativa Bolivariana para las Américas (ALBA), y el Programa Mas Médicos del Brasil, diseñado e implementado a partir del año 2013. Ambas iniciativas dan cuenta de un viraje importante en la estrategia de cooperación médica internacional de Cuba, pues rompen con el esquema que se venía operando hasta el momento. En el marco de los nuevos programas se comienza a realizar capacitación y formación de recursos humanos en los países receptores de la ayuda dejando de lado la asistencia médica per se. Esta formación se combina o integra “a la labor asistencial mediante el desarrollo de Facultades de Medicina, la capacitación a líderes de la comunidad (formales e informales), la formación de técnicos, las asesorías en diferentes Ministerios de Salud y como aspecto crucial, la aplicación del Nuevo Programa de Formación en Medicina con buenos resultados a través de las Brigadas Médicas” (MARIMÓN Y MARTÍNEZ, 2010, p. 263).

El Programa Mas Médicos del Brasil, marco del proceso migratorio analizado, se empieza a gestar en el año 2013 como una respuesta del gobierno a las múltiples críticas que venía recibiendo por los problemas de calidad y cobertura del Sistema Único de Salud –SUS-. Una investigación realizada por el IPEA en el año 2011 ya había revelado que una de las principales exigencias de los ciudadanos brasileiros era el aumento de médicos en el país (IPEA, 2011). En efecto, datos del Instituto de Geografía y Estadística del Brasil y del Ministerio de la Salud, mostraban que en el país había un déficit de médicos en buena parte de territorio nacional sin mencionar los problemas de funcionamiento y calidad de los servicios de salud en las zonas urbanas densamente pobladas.

A comienzos de la presente década Brasil contaba, para el agregado nacional, con 1,8 médicos por cada mil habitantes, un promedio mucho más bajo que el de otros países de la región como Argentina (3,2) y Uruguay (3,7) y de otras naciones como Portugal (3,9) y España (4). Al desagregar los datos por región se evidenciaba que la situación era aún más acuciante pues Estados como Acre (0,94), Amapá (0,76), Maranhão (0,58), Pará (0,77) y Piauí (0,92), que tenían menos de un médico por cada mil habitantes (MINISTERIO DE SALUD, 2015).

Con el objetivo de llevar los servicios médicos a aquellas regiones donde la población nunca había visto un profesional de la salud y fortalecer el funcionamiento de la atención primaria, llegan al Brasil 18.655 médicos cubanos (OPAS, 2017). Esta situación, además de representar un importante avance en el fortalecimiento de los servicios médicos y sanitarios del país, da cuenta de un importante flujo de migrantes altamente cualificados entre las naciones del sur global, que sugiere múltiples interrogantes al campo de los estudios migratorios, entre ellos, cómo ha sido la integración socio-cultural de estos profesionales en el marco de procesos gestionados y organizados por los estados como parte de las estrategias de integración y cooperación sur-sur.

La migración de los profesionales cubanos no es un hecho aislado, por el contrario, da cuenta de las grandes transformaciones que están sufriendo los flujos y los procesos migratorios en la actualidad. En las últimas décadas los ejes y flujos migratorios se han alterado en su sentido, intensidad y composición (TEXIDO Y GURRIERI, 2012) involucrando como nunca antes en la historia a la mayoría de países del mundo: “Las migraciones se han mundializado no tanto por la magnitud de los flujos, que sigue estando por debajo del 5% de la población mundial, sino por el reducido número de países que hoy permanece al margen de las redes migratorias” (ELIZALDE, THAYER y CÓRDOVA, 2013, p. 2). En este escenario los flujos migratorios intrarregionales, en general, y entre las naciones del sur global, en particular, han tenido un notorio crecimiento, en especial, entre aquellos países que tienen un nivel de desarrollo económico similar (PNUD, 2009). Los clásicos flujos norte-sur, o entre los llamados países en desarrollo y desarrollados, así como la vieja taxonomía bipolar entre países receptores y de destino se ha desdibujado para dar lugar a un complejo y dinámico escenario migratorio.

En términos históricos, la migración internacional en América Latina y el Caribe se estructuró a través de tres ejes desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad: 1) la emigración extra-regional; 2) la inmigración ultramarina y, 3) los flujos intra-regionales. En primer lugar, los datos denotan un aumento del stock de emigrantes, con disminución de la migración extra-regional a los destinos tradicionales. En segundo lugar, la inmigración de ultramar se mantuvo, pero presentó un descenso respecto a décadas previas. Finalmente, se observa una intensificación de los flujos de migración intra-regionales (PIZARRO, CANO y CONTRUCCI, 2014). Así, los desplazamientos y reemplazamientos contemporáneos de los históricos flujos migratorios sur-sur revelan cierta línea

de continuidad, pero a su vez dan cuenta de rupturas significativas en las tendencias y patrones de movilidad humana desde y en la región. A finales de la primera década del siglo XXI había alrededor de 28,5 millones de latinoamericanos y caribeños (cerca de 4% de su población total) residiendo en países distintos al de su nacimiento, valor ligeramente superior a los 26 millones registrados durante la década de los noventa del siglo XX. Entre estos, aproximadamente 8,4 millones provenían de América del Sur (1,6% de su población), destacándose Colombia con un volumen de casi dos millones de personas y Guyana, con cerca de 49% de su población (PIZARRO, CANO y CONTRUCCI, 2014). Como respuesta a los cambios estructurales que han tenido los flujos migratorios en las sociedades contemporáneas, los países de América del Sur se han visto ante el desafío de crear políticas públicas para restringir la entrada de los “inmigrantes indeseados” en sus territorios nacionales a partir de políticas de “migración cualificada” (COLOMA, 2012). Los programas Barrio Adentro y Mas Médicos, se enmarcan dentro de las estrategias implementadas por los países de la región para favorecer la circulación de migrantes altamente cualificados.

En el campo de los estudios migratorios, el tema de la integración tiene una larga tradición en la medida en que todo desplazamiento obliga a las personas a confrontarse con universos sociales, culturales e institucionales nuevos, en los que, de cualquier modo, tienen que participar y ser parte. De acuerdo con Pires (1999), el concepto de integración ha sido utilizado en la literatura sociológica, en el plano micro, para conocer "cómo los actores son incorporados en un espacio social común y en el plano macro, cómo se compatibilizan diferentes subsistemas sociales" (p. 9). En la perspectiva de Herrera (1994), también ha sido utilizado para explorar "la interacción de las prácticas individuales de los sujetos y de las medidas tomadas al mismo tiempo por el país receptor y de partida" (p. 75).

En el contexto migratorio la integración 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 es un 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). La integración social y cultural ha sido abordada desde varias disciplinas de las ciencias sociales. En el campo de la psicología social y otros donde se

entrecruza la sociología, la psicología y la antropología, la integración ha sido un tema de análisis recurrente desde conceptos como aculturación (HOFSTEDÉ, 2003; ZARZA y SOBRINO, 2007) adaptación psicológica (WARD, 1996) competencia intercultural (PADILLA, 1980) e integración cultural (ALAMINOS Y SANTACREU, 2011), cada uno de los cuales ha colocado el énfasis en dimensiones diferentes del proceso de participación y adaptación del migrante a la cultura de la sociedad receptora. En el campo sociológico, existe, a su vez, un amplio campo de estudios dedicado al análisis de los modelos de integración adoptados por los Estados en las sociedades modernas (GODENAU, 2014; RETORTILLO et, al, 2006; BOSSWICK Y HECKMANN, 2006; PORTES, 2000 y FREEMAN, 1986).

Los estudios clásicos habitualmente analizan el proceso de integración social a partir de la segunda o tercera generación de inmigrantes, teniendo como objetivo establecer como es la inserción social de estos en las sociedades receptoras (HAMMAR y LITHMAN, 1989; PORTES y RUMBAUT, 2001; FELDMAN 2009; FREEMAN, 1986, BOSSWICK y HECKMANN, 2006). La experiencia de los médicos cubanos revela que no estamos ante un caso típico de integración social a largo plazo, en el cual los individuos vivencian o son sometidos a procesos de asimilación/aculturación o integración binacional después de vivir varias décadas en las sociedades receptoras (HOFSTEDÉ, 2003).

Los médicos cubanos no son una población inmigrante en el sentido clásico del término, estos pueden ser clasificados como intercambistas que vivieron en Brasil en el marco de una migración temporal regida por contratos de trabajo previamente establecidos. Esta situación exige analizar la vivencia y participación de este colectivo a partir de un esquema diferente teniendo en cuenta además que, por la naturaleza de su trabajo y formación médica, tenían que insertarse en la vida social de forma rápida, amplia e intensa, en particular, en las relaciones comunitarias y en el contexto sociocultural.

La presente investigación, pretende aportar conocimiento alrededor de este proceso particular de migración de modo que facilite la comprensión de casos similares en un contexto de aumento creciente de los flujos sur-sur y de la circulación de migrantes altamente cualificados. En la actualidad las migraciones entre y desde el sur han dado lugar a un rico y variado campo de

investigaciones relacionadas con temas como la identidad de género, las familias transnacionales, la infancia, el retorno y la circularidad, las remesas, las políticas migratorias, las condiciones laborales y los canales migratorios (Cavalcanti, 2017a). Temas que vienen siendo estudiados por autores reconocidos en la región como Bela Feldman Bianco, Claudia Pedone, Leonardo Cavalcanti, Iskra Pavez, Martín Koolhaas, Cristina Vega, María del Carmen Ledo García, Patricio Dobrée, Sandra Gil Araujo y Margarita Echeverry. Sin embargo, en este escenario académico no se encuentran trabajos publicados sobre la integración socio-cultural de profesionales cualificados, movilizados en el marco de procesos organizados por los estados bajo los principios de la cooperación sur-sur, y menos aún, sobre la experiencia de los médicos cubanos que hayan participado de las diferentes misiones en la región.

En Brasil se han realizado múltiples estudios sobre las misiones médicas cubanas, pero focalizándose en los cambios y transformaciones de las condiciones de salud de la población, el funcionamiento de la atención primaria, la epidemiología de las enfermedades, el ejercicio médico, la calidad y cobertura de los servicios de salud, entre otros, dejando de lado el análisis del modo de vida de los profesionales de la salud cubanos en las sociedades de receptoras. En razón de estos vacíos en los respectivos campos de estudios señalados, se propuso realizar la presente investigación, que no sólo dará pistas sobre el proceso de integración de los profesionales cubanos, sino de la forma cómo se insertan en la sociedad los migrantes cualificados ligados a profesiones específicas, aportando de esta manera a las discusiones actuales sobre política migratoria, derechos humanos y modelos de integración de los migrantes. En síntesis, la presente investigación busca responder el siguiente interrogante:

¿Cómo fue el proceso de integración socio-cultural de los médicos cubanos que participaron del Programa Más Médicos del Brasil?

Aspectos metodológicos

El proyecto de tesis de doctoral aprobado a finales del año 2016 contemplaba analizar de forma comparada el proceso de integración de los médicos cubanos en el marco de dos programas de salud implementados por Cuba en dos países de la región, como parte de su renovada estrategia de intervención sanitaria a nivel mundial. Estos programas eran la Misión Barrio Adentro de Venezuela y el Programa Más Médicos del Brasil. El objetivo, por tanto, no era realizar un contraste

de estructuras macro sociales expuestas a un mismo condicionante (RAGIN, 1989). El propósito consistía en examinar las vivencias de los médicos cubanos en el marco del desarrollo de dos iniciativas sanitarias diferentes orientadas por los mismos principios. En ese sentido, tampoco se trataba de comparar dos colectivos participantes de un mismo programa en dos naciones diferentes. A raíz de la grave situación que comenzó a vivir Venezuela desde el año 2015 agravada desde el año 2017, se hizo prácticamente imposible sostener el diseño mencionado porque no era posible ingresar y circular en dicho país para hacer el proceso de recolección de los datos. Adicionalmente, el proceso investigativo se truncó tal como había sido planificado, porque el colectivo de médicos cubanos no son profesionales con total libertad y autonomía. En la medida que su trabajo se suscribe a acuerdos firmados entre países, cuentan con restricciones para desarrollar acciones y prácticas, entre ellas, dar testimonio de su trabajo y experiencia. La autorización para que estos dieran las entrevistas la tenía que dar la embajada de Cuba en Venezuela. Tal autorización fue examinada en varias ocasiones con posibilidades de recibir fallo positivo, pero a la final la respuesta fue negativa por razones de seguridad y confidencialidad. Tanto el gobierno venezolano como el gobierno cubano, sentían temor de ser infiltrados a través de la investigación que había planteado. Posturas enmarcadas en un ambiente de zozobra e intentos de complot internos y externos ya conocidos.

Como alternativa, se optó por realizar una comparación intra-nacional de corte regional. El nuevo diseño consistía en analizar la experiencia de los médicos cubanos en el marco de un solo programa, siendo seleccionado por facilidad de acceso a los sujetos de estudio, el Programa Más Médicos del Brasil. Bajo este nuevo esquema la comparación no consistiría en el contraste de procesos vividos en programas diferentes en países diferentes, sino en experiencias vividas en el marco de la ejecución de un mismo programa en regiones diferentes de un mismo país. Las regiones seleccionadas fueron tres: ciudades del interior, algunas habitadas por comunidades quilombolas; periferias de grandes urbes y territorios indígenas organizados alrededor de DSEI. Estas áreas eran idóneas para realizar una comparación no sólo por estar distribuidas a lo largo de la geografía nacional brasilera, sino porque constituían entramados sociales notablemente disimiles en cuanto a dinámicas sociales, estructuras culturales y estilos de vida.

La estructura de análisis y presentación de la tesis permite entrever además que la comparación trascendió los propios datos empíricos. La tesis en su conjunto fue escrita en clave comparativa multidimensional. El concepto multidimensional denota la valoración de diversas dimensiones de comprensión relativas al objeto de estudio que, entrecruzadas, permiten una lectura con mayor potencia hermenéutica. En este caso se tuvieron en cuenta las dimensiones: teórico-conceptual, histórico-contextual y empírica. Alrededor de todas ellas, se efectuó un ejercicio comparativo tratando de precisar qué elementos de orden conceptual, contextual, histórico y empírico eran pertinentes para pensar el objeto de estudio y cuáles no lo eran. En el caso de la dimensión teórica, se contrastaron las perspectivas clásicas de la migración internación cualificada. Con base en los hallazgos, que apuntaban a una insuficiencia de las mismas, se construyó una conceptualización alternativa que permitió entender algunos condicionantes de los flujos sur-sur de migrantes cualificados. En el mismo sentido se compararon las políticas y tratados para regular la migración de profesionales, así como los modelos de integración migratoria. En el campo histórico-contextual, se comparó la lógica de la cooperación para el desarrollo con los principios de la cooperación sur-sur. A su vez, se reconstruyó la trayectoria de la cooperación médica internacional cubana aterrizando en el caso de América del Sur. En la dimensión empírica se realizó una lectura comparada entre las áreas donde se llevó a cabo la intervención médica cubana, esto es, ciudades del interior, periferias urbanas y áreas indígenas. En general, el ejercicio de investigación está cruzado por la lógica comparativa en todas sus dimensiones con el propósito de hacer más robusto y amplio el análisis.

El método comparado utilizado se comprende, desde la perspectiva de Morlino (1994), como el análisis de un problema en diferentes contextos sociales buscando establecer las diferencias y similitudes entre estos. En otras palabras, se buscó identificar la particularidad que asumía el fenómeno en cada contexto social (MORLINO, 1994). En ese sentido, no se hizo una comparación entre unidades macro sociales con fines explicativos o correlacionales (RAGIN, 1989), sino entre casos ubicados en diferentes espacios socio-culturales. Siguiendo la clasificación de Tilly (1984), se realizó una comparación por identificación de diferencias, que tiene como propósito “establecer un principio de variación en el carácter o intensidad de un fenómeno mediante el examen de las diferencias sistemáticas entre casos” (TILLY 1984, p. 82).

La comparación se fundamentó en el enfoque comprensivo-interpretativo en la medida que buscó situarse en el punto de vista de los actores para desentrañar los sentidos de sus acciones (MORLINO, 2010). En términos temporales, se llevó a cabo un estudio de carácter sincrónico dado que no se analizó el proceso en su dimensión histórica sino a partir de la comprensión de la vivencia y la experiencia de los médicos cubanos en un momento específico del tiempo como resultado de su paso por la sociedad brasilera. Sin embargo, para la comprensión de estas vivencias, se traen a colación algunos elementos de corte histórico.

Se trabajó a partir del método cualitativo, el cual, según González y Hernández (2003), permite la descripción detallada de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables en la cotidianidad de las personas, además de vincular la narrativa de los mismos, sus experiencias, creencias, actitudes, pensamientos, inferencias y reflexiones sobre algún fenómeno o evento. Al asumir el método cualitativo, la investigación no tiene la pretensión de realizar inferencias y/o generalizaciones sobre el proceso de integración experimentado por todos los médicos que hicieron parte del Programa, sino de interpretar, a partir de un número de casos específicos, las tendencias y regularidades que siguió dicho proceso siendo en este sentido un acercamiento al fenómeno.

En cuanto a los informantes, para la realización del estudio se escogieron médicos cubanos que hubieran participado en el Programa Mas Médicos de Brasil por un período no inferior a dos años. Para garantizar la riqueza de experiencias, significados y prácticas, esto es, la heterogeneidad de los sujetos de estudio, se tuvieron en cuenta para la escogencia de los entrevistados, de modo específico, algunas variables como el sexo, el estado civil y el área geográfica de trabajo. En términos metodológicos, se escogieron siguiendo una matriz tipológica que cruzó la región/estado donde laboraba el médico (centro-oeste, nordeste, norte, sudeste y sur) con el tipo de área (quilombola, urbana-periférica y Distritos Sanitarios Especiales de Salud Indígena –DSEIS-), el sexo y el estado civil (Ver Tabla 1). Así, se buscó abarcar la heterogeneidad de las formas de trabajo y experiencias que implicaban la implementación de un Programa en un país del tamaño de un continente.

La ubicación de los médicos seleccionados se llevó a cabo por intermediación de funcionarios adscritos a la OPAS y por oficio de los asesores cubanos adscritos al gobierno de Cuba. Una vez fueron ubicados los galenos en el municipio donde laboraban, se les informó telefónicamente de su escogencia para participar en el estudio. Todos accedieron de forma amable y solidaria a brindar la información sobre su experiencia en el Brasil entorno a la implementación del Programa. El número de médicos que hicieron parte del estudio se determinó por medio del punto de saturación teórica (BERTAUX, 1980), que señala que la recolección de datos se lleva a cabo hasta el momento en que la información comienza a repetirse y los nuevos casos no hacen más que confirmar las tendencias ya identificadas.

En total, fueron analizadas 56 entrevistas de un total de 92 testimonios contenidos en una base de datos derivada de la investigación: “*integração sociocultural dos participantes do Programa Mais Médicos no Brasil*”, ejecutada por la Fundación Darcy Ribeiro y Financiada por la Organización Mundial de Salud-Organización Panamericana de la Salud –OMS/OPAS- mediante Carta Acuerdo LOA 1500007.001-. Dicha pesquisa constituye el macro estudio en el cual se inscribió la presente investigación. La idea inicial de abordar los médicos intercambistas como migrantes cualificados, surgió en el seno del Laboratorio de estudios de las migraciones internacionales de la Universidad de Brasilia, LAEMI, liderado por Leonardo Cavalcanti, en diálogo con el profesor de la Universidad de Massachusetts, Eduardo Siqueira, siendo apoyada de forma decidida y denodada por el director de la OPAS para Brasil, Joaquín Molina.

El autor de esta tesis, junto a otros investigadores, participó desde el 2015 en el diseño de la macro investigación de la OPAS/OMS, y continuo en los siguientes años vinculado a la misma en sus fases de ejecución y evaluación de resultados. En mi caso particular, me encargue de realizar las entrevistas en las áreas quilombolas y ciudades del interior. Sin embargo, también visite otros estados con presencia de comunidades indígenas y zonas urbanas periféricas de grandes metrópolis. El grueso de las entrevistas realizadas en estas dos últimas áreas, las llevaron a cabo otros colegas investigadores contratados por la Fundación Darcy Ribeiro. Todos los entrevistados eran cubanos hispano-hablantes, no obstante, algunas entrevistas fueron realizadas en español, lengua nativa del investigador autor de esta tesis, y otras en portugués, lengua materna de los otros colegas investigadores. El trabajo de campo duró alrededor de cinco meses en todo el Brasil.

Tabla 1. Matriz tipológica para la selección de los informantes

	Estado Civil/Sexo			
	Soltero		Casado-Unión Libre	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Áreas urbanas periféricas	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Zona rural-indígena				
Ciudades del interior- poblados áreas quilombolas				

Como técnica de recolección de información se utilizó la entrevista semi-estructurada. La entrevista consiste en un proceso de interacción verbal intencional entre el investigador y el sujeto de estudio, el cual se encuentra guiado por la aplicación de un cuestionario de preguntas abiertas organizadas por módulos temáticos articuladas a categorías y subcategorías teóricas previamente establecidas. Aunque las cuestiones a tratar ya están ciertamente definidas, la entrevista semi-estructurada ofrece un escenario de diálogo flexible donde pueden ser tratados nuevos temas a los inicialmente contemplados o re-dirigir los ya establecidos. El formato de entrevista aplicado contenía nueve bloques temáticos: 1) Características socio-demográficas, 2) Decisión de participar en el programa, 3) Situación socio-familiar, 4) Vivienda y convivencia en el barrio/municipio, 5) Tiempo libre, 6) Situación laboral, 7) Percepción sobre el sistema nacional de salud, 8) Relación con los pacientes, 9) Evaluación subjetiva del proyecto migratorio.

De modo complementario y con el propósito de conocer algunas características del contexto social, económico y epidemiológico de Brasil, se hizo uso de datos agregados provenientes de organismos oficiales como el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística del Brasil –IBGE-, Departamento de Informática del SUS –DATASUS-, el Observatorio de las Migraciones Internacionales - OBMIGRA-, la OMS/OPAS, La CEPAL y la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba (Cavalcanti, 2017b). El análisis de los datos empíricos recolectados a través de las entrevistas se llevó a cabo mediante la construcción de una matriz cruzada cuyas columnas contenían las categorías y subcategorías de análisis y en las filas estaban los casos. El respectivo cruce permitió hacer un análisis comparado de los casos por dimensión en el cual se fueron precisando las semejanzas, las diferencias y las tendencias.

Estructura de la tesis

El documento de la tesis está dividido dos grandes partes y siete capítulos. La primera parte contiene los elementos teórico-contextuales. La segunda parte presenta aspectos de corte histórico-empírico, entre los que se encuentran los hallazgos principales de la investigación. En los dos primeros capítulos se construye el soporte conceptual de la investigación. En el capítulo uno se ofrece un panorama de las perspectivas teóricas clásicas elaboradas para comprender la migración internacional cualificada. A su vez, se aborda el papel del estado en la organización y regulación de los flujos migratorios globales. En la medida que el caso de los médicos cubanos es particular en el contexto de los estudios migratorios, se precisan las limitaciones teórico-analíticas que tienen los enfoques clásicos para pensar dicha realidad. El capítulo dos aborda la conceptualización del proceso central que se analiza en esta investigación, esto es, la integración socio-cultural, tanto en las sociedades contemporáneas como en el contexto migratorio. El capítulo se complementa con una presentación de los modelos de integración trazados por diferentes países que históricamente han sido receptores de migrantes para afrontar la diversidad social y cultural que representa esta población.

Los capítulos tres y cuatro presentan elementos de carácter contextual. El capítulo tres expone de forma amplia los acuerdos y tratados internacionales que sirven de soporte para los flujos migratorios. De igual forma se abordan las políticas existentes para regular la movilidad de personas alrededor del globo. El capítulo cuatro, trata sobre las características de la cooperación internacional para el desarrollo categorizada como la ayuda de orden hegemónico, y la cooperación sur-sur, entendida como la ayuda de carácter solidario y colaborativo. Después de dicho apartado esta la parte dos de la tesis. El primer capítulo de ésta, el acápite cinco, se ocupa de reconstruir la trayectoria histórica de la cooperación medica internacional cubana y precisar los objetivos que ha perseguido ésta. El capítulo cinco también incluye una presentación del trabajo realizado por la OMS/OPS en la regulación de la migración internacional de trabajadores de salud.

El capítulo seis por su parte, complemento del anterior, ofrece un panorama de las misiones médicas cubanas desarrolladas en los países de Suramérica, colocando especial énfasis en dos de los principales programas adelantados en la región: la misión Barrio Adentro de Venezuela y el programa Más Médicos del Brasil. El último capítulo, el número siete, presenta los resultados del

análisis empírico de los datos relativos al proceso de integración de los médicos cubanos en el Brasil. Es el acápite más extenso del estudio. Se divide en tres subcapítulos, cada uno centrado en el proceso de integración de las áreas delimitadas en este trabajo. Cada uno de estos subcapítulos está dividido en otros tres acápites. En el primer acápite 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 última parte analiza la integración socio comunitaria. En este punto se describe la construcción de lazos de amistad, las relaciones con la vecindad, el uso del tiempo libre y el sentimiento de integración propiamente dicho.

PARTE I. TEÓRICO-CONTEXTUAL

CAPÍTULO 1. MOVILIDAD INTERNACIONAL DE MIGRANTES CUALIFICADOS Y EL PAPEL DEL ESTADO EN LA GESTIÓN DE LOS FLUJOS MIGRATORIOS.

1.1 Perspectivas teóricas de la migración internacional cualificada: consideraciones Generales

Desde la época de la posguerra hasta actualidad se ha llevado a cabo un fuerte e intenso debate académico en torno a los significados e implicaciones de la migración internacional cualificada (DAUGELINE y MARCINKEVICENE, 2009; GAILLARD y GAILLARD, 2009; KOSER y SALT, 1997; MIWAGIUA, 1991; FINDLAY, 1990). Las prolíficas discusiones dieron lugar a cuatro perspectivas o abordajes de análisis: *brain drain*, *brain gain*, *brain circulation* y *brain networking*, que en síntesis, buscaron establecer si la movilidad internacional de personas altamente cualificadas generaba una pérdida o una ganancia para el crecimiento económico de los países, especialmente, de aquellos denominados como *subdesarrollados o en vías de desarrollo* (BEINE, et, al, 2008; FAN y STARK, 2007; SCHIFF, 2005; CARR et, al, 2005; STARK, 2004; MEYER, 2001; MOUNTFORD, 1995; MIWAGIUA, 1991).

El debate mantuvo el mismo foco en los años posteriores, pero amplió su espectro al identificarse que no sólo las naciones del sur corrían peligro de perder sus profesionales. Las naciones industrializadas también se enfrentaban a este fenómeno. Había fugas en el sentido norte-norte, siendo Estados Unidos el receptor de los altamente cualificados de Francia, Canadá, Suiza y Gran Bretaña (GAILLARD y GAILLARD, 2009). A partir de esta nueva evidencia, “el problema de la migración de profesionales altamente cualificados” alrededor del mundo dejó de ser objeto de discusión sólo en las naciones del sur y “sub-desarrolladas” y pasó a convertirse en un fenómeno que afectaba a todos los países en grados diversos. Las cuatro perspectivas mencionadas, pese a sus divergencias, fueron influenciadas por los intereses de la economía neoclásica, la teoría de la modernización y el pensamiento liberal, hecho que terminó delimitando el alcance espacio-temporal de las investigaciones, los enfoques de interpretación y los objetos de estudio.

A continuación, se presentan las principales características de estos cuatro enfoques. Una vez hecha esta caracterización, se exponen, en el siguiente subcapítulo, las limitaciones teórico-analíticas que

ofrece la línea mainstream de la migración internacional de los altamente cualificados o highly Skilled, para comprender el flujo de profesionales de salud cubanos.

1.2 Postulados centrales de las perspectivas teóricas de la migración internacional cualificada

Enfoque Brain Drain

La primera perspectiva teórica construida para abordar la cuestión de la migración internacional cualificada fue conocida bajo el nombre brain drain o fuga de cerebros. De acuerdo con Gaillard y Gaillard (2009), esta noción aparece en el período de la posguerra cuando Estados Unidos se posiciona como un polo atracción de especialistas e intelectuales a nivel mundial. El concepto es introducido por las Naciones Unidas en 1963, pocos meses después de ser presentada a la comunidad científica la teoría del capital humano de Gary Becker. Ambas teorías estaban fuertemente ligadas, hecho que explica su complementariedad (MEYER, 2001; BIAO, 2005).

En la literatura especializada existe consenso para referirse a la fuga de cerebros como el flujo de profesionales altamente cualificados entre naciones con niveles desiguales de desarrollo. Una de las primeras conceptualizaciones señaló que este flujo se presentaba desde los países subdesarrollados hacia las naciones industriales avanzadas, particularmente hacia los Estados Unidos (MIWAGIUA, 1991). En otras palabras, sería una migración de capital humano de una economía en desarrollo hacia una economía desarrollada (KUZNETSOV y SABEL, 2006). Gaillard y Gaillard (2009), coinciden con esta apreciación al indicar que la noción fuga de cerebros se propuso para denominar la salida de científicos de Gran Bretaña para Estados Unidos y de los países del sur hacia los países del norte global. Desde este enfoque, las ganancias correspondían a los países del norte y las pérdidas afectaban a los países del sur.

En la misma vía, Koser y Salt (1997) subrayaron que las investigaciones sobre este fenómeno migratorio arrancaron en la década de 1960 a raíz del miedo de unos pocos economistas ingleses que “sufrían por la fuga de cerebros” de los países en desarrollo hacia los países desarrollados. Aquel sentimiento no parecía ser injustificado. En treinta años la migración de los altamente cualificados incrementó cinco veces, pasando de 245,000 personas en 1960 a 1.178.000 en 1990 (GAILLARD y GAILLARD, 2009). Las personas migraban por falta de puestos de trabajo en sus países, para obtener un mejor salario o logra un mayor reconocimiento profesional (GAILLARD y

GAILLARD, 2009). En la década de los setenta ese miedo se extendió y ahora los economistas se preguntaban por los efectos que esa migración podría generar para los propios países desarrollados. Abierto este nuevo interrogante, diferentes estudios concluyeron que no sólo los países del sur global corrían el riesgo de perder sus profesionales cualificados. El riesgo también era latente para las naciones industrializadas. La llamada fuga de cerebros también tenía dirección norte-norte. A partir de esta nueva evidencia, “el problema de la migración de profesionales altamente cualificados” paso a ser pauta de debates académicos y foros de cooperación internacional (CARR et, al, 2005; MOUNTFORD, 1995; MIWAGIUA, 1991).

A comienzos del siglo XXI el brain drain adquirió un significado más concreto. Existe fuga de cerebros cuando la emigración de personas cualificadas, mínimo con cuatro años de educación superior, no se compensa con el efecto de las remesas u otras formas de inversión en el país de origen, como, por ejemplo, transferencia de tecnología, inversiones o potencialización de comercio entre países (LOWELL y FINDLAY, 2001). Con el paso de los años la noción se desgastó y perdió validez a raíz de los cambios sociales y la ampliación de los marcos de comprensión teórica. No obstante, el término siguió siendo utilizado para referirse a la transferencia internacional de recursos en forma de capital humano, en otros términos, a la migración de individuos profesionales o con altos niveles educativos (BEINE, et, al, 2008).

En las interpretaciones de los teóricos de la fuga de cerebros, la salida de personas cualificadas afecta a las naciones en vía de desarrollo en varios sentidos: ralentizando el crecimiento económico, obstaculizando el desarrollo, aumentando la pobreza y la desigualdad y afectando la productividad (LOWELL y FINDLAY, 2001). Esto, bajo el supuesto “de que el nivel medio de capital humano en una sociedad tiene efectos positivos sobre la productividad y el crecimiento” (LOWELL y FINDLAY, 2001, p. 11). Al respecto, una investigación realizada en 111 países entre 1960 y 1990 encontró que un aumento de un año en el promedio de la fuerza laboral de un país aumentaba la producción por trabajador entre 5-15%. Por el contrario, los bajos niveles promedio de educación podían ralentizar el crecimiento económico, dañar el ingreso de los trabajadores poco cualificados y aumentar la pobreza (LOWELL y FINDLAY, 2001). Las ideas que interpretaban la migración cualificada como una fuga de cerebros ganaron peso hacia 1974 “bajo el término, transferencia inversa de tecnología, desarrollado por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y

Desarrollo (UNCTAD), lo que claramente colocaba el debate en el ámbito de las políticas de cooperación internacional” (GAILLARD y GAILLARD, 2009, p.10).

Aunque los argumentos parecían ser contundentes, otros economistas llegaron a conclusiones totalmente contrarias. Una evaluación realizada por Mountford (1995) en la década de los noventa encontró que la fuga de cerebros podía aumentar la productividad en economías “donde la productividad es una función del nivel medio de capital humano” (Pág. 2). En el largo plazo, según dicha investigación, la migración de los altamente calificados generaba cambios en la distribución del ingreso que eran mayores a la pérdida de capital humano generado por el flujo migratorio. En la perspectiva de otros economistas como Miwagiua (1991), la fuga de cerebros elevaba los niveles educativos y de ingreso de los países de acogida, pero no perjudicaba a los individuos con bajos niveles de cualificación que se quedan en el país de origen. Los realmente perjudicados eran los individuos con niveles medios de educación.

A partir de estas investigaciones, la perspectiva brain drain comenzó a recibir fuertes críticos porque tenía grandes sesgos y errores, entre ellos, la dificultad para medir la migración de profesionales de nivel superior y la suposición de que todos los migrantes altamente calificados salían de su país por razones económicas. Un estudio realizado en 1978 por el Instituto de las Naciones Unidas para la Formación y la Investigación (UNITAR), con 6500 personas de 11 países, reveló que muchos de los estudiantes tenían intención de regresar a su país de origen. El trabajo mostró que no era un fenómeno uniforme pues presentaba variaciones según el entramado institucional de cada país y sus condiciones sociales. Dicho estudio ayudo también a desvirtuar la idea que los altamente calificados no volvían a casa (GAILLARD y GAILLARD, 2009, p. 10).

Para Meyer (2003), el mayor obstáculo para comprender los flujos migratorios bajo la idea de pérdida para el país de origen había sido el vínculo que los economistas establecían entre la teoría del capital humano, el fenómeno migratorio y el desarrollo económico. Las teorías económicas de crecimiento endógeno comprendían el capital humano como una característica del individuo aislada del contexto social donde se producía: “This idea is based on a conception that human capital is in fact isolated” (MEYER, 2003, p. 92). Desde esa óptica mantener a los individuos en el país de origen era una ganancia y su migración hacía el exterior una pérdida desconociendo cuándo y dónde los altamente calificados desarrollan sus capacidades.

De acuerdo con Meyer (2003), es preciso tener en cuenta que los emigrantes no hubiesen potencializado sus habilidades en sus países de origen, porque en ellos no contaban con las condiciones institucionales, técnicas, educativas, financieras, sociales y de infraestructura como si existen en los países de destino (MEYER, 2003). Esto explica en parte porque las políticas para retener, prevenir o contrarrestar la migración cualificada fracasaron. Estas políticas se fundamentaban en una teoría equivocada del capital humano a partir de la cual el experto era concebido como un activo de capital individual: “individual capital asset”.

Las investigaciones de sociología de la ciencia y la tecnología mudaron ese enfoque para entender el migrante cualificado desde una dimensión colectiva, es decir, como un individuo perteneciente a una comunidad científica sólo desde la cual podía construir y utilizar sus potencialidades y conocimientos. Esas comunidades son sociales, institucionales y socio-cognitivas y proporcionan las condiciones que hacen posible el trabajo profesional. El conocimiento incorporado de las personas sólo es un recurso entre muchos otros que se requieren para adelantar el trabajo científico. Este viraje lleva a pasar del clásico paradigma de la fuga de cerebros al enfoque de la conectividad y el de las redes (MEYER y BROWN, 1999).

Enfoque Brain Gain

Las críticas al enfoque brain drain dieron lugar a una interpretación contraria a la de pérdida de capital humano, esto es, que los países también podían ganar con la emigración cualificada. Así, surge la perspectiva del brain gain, que señala que la emigración de personas altamente cualificadas puede traer beneficios para los países de origen a partir del envío de remesas y la transferencia de conocimiento y tecnología. Hechos que a su vez pueden aumentar la productividad y el desarrollo económico de los países en desarrollo (BEINE, et, al, 2008). La migración de los cualificados también estimularía el aumento de la matrícula académica en los países de origen donde los estudiantes nacionales buscarían para mejorar el nivel educativo con miras a tener trabajos mejor pagos en el extranjero (LOWELL y FINDLAY, 2001).

Otros hechos históricos ocurridos en el último cuarto del siglo XX también llevaron al surgimiento de condiciones que cambiaron el paradigma del brain drain. En 1990 algunos países Asía sudoriental como Corea del Sur, Taiwán y Singapur, emprendieron políticas de recuperación de los emigrantes cualificados, cuyos efectos fueron considerados como una ganancia en la medida que

los trabajadores repatriados regresaban con habilidades y experiencia laboral (GAILLARD y GAILLARD, 2009; LOWELL y FINDLAY, 2001). La perspectiva del brain gain era plausible para comprender la situación de los países asiáticos ya que estos estaban pasando por un período de expansión económica, industrialización, fortalecimiento tecnológico y desarrollo de la ciencia. En el ámbito teórico la comprensión de la población expatriada como un activo potencial y no como una pérdida definitiva favoreció el cambio de paradigma (MEYER y BROWN, 1999).

Aunque la perspectiva del brain gain ganó fuerza, también recibió diferentes críticas que cuestionaban la idea de ganancia para los países de origen. En primer lugar, el colapso de la Unión Soviética generó un éxodo masivo de científicos y otros profesionales en Europa del Este que no necesariamente volvieron a sus países. En segundo lugar, en determinados países caribeños como Jamaica, *the recruitment-frenzy*, aceleró la salida de los profesionales que no retornaron (dos tercios de las enfermeras dejaron el país en las dos últimas décadas del siglo XX siendo reemplazadas con enfermeras cubanas). En otras naciones de América del Norte, como México, a finales de los años noventa, 30% de las personas con educación superior se encontraba en el exterior y había una tasa muy baja de retorno de esos emigrantes (COLOMA, 2012; LOWELL y FINDLAY, 2001).

En tercer lugar, se puede ubicar la situación de los países africanos, pues a pesar de los esfuerzos para conectar los profesionales expatriados con las redes nacionales, los contactos eran mínimos. En Sudáfrica, los flujos comenzaron antes del Apartheid y se intensificaron después de éste. En este país los profesionales de la salud e ingenieros migraron en grandes contingentes a Nueva Zelanda durante la década del noventa. Adicionalmente se constata un aumento en la matrícula en educación superior en campos con poca demanda en el mercado laboral. En cuarto lugar, está la situación de algunos países asiáticos. En Sri Lanka, por ejemplo, la educación gratuita llevó a que se duplicara el número de científicos, pero la demanda interna no fue capaz de absorberlos convirtiendo el desempleo calificado en una situación estructural del mercado laboral. En este país, una cuarta parte de la población emigró temporalmente a países de oriente medio y de forma temporal a Europa Occidental y América del Norte en la década de los noventa por falta de trabajo. Entre un tercio y cuarto de estos eran trabajadores calificados. En Filipinas entre el 30-50% de los ingenieros y el 60% de los médicos emigraron del país y no retornaron. La India parece ser el único

país en el sudeste asiático donde la demanda supera la oferta laboral en el campo de la TI (LOWELL y FINDLAY, 2001).

Adicionalmente recientes estudios económicos han señalado que las ganancias que se le atribuyen a la migración internacional cualificada son excesivas y no están bien fundamentadas. Por ejemplo, Fan y Stark, (2007), han demostrado mediante modelos econométricos que el éxodo de capacidades puede traer desempleo educado y sobre-educación para los países en desarrollo cuando los migrantes retornan a sus países de origen y no encuentran en que trabajar o lo hacen en un oficio que no requiere de todo el potencial de sus capacidades. De esta forma, si los individuos altamente educados permanecen en el país de origen, los rendimientos de la educación que obtuvieron pueden ser inferiores a sus costos. Si una economía no despegar en el largo plazo estos individuos terminan siendo ineficientes. Si despegar el crecimiento puede ser exponencial.

Para Schiff (2005), la nueva literatura reconoce que la fuga de cerebros induce la ganancia de cerebros, pues al elevar el rendimiento de la educación aumenta el bienestar y el crecimiento debido a las externalidades que produce la educación. No obstante, tales afirmaciones son exageradas pues análisis paramétricos muestran que el tamaño de la ganancia de cerebros es más pequeño del que sugiere la literatura y el impacto sobre el crecimiento y el bienestar también son menores. Por el contrario, un aumento en el stock de capital humano puede tener consecuencias negativas sobre el crecimiento y el desarrollo. Los beneficios de la educación están expuestos a altos niveles de incertidumbre y los recursos invertidos en educación implican una reducción de recursos en otras áreas como, por ejemplo, infraestructura de servicios para la atención médica y la prestación misma del servicio. Por otro lado, el tiempo dedicado a la educación representa menos trabajo y por tanto menos ingresos fiscales.

Evidencias recientes revelan que muchos profesionales que estudian en el exterior terminan contratados para trabajos que no requieren su nivel de calificación. Médicos del caribe o científicos de Europa del Este trabajando como taxistas en Estados Unidos o médicos marroquíes en Francia trabajando como pasantes, son casos bien conocidos de este fenómeno. Esta configuración social se le conoce como el desperdicio de cerebros y preocupa si se tiene en cuenta que el número de migrantes que vivían en los países de la OCDE aumentó 50% entre 1990 y el 2000 (DOCQUIER y RAPOPORT, 2004).

Enfoque Brain Circulation

La dinámica que asumieron los flujos migratorios desde la década de los ochenta y las enseñanzas que dejó la polarización en torno a las perspectivas de la fuga y la ganancia de cerebros, llevaron a la emergencia de un nuevo esquema interpretativo: brain circulation o circulación de cerebros. Uno de los primeros autores que se refirió a la movilidad de los altamente calificados en estos términos fue Appleyard (1991), quien construyó la noción de profesionales transitorios. Años después Gaillard y Gaillard (1998) y más tarde Johnson y Regets (1998), hicieron alusión a la noción de circulación de cerebros.

Para Gaillard y Gaillard (1997), se trató de un cambio teórico necesario pues la diáspora de personal calificado debía ser re-significada para ser comprendida más que como una pérdida o éxodo como circulación de cerebros. Las personas se van, pero la información circula de regreso al país de origen. Las tecnologías de la comunicación juegan un papel fundamental en este proceso facilitando la interacción y la participación de los profesionales en las instituciones y la comunicación con sus familias (TEFFERA, 2004). La OCDE (1997) también hizo su aporte al respecto, cuando en un informe de finales de los años noventa hizo alusión a la movilidad de las capacidades bajo la denominación de intercambio de cerebros (brain exchange).

Teóricamente el cambio de paradigma obedecía a la comprensión de los flujos migratorios como movimientos bidireccionales o de doble flujo (YUN-CHUNG, 2007) reemplazando así el esquema unidireccional que había primado hasta el momento y en virtud del cual se conceptualizó el fenómeno en términos de pérdidas y ganancias, es decir, como una suma cero. Los flujos bidireccionales mucho más complejos y descentralizados, abarcan personas, información, conocimiento, capital y tecnología (SAXENIAN, 2005). Un ejemplo de esta nueva situación son los enclaves económicos que se han creado en torno a Silicon Valley en India, China, Israel y Taiwán, donde trabajan ingenieros y científicos que llegaron de los Estados Unidos y otros que continúan allá, pero cooperan con empresas del sudoeste asiático. Las nuevas empresas no son competencia porque no fabrican lo mismo que las norteamericanas, ni tampoco son sectores productores de tecnología de segunda mano. Son productores de tecnologías de punta donde Silicon Valley es inversor y socio más no competidor de estas economías regionales. Los nuevos enclaves

económicos y de conocimiento son complementarios expresando la horizontalización empresarial versus el esquema de integración vertical que primó durante el siglo XX (SAXENIAN, 2005).

La idea de circulación de cerebros pretende dar cuenta de las nuevas formas de movilidad internacional de los migrantes cualificados, las transformaciones en las políticas migratorias y las estrategias de reestructuración del capitalismo que han afectado a su vez las estructuras organizativas empresariales, fenómenos estrechamente relacionados entre sí (TUNG, 2008; SAXENIAN, 2005; VERTOCEC, 2007; CARR, et, al, 2005). Desde esta perspectiva, la circulación de cerebros está en el centro de varios procesos: la globalización (interdependencia económica e interconexión) la ciudadanía dual, las carreras sin fronteras y la migración sin barreras (DAUGELIENE y MARCINKEVICENE, 2009).

Los “profesionales fugados” ahora están retornando, sobre todo, a los países asiáticos. Una vez están allí, construyen conexiones empresariales y profesionales entre las empresas nacionales y las extranjeras que conocieron durante su proceso de migración internacional. A su vez, se observa la constitución de nuevas empresas manteniendo relaciones con sus homólogos de Estados Unidos. Otros continúan en el extranjero, pero están transmitiendo técnica y *know how* a las economías regionales distantes. Chinos e indios son ejemplos paradigmáticos, acelerando el desarrollo de tecnologías de información en sus países de origen. Israel y Taiwán también se benefician hoy en día gracias a los cerebros retornados o que funcionan en red desde el exterior. Los repatriados que han regresado de los Estados Unidos han canalizado un mayor flujo de fondos de inversión de capital de riesgo o han creado sus propias industrias de capital de riesgo como forma de apoyar las nacientes empresas de tecnología (SAXENIAN, 2005).

De acuerdo con Saxenian (2005) los flujos de personas entre países, a diferencia de la anterior dicotomía éxodo-retorno, traen múltiples beneficios para las empresas y para el crecimiento económico de los países como: 1) creación de nuevas redes comerciales y empresariales que facilitan la cooperación y no la guerra comercial como ocurría antes entre Estados Unidos y Japón, 2) exportación de nuevos modelos de negocio, redes y experiencia técnica y operativa, 3) identificación de nuevas oportunidades de negocio y captación de capitales, 4) disminución de las barreras culturales y lingüísticas, y 5) flujos de información descentralizada.

Las redes transnacionales de profesionales ayudan a crear el contexto social e institucional necesario para la transferencia de información y la apertura de empresas pues no es suficiente disminuir las barreras comerciales ni burocráticas para penetrar un mercado, se necesita ganar la confianza de la comunidad. Los repatriados pueden además asesorar a los gobiernos para hacer reformas acordes con las nuevas oportunidades y nichos de mercado. Esto ayuda a las naciones periféricas a superar dos grandes problemas. Por un lado, el alejamiento de las tecnologías de vanguardia, y por otro, el alejamiento de los usuarios y mercados que son cruciales para la innovación (SAXENIAN, 2005). En este contexto se han puesto en boga la discusión de políticas que faciliten la circulación de personal altamente cualificado entre países (VERTOVEC, 2007). Muchas de estas políticas buscan recuperar talentos o tratar de trabajar con los científicos que viven en el extranjero. Este esfuerzo puede facilitar la labor de los investigadores y contrarrestar barreras lingüísticas entre otras.

Estas políticas han tenido éxito en países como India, China y Corea. Otros países como Francia, Reino Unido, Alemania, Finlandia y Dinamarca también están creando políticas de retorno de trabajadores altamente cualificados. En ciudades como Bangalore y Hyderabad en la India, los gobiernos locales y expertos del sector público y privado convergieron para crear las condiciones de infraestructura tecnológica y digital adecuada con el objetivo de favorecer el retorno del personal altamente cualificado (CHACKO, 2007). Conscientes de los beneficios que puede traer la circulación de capital humano alrededor del mundo, muchos gobiernos han dejado atrás las políticas que restringían la migración para empezar a promoverla. Esta actitud se inscribe en la lógica de la nueva economía basada en el conocimiento donde la base de la innovación, la competitividad y el desarrollo económico se encuentra en el incremento del stock de capital humano, el cual, a diferencia de los primeros enfoques económicos, no se logra en el aislamiento sino en la interacción con el mundo (DAUGELINE y MARCINKEVICENE, 2009). La polarización de países receptores y emisores de migrantes que denotaba a su vez quienes ganaban y perdían personal se ha atenuado bajo la idea que tanto unos como otros pueden ganar: el capital humano es transferible entre economías y eso no tiene que ser negativo (STARK, 2004). En otras palabras, el retorno y el no retorno de los altamente cualificados generara ganancias en la medida que lo importante no es la presencia física de las personas sino la circulación del conocimiento y la información.

Aunque la circularidad, desde la perspectiva aquí expuesta, representa un sin número de beneficios para el crecimiento económico y el desarrollo de las naciones, aún presenta varios obstáculos relacionados con la situación política de las naciones, las regulaciones que el Estado impone a la economía y la baja inversión social en educación. En esta vía Saxenian (2005), menciona que los inmigrantes cualificados ayudan a fomentar redes inter-regionales, pero su retorno y colaboración depende de la estabilidad política, la apertura económica, el nivel de desarrollo económico, la inversión en investigación y desarrollo y los recursos destinados a mejorar la infraestructura local. La circulación sólo es posible si el entramado institucional es fuerte. En muchos países en desarrollo no existen órganos nacionales de coordinación científica fuertes para gestionar una diáspora considerable: no tienen condiciones socio-económicas para abrir “el grifo del retorno”, y cuando lo hacen, el entramado institucional es tan débil que los profesionales no tienen condiciones para efectuar la transferencia tecnológica y de conocimiento, fenómeno que genera pérdidas tanto para los migrantes como para las naciones (PETROFF, 2013). El exceso de capital humano disponible por efecto del retorno provoca a su vez un desbalance entre la oferta y la demanda laboral. Los países africanos e India tienen ese problema. La burocracia y la falta de redes entre las universidades y las instituciones públicas y privadas se suman a los anteriores problemas obstaculizando el retorno o la circulación de profesionales (GAILLARD y GAILLARD, 1998).

Enfoque Brain Networking

El brain networking es un enfoque que busca interpretar el fenómeno contemporáneo de formación de redes académicas entre los profesionales emigrantes y las comunidades científicas nacionales. Los presupuestos teóricos en los que se fundamenta constituyen una perspectiva crítica del modelo económico que se encontraba implícito en los enfoques brain drain y brain gain, modelo en el cual se comprende el recurso humano como una potencialidad del individuo o como resultado de un proceso individualizado. En contravía de esta idea, se sostiene que el conocimiento siempre supone un proceso social en el cual científicos y académicos trabajan alrededor de comunidades y no aislados. La perspectiva brain networking, parte del hecho que los talentos pueden quedarse en el exterior, pero colaborar con las comunidades que están en sus países de origen porque las tecnologías facilitan la circulación de conocimiento (GAILLARD y GAILLARD, 1998).

En una economía global basada en el conocimiento, los países coinciden en la importancia de utilizar el saber de sus intelectuales, científicos e ingenieros residentes en el exterior para adelantar proyectos de desarrollo nacional (MEYER y BROWN, 1999). Las redes más que una opción, se convirtieron en una necesidad ante el hecho ineludible de la residencia permanente de muchos migrantes en el exterior. En 1995, 12% de los 12 millones de personas que tenían títulos en ciencia e ingeniería o trabajan en estas áreas en los Estados Unidos eran extranjeros. De ellos, más de 72% había nacido en un país en desarrollo. A su vez 23% de las personas que contaban con un doctorado no eran de los Estados Unidos, porcentaje que se elevaba a 40% en las áreas de ingeniería e informática. Otros datos relacionados revelan que en 1997 casi el 50% de todos los post-docs de la Universidad de Stanford y más del 55% de las personas en la Universidad de Harvard y el MIT, eran del extranjero (NSF / SRS, 1998: 12).

Las redes de cerebros se articulan alrededor de la propuesta de diáspora migratoria. Esta opción, a diferencia de las posturas que abogan por la repatriación, promovida sin éxito desde los años ochenta por los nuevos países industrializados o potencias emergentes como Singapur, Corea, India o China, concibe que los profesionales pueden continuar aportando al crecimiento económico desde la distancia. Es posible que los expatriados no regresen a sus países de origen, pero pueden estar interesados en la colaborar con el desarrollo nacional en función de vínculos familiares, profesionales o culturales. En ese sentido, el objetivo de las nuevas políticas debería focalizarse en la creación de lazos sociales e institucionales que permitan que los profesionales se conecten de una manera eficiente y productiva sin precisar para esto de su presencia física en el territorio (MEYER y BROWN, 1999).

A finales de los noventa existían 41 redes de diáspora intelectual-científica de profesionales expatriados en todo el mundo (TOKTEN). Entre ellas estaban la red de Científicos Árabes y Tecnólogos en el Exterior (ASTA), la Asociación Latinoamericana de Científicos (ALAS), el CESASC de China, el SIPA de la India, la Red Caldas de Colombia, la Red Sudafricana de Habilidades en el Exterior, la Red de Ganancia Cerebro Filipinas (BGN), el RBD de Tailandia, la Fundación FORS de Rumania, la IRSA de Irlanda, la Red Mundial de Corea y el ANA de Nigeria (Meyer y Brown, 1999). Para el año 2005 ya existían 158 redes identificadas (MEYER y WATTIAUX, 2006).

Un importante investigador de estas redes como Meyer (2005), señalan que, aunque es difícil establecer una conexión directa entre expatriados y desarrollo local, la evidencia empírica muestra que las diásporas pueden ayudar a crear externalidades positivas que pueden ser utilizadas para impulsar los mercados. A pesar de las ventajas heurísticas que ofrece el enfoque brain networking articulado a la propuesta diáspora knowledge networks-DKN-, ha sido objeto de fuertes críticas. Para Lucas (2004) es cuestionable la eficiencia y consistencia de las redes profesionales. Para este autor la mano de obra local altamente cualificada y más barata puede estar explicando más claramente el desarrollo industrial de países emergentes que la participación de los expatriados.

Lowell y Gerova (2004) también critican la perspectiva de la diáspora y señalan que muy pocas redes de diáspora se mantienen estables y tienen capacidad administrativa para servir a las necesidades de sus miembros o del país de origen por largos periodos de tiempo. En contraposición, Meyer y Wattiaux (2006) sostienen que datos recientes denotan una intensa actividad de las redes, así como su crecimiento. Más de la mitad de las redes que existían en 1999 se ha fortalecido. El cierre de algunas redes tiene relación con la mortalidad de las empresas tecnológicas. Por ejemplo, en Estados Unidos tres de cada cinco nuevas empresas fracasan en sus primeros cinco años. Estudios de caso, especialmente de África, muestran que los expatriados tienen grandes motivaciones para colocar sus capacidades técnicas y cognitivas en pro del desarrollo de sus países. Incluso, hay evidencia de una identidad diaspórica, en el caso de los africanos, neo-pan-africana más arraigada a los proyectos futuros que al proceso de descolonización.

Para Kuznetsov y Sabel (2006), las diásporas pueden conectar las economías nacionales con las economías globales, pero esto dependerá de la interacción de aquellas con varios factores: la producción global, los patrones de las cadenas de suministro, las oportunidades de crecimiento interno y las estrategias de los miembros de la diáspora. Las diásporas son espejos del desarrollo nacional en la medida que reflejan los empujones migratorios de las crisis nacionales y la atracción de la economía global. Por ejemplo, la diáspora China ha canalizado inversiones para el país, sobre todo en el área de las manufacturas, mientras que la hindú ha participado en la re-organización de las cadenas de suministros y en la aparición de redes de innovación transnacional. La India se ha vinculado al sector servicios de la economía creando empleos y absorbiendo los nuevos egresados

de la educación superior. El fracaso de algunas diásporas como la de Armenia también destaca la importancia del contexto político y no sólo económico.

La circulación global de personas altamente capacitadas está abriendo nuevas posibilidades a los países pobres. Opciones como las diásporas implican nuevas formas de articulación en el logro del desarrollo económico entre países emisores y receptores de migrantes. La búsqueda de redes puede llevar a cambios en los mercados de productos y en la organización industria (KUZNETSOV y SABEL, 2006), no obstante, todas son aún posibilidades que requieren de la confluencia de múltiples factores económicos, políticos y culturales. Los movimientos que asuma la migración cualificada en los próximos años develaran en la práctica si este fenómeno está dejando ganancias o pérdidas para las naciones.

Para tener una visión general de las principales características de los cuatro enfoques reseñados, se presenta el siguiente cuadro comparativo (Tabla 2). Seguidamente, se esbozará una crítica a estos enfoques precisando las limitaciones teóricas que ofrecen para comprender el proceso migratorio de los profesionales de la salud cubanos.

Tabla 2. Principales características de los enfoques clásicos de la migración internacional cualificada

Enfoque	Carácter del flujo migratorio	Dirección espacial de los flujos	Beneficios para los países	Desventajas para los países	Críticas recibidas
Brain Drain- Pérdida de cerebros	Unidireccional	Sur-Norte Norte-Norte	Incremento exponencial de capital humano en los EUA Aumento de la productividad para las empresas del norte global Incremento del nivel educativo e ingreso monetario en los países de destino	Efectos para los países de origen: Pérdida/disminución de Capital humano Ralentización del crecimiento económico Disminución de la productividad Obstaculización al desarrollo Reducción del ingreso de los trabajadores	Dificultad para medir la salida de profesionales de nivel superior Población migrante retorna a sus países de origen a partir de políticas de repatriación por tanto no existe la fuga en la magnitud presentada Fenómeno presenta variación según entramado institucional y condiciones sociales del país de origen

			Cambios en la distribución del ingreso en los países de origen	Incremento de la pobreza y la desigualdad	Comprensión del capital humano como un activo individual sin tener en cuenta las condiciones sociales de producción de conocimiento
Brain Gain- Ganancia de cerebros	Unidireccional	Sur-Norte Norte- Sur	<p>Ingreso monetario por remesas para los países de origen</p> <p>Transferencia de conocimiento y tecnología, factores que inciden en el incremento de la productividad y desarrollo económico de los países en desarrollo</p> <p>Incremento de la matrícula en los países de origen</p> <p>Retorno de migrantes cualificados con habilidades experiencia laboral</p>	<p>Reducción significativa de mano de obra cualificada en países donde la tasa de retorno es baja y/o la emigración es alta</p> <p>Incremento del desempleo calificado en los países de origen a raíz del retorno migratorio</p> <p>Sobre-educación en algunos países en desarrollo</p> <p>Fuga de capital humano temporal y definitiva</p>	<p>Baja tasa de retorno migratorio por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cambios en el régimen económico y político a nivel mundial 2. Entorno social e institucional desfavorable <p>Éxodo masivo de migrantes de forma temporal y definitiva por crisis económica mundial en el último cuarto del siglo XX</p> <p>Incremento de la matrícula en educación superior en campos con poca demanda</p> <p>Incremento del desempleo educado por desajuste entre oferta y demanda en el mercado laboral</p> <p>Bajo impacto en el crecimiento y el bienestar</p> <p>Aumento del stock de capital humano puede tener consecuencias negativas sobre el crecimiento y el desarrollo</p> <p>Retorno económico de la educación es incierto y en algunos casos no se compensa con la inversión</p> <p>Gastos en educación disminuyen la inversión social en otras áreas</p>
Brain Circulation- Circulación de cerebros	Bidireccional- circular- doble flujo	Sur-Norte-Sur- Norte	Circulación de conocimiento, información, tecnologías y capital entre países	Desajuste entre oferta y demanda laboral por incremento de capital humano cualificado y poca capacidad de	La situación política de las naciones, la regulación estatal a la economía y la baja inversión en educación, ciencia y

			<p>Transmisión de técnicas y <i>Know How</i> a partir de:</p> <p>1. Construcción de lazos y redes de cooperación empresarial entre profesionales ubicados en diferentes países</p> <p>2. Construcción de conexiones empresariales entre empresas nacionales y extranjeras</p> <p>Surgimiento de nuevos enclaves de producción de tecnologías y bienes de base tecnológica</p> <p>Incremento de fondos inversión de capital de riesgo</p> <p>Identificación y creación de nuevos modelos de negocios</p>	<p>absorción del mercado de trabajo</p> <p>La falta de redes entre universidades públicas y privadas obstaculiza el retorno y/o circulación de profesionales</p> <p>Uso ineficiente de los factores de producción por barreras institucionales</p>	<p>tecnología, pueden obstaculizar el uso eficiente de la circulación de los factores de producción</p> <p>En muchos países en desarrollo no existen órganos nacionales de coordinación científica fuertes para gestionar los beneficios de los flujos migratorios</p> <p>La debilidad del entramado institucional no permite la transferencia de tecnología y conocimiento</p>
Brain Networking- Redes de cerebros	Multidireccional en red	Flujos internacionales en red	<p>Formación de redes académicas, profesionales y científicas entre emigrantes y nacionales</p> <p>Uso de intelectuales, científicos e ingenieros residentes en el exterior para adelantar proyectos de desarrollo nacional</p> <p>Incremento de las interacciones y la participación de profesionales en redes internacionales</p> <p>Nuevas formas de articulación en el logro del desarrollo</p>	<p>Sub-utilización de capital humano por debilidad del entramado institucional</p> <p>Bajo impacto de las redes en el crecimiento económico por su fragilidad y poca estabilidad en el tiempo</p> <p>No hay modificación en las dinámicas de producción global</p> <p>Poca capacidad para alterar la división internacional del trabajo</p>	<p>Existe dificultad para establecer una conexión directa entre expatriados y desarrollo local</p> <p>La eficiencia y consistencia de las redes profesionales es cuestionable</p> <p>Mano de obra local altamente cualificada y más barata, explica mejor el desarrollo industrial de países emergentes que la participación de los expatriados</p> <p>Las diásporas pueden conectar las economías nacionales con las economías globales pero esto depende de: la dinámica de la producción</p>

			económico entre países emisores y receptores de migrantes		global, los patrones de las cadenas de suministro y las oportunidades de crecimiento interno.
--	--	--	---	--	---

Fuente: elaboración propia con base en la bibliografía revisada

1.3 Limitaciones teórico-analíticas de los enfoques clásicos para comprender el flujo migratorio internacional de los profesionales de la salud cubanos

Los cuatro enfoques presentados, pese a sus divergencias frente a las implicaciones y efectos de la migración internacional cualificada, tienen en común varias características que limitan el análisis de los multifacetarios flujos migratorios contemporáneos. En primer lugar, han sido influenciados implícitamente o explícitamente por los presupuestos conceptuales de la economía neoclásica, la teoría de la modernización y la doctrina del liberalismo. Esta orientación teórica ubicó la discusión en el campo de la racionalidad económica y el cálculo monetario propio del espíritu de la modernidad occidental y el pensamiento utilitarista (SIMMEL, 1986; SIMMEL, 1977). A su vez, llevó a pensar los flujos migratorios a partir de una dicotomía excluyente arbitrariamente articulada a intereses macro-económicos en el marco de las economías capitalistas de libre mercado.

En efecto, la respuesta a la pregunta ¿qué implicaciones trae el éxodo de profesionales para las naciones?, la dieron predominantemente los economistas, quienes a través de diferentes modelos econométricos pretendieron medir el impacto que podía sufrir la economía de un país y su nivel de “desarrollo” (CARR et, al, 2005; MOUNTFORD, 1995; MIWAGIUA, 1991). En palabras de Koser y Salt (1997), las primeras investigaciones en el área, adelantadas en la década de 1960, fueron motivadas por el miedo de unos pocos economistas ingleses que “sufrían por la fuga de cerebros” de los países en desarrollo hacia los países desarrollados.

Para Gaillard y Gaillard (2009), la perspectiva de la fuga de cerebros no sólo respondía al hecho empírico del éxodo, estaba marcando una actitud diferente frente a la migración cualificada que ya venía desde el periodo colonial y postcolonial siendo la regla y no la excepción. Para la época el mayor soporte de la discusión lo colocaron los economistas, algunos para criticar la idea de fuga de capital humano y otros para corroborarla.

Orientadas por el economicismo, las investigaciones desarrolladas se focalizaron en los flujos migratorios sur-norte y norte-norte, dejando de lado otras tendencias de gran relevancia como los flujos sur-sur. A su vez, se concentraron en el análisis de procesos migratorios de carácter individual que eran agenciados por las propias personas y no de orden colectivo, como, por ejemplo, aquellos que eran gestionados por los estados. El recorte establecido limitó las posibilidades de analizar otros fenómenos de la misma naturaleza, entre ellos, los flujos migratorios sur-sur de profesionales de la salud. Flujos que venían siendo organizados y gestionados por los estados en el marco de las estrategias de cooperación médica internacional desde la misma época de la posguerra. Un caso ejemplar a nivel mundial de este tipo de migración han sido los profesionales de la salud cubanos, quienes vienen participando en misiones médicas y humanitarias desde mediados del siglo XX en innumerables países alrededor del mundo.

Un examen detallado de las perspectivas clásicas de la *highly skilled international migration*, permiten precisar tres grandes limitaciones. En primer lugar, la *línea mainstream* de interpretación posicionó *el crecimiento económico* como el problema central de la discusión en el marco de intercambios monetarios efectuados en una economía de libre mercado. Un libre mercado, claro está, determinado y regulado por las naciones industrializadas de capitalismo avanzado. Esto llevó a que los beneficios o pérdidas se calcularan en términos financiero-mercantiles, reafirmando el pensamiento económico neoclásico que ha solido equipar equivocadamente el bienestar social con el crecimiento de la riqueza de las naciones (PIKETTY, 2014; ESCOBAR, 1998; HETTNE, 1990; WALLERSTEIN 1984). Dentro de este mismo esquema ganaron relevancia otros temas como la productividad, la atracción de capitales de riesgo, la apertura de empresas, la consolidación de nuevos nichos de mercado y la construcción de redes empresariales transnacionales y transcontinentales (SAXENIAN, 2005).

Con base en los mismos parámetros economicistas, se asumieron los migrantes como sujetos racionales con funciones macro-económicas que participaban en condiciones de libre mercado, lo que llevó a plantear el debate en términos de pérdidas y ganancias sistémico-estructurales para los países, desconociendo tanto la subjetividad del migrante como los beneficios personales y familiares que su movilidad internacional podía traer. Las personas no sólo migran por la falta de puestos de trabajo en sus países o para obtener un mejor salario.

La discusión de los impactos de la migración cualificada sobre la disminución de la pobreza y la desigualdad; el mejoramiento de las condiciones de vida de los migrantes; la modernización del sistema de salud o el incremento de la calidad educativa de los países de origen, ha sido limitada frente a los debates relacionados con el crecimiento económico o la transferencia de conocimiento y tecnología. La sobre-valoración de ciertos temas y objetos de estudio y la desvalorización de otros, reafirma el enfoque económico-liberal que guio las discusiones en este campo.

En segundo lugar, y en consonancia con la visión de la economía neoclásica, la *línea mainstream* de la migración internacional cualificada postuló *el desarrollo* como otra de las preocupaciones centrales, legitimando éste como proyecto civilizatorio y paradigma de sociedad (NISBET, 1981; ESCOBAR, 1998; SACHS, 1992; HETTNE 1990). Todas las perspectivas han estado influenciadas e inspiradas en el proyecto desarrollista sin asumir una posición crítica frente a éste o colocarlo en tensión. Esta inclinación explica la relevancia que adquirieron fenómenos como el desenvolvimiento científico, la transformación tecnológica, el crecimiento económico y la diversificación productiva basada en el conocimiento.

El proyecto desarrollista y sus diferentes componentes ganaron importancia después de 1960, porque fue el modelo de cambio social que impuso los Estados Unidos de América después de la Segunda Mundial, cuando se consolidó como la nación hegemónica mundial y la gran vencedora de los conflictos bélicos de la primera mitad del siglo XX (BOESNER, 1977; SACHS, 1992; HETTNE, 1990). Adoptar *el proyecto desarrollista* como horizonte societal y dimensión teórica de referencia, implicó asumir una visión teleológica de la historia y tomar a las naciones industrializadas como el paradigma de sociedad a seguir, una postura ampliamente criticada dentro de la teoría social latinoamericana (BAMBIRRA, 2013; DOMÍNGUES, 2012; MARTINS, 2011; SANTOS, 2004; CASANOVA, 2002; OSORIO, 1994; CARDOZO y FALETTO, 1977; FRANK, 1975; SUNKEL, 1973; PREBISCH; 1962), la antropología del desarrollo (ESCOBAR, 1998), la teoría geopolítica (BORON, 2002; CECEÑA, 2005; CORONADO, 2014) y la sociología del desarrollo (NISBET, 1981; SACHS, 1992; HETTNE, 1990; WALLERSTEIN 1984).

En tercer lugar, todas las perspectivas comprenden a los migrantes como *capital humano*, en otras palabras, como un activo intercambiable en la economía de libre mercado. En el marco de esta connotación las personas son vistas como un factor de producción, pues desde los postulados de la

ciencia económica “el nivel medio de capital humano en una sociedad tiene efectos positivos sobre la productividad y el crecimiento” (LOWELL y FINDLAY, 2001: 11). En la perspectiva de Gaillard y Gaillard (2009), esta forma de comprender a los migrantes está relacionada con el momento histórico y teórico en el que inicia el debate sobre la movilidad internacional de los altamente cualificados. Tal debate es introducido en la escena pública por las Naciones Unidas en 1963, pocos meses después de ser presentada a la comunidad científica la teoría del capital humano de Gary Becker, siendo ésta una notable influencia para entender los profesionales migrantes como agentes económicos y su proceso migratorio como una fuga de capacidades (MEYER, 2001; BIAO, 2005). Este énfasis también reveló la notable influencia de la teoría económica neoclásica en el análisis de los flujos migratorios y su marcado sesgo.

En el marco de las discusiones de la perspectiva *brain networking*, se realizó una dura crítica a la *línea mainstream* de la migración internacional y la forma como había concebido a los migrantes profesionales (MEYER, 2003). Con base en las teorías económicas de crecimiento endógeno y los postulados de la teoría del capital humano, los profesionales cualificados fueron entendidos como un capital o factor individual y su conocimiento como una característica personal aislada del contexto social donde se construye el saber hacer (MEYER, 2003). En la perspectiva de la *línea mainstream* mantener a los individuos en el país de origen constituía una ganancia y su migración hacía el exterior una pérdida desconociendo cuándo y dónde los altamente calificados desarrollan sus destrezas. El enfoque *brain networking* dio un viraje en la comprensión del migrante para concebirlo en una dimensión colectiva (MEYER y BROWN, 1999), pero no dejó de verlo como un sujeto económico que interactúa en el marco de las relaciones de libre mercado.

De acuerdo a los tres elementos presentados, las perspectivas clásicas de la migración internacional cualificada ofrecen grandes limitaciones para entender la movilidad de profesionales de la salud de Cuba alrededor del mundo en el marco de los programas de cooperación médica internacional. Por un lado, porque fueron pensadas para comprender una realidad migratoria totalmente diferente a la que han protagonizado los profesionales cubanos. La migración cubana obedece a lógicas distintas a las que propiciaron la migración sur-norte y norte-norte de la segunda mitad del siglo XX. Por otro lado, los enfoques clásicos parten de supuestos teóricos, preocupaciones y dilemas que no se ajustan a la realidad empírica que subyace a los programas de cooperación médica internacional cubana.

Teniendo en cuentas estas limitaciones, en esta investigación se tomó distancia de las perspectivas clásicas de la migración internacional cualificada. Como estrategia alternativa para analizar el proceso de integración socio-cultural de los médicos cubanos, se trabajó, por un lado, con nociones, conceptos y teorías relacionadas con los hallazgos de este estudio, y por otro, con categorías emergentes que el propio trabajo de campo proporcionó. En el análisis de los flujos migratorios que se han dado en el marco de los programas de la cooperación médica internacional cubana, se argumenta que la *cooperación, la justicia social y la solidaridad*, constituyen los fundamentos y principios axiológicos que soportaron la movilidad de los profesionales de la salud cubanos alrededor del mundo. Estas características se expondrán con detalle en el capítulo tres, donde se abordan los principios que guían los flujos migratorios sur-sur de profesionales altamente cualificados, y en el capítulo cuatro, donde se analizan los propósitos y fines de la cooperación médica internacional cubana en la actualidad.

1.4 El papel del Estado en la regulación de la migración internacional cualificada

Desde 1960 cuando arrancó el debate en torno a las implicaciones y alcances de la migración internacional cualificada, el Estado ha desempeñado un papel fundamental como agente de selección de personal. En algunos casos restringiendo y en otros casos promoviendo la movilidad de la población migrante (GAILLARD y GAILLARD, 2009; MAHROUM, 2001; IREDALE, 2001; KOSER y SALT, 1997). La apertura o la restricción de las fronteras, se llevó a cabo mediante la adopción de políticas y programas de diversa naturaleza, entre ellos, de naturalización o regularización. También a través de la suscripción de acuerdos bilaterales y multilaterales que cubren grandes regiones del planeta, siendo ésta última una de las principales tendencias en la actualidad para facilitar la movilidad de científicos, ingenieros y empresarios alrededor del mundo (TEXIDO y GURRIERI, 2012; GAINZA, 2013; ZURBRIGGEN y MONDOL, 2010; LAVENEX, 2007; MAHROUM, 2001).

Las legislaciones nacionales presentan variaciones históricas en función de los cambios en la geopolítica del poder y las transformaciones del sistema capitalista, sin embargo, se identifica cierto patrón dependiendo si se trata de un país “desarrollado” o en “desarrollo” (KOSER y SALT, 1997). Las economías centrales se han caracterizado por adoptar políticas de atracción de los altamente cualificados para suplir la escasez de capacidades y satisfacer la oferta laboral de las

industrias e instituciones. Las naciones periféricas o semi-periféricas, por su parte, han implementado políticas diversas para contrarrestar su fuga o canalizar su circulación y/o diáspora (GAILLARD y GAILLARD, 2009; LAVENEX, 2007; MAHROUM, 2001).

En los últimos años los países del norte global siguen atrayendo migrantes mientras los del sur global intentan contra-restar su fuga mediante políticas que incentivan, en unos casos, el retorno, y en otros, la recuperación de competencias mediante el establecimiento de redes integradas expatriados y nacionales (LAVENEX, 2007; MEYER y WATTIAUX; 2006). Las migraciones no han sido un objeto de planificación en los países de origen, pero sí en los de destino (GAILLARD y GAILLARD, 2009). No obstante, esta tendencia parece estar revirtiéndose en los últimos años: “Special government-sponsored programs to promote emigration have been set in place in Bangladesh, China, Egypt, India, Indonesia, Pakistan, The Philippines, South Korea, Sri Lanka, and Vietnam” (LAVENEX, 2007:34). Una de las razones del cambio fue la re-significación de la migración cualificada a partir del enfoque de la circularidad (SAXENIAN, 2005) y las redes de diáspora migratoria (MEYER, 2001; MEYER y BROWN, 1999). Con base en estas perspectivas se comprende que la retención de capital humano en el territorio nacional necesariamente no representa una ganancia y su éxodo una pérdida.

En la perspectiva de Lavenex (2007) y Mahroum (2001), en el contexto de la globalización de los mercados, las naciones capitalistas avanzadas compiten entre sí y con otras naciones “subdesarrolladas” para atraer y mantener la mano de obra calificada en sus territorios. La fuerza de trabajo se ha mundializado y los países directa o indirectamente deben participar en el juego por su repartición si quieren mantener su posición y competitividad internacional. La competencia por la mano de obra cualificada está adquiriendo un patrón institucionalizado. Cada vez se piensa más en los beneficios mutuos que puede traer la cooperación entre países receptores y emisores (MAHROUM, 2001; LAVENEX, 2007). Las políticas de migración cualificada se han convertido en un elemento central de la política económica exterior de “la competición de los Estados”, en razón que los migrantes calificados pueden contribuir a aumentar el stock de capital humano, atenuar la recesión económica de ciertas naciones e incorporar nuevos conocimientos, fenómenos que a la final pueden mejorar la tasa de crecimiento económico de un país (LAVENEX, 2007).

A pesar de los cambios legislativos, la mudanza en el paradigma de comprensión de los flujos migratorios y el reconocimiento de la preponderancia del conocimiento como fuente de transformación social, es importante advertir que la fuerza de trabajo no cuenta con la misma libertad de movimiento que si tienen las mercancías y los capitales (MONDOL, 2010; LAVENEX, 2007; FINDLAY, 2002; KOSER y SALT, 1997). La economía basada en el conocimiento y las tecnologías de la información dio lugar a la aparición de mercados globales de trabajo, sin embargo, la posición de los países en el sistema de flujos migratorios aún continúa relacionada con su posición en las cadenas de producción global (FINDLAY, 2002). El trabajo no goza de la misma libertad para circular, ni entre países, ni entre regiones, por las restricciones que siguen estableciendo, de un lado, los mismos Estados, y de otro, el mercado a través de los Estados.

Las normas que regulan la movilidad de personas se parecen cada vez más a aquellas que regulan el comercio de bienes y servicios y las finanzas en la medida que están marcadas por la liberalización y el multilateralismo, sin embargo, la cuestión del acceso a los mercados de trabajo nacionales de forma abierta aún no es clara: “the question of whether under temporary entry service providers actually "enter" national labor markets or not is not completely clear-cut” (LAVENEX, 2007, p. 10). En los países “del tercer mundo” las decisiones de los empleadores están sujetas al sistema de permisos para trabajar establecidos por el gobierno. Sin embargo, la gestión no siempre es clara y coordinada entre los diferentes estamentos del Estado: “In effect, decisions are taken at different points in the governmental apparatus, with different ministries responsible for different elements in selection, leading to difficulties in coordination” (KOSER y SALT, 1997: 297). A esta situación debe sumársele el problema de la armonización entre las legislaciones nacionales en el marco de los acuerdos regionales, hecho que limita aún más los flujos de trabajadores tanto en los países del norte, como en los del sur y entre ambas regiones (GAINZA, 2013; ZURBRIGGEN y MONDOL, 2010; LAVENEX, 2007; MAHROUM, 2001).

En todas las regiones del planeta se han firmado acuerdos bilaterales y multilaterales entre países que comparten un mercado común o tienen la intención de formar uno. En esos acuerdos se contempla la cuestión de la movilidad de personas, pero ésta siempre aparece restringida o es poco clara. Algunos acuerdos sólo permiten la libre circulación de personas que son trasladadas de una empresa a otra en altos cargos, tienen competencias excepcionales, pertenecen a equipos de

investigación o tiene algún conocimiento técnico especializado. En ese marco son las empresas y no los Estados, los que se convierten en el primer agente de regulación de la migración laboral. Los Estados crean la legislación y los tratados, pero dentro de los marcos establecidos por el comercio internacional (LAVENEX, 2007). En síntesis, no se puede hablar de una mudanza en las políticas que regulan los flujos de trabajadores calificados en general, ni de una tendencia a la liberalización de trabajo del mismo modo como ocurre con la circulación de las mercancías. Las tendencias varían entre regiones y dentro de ellas. A su vez, las regulaciones de los Estados no se puede entender por fuera de los constreñimientos del mercado y al margen de la geopolítica del poder y lo que en la literatura reciente se ha identificado como *nueva división geográfica internacional del trabajo* (KOSER y SALT, 1997).

Resumen

El capítulo uno presenta elementos teóricos en torno a dos dimensiones. En primer lugar, se detalla el corpus teórico construido desde el período de la posguerra hasta la actualidad para comprender los flujos de migrantes cualificados. Las conceptualizaciones se agrupan en torno a cuatro enfoques o perspectivas. Una revisión pormenorizada de esa literatura devela que la teoría elaborada presenta limitaciones analíticas para pensar los flujos migratorios sur-sur de trabajadores de la salud, que se han dado en el marco de programas organizados por los estados bajo la lógica de la cooperación médica internacional solidaria. Estos programas se enmarcan a su vez en estrategias de ayuda mutua entre las naciones, que están por fuera de las dinámicas del libre mercado y el proyecto civilizatorio del desarrollo.

Las limitaciones son más notorias cuando se analiza el caso de los profesionales de la salud cubanos participantes de misiones médicas internacionales. Evidenciada la inadecuación conceptual, se esboza una crítica a las perspectivas clásicas y se trazan líneas de análisis alternativas. Pensar las interacciones y relaciones sociales de los médicos internacionalistas cubanos, exige tomar distancia de las teorías clásicas y diseñar instrumentos analíticos alternativos basados en la teoría crítica latinoamericana. En segundo lugar, se realiza una reflexión sobre el papel que ha jugado el Estado como institución, en la regulación, organización y gestión de la migración de profesionales en el mundo. Los Estados actúan delimitados por las dinámicas del capitalismo global, la división internacional del trabajo y las asimetrías históricas entre naciones.

CAPÍTULO 2. TEORÍAS SOBRE LA INTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL

2.1 La integración socio-cultural en las ciencias sociales

De acuerdo con Pires (1999), la formulación contemporánea del concepto integración en las ciencias sociales, nace en el contexto de transición a la modernidad en el siglo XIX y se remonta a las reflexiones de Augusto Comte, “padre” de la sociología, quien se pregunta “cómo es asegurada la integración entre las partes de una sociedad caracterizada por procesos crecientes de diferenciación funcional” (PIRES, 1999, p. 9). El concepto se popularizó en el campo sociológico con los trabajos pioneros de Durkheim (1893), quien analizó los diferentes factores macro sociales que mantenían unidos a los individuos en las sociedades tradicionales y las sociedades modernas. Se parte del planteamiento que ambos tipos de sociedad se cohesionan alrededor de sentimientos de solidaridad ligados a factores diferenciados. Las sociedades tradicionales mantienen integradas en función de la solidaridad mecánica y las sociedades modernas hacen lo propio en función de la solidaridad orgánica.

En la perspectiva de Durkheim, el paso de las sociedades tradicionales a las sociedades modernas generó un debilitamiento de los lazos sociales que se habían forjado alrededor de las similitudes, es decir, alrededor de las creencias, valores y formas de pensar comunes. Los lazos derivados de la solidaridad mecánica se aflojaron. Uno de los indicadores que se toma para medir este debilitamiento es la superposición de la conciencia individual sobre la conciencia colectiva. En la modernidad la segunda ya no es capaz de cubrir a la primera, de ejercer coerción sobre los individuos. En otras palabras, la conciencia colectiva no aparece en la misma intensidad en todas las conciencias individuales (DURKHEIM, 1893).

Un factor de gran relevancia en este cambio es la pérdida de peso de las creencias religiosas como elemento orientador de las conductas de los individuos. La solidaridad en las sociedades tradicionales se articulaba alrededor de la moral. Con el advenimiento de la industrialización y el urbanismo como forma de vida (WIRTH, 1925), esa moral se debilitó y con ella los vínculos sociales. Garantizar el orden en estas condiciones se convirtió en un problema teórico y práctico, pues “si la anomia, el egoísmo y la competencia disuelven las viejas solidaridades sin crear otras nuevas, la atomización del cuerpo social sería tal que no habría sociedad sino caos” (ESPÍNDOLA, 2010, p. 3).

El vacío que dejó la solidaridad mecánica, sustentada en fuertes lazos anclados en las similitudes sociales, fue reemplazado por la solidaridad orgánica ancorada en una nueva fuente de integración: la división del trabajo social. El lazo social tuvo que ser renovado porque en las sociedades modernas el grupo y la comunidad perdieron centralidad para dar paso al individuo. Sobrevino la superposición de la conciencia individual sobre la conciencia colectiva. En consecuencia, la cohesión dejó de darse por la vía de las semejanzas articuladas a las creencias y valores compartidos para construirse alrededor de relaciones de interdependencia funcional basadas en la cooperación social. En esta visión, que concibe el sistema social como un organismo, los individuos mantienen unidos sobre la base de la “utilidad social” que tiene cada uno en las relaciones sociales; utilidad que está “dada por la función que desempeñan en la división del trabajo” (ESPÍNDOLA, 2010, p. 4).

Las condiciones sociales de la modernidad reclaman la construcción de una conciencia colectiva diferente, una conciencia que ligue intereses particulares con interés compartidos. Es allí donde cobran relevancia los lazos basados en la cooperación y la interdependencia. La sociedad se mantiene unida porque los individuos dependen el uno del otro. En la medida que la interdependencia implica un modo de integración más compleja, se hace necesario la intervención de mecanismos institucionales. En las sociedades tradicionales la institución social preponderante fue la religión. En las sociedades modernas ese papel lo entró a ocupar la educación, que adoptó como objetivo principal propiciar la interiorización de sentimientos, ideas, prácticas y normas sociales. En otras palabras, de ofrecer una socialización metódica en la cultura (DURKHEIM, 1973). En este sentido, las instituciones educativas asumen un papel coercitivo sin el cual la integración no sería posible. La individualidad sin reglas derivaría en el caos y la anomia. Un adecuado desarrollo de la personalidad, así como la adhesión a la sociedad, requieren de la sujeción a las normas sociales.

Posterior a la obra de Durkheim aparecen las investigaciones del filósofo austriaco George Simmel a comienzos del siglo XX. Este autor no se preocupa explícitamente del tema de la integración social, pero sí del fenómeno central que subyace a la transición de las sociedades tradicionales a las sociedades modernas, esto es, el surgimiento del individuo. Las reflexiones que Simmel realiza en textos como *la filosofía del dinero* (1977) y *el individuo y la libertad* (1986), alrededor de la

construcción social del individuo, resultan fundamentales para entender los factores que condicionan los procesos de integración social en la modernidad. Esta nueva fase de la historia está marcada por el posicionamiento de la economía monetaria siendo el dinero y la inteligencia los elementos articuladores de la vida social. Ambos medios resultaron fundamentales para la construcción de la nueva sociedad porque reemplazaron la tradición, el sentimiento y los impulsos subjetivos por el cálculo, el entendimiento y la razón. La preponderancia de estos factores no sólo hizo posible la emergencia del individuo, sino que modificó las formas de cohesión social. El dinero y la inteligencia convirtieron las relaciones impulsivas y subjetivas en objetivas e impersonales.

Los valores y principios que hicieron posible la nueva sociedad convirtieron a las personas en seres individualistas, egoístas y calculadores. Como consecuencia, ocurrió lo que Simmel (1977) denominó como una “superposición de la cultura objetiva sobre la cultura subjetiva”, que entraña una elevación de los objetos sobre los sujetos, de la vida material sobre la vida espiritual. En ese proceso el trabajo se convirtió en mercancía, se dio una separación entre la producción y el consumo, entre el productor y su creación, las máquinas impersonalizaron el trabajo y los objetos se volvieron autónomos. Ocurrió entonces lo que Marx (1973) denominó como una alienación negativa. Es ese espíritu de la modernidad, fundamentado en el cálculo, la razón, el entendimiento, la exaltación del individualismo, pero también en la libertad y la igualdad, el que hace posible la consolidación de la economía monetaria y el sistema capitalista con todas sus desigualdades.

Las problemáticas que engendró la modernidad también fueron analizadas por la Escuela de Chicago, en específico, los cambios en el estilo de vida que trajo parejo el urbanismo. El estilo de vida en la ciudad, tecnología de habitabilidad que triunfó en el siglo XX, transformó las relaciones sociales y alteró los modos de integración. En la perspectiva de Louis Wirth (1925), uno de los principales exponentes de la citada Escuela, en la ciudad los nexos de parentesco y de vecindad, así como los sentimientos de comunidad se diluyen. La solidaridad es reemplazada por la competencia como mecanismo de integración, punto en el que difieren con Durkheim, quien en una visión positiva hablaba de cooperación e interdependencia. Los contactos se vuelven superficiales, transitorios, impersonales y segmentados. Los individuos interactúan con más personas, pero las conocen menos pues se vuelven reservados, indiferentes y autosuficientes. En la

ciudad se expresa en términos históricos concretos el individuo calculador, egoísta y utilitarista que retractó Simmel con gran brillantez, que, en apariencia, persigue como máximas la libertad y la igualdad. En el espacio urbano los sujetos ya no se vinculan emocionalmente lo que genera una pérdida de sentido de integración. El lugar de trabajo y de residencia tiende a dissociarse en el marco de un progresivo proceso de especialización funcional. La ubicación espacial de las personas conlleva a la segregación mientras que el sistema de estratificación se complejiza. Todos estos cambios debilitan lenta e inexorablemente los lazos y vínculos sociales. La familia, que, en otrora, contribuyó a amortiguar las transformaciones sociales, también se ve afectada en las urbes modernas con la aparición de las instituciones especializadas, los grupos de parentesco ficticios y las unidades de intereses. Esto hace que los individuos se vuelvan más vulnerables y no logren desarrollar una personalidad estable. Los cambios económicos también son cruciales en la escena pues conllevan a una diferenciación de los grupos de ingreso y las posiciones sociales (WIRTH, 1925).

En el mismo escenario histórico que expone sus planteamientos la Escuela de Chicago, irrumpe a finales de los años treinta la sociología estructural-funcionalista de Parsons. En esta celebre teoría se retoman algunos postulados de Durkheim sobre la integración para explicar cómo se mantiene el orden y el equilibrio del sistema social. Sin embargo, este autor no desarrolla una teoría de la integración social propiamente dicha. Una alusión concreta al tema aparece en su libro *el sistema social* (1975), publicado en 1951. En dicho libro, Parsons pretende elaborar una teoría general de la sociedad entendiendo ésta como un sistema compuesto por varios subsistemas que giran alrededor del sistema cultural. A pesar de que la individualidad y el individuo son fenómenos sociales en boga para la época, la visión funcionalista, estructuralista y más tarde evolucionista de Parsons, le plantean serios retos para incluir la acción y la subjetividad dentro de su teoría. Las limitaciones epistemológicas que carga este enfoque son notables para la comprensión de las experiencias de los médicos cubanos. Nos limitaremos por tanto a señalar que la integración hace parte de uno de los cuatro imperativos funcionales de todo sistema social, imperativos conocidos con el nombre de AGIL, por sus siglas en inglés. Estos son la adaptación, la capacidad para alcanzar metas, la integración y la latencia. En este esquema la integración tiene como función regular la interrelación entre los diferentes imperativos funcionales o necesidades sistémicas. Empíricamente, Parsons aborda el tema de la integración a través del estudio de instituciones como la familia, la

estratificación, el poder y la religión. También lo hace a través del análisis de colectivos y grupos donde se construyen las formas de solidaridad social (GIROLA, 2010). En su abordaje, coincide con Durkheim que existe una transición hacia formas cada vez más complejas de solidaridad que implicarían roles diferenciados. En el marco institucional, esta diferenciación exige organización, cooperación y concertación de modo que los roles pueden ser ejercidos por los actores sociales de modo eficaz. Al tiempo que esto ocurre, los lazos sociales por adscripción, propios de sociedades cohesionadas alrededor de las semejanzas, van perdiendo peso. Este proceso de cambio evolutivo, en la perspectiva de Parsons, se daría en un contexto de tendencia creciente a la igualación, a pesar de la acentuada estratificación en marcha y de racionalización social, un fenómeno que resaltaría de la obra de Max Weber.

Con el declive del estructural funcionalismo y otros paradigmas meta-teóricos en la segunda mitad del siglo XX, se abre el espectro para otras interpretaciones menos rígidas y teorías de alcance intermedio. Entre ellas, referida al tema de la integración social, se destacan los planteamientos del filósofo y sociólogo francés, Robert Castel. Enmarcado en la tradición de Bourdieu y Foucault, este autor realiza una serie de análisis históricos sobre las transformaciones del trabajo y el empleo en su obra *La metamorfosis de la cuestión social* (1997). La investigación de las relaciones salariales y sus múltiples vínculos con las políticas sociales, dan lugar a la construcción de una teoría de la desafiliación, en otras palabras, de la exclusión y la vulnerabilidad. En términos de la teoría clásica, es posible entrever en la obra de Castel una conceptualización de los procesos de integración y desintegración social por el que atraviesan ciertos grupos sociales - definida por la posición de las personas en la división del trabajo- como resultado de las mudanzas del mundo del trabajo y las redes de sociabilidad.

La integración social, está mediada por el tipo de vinculación que tiene el individuo en dos dimensiones. Por un lado, en el mundo del trabajo, esto es, si su vínculo es estable, precario o no tiene vínculo. Por otro lado, en las redes sociabilidad, esto es, si la inserción es fuerte, frágil o el individuo es aislado. El foco se encuentra en la complementariedad entre los aspectos institucionales y la adscripción relacional a grupos primarios. A partir de la interrelación de estas dos dimensiones, Castel (1997) concluye que existen zonas de integración social: integración, vulnerabilidad, asistencia y desafiliación. En la jerarquía de mecanismos, el trabajo es el gran

integrador, es la institución central que puede garantizar y soportar la adhesión social. De allí que las drásticas transformaciones que sufrió el mundo del empleo en la segunda mitad del siglo XX hubiesen ocasionado la ampliación y acentuación de la exclusión social o desafiliación en buena parte del planeta (CASTEL, 1997; HOBBSAWM, 1998; BAUMAN, 1999; HARVEY, 1990). En la perspectiva de Castel, no es el trabajo en sí mismo el que genera integración, es la forma histórica del trabajo asalariado estable, con duración determinada, con derechos y protecciones, el garante de la adscripción a la estructura social.

Con base en su participación en el mundo del empleo estable, los individuos lograban ocupar un lugar o posición en la sociedad. Tenían utilidad social en el esquema de interdependencia funcional de las sociedades orgánicas (DURKHEIM, 1973). En las sociedades industriales avanzadas la desafiliación provoca la formación de grandes contingentes de “inútiles sociales”, lo que Marx (1973) denominó ejército de reserva del proletariado, derivado de la relación de los individuos con los medios de producción y las fuerzas productivas. La sociedad salarial era fuente tanto de inclusión como de protección encarnada en la figurada de las convenciones colectivas, la legislación laboral y el contrato social de largo plazo. El trabajo fue sometido a un proceso de individualización que le permitió al gran capital destruir el vínculo laboral de larga duración (CASTEL, 1997, BAUMAN, 1999). El estado tuvo un papel central en este proceso al facilitar la desprotección profundizando la distancia de los individuos con sus grupos de pertenencia y contribuyendo a la desregulación del mercado laboral. En ese sentido, contribuyó a la individualización y la desintegración social. Tales fenómenos fueron acompañados por un proceso de desinstitucionalización concebido como desvinculación de los marcos objetivos que estructuran la experiencia biográfica (CASTEL, 1995, p. 471).

La desafiliación es la situación recurrente a la que se enfrentan las personas que nacieron en el declive de la sociedad salarial. Sus trayectorias giran en torno a la búsqueda de un lugar de utilidad social y están mediadas por la imposibilidad de pertenecer, de adherirse a las redes de sociabilidad y el mercado de trabajo. La individualidad no permite la integración y se desarrolla en un entorno de fragilidad y vulnerabilidad. Encarna una situación de ruptura del lazo social comprendido como pérdida de pertenencia social y visión de futuro (CASTEL, 1997).

Finalmente es necesario referirse a la teoría del multiculturalismo que si bien no aborda el tema de la integración socio-cultural como objeto privilegiado, si toca un fenómeno central en los procesos de integración contemporáneos, esto es, el reconocimiento de la identidad cultural, un aspecto neurálgico en las discusiones sobre aceptación de la diferencia en el marco de estados multinacionales y pluriculturales contemporáneos (KYMLICKA, 1996; TAYLOR, 1993; TOURAINE, 1997; PERECK, 2005).

Hacer alusión a esta teoría resulta fundamental en la medida que la integración socio-cultural en el contexto migratorio pasa por el reconocimiento del otro y la diferencia (CASTLES y MILLER, 2003; PERECK, 2005). Las dinámicas de movilidad interna han incidido en la construcción de sociedades diversas, sin embargo, son los procesos migratorios internacionales los que tal vez hayan incidido de forma más determinada en la consolidación de las naciones multiculturales en el último siglo (CASTLES y MILLER, 2003; SASSEN, 1991). Esto, sin minimizar la creciente globalización de las culturas (GIDDENS, 2000; BAUMAN, 2003).

El multiculturalismo es una teoría que analiza las diferencias culturales y el modo como se pueden articular en el marco de los estados-nación. Las discusiones que plantea cobraron mayor vigencia en el siglo XX, sin embargo, se trata de una doctrina que tiene sus orígenes en los ideales sociales de la ilustración (KYMLICKA, 1996). En aquel entonces, siglos XVII y XVIII, se puso a la orden del día la discusión sobre las diferencias culturales a raíz de las contradicciones producidas por el choque entre la cultura dominante, promovida por las nacientes élites surgidas del seno de la burguesía, y la cultura popular, predominante en la clase trabajadora y campesina. La intolerancia llevó a que la primera pretendiera sobreponerse sobre la segunda a partir de un proceso de homogenización, forzando que las personas que pertenecían a las culturas oprimidas asumieran identidades ajenas dejando de lado las propias.

En la actualidad esta problemática se complejizó aún más en virtud de los masivos flujos migratorios y la globalización de los mercados, fenómenos que ampliaron los contactos entre culturas disimiles alrededor del mundo, pero también las múltiples formas de intolerancia, segregación y exclusión social. A pesar de los conflictos latentes, son las multifacéticas sociedades contemporáneas las que sirvieron de referencia para construir el concepto post-ilustrado de

identidad, base de las políticas de reconocimiento de las diferencias propias de la teoría multicultural.

La discusión sobre identidad derivó a su vez en la problematización del concepto tradicional de ciudadanía, figura históricamente homogénea y ciega al pluralismo cultural. En contraposición, se plantea la construcción de una ciudadanía multicultural que contenga y respete la diferencia en sus múltiples manifestaciones sociales (KYMLICKA, 1996). Propiciar este cambio es necesario para incluir a las minorías que no hacen parte de los grupos dominantes del estado-nación. (GUICHOT, 2004). La inclusión de estos grupos pasa por la aplicación de una teoría de la justicia que garantice tanto sus derechos universales, asignados a los individuos independientemente de su pertenencia a un grupo, como determinados derechos diferenciados de grupo, es decir, un “estatus especial” para las culturas minoritarias (KYMLICKA, 1996).

En las sociedades multiculturales, la defensa de los derechos individuales de las personas pertenecientes a grupos socio-culturales minoritarios solo se puede garantizar en la medida que se respeten sus derechos colectivos (KYMLICKA, 1996). En otras palabras, se deben establecer derechos colectivos especiales a los grupos vulnerables para agilizar el ejercicio de los derechos individuales de las personas que los conforman (TUBINO, 2003).

Un mecanismo para implementar de forma real los derechos colectivos de grupos socio-culturales vulnerables, han sido las políticas de acción afirmativa. Dichas políticas buscan que los grupos minoritarios obtengan beneficios temporales que les permitan “alcanzar mayores y mejores niveles de acceso, calidad y eficiencia respecto a la oferta pública y privada de bienes sociales, culturales, económicos y políticos de una sociedad de bienestar con equidad social” (CASTRO, URREA Y VIAFARA, 2009, p. 161). A pesar de las buenas intenciones, la implementación de estas políticas en los países de América Latina no alcanza aún los resultados esperados. Los programas compensatorios, una de sus modalidades de ejecución, se han mantenido dentro de los esquemas igualitaristas y homogenizantes de los estados nacionales. La meta de lograr equidad en la diferencia estará pendiente en tanto se sigan desconociendo las múltiples culturas presentes en un mismo espacio geográfico.

En general, el multiculturalismo, teoría promovida desde Canadá, Estados Unidos y Europa como mecanismo para “reconocer” la identidad étnica/cultural de los pueblos, ha sido usado para

mantener la unidad del estado-nación a pesar de los múltiples conflictos separatistas alrededor del mundo. Para Ribeiro (2001), el multiculturalismo se está convirtiendo en la base de una teoría funcionalista de la armonía política en una sociedad que sobrestima el papel de la cultura, pero mantiene intactas las relaciones de poder. En nombre de la diferencia, el multiculturalismo terminó “homogenizando una diversidad de subjetividades” y desdibujando las reivindicaciones de las minorías étnico-raciales (RIBEIRO, 2001, p 170).

2.2 La integración socio-cultural en el contexto migratorio

La sociología de las migraciones también retomó el tema de la integración como un proceso clave para entender las dinámicas y flujos migratorios contemporáneos (PIRES, 1999; HERRERA, 1994). En el contexto migratorio la integración se refiere a un proceso por medio del cual los migrantes se convierten en parte del tejido social, cultural e institucional de la sociedad receptora (SCHOORL, 2005). Se trata de un proceso recíproco multidimensional de doble vía, es decir, en el que participan de modo activo tanto los migrantes como los diferentes actores de la sociedad receptora, así como las diferentes instituciones que intervienen en todo el proceso (IBÁÑEZ, 2009).

Los estudios sobre integración socio-cultural de los migrantes son abundantes, no obstante, como lo ha resaltado Herrera (1994), no existe consenso sobre el uso del término, pues cada una de las disciplinas de las ciencias sociales ha colocado el énfasis en una cuestión diferente.

La sociología, las perspectivas socio-jurídicas y socio-políticas, por ejemplo, se han centrado en las cuestiones estructurales del proceso de integración, específicamente en los modelos adoptados por los Estados en la modernidad para tratar la cuestión migratoria. Por otro lado, la perspectiva psicosocial y aquellas que enfatizan en el análisis de la subjetividad y la identidad cultural, han abordado la integración desde el estudio de las experiencias del individuo migrante y la adaptación psicológica de éste a las condiciones sociales de las sociedades receptoras.

De acuerdo con Godenau et Al. (2014) las investigaciones en el campo de la sociología se han focalizado en el estudio de los modelos de integración migratoria implementados por los Estados Occidentales en la modernidad; modelos que oscilan entre los paradigmas del asimilacionismo y el multiculturalismo (RETORTILLO, et al. 2006). Como casos aplicados y variaciones de los

mismos estarían el *melting pot* estadounidense, el asimilacionismo francés, el multiculturalismo británico, el trabajador invitado de Alemania y el *mosaico canadiense* (RETORTILLO, et al. 2006). Como alternativa al modelo teórico del asimilacionismo y el multiculturalismo, se han propuesto tres modelos: asimilación segmentada (PORTES, 2000), perspectiva desagregada (FREEMAN, 1986) e integración intercultural (BOSSWICK y HECKMANN, 2006).

Desde los abordajes que han colocado el énfasis en la subjetividad, la integración sociocultural o integración cultural es una dimensión de la integración migratoria y se define como un proceso de adaptación y ajuste de las estructuras cognitivas, axiológicas y psicológicas del migrante a la cultura de la sociedad receptora (ALAMINOS y SANTACREU, 2011). Implica, en todos los casos, el contacto entre dos universos culturales donde las interacciones sociales están mediadas por relaciones de poder y dominación entre el grupo nacional y el grupo étnico extranjero (ZARZA y SOBRINO, 2007). Demanda al individuo migrante la adecuación de su estilo de vida a las nuevas costumbres, valores, reglas, tradiciones y formas de vivir de la cultura receptora. Tal adecuación puede derivar en un proceso de asimilación, aculturación o integración binacional, dependiendo de la forma como la sociedad receptora acoja al migrante y cómo éste asuma la nueva vida en el país de destino (BERRY, 2003).

En la perspectiva de Moghaddam, Taylor y Wrigth (1993) el proceso de integración cultural implica tres aspectos: 1) adaptación psicológica, 2) aprendizaje cultural, y 3) la realización de las conductas adecuadas para la resolución de las tareas sociales con éxito. Uno de los factores que dificulta o facilita este proceso es la distancia cultural entre el país de origen y el país de destino. Una menor distancia cultural exige menos esfuerzo de adaptación para el migrante y una mayor distancia cultural un mayor esfuerzo (SMITH y BOND, 1999; WARD, BOCHNER y FURNHAM, 2001). De otro lado, también intervienen los prejuicios, la xenofobia, los estigmas y la forma como los nacionales ven la cultura étnica del migrante y establecen relaciones con estos.

Los investigadores que trabajan con el concepto de aculturación colocan el énfasis en los procesos de aprendizaje y los cambios de las competencias culturales que el individuo trae consigo mismo y que fueron internalizadas durante las fases de socialización. La aculturación exige la adaptación de las estructuras axiológicas y cognitivas del individuo migrante a la cultura de la nueva sociedad

al punto en que éste puede dejar de lado su estilo de vida y creencias para poder participar con éxito en la misma; en ese caso se habla de una estrategia “asimilacionista”. De acuerdo con Hofstede (2003) el proceso de aculturación consiste en una serie de estados psicológicos por los cuales pasa el migrante cuando entra en contacto con la sociedad receptora. Esos estados pueden ser agrupados en cuatro fases:

La primera fase, normalmente corta, se caracteriza por un estado de euforia: la excitación de viajar y vivir en una sociedad y cultura diferente. La segunda fase es el periodo de choque cultural, cuando la vida real comienza en ese nuevo entorno. La tercera fase comprende un periodo de aculturación donde el migrante, poco a poco, ha aprendido a funcionar en el nuevo contexto, presenta una mayor autoconfianza y adopta un estilo de vida en ese nuevo entorno. El proceso de aculturación puede producir diferentes resultados, que se recogen en una cuarta fase: en ésta se adquiere una disposición psicológica estable que puede ser más negativa que la que tenía en su sociedad de origen, en cuyo caso la convivencia en la nueva sociedad puede ser dificultosa. Su situación emocional podría también ser igual que en su país de origen. Incluso puede ser mejor. En este caso el residente extranjero se ha convertido en un nativo feliz. La duración de cada fase depende de cada individuo, pero los resultados son comparables grupalmente. (HOFSTEDE, 2003; citado en ALAMINOS y SANTACREU, 2011, p. 17).

De acuerdo con Basabe, Zlobina y Paez (2004) la identidad étnica del migrante sufre cambios importantes cuando entra en contacto con la cultura del país receptor: “el sentido de pertenencia se mantiene fuerte a lo largo del tiempo de estancia, la identidad conductual sin embargo sufre un fuerte proceso de aculturación (las personas adquieren rápidamente las costumbres del país de acogida), mientras que las actitudes suelen ser biculturales (se manifiesta un deseo de mantener las señas de identidad y a la vez de asumir la cultura de acogida)” (BASABE, ZLOBINA y PAEZ, 2004, p. 12). Según estos autores, asumir actitudes bi-culturales es la estrategia más adaptativa desde el punto de vista psicológico.

Otros autores como Padilla (1980) han analizado el proceso de integración a partir del concepto de competencia intercultural. El énfasis aquí se centra en dos aspectos: la competencia lingüística del migrante y las redes de amistad construidas a lo largo de su trayectoria migratoria. Una persona se puede integrar de una mejor forma en la medida que logra aprender la lengua del país receptor, hecho que también facilita las interacciones sociales y la construcción de relaciones de amistad. El aprendizaje del lenguaje también es fundamental porque que permite penetrar en el universo simbólico de los nativos y comprender sus reglas y valores sociales.

Cuando el migrante tiene dificultad para aprender la lengua se puede presentar lo que Alaminos y Santacreu (2011) llaman como convivencia superficial, que denota una situación donde los colectivos de migrantes “adquieren una competencia básica sobre el estilo de vida, pero no adquieren una competencia cognitiva profunda acerca de los valores y el significado de lo que sucede a su alrededor” (ALAMINOS y SANTACREU, 2011: 28). Por otro lado, las redes de amistad favorecen la integración social propiamente dicha y la participación de los migrantes en espacios sociales diversos. Otros autores han examinado la competencia intercultural a partir de cinco dimensiones: conciencia, actitudes, habilidades, conocimientos y competencia lingüística (ALAMINOS y SANTACREU, 2011).

La perspectiva de la adaptación psicológica por su parte, analiza el grado de satisfacción que el migrante tiene con la vida que lleva en el país receptor, en otras palabras, examina la calidad de vida del migrante (WARD, 1996), En este enfoque una de las variables principales es el sentimiento de “nostalgia” del país de origen. La nostalgia se puede analizar a partir de tres dimensiones: “en primer lugar, la nostalgia por los grupos primarios: la familia, los amigos y las comidas (que parecen ser un elemento común al acto social de encontrarse con familias o amigos). En segundo lugar, nostalgia por la cultura cívica (normas sociales, administración, etc.) En tercer lugar, nostalgia de los estilos de vida (costumbres, folklore, etc.)” (ALAMINOS y SANTACREU, 2011, p. 35).

Finalmente, Alaminos y Santacreu (2011) analizan el concepto de integración cultural a partir de dos dimensiones: la primera mide dos variables relacionadas con la participación social y la competencia intercultural, estas son, el número de amigos y la competencia lingüística, ambas estrechamente relacionadas. La segunda dimensión examina otras dos variables: la orientación cultural del individuo hacia su cultura de origen y las expectativas de movilidad futura (deseo de retornar). La orientación cultural hacia la cultura de origen puede ser clasificada en cuatro tipos: hacia la sociedad donde reside; bi-cultural; hacia la cultura de origen y ninguna. Estas formas de orientación cultural se corresponden a su vez con las cuatro estrategias de aculturación propuestas por Berry (2003): asimilación, integración, segregación y marginalización:

La asimilación es el caso en que se responde negativamente al deseo de mantener la identidad cultural y afirmativamente al contacto intercultural. La integración es

el caso en que se responde afirmativamente al deseo de mantener la identidad cultural y afirmativamente al contacto intercultural. Esta estrategia se asocia a una identidad bicultural. La segregación es cuando se responde afirmativamente al mantenimiento de la identidad cultural y negativamente al contacto intercultural. La última estrategia es la de la marginalización que se traduce en el rechazo de la identidad cultural de origen y del contacto con la cultura de acogida. (BASABE, ZLOBINA y PAEZ, 2004, p. 76).

2.3 Modelos de integración socio-cultural en el contexto migratorio

A lo largo de la historia moderna los Estados Occidentales han asumido diversas posturas para tratar a los migrantes en suelo nacional. Estas posturas permiten delinear varios modelos de integración social, que, a groso modo, oscilan entre el asimilacionismo francés y el multiculturalismo anglosajón (RETORTILLO, et al. 2006). Los modelos de integración han buscado establecer reglas sociales para organizar y regular la convivencia entre los autóctonos y los inmigrantes en el contexto de un flujo permanente de personas a nivel global.

En primer lugar, se encuentra el modelo asimilacionista, característico de Francia. Bajo este enfoque la integración se comprende como “un proceso unidireccional mediante el cual minorías inmigradas se irían desprendiendo progresivamente de su cultura de origen para ir adoptando las formas de vida y costumbres mayoritarias de la sociedad de destino” (GODENAU et al., 2014, p. 20). Mediante este modelo se trata de homogeneizar o uniformizar las diferencias culturales existentes entre los diferentes grupos étnicos de forma tal que la condición de extraño o diferente con la que carga el inmigrante desaparezca y se comporte como un nacional o nativo (RETORTILLO, et al. 2006).

El enfoque asimilacionista se fundamenta en las siguientes premisas: la sociedad receptora es culturalmente homogénea; en el contexto de diversidad cultural la meta es la homogenización de la cultura; la responsabilidad de adaptarse es del inmigrante, es decir, se trata de un proceso unidireccional; la integración cultural es la dimensión más importante del proceso en su conjunto; la asimilación logra que desaparezcan los prejuicios y la discriminación que sufre el inmigrante; la asimilación es un destino natural e inevitable. En Francia, el principal exponente de este modelo, su implementación ha implicado que los foráneos adopten la lengua y la cultura francesa, así como los valores republicanos de forma tal que el inmigrante se convierta en un “francés más” (RETORTILLO, et al. 2006).

El segundo lugar está el modelo del multiculturalismo, también denominado como pluralismo cultural, presente en el Reino Unido y los Países Bajos. “Este paradigma supone que es posible la convivencia armoniosa en sociedades que cuenten con diferencias étnicas, culturales, religiosas y lingüísticas” (GODENAU et al., 2014, p. 22). Tiene como postulados básicos la no discriminación por razones provenientes de las divergencias culturales; la tolerancia de las diferencias culturales y el reconocimiento de la identidad y los valores culturales como pilares de todo grupo social. En este modelo se considera que los inmigrantes son personas que mantienen vínculos y conexiones con su sociedad de origen y una red de relaciones sociales, por tanto, el objetivo del Estado es crear mecanismos para que los grupos étnicos conserven su identidad cultural (RETORTILLO, et al. 2006).

En el Reino Unido, uno de los principales exponentes de este modelo, “El estado no establece normas y dogmas cerrados acerca de cómo debe hacerse la integración de los inmigrantes, sino que se limita a establecer un marco mínimo de derechos y obligaciones de éstos, para que puedan participar en el modo de vida británico, y a mediar en los conflictos entre los colectivos inmigrantes entre sí o con los autóctonos británicos” (RETORTILLO, et al. 2006, p. 132). Aunque en apariencia es una postura que favorece la participación de los grupos étnicos en las sociedades receptoras, el multiculturalismo ha sido criticado por fomentar la segmentación de la sociedad en estancos, en otras palabras, por la formación de guetos. Es el caso del Reino Unido, donde la segunda y tercera generación de migrantes pakistaníes o indios es excluida, discriminada y ubicada en lo más bajo de una estructura social que encabeza el británico blanco “puro”.

Como punto intermedio o variaciones de los modelos anteriores se encuentran otros paradigmas de integración como el modelo crisol mestizo (melting pot), aplicado en los Estados Unidos, Canadá y Australia. Es una variante del modelo asimilacionista y parte de la idea que “la cultura o identidad nacional de un determinado país debe configurarse a partir de las contribuciones de los grupos poblacionales que lo habitan” (GODENAU et al., 2014, p. 21). A pesar de sus aparentes bondades, este modelo ha sido criticado porque detrás de él se promueve la construcción de una sociedad homogénea.

La idea inicial detrás de este paradigma integracionista era articular las diferentes tradiciones culturales europeas en un nuevo universo simbólico donde todas ellas se mezclarán, pero bajo la

egida de valores típicamente americanos como la democracia, el individualismo y el pluralismo. Así se daría lugar a un proceso de interacción social donde el intervencionismo estatal sería reducido y la identidad política no estaría ligada a pretensiones culturales (RETORTILLO, et al, 2006, p. 127). En la práctica, sin embargo, lo que se observó fue la construcción de un modelo de migración selectiva por naturaleza excluyente e intolerante a la diferencia. En el caso de los Estados Unidos se privilegió la entrada de aquellos migrantes que cumplieran con el estándar WASP (White Anglo-Saxon Protestant), pues se estableció que el país no estaba en capacidad de acoger e integrar ciudadanos de todas las culturas, ni tampoco estaba interesado en hacerlo. El resultado de esto fue el favorecimiento de la migración europea en detrimento de la exclusión de inmigrantes asiáticos, latinos o africanos quienes sufrieron de la marginación social contrario a lo que predicaba el melting pot.

El trabajador invitado de Alemania es otra de las modalidades de integración que no se ubica ni dentro del modelo asimilacionista francés ni dentro del modelo multicultural británico. Aquí los migrantes son vistos como trabajadores o huéspedes temporales, por tanto, no es necesario forzarlos a perder su identidad cultural pero tampoco crear puentes para que mantengan los vínculos y relaciones sociales con su sociedad de origen. El objetivo del Estado Alemán es garantizar un entorno laboral satisfactorio y digno de modo tal que el migrante solucione su problema económico y retorne a su país.

Se observa que Alemania al igual que Francia, tiene como pretensión mantener intactas sus características culturales y lingüísticas. La aplicación inicial de este modelo mostró sus debilidades dado que la migración no siempre es un fenómeno temporal sino también permanente, por tanto, fue necesario crear mecanismos de participación social para los migrantes, así como estrategias para la conservación de su identidad socio-cultural: “El discurso público no hace referencia a las minorías étnicas como tales, pero en sus prácticas, las instituciones han diseñado medidas distintas para extranjeros y alemanes. Los inmigrantes son asignados según su religión a distintas organizaciones, en las que los Länders (estados federados) delegan buena parte de sus competencias” (RETORTILLO, et al. 2006, p. 133).

Finalmente se encuentra el “mosaico canadiense”, modelo que tiene sus antecedentes recientes en el año de 1971 cuando Canadá se declaró una sociedad pluralista, bilingüe, multicultural y defensora de las diferentes expresiones culturales. Este modelo está basado en el paradigma del multiculturalismo con el cual la nación canadiense pretende defender la unidad nacional bajo la idea de la preservación de la identidad cultural de cada pueblo que habita en su territorio.

El multiculturalismo canadiense ha pasado por varias fases desde la década del setenta hasta la actualidad, época en la que se les reconocía a los inmigrantes el derecho a la reagrupación familiar y el asilo. Ya en la década del noventa “la política multicultural canadiense dio un nuevo giro al hacer hincapié en la identidad común, potenciando los valores y símbolos comunes, tratando de despertar en todos los ciudadanos un sentimiento de ciudadanía y de pertenencia a Canadá” (RETORTILLO, et al. 2006, p. 134). Así, Canadá paso de un modelo parecido al multiculturalismo británico a una especie de asimilacionismo francés marco desde el cual ha tenido grandes dificultades para defender el carácter multinacional del país. Como alternativa al asimilacionismo y el multiculturalismo, se han propuesto tres modelos: asimilación segmentada, perspectiva desagregada e integración intercultural.

La asimilación segmentada propuesta por Portes (2000), parte de la idea que las personas se integran en una sociedad no homogénea sino segmentada en cuanto, recursos y oportunidades se refiere. La distinción que hace Portes no es cultural sino socioeconómica, es decir, que los segmentos en los que se divide la sociedad tienen que ver con las diferencias de clase y no tanto con las diferencias culturales internas de cada país. De esa forma las personas se pueden integrar a la clase media, las clases populares o las redes étnicas ya construidas siendo diferente el proceso de integración en cada caso. En su modelo son fundamentales las redes interétnicas como forma de facilitar la integración de la segunda y tercera generación de migrantes.

Quando las familias inmigrantes están aisladas de dichas redes, los esfuerzos de la primera generación por proporcionar a sus hijos e hijas unas buenas condiciones de vida se ven constantemente contrarrestados por la discriminación social que padecen. Sin embargo, cuando la segunda generación crece conectada a dichas redes, estas actúan como un colchón amortiguador de la discriminación exterior. Y, además, constituyen un apoyo importante en su proceso de aculturación, pues proporcionan a esos sujetos una gama de recursos simbólicos que les ayudan a conocer e interiorizar las pautas estructurales y conductuales dominantes en el país. (GODENAU et al., 2014, p. 26)

La perspectiva desagregada es la apuesta teórica de Freeman (1986), para este autor la integración se da “como resultado de la intersección entre sus aspiraciones (de los migrantes) y estrategias, por un lado, y los marcos reguladores en cuatro ámbitos de la realidad: el Estado, el mercado, el bienestar social y la cultura” (GODENAU et al., 2014, p. 26). Si se analizan cada uno de estos aspectos, las políticas de los países no se podrían clasificar dentro de los modelos clásicos sino en *síndromes*. Partiendo de esta definición el Freeman señala que existen cuatro tipos de síndromes: el de las economías liberales (Estados Unidos, Canadá y Australia); modelo abierto de inmigración y ciudadanía (Suecia y los Países Bajos); modelo de países centroeuropeos (Alemania, Austria y Suiza) y modelo de países con políticas de inmigración poco formales (España, Portugal y Grecia).

Finalmente encontramos el modelo de la integración intercultural de Bosswick y Heckmann (2006), quienes “conciben la integración como una situación de estabilidad de las relaciones entre las partes de un sistema” (GODENAU et al., 2014, p. 28). Enfatiza en el análisis de cuatro dimensiones de la integración: estructural, cultural, social e identitaria. La primera se refiere al acceso a derechos, la participación en el mercado de trabajo, el sistema educativo, la vivienda, entre otros. La segunda analiza la adquisición de las competencias básicas, los cambios de comportamiento, cognitivos y actitudinales. La integración social se focaliza en las formas de inclusión y aceptación de los colectivos de inmigrantes; esto incluye el acceso a redes sociales, de amistad, el establecimiento de relaciones amorosas y la pertenencia a asociaciones. La integración identitaria, por su parte, se focaliza en el análisis de los sentimientos de identificación y pertenencia con las instituciones (GODENAU et al., 2014).

Resumen

La integración social constituye un objeto clásico de reflexión en el campo de las ciencias sociales. Su estudio se remonta a los precursores de la sociología en el siglo XIX, quienes se preguntan cómo mantienen unidas las diferentes partes de una sociedad. La formulación moderna de este fenómeno se enmarca en el tránsito de las sociedades tradicionales a las sociedades modernas. Producido en ese contexto, el análisis pasa por caracterizar ambos tipos de sociedad y los factores que dan lugar a la cohesión social. En la conceptualización que construye Durkheim, autor que se convirtió en referente obligado sobre este fenómeno, en las sociedades tradicionales los lazos se forjan alrededor de las creencias, los valores y las formas de pensar comunes, ancladas, principalmente, en la religión. En otras palabras, en torno a la conciencia colectiva. En las

sociedades modernas dicha conciencia no es capaz de superponerse sobre las conciencias individuales. En su reemplazo los vínculos se estructuran alrededor de relaciones de interdependencia funcional basadas en la cooperación social.

Las sociedades modernas se caracterizan por un fenómeno que alteró de forma significativa los procesos de integración social: el surgimiento del individuo. Sobre este problema teórico giran reflexiones posteriores como las del filósofo George Simmel, quien va a concluir que la preponderancia del individuo creó las condiciones propicias para la instalación de la economía monetaria, hecho que terminaría afectando de forma sustancial las formas de cohesión. El análisis sobre el individuo y los modos de vida en las grandes metrópolis es enriquecido a comienzos del siglo XX por los teóricos de la Escuela de Chicago. Los aportes de dicha escuela permiten caracterizar las formas interacción en la ciudad destacándose la competencia como el principal lazo que une a los individuos en los centros urbanos. A mediados del siglo XX aparece en la escena la teoría estructural-funcionalista de Parsons que presenta el fenómeno de la integración como un subsistema del sistema social. Conocidas las duras críticas que existen en torno a esta lectura solo es enunciada.

La revisión finaliza con los planteamientos de Robert Castel y su teoría de la desafiliación. A partir del análisis de las transformaciones del trabajo y el empleo durante el siglo XX, este autor concluye que se ha constituido una sociedad marcada por la exclusión y la vulnerabilidad. El Estado tiene un papel central en ese proceso al erosionar las condiciones laborales y debilitar las redes de sociabilidad. El análisis sobre las mudanzas de los procesos de integración en las sociedades contemporáneas se complementa con los aportes teóricos del multiculturalismo, corpus conceptual que se aboca a la comprensión del reconocimiento de la identidad cultural en el marco de los estados multinacionales y pluriculturales.

Una vez se presenta esta reconstrucción, se especifican las teorías que abordan la integración socio-cultural en el contexto migratorio desde una perspectiva interdisciplinar. En ese variado corpus se destaca, por un lado, el análisis de los modelos de integración que han adoptado los estados para hacer frente a la diversidad socio cultural de los migrantes, y por otro, las reflexiones que pretenden caracterizar el proceso de adaptación y ajuste psicosocial de los individuos a las sociedades

receptoras. En el primer caso resulta relevante la taxonomía asimilacionismo/multiculturalismo como mecanismos de integración institucional de corte macro-social. En el segundo grupo de teorías se destaca la clasificación construida alrededor de las formas de participación en la sociedad, éstas son, asimilación, integración, segregación y marginalización. El capítulo finaliza con una caracterización de los modelos de integración migratoria más renombrados, estamos hablando del *melting pot* estadounidense, el asimilacionismo francés, el multiculturalismo británico, el trabajador invitado de Alemania y el *mosaico canadiense*.

CAPITULO 3. ACUERDOS Y POLÍTICAS DE REGULACIÓN MIGRATORIA

3.1 Acuerdos y tratados regionales e interregionales que regulan los flujos migratorios

Las leyes nacionales que regulan la movilidad migratoria se articulan a nivel internacional con acuerdos y tratados pan-regionales de carácter bilateral y multilateral, que, en teoría, están orientados a favorecer la circulación de personas en una escala similar a la adoptada con la liberalización de capitales, bienes y servicios a nivel mundial (LOWELL y FINDLAY, 2001; LAVENEX, 2007). La Unión Europea, por ejemplo, promueve un régimen de libre circulación interna, al menos de proveedores, mano de obra y personal calificado entre empresas. En esta vía se firmó el Tratado de Roma que contempla la libre circulación de trabajadores, mercancías, capitales y servicios (Ver Tabla 3). También está vigente el tratado European Economic Area (EEA) desde 1992 integrado al European Free Trade Association (EFTA), el EU-México Free Trade Agreement y el Euro-Med Association Agreements concluido con Marruecos y Túnez (LAVENEX, 2007).

La Unión Europea también formó la ERA –European Research Area- con el objetivo de crear mercados internos donde investigadores, conocimiento y tecnologías pueden circular libremente y aumentando el nivel de coordinación entre la nación y las regiones en cuestión de políticas, programas y actividades de investigación. La inversión en investigación e innovación sólo será útil en la medida que exista suficiente recurso humano calificado, en esa medida iniciativas como la ERA son fundamentales (DAUGELINE y MARCINKEVICENE, 2009). De acuerdo con Ackers (2005), esta iniciativa expresa un cambio de mentalidad entre las autoridades europeas al considerar la movilidad de capacidades como una ganancia y no como una pérdida. En la evaluación de esta política, el autor concluye que ha sido una estrategia que permitió fortalecer la investigación y los grupos de investigación al diseñar redes de financiamiento y estimular la movilidad científica.

En la extensa región de Asia oriental operan varios tratados. El Japan-Singapore Free Trade Agreement, permite la libre circulación de empresarios, inversionistas, visitantes de corto plazo y empleados transferidos dentro de una empresa entre Japón y Singapur. El ASEAN Free Trade Area (AFTA) cubre la movilidad de personas que realicen negocios en Brunei Darussalam, Camboya, Indonesia, Laos, Malasia, Myanmar, Filipinas, Singapur, Tailandia y Vietnam. El South Asian Association for Regional Cooperation (SAARC) incluye a Bangladesh, Bhutan, India, Maldivas,

Nepal, Pakistan y Sri Lanka y desde 1992 implementó un sistema de excepción de visa que cubre a los empresarios. Finalmente está el Asia Pacific Economic Cooperation Forum (APEC), que integra países del oriente asiático y naciones de otras latitudes del mundo. Este acuerdo facilita la entrada y salida de empresarios entre Australia, Brunei, Canadá, Chile, China, Hong Kong, Indonesia, Japón, Corea, Malasia, México, Nueva Zelanda, Papua Nueva Guinea, Perú, Filipinas, Rusia, Singapur, Taipei, Tailandia, Estados Unidos y Vietnam (LAVENEX, 2007).

Entre Australia y Nueva Zelanda está vigente el Australia-New Zealand Closer Economic Relations (ANZCERTA) que permite la entrada plena a los proveedores de servicios, no obstante, no contempla la movilidad laboral de todos los trabajadores. En África opera el Common Market for Eastern and Southern Africa (COMESA) que prevé “el establecimiento de un mercado común en el que los bienes, servicios, capitales y mano de obra deberán moverse libremente dentro de los 20 Estados africanos miembros” (LAVENEX, 2007).

El North American Free Trade Agreement (NAFTA), está vigente para facilitar la libre movilidad de trabajadores calificados en América del Norte. Sin embargo, éste sólo contempla cuatro categorías: los visitantes de negocios, comerciantes e inversores, personal trasladado entre empresas y otras categorías de profesionales con título universitario. Los EUA permiten además un cupo de 5500 profesionales mexicanos para que trabajen en el país. Ese tratado lo complementa el Central American Free Trade Agreement + Dominican Republic (CAFTA+DR) (Preciado, 2014). Articulados a estos, se encuentra en América Central el CARICOM, que prevé la libre circulación de graduados universitarios, profesionales y otros expertos y contempla la eliminación de pasaporte y de los requisitos de autorización para trabajar. Los 15 Estados miembros de CARICOM son Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam y Trinidad y Tobago (LAVENEX, 2007).

De acuerdo con Preciado (2014) en las Américas funcionan varios tratados que se pueden clasificar en dos grandes grupos. En el primero estarían los acuerdos orientados a fortalecer el neoliberalismo:

Alianza del Pacífico, iniciativa de Perú, México, Colombia y Chile, asociada con la Trans Pacific Partnership (TPP), que Estados Unidos promueve con sus aliados para combatir el poderío de los países asiáticos en el Pacífico. Lo cual se complementa con la Alianza Transatlántica de Comercio e Inversión (TTIP, por su sigla en inglés), que promueven conjuntamente la Unión Europea y Estados Unidos, con el mismo objetivo de disputar la influencia asiática en el mercado mundial. (PRECIADO, 2014, p. 47).

En el segundo grupo, por el contrario, se ubicarían aquellos acuerdos que pretenden hacer frente al neoliberalismo a partir del fortalecimiento de la soberanía política y económica:

En contraparte, nuestra región cuenta con esquemas de inspiración post-neoliberal Sur-Sur, como son los casos de la convergencia entre Mercosur-Comunidad Andina (CAN), y la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur), e incluso aparecen bloques post-neoliberales con estrategias contra hegemónicas deliberadas, como es el caso de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América – Tratados Comerciales entre los Pueblos (Alba-TCP). (PRECIADO, 2014, p. 47).

El marco de muchos de estos acuerdos ha sido el GATS –General Agreement on Trade in Services– que pretende regular el movimiento transfronterizo de todos los factores de producción en el comercio de servicios, incluidas la circulación de las personas naturales que los gestionan. Sin embargo, tal y como fue señalado, el gran problema con muchos de estos acuerdos es que limitan ampliamente la movilidad de la fuerza laboral pese a que su objetivo en apariencia es favorecerla. Muchos de los acuerdos sólo permiten el flujo de personal de la alta gerencia, empresarios, inversionistas, personal de servicio de técnico especializado o con competencias excepcionales. Bajo ese esquema, las empresas y no el Estado, se convierten en el primer agente de regulación de la migración laboral utilizando los marcos regulatorios de las naciones (LAVENEX, 2007).

Tabla 3. Acuerdos, Tratados y Asociaciones regionales e interregionales que regulan el flujo de personas, bienes y capitales a nivel mundial

Región	Acuerdo, Tratado, Asociación	Países participantes
Europa	Tratado de Roma	Alemania Oriental, Bélgica, Francia, Italia, Luxemburgo y los Países Bajos
	European Economic Area (EEA)	Austria, Bélgica Bulgaria, Chipre, República Checa, Croacia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Italia, Liechtenstein, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Noruega, Polonia, Portugal, Rumania Y Eslovaquia
	European Free Trade Association (EFTA)	Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza
	European Research Area (ERA)	Países de la Unión Europea
	Euro-Med Association Agreements	Países de la Unión Europea, Marruecos y Túnez
Asia	Japan-Singapore Free Trade Agreement	Japón y Singapur
	El ASEAN Free Trade Area (AFTA)	Brunei Darussalam, Camboya, Indonesia, Laos, Malasia, Myanmar, Filipinas, Singapur, Tailandia y Vietnam
	El South Asian Association for Regional Cooperation (SAARC)	Bangladesh, Bhutan, India, Maldives, Nepal, Pakistan, Sri Lanka
	Asia Pacific Economic Cooperation Forum (APEC)	Australia , Brunei , Canadá, Chile , China, Hong Kong , Indonesia, Japón, Corea, Malasia, México, Nueva Zelanda, Papua Nueva Guinea, Perú, Filipinas, Rusia, Singapur, Taipei, Tailandia, Estados Unidos y Vietnam
Oceanía	Australia-New Zealand Closer Economic Relations (ANZCERTA)	Australia y Nueva Zelanda
África	Common Market for Eastern and Southern Africa (COMESA)	Burundi, Comoras, La República Democrática del Congo, Yibuti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Kenia, Libia, Madagascar, Malawi, Mauricio, Ruanda, Seychelle, Súdán, Suazilandia, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbaue
América del Norte	North American Free Trade Agreement (NAFTA) o TLCAN	México, Canadá y Estados Unidos

América Central y Antillas	Central American Free Trade Agreement + Dominican Republic (CAFTA+DR)	República Dominicana, Estados Unidos, Guatemala, El Salvador, Honduras, Costa Rica y Nicaragua
	CARICOM	Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Monserrat, Sain Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago
América del Sur-Antillas	Alianza del Pacífico	Perú, México, Colombia y Chile y asociados
	Mercosur-Comunidad Andina (CAN)	MERCOSUR: Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Venezuela CAN: Bolivia, Ecuador, Perú, Colombia y asociados
	Unión de Naciones Suramericanas (Unasur)	Bolivia, Ecuador, Guyana, Surinam, Uruguay, Venezuela
	Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América – Tratados Comerciales entre los Pueblos (Alba-TCP)	Antigua y Barbuda, Bolivia, Cuba, Dominica, Granada, Nicaragua, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, Surinam y Venezuela
Interregional	Trans Pacific Partnership (TPP)	Australia, Brunei, Darussalam, Canadá, Chile, Estados Unidos de América, Japón, Malasia, México, Nueva Zelanda, Perú y Singapur
	Alianza Transatlántica de Comercio e Inversión	Unión Europea y Estados Unidos

Fuente: elaboración propia con base en la bibliografía revisada

3.2 Políticas y programas para regular la migración internacional cualificada

La migración internacional de personas altamente calificadas, talentos y genios ha sido una constante en la historia de la humanidad, sin embargo, estos flujos no se han dado de forma aleatoria ni bajo un régimen de libre movilidad. En la antigüedad se gestaron alrededor de centros culturales y económicos hegemónicos y bajo políticas claramente restrictivas. Atenas, Alejandría, Bagdad y el Cairo, se cuentan entre los centros más destacados en la antigüedad. Bolonia, Oxford y Nuevo Paris, los más destacados en la Edad Media. El surgimiento de estos centros culturales se dio en el contexto de la consolidación de las zonas de hegemonía lingüística (GAILLARD y GAILLARD, 2009).

En las actuales condiciones sociales, la migración cualificada, sobre todo por razones laborales, también asume ciertos patrones relacionados con fenómenos específicos. Por ejemplo, los países europeos han promovido la migración laboral como respuesta a la confluencia de dos factores. Por un lado, los cambios demográficos que han llevado a un lento proceso de envejecimiento de la estructura poblacional, y por otro, la escasez de capacidades (*Skill shortages and demographi decline*) (MAHROUM, 2001). Otros países como Estados Unidos históricamente han requerido mano de obra cualificada para poder equilibrar la oferta y la demanda laboral, sobre en todo en las áreas de desarrollo tecnológico. En el año 2000, 53% de todos los trabajadores de Silicon Valley eran extranjeros, hecho que, según varios analistas, colocan a la potencia de norte en una posición bastante vulnerable si se tienen en cuenta los procesos de retorno que iniciaron muchos extranjeros desde los Estados Unidos hacía sus países de origen desde los años ochenta (SAXENIAN, 2005). En términos de Gaillard y Gaillard (1998), se trata del típico país que representa el caso “de ganadores vulnerables” en la actual geografía económica mundial.

En el caso de los países de América Latina, caracterizados durante el siglo XIX y comienzos del siglo XX como receptores, y durante y después de la época de las dictaduras como expulsores de migrantes, las razones del flujo de personas altamente cualificadas adquieren otro matiz. De acuerdo con Mondol (2010) América Latina registra variaciones demográficas en las tres últimas décadas ligadas a la migración, siendo este fenómeno causado fundamentalmente por “desequilibrios y crisis económicas que han causado desempleo, bajos ingresos percibidos y la búsqueda de mejores condiciones de vida” en otras naciones, sobre todo las de mayor desarrollo económico (Pág. 8). A comienzos del siglo XXI había 3.1 millones de inmigrantes latinos en los Estados Unidos, 2.1 millones en España, 354 mil en Japón, 147 mil en Portugal, 140 mil en Francia y 82 mil en el Reino Unido, siendo estos los países de mayor concentración de ciudadanos latinoamericanos. En la última década se movilizaron 3.1 millones de personas desde todos los países de Sur América hacia Europa (ZAMORA, 2013, p. 27-28).

Tanto los países desarrollados como los países en desarrollo han diseñado políticas para responder a las migraciones de personas altamente cualificadas. No obstante, la especificidad de los procesos históricos expuestos ha demandado políticas igualmente diferenciadas, de modo tal que no puede generalizarse la idea hoy difundida que señala que los Estados han iniciado una competencia por

los migrantes cualificados, pues no en todas las regiones ni en todos los países que componen éstas, aplica esa interpretación. Incluso, como se sostuvo anteriormente, es el mercado a través de los marcos legales del Estado, quien gestiona y compite por los más cualificados, no los gobiernos en sí mismos, aunque en apariencia así se revele.

3.3 Políticas de las naciones industrializadas

Los países “desarrollados” han implementado políticas de entrada regulada de migrantes cualificados cuando ha habido escasez de capacidades, pero sin colocar en peligro la economía nacional, especialmente de trabajadores de las tecnologías de la información (LOWELL y FINDLAY, 2001; MAHROUM, 2001). Durante años noventa del siglo XX, se observó que la demanda de trabajadores altamente cualificados había adquirido importancia a raíz de la expansión global del comercio mundial y las compañías transnacionales (FINDLAY, 1990; SALT, 1992). Sin embargo, la evolución del sistema económico mostró que las razones variaban en función de la profesión y el tipo de trabajo (MAHROUM, 1999). Las diferentes perspectivas enfatizan que mantener una posición competitiva en la economía global y las cadenas de producción mundial, exige a los países adoptar una política migratoria flexible, pues de otro modo, no podrían acceder a los conocimientos necesarios para estar a la vanguardia (FINDLAY, 2002).

A partir de ese marco se han implementado políticas que promueven las estancias temporales, la migración selectiva y la reducción de impuestos. Un ejemplo de estancia temporal es la visa (J) de intercambio cultural concedida por los Estados Unidos para trabajos relacionados con el cuidado de la salud, la investigación y el desarrollo, programas de verano y otras actividades para fomentar el intercambio y la experiencia internacional (LOWELL y FINDLAY, 2001, p. 20). Entre las medidas que incluyen planes de migración selectiva para personal altamente cualificado están las tarjetas verdes de Alemania o las visas H-IB de los Estados Unidos (LAVENEX, 2007). En general, este fenómeno que ha sido llamado como liberalización de la migración calificada, opera hoy en día en la mayor parte de países de los países industrializados y en las economías capitalistas avanzadas.

En Francia, por ejemplo, se introdujo la llamada visa científica para que profesionales cualificados que no viven en países de la Unión Europea puedan trabajar. En Alemania el gobierno además de

introducir la tarjeta verde presentó una reforma de las políticas inmigratorias. En Suecia los trabajadores extranjeros altamente calificados reciben un descuento del impuesto sobre la renta. Australia y Canadá han fortalecido sus políticas de migración selectiva. En el Reino Unido personas con buenas ideas de negocios o experiencia en negocios pueden aplicar para inmigrar, cuentan con una reducción de los impuestos sobre la renta y están sujetos a un régimen flexible para cambiar el estatus de residente temporario a permanente. En Dinamarca los expertos extranjeros reciben una reducción de impuestos en sus primeros años de residencia. En los países bajos los inmigrantes altamente calificados tienen una reducción del 30% del impuesto sobre la renta durante 10 años (MAHROUM, 2001).

En general, los países de la Unión Europea han flexibilizado sus regulaciones migratorias y la legislación tributaria para favorecer la entrada y permanencia de trabajadores altamente calificados en sus territorios. Aunque han removido las barreras legales para su entrada, analistas destacan que aún hace falta una mayor coordinación entre los países a través de una armonización legislativa, de forma tal que puedan funcionar mejor los mercados de trabajo (LAVENEX, 2007; LOWELL y FINDLAY, 2001; MAHROUM, 2001). Junto a estas políticas las naciones industrializadas también han promovido programas para facilitar el retorno de los inmigrantes, medidas restrictivas para limitar la demanda en función de las necesidades de mano de obra del país receptor y la vulnerabilidad del país emisor, y reglamentaciones para el funcionamiento de las agencias internacionales de reclutamiento de personal calificado. Un ejemplo de ellos son las políticas ampliamente restrictivas de trabajo temporal aplicadas en Japón y Corea (LOWELL y FINDLAY, 2001; MAHROUM, 2001).

3.4 Políticas de los países “en desarrollo”, economías emergentes y naciones recientemente industrializadas

Los países en “desarrollo”, economías emergentes y naciones recientemente industrializadas, dependiente del enfoque teórico y político que se utilice para denominar a todos aquellos que no hacen parte de núcleo de países capitalistas avanzados, han ensayado una variada gama de políticas a lo largo de los últimos cincuenta años para “lidar” con el siempre polémico tema de las migraciones calificadas. Independientemente del tipo de medida, lo que sí es claro es que, a diferencia de las naciones centrales, los países “en desarrollo” han tenido que hacer grandes esfuerzos para controlar y más tarde canalizar “la salida de cerebros” (GAINZA, 2013;

ZURBRIGGEN y MONDOL, 2010; GAILLARD y GAILLARD, 2009; LOWELL y FINDLAY, 2001; MEYER, 2001; GAILLARD y GAILLARD, 1998; KOSER y SALT, 1997). La variación de estas políticas está relacionada con el momento histórico, el enfoque asumido para entender la migración cualificada (desde brain drain hasta llegar a brain networking), las transformaciones económicas y las mudanzas en el patrón de poder mundial.

En síntesis, los países ubicados bajo esta categoría han diseñado, y en algunas épocas aplicado políticas de: 1) prevención de la migración, 2) restricción de la movilidad internacional, 3) reparación por pérdida de capital humano a través de impuestos, 4) retención mediante políticas educativas y estimulación del desarrollo económico, 5) repatriación de los inmigrantes a su país origen, 6) contratación de migrantes internacionales, y en los últimos años, 7) formación de redes para canalizar el conocimiento de los expatriados desde exterior (GAILLARD y GAILLARD, 2009; LOWELL y FINDLAY, 2001; MEYER, 2001; KOSER y SALT, 1997).

Las primeras políticas que se ensayaron en la década de los sesenta del siglo XX fueron las preventivas. Mediante su aplicación se buscaba crear un clima que disminuyera el éxodo de conocimientos y habilidades. Trascurrida la década de los sesenta y entrada la década de los setenta se adoptaron medidas restrictivas. Dichas medidas consistían en la adopción de reglamentos para colocar freno a las salidas, y más adelante, estimular el retorno. También se ensayaron medidas compensatorias a través de gravámenes e impuestos. Todas ellas fracasaron en niveles relativos por la dificultad para colocarlas en marcha (GAILLARD y GAILLARD, 2009; LOWELL y FINDLAY, 2001). Las estrategias de retención mediante políticas educativas y estimulación del desarrollo económico tampoco resultaron efectivas. Retener la migración cualificada no resultaba una medida adecuada porque los países emisores de migrantes no tenían la infraestructura ni los recursos necesarios para impulsar el potencial de los jóvenes talentos (GAILLARD y GAILLARD, 2009).

Sustentados en los planteamientos del enfoque de fuga de cerebros, en la década de los ochenta diferentes gobiernos adoptaron políticas de recuperación o repatriación de científicos. Las medidas alcanzaron relativo éxito para Corea del Sur en 1980 y Taiwán en 1990 cuando hubo un retorno significativo de investigadores y científicos provenientes de los Estados Unidos. No obstante, durante la misma época se concluyó que lo más eficaz no eran las políticas de repatriación sino la

generación de condiciones sociales e institucionales que hicieran atractivo el retorno, entre ellas, condiciones para la enseñanza y la investigación. Dos factores debían conjugarse para que estas condiciones fuesen reales. En primer lugar, debían crearse y/o fortalecerse redes profesionales entre los científicos que regresaban al país y los que se quedaban en el exterior. En segundo lugar, era imprescindible que las naciones “en vía de desarrollo” mantuviesen un crecimiento económico sostenido.

El retorno en el sudeste asiático es un caso significativo en el marco de las estrategias de repatriación. Como resultado de este proceso se estima que fueron fundadas 193 empresas entre 1980 y 1990 en el parque de la ciencia y la industria en Hsinchu en Taiwán. Entre ellas, 81 fueron creación de ingenieros y científicos nacionales que habían regresado de los Estados Unidos (GAILLARD y GAILLARD, 2009, p. 17). La repatriación también se vio favorecida en países como China donde se establecieron políticas específicas para facilitar el trabajo de los profesionales y científicos que retornaban: incubadoras de alta tecnología, formación de fondos de investigación, construcción de universidades de clase mundial y fondos de repatriación y disminución de las barreras de entrada y salida de profesionales talentosos, empresarios e inversores (DAUGELINE y MARCINKEVICENE, 2009).

La última fase de las políticas de recuperación de cerebros inició a finales del siglo XX cuando tomó fuerza la idea de formar redes nacionales de expatriados para facilitar la transferencia de ciencia y tecnología. A diferencia de lo que se pensaba en décadas atrás, la presencia de nacionales en el extranjero podía resultar sumamente beneficiosa. Para esto, gobiernos de países como Chile, Colombia, Eritrea, Hungría, Singapur, Hungría, India, Singapur, Sudáfrica, China, Corea del Sur, Taiwán, Túnez, y Venezuela, entre otros, diseñaron iniciativas para organizar y conectar la diáspora científica y tecnológica. En ese contexto se creó SANSA (Red sudafricana de competencias en el extranjero) y CALDAS (Red Colombiana de Científicos e Ingenieros en el Exterior), algunas de las más antiguas (GAILLARD y GAILLARD, 2009; MEYER, 2001). A finales de los noventa había 41 redes de conocimiento de expatriados en todo el mundo (MEYER y BROWN, 1999) y en el 2005 ya se contaban cerca de 158 redes (MEYER y WATTIAUX, 2006).

3.5 Políticas para regular la migración internacional en Suramérica: una visión general y de conjunto

En las últimas décadas las políticas migratorias en Sur América han tenido variaciones con el objetivo de adecuarse a las transformaciones globales. Varios hechos se deben resaltar al respecto. En primer lugar, a pesar de que en algunos países persiste el viejo paradigma de los inmigrantes como una amenaza a la seguridad nacional, como por ejemplo Brasil, Paraguay y Colombia, se ha empezado la transición hacia el paradigma de los derechos humanos. Al respecto se destaca Argentina con la incorporación de conceptos como Patria Grande, Uruguay con la idea de Integración Regional y Bolivia con la incorporación de medidas y leyes que buscan garantizar el buen vivir y prevenir la discriminación (ILLES, 2013). Estas medidas han sido reforzadas con el establecimiento de ciertos acuerdos regionales:

La Conferencia Sudamericana de Migraciones produjo un acuerdo multilateral entre los Estados Sudamericanos en el cual la protección de los derechos humanos de los inmigrantes está por encima del interés de nacional de los Estados y no está condicionada a la fuerza de trabajo del individuo. Este mismo principio aparece en el Estatuto de Ciudadanía del MERCOSUR, que avanza inclusive en la defensa de los derechos políticos de las personas inmigrantes. (ILLES, 2013, p. 12-13).

En el marco del nuevo enfoque varios países de América Latina han diseñado programas de regularización migratoria y naturalización en la última década. En Argentina la implementación del Programa Patria Grande entre el año 2006 y 2007 otorgó 98.539 radicaciones permanentes y 126.385 temporales. En Brasil la Ley de Legalización de Extranjeros en Situación Irregular promulgada en el año 2009 otorgó la amnistía a 45.008 inmigrantes. En Chile el último proceso de regularización migratoria llevado a cabo entre el 2007 y el 2008 resolvió positivamente 47.580 solicitudes. Ecuador mediante el proceso de Regularización Migratoria de ciudadanos peruanos adelantado entre 2006 y 2007 otorgó 2000 visas de trabajo para trabajadores migrantes peruanos y sus familias.

Finalmente, Venezuela durante el 2004 otorgó la naturalización a 357.891 personas mientras que otras 127.897 fueron regularizadas (TEXIDO y GURRIERI, 2012). A pesar de los avances de varios gobiernos, algunos asuntos siguen pendientes. Por ejemplo, La Convención de las Naciones Unidas sobre la Protección de los Derechos de todos los trabajadores migrantes y de sus familias no había sido ratificada hasta el año 2013 por Brasil y Venezuela (ILLES, 2013).

En segundo lugar, en la medida que muchas de las políticas migratorias nacionales presentan contradicciones y tensiones entre sí porque no están “insertas en una lógica de desarrollo subregional” (MONDOL, 2010), se han construido diferentes legislaciones de armonización, sobre todo en el marco de MERCOSUR. Al respecto, en la última década se destacan algunos acuerdos bilaterales como las “Iniciativas de regularización ciudadana entre Bolivia- Brasil (2005, 2006, 2007), Argentina- Brasil (2005), Brasil- Uruguay (2002, 2006) Paraguay y Brasil, así como los procesos de regularización implementados por el gobierno chileno (2007, 2008)” (MONDOL, 2010: 19).

Todos estos acuerdos han buscado aunar esfuerzos y voluntades para resolver con urgencia el tema de la libre circulación, pero a su vez han estado acompañados de otras medidas para garantizar los derechos humanos y la condición de ciertos grupos vulnerables como mujeres y niños. Los programas de educación bilingüe entre Brasil y Paraguay y de flexibilización de las medidas para facilitar el acceso a la educación y salud entre Uruguay y Argentina, son ejemplo de ello (MONDOL, 2010).

3.6 Políticas específicas para gestionar la migración cualificada en América Latina

La mayor parte de países de América Latina y el Caribe diseñaron políticas y programas para repatriar a los profesionales altamente calificados en la última década. A su vez, “entidades académicas y científicas han puesto en marcha acciones destinadas a fortalecer las relaciones con los emigrados a través de la creación de redes científicas, académicas y de profesionales” (COLOMA, 2012, p. 9). México y el Salvador en Centro América, tienen iniciativas gubernamentales en esa vía, entre ellas, se destaca la Red de Talentos Mexicanos (RTM). En el área andina, Perú cuenta con subvenciones para la repatriación de sus científicos, la Ley de Incentivos Migratorios, la Beca de la Universidad Cayetano de Heredia y la Red Mundial de Científicos Peruanos. Ecuador por su parte, diseñó el Proyecto Prometeo Viejos Sabios orientado a la incorporación de científicos destacados en el exterior. En Colombia se encuentra la Red Caldas creada en 1991. En el cono sur, Argentina diseñó en el año 2003 el Programa Raíces (Red Argentina de Investigadores y Científicos en el Exterior) e impulsó la construcción de redes científicas y tecnológicas, como la Red Asociación Argentino-Norteamericana para el Avance de la Ciencia, la Tecnología y la Cultura (ANACITEC) y el Programa Nacional para la Vinculación con Científicos

y Técnicos Argentinos en el Exterior (PROCITEX). (COLOMA, 2012). Uruguay cuenta con un plan Programa para financiar estadías cortas en el territorio de científicos nacionales que vivan en el exterior (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Programas de retorno para migrantes altamente cualificados en países de América Latina

	Programa/Redes	Estrategia/objetivo
México	Red de Talentos Mexicanos (RTM)	Promover el desarrollo y la innovación tecnológica en México. Entre los logros que se han alcanzado en la RTM se encuentran el fomento a la creación de negocios, ya sea en los países de destino o en origen, así como proyectos de posgrado y de filantropía.
Perú	Ley de Incentivos	Favorecer el retorno de quienes se dedican a actividades profesionales y/o empresariales en el exterior
	Beca del Retorno (Universidad Peruana Cayetano Heredia, UPCH)	Comprende fondos concursables, estímulo a publicaciones y un régimen de subvenciones para la asistencia a reuniones científicas
	Encuentro Científico Internacional (ECI)	Reunir una vez al año a la comunidad científica y tecnológica peruana que trabaja dentro y fuera del país.
	Red Mundial de Científicos Peruanos (RMCP)	Busca discutir y apoyar las propuestas del plan de gobierno del quinquenio 2010-2015. Agrupa 3500 científicos.
Ecuador	Proyecto Prometeo Viejos Sabios (inició en 2011)	Fortalecer la capacidad académica y de investigación del país, mediante la incorporación de científicos destacados del exterior a la academia ecuatoriana y a los centros de investigación. Contempla estancias de hasta cuatro meses en institutos nacionales de investigación, universidades, escuelas politécnicas y en diversas entidades del sector público que generan ciencia en el país.

Colombia	Red Caldas (creada en 1991)	Incentivar que investigadores colombianos en el exterior aporten al crecimiento de la capacidad científica y la internacionalización de la ciencia y tecnología colombianas.
Argentina	Red Argentina de Investigadores y Científicos en el Exterior, RAICES. Creado en 2003	<p>Desarrollar políticas de vinculación con investigadores argentinos residentes en el exterior, promover la permanencia en el país de actuales investigadores y motivar y apoyar el retorno.</p> <p>Presenta las siguientes acciones de repatriación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ofertas profesionales 2. Subsidios de retorno 3. Becas de inserción CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas) 4. PIDRI (Proyecto de Investigación Y Desarrollo Para LA Radicación de Investigadores) 3. Incorporación de científicos extranjeros 4. Convenios con migraciones
	ECODAR (Encuentro de Cooperación de la Diáspora Argentina)	Es liderada por los mismos profesionales. Busca potenciar los vínculos de científicos residentes en los Estados Unidos con la comunidad científica de ese país.

Fuente: Elaboración propia con base en Coloma, Soledad. (2012). La migración calificada en América Latina: similitudes y contrastes. Ecuador: FLACSO.

El panorama institucional revela que existe un esfuerzo significativo en la región para gestionar el éxodo de migrantes altamente cualificados a través de políticas de retorno y/o conexión en la modalidad de diáspora. Sin embargo, son también notables las innumerables barreras que se presentan para consolidar un proceso de integración entre los expatriados y las redes científicas nacionales. Evaluar de forma detallada el éxito o fracaso de estos programas y redes es difícil porque son escasos los estudios regionales al respecto. La prolífica producción académica se ha

dedicado a la investigación de la migración de latinoamericanos hacia Estados Unidos y los países de la OCDE, los principales receptores de migrantes. Los trabajos intrarregionales, en cambio, resultan insuficientes.

Una evaluación preliminar a partir del corpus de investigaciones existentes muestra que, en países como México, Guatemala, El Salvador, Panamá y Jamaica, los programas de repatriación no han tenido éxito porque sus mercados laborales son demasiados estrechos y no cuentan con la capacidad de absorber la mano de obra en caso de retornar, especialmente en el área de la investigación y el desarrollo. Situación recurrente para Latinoamérica, pues la región enfrenta un cruce de condiciones que dificultan la retención de talentos: precariedad del mercado laboral e investigación, ciencia y tecnología rezagadas. Hechos que se suman a la presión que ejercen los países desarrollados por habilidades específicas (MARTÍNEZ, 2005, PELLEGRINO, 2006).

En Ecuador ocurre una situación similar. Los inmigrantes no retornan por las diferencias salariales entre el país de origen y el de destino (COLOMA, 2012). En Colombia, se instrumentó en 1972 el ‘Programa de Retorno de Profesionales y Técnicos de Colombia’. Este programa buscaba que profesionales nacionales residentes en países industrializados retornaran al país durante al menos cinco años (MARTÍNEZ, 1989). Su implementación fracasó desde la concepción misma del plazo de permanencia y factores vigentes hoy en día: escasas posibilidades de inserción laboral, baja remuneración y recursos para investigación insuficientes. Por la misma época, Uruguay promovió el retorno de migrantes cualificados al país vía comunidad internacional obteniendo los mismos resultados que Colombia. La Organización Intergubernamental para las Migraciones (OIM), antes CIM (Comité Intergubernamental para las Migraciones), también facilitó el retorno de migrantes cualificados mediante campañas informativas y trámites legales durante la década de los 80. Un total de 1.126 profesionales de la región regresaron del exterior con ese acompañamiento.

Como puede verse, esos primeros programas estuvieron enfocados a los migrantes ubicados en países industrializados. Poca atención mereció, durante los años 80, la situación de los potenciales retornantes que residían como extranjeros en países latinoamericanos (MARTÍNEZ, 1989). En épocas recientes la batería de estrategias se incrementó, pero los resultados no son alentadores. Las diferencias salariales y las desigualdades en materia de investigación, ciencia y tecnología a nivel

mundial, factores subjetivos decisorios para los migrantes, minan los esfuerzos por atraer de nuevo el talento hacia los países de origen (COLOMA, 2012). Finalmente debe señalarse que, al consultar por el funcionamiento de los diferentes programas de retorno mencionados al comienzo de este acápite, los cuales están enlazados a sitios web, se encontró que sólo está operando la Red de Ciencia y Tecnología de Perú (<https://www.cienciaperu.org/>) y la Red de Talentos Mexicanos RTM (<http://www.redtalentos.gob.mx/>). Los otros enlaces están deshabilitados o los programas ya desaparecieron.

Resumen

El capítulo tres presenta un panorama de las políticas, programas, acuerdos y tratados nacionales, regionales e intrarregionales que han servido de soporte jurídico de la migración internacional de profesionales. En primer lugar, aparecen los grandes acuerdos regionales e internacionales que han sido diseñados en todos continentes del planeta con la participación de diversos países para estimular las relaciones comerciales en el espectro del modelo neoliberal. Se trata esquemas de integración, la mayoría bajo la égida del proyecto desarrollista, constituidos para favorecer la circulación de mercancías y capitales mientras restringen el libre flujo de personas.

En segundo lugar, se detallan las políticas y programas para regular la migración internacional cualificada. El documento desagrega éstas para el caso de: 1) naciones industrializadas, las cuales por lo general han buscado atraer personal con altos niveles de formación por medio de condiciones favorables de trabajo y facilidades de estudio con el objetivo de suplir la escasez de capacidades, 2) los países en desarrollo y economías emergentes, los cuales han empleado medidas para evitar la fuga de cerebros y/o su repatriación, 3) las naciones de América Latina, enfocadas en evitar la salida de sus mejores profesionales o mantener el vínculo con estos a través de redes académicas y científicas. En la región se destacan los programas para estimular el retorno de capacidades y capital humano.

CAPÍTULO 4. LA COOPERACIÓN SUR-SUR COMO MARCO DEL FLUJO MIGRATORIO INTERNACIONAL DE MÉDICOS CUBANOS

4.1 La cooperación para el desarrollo y hegemonía del sistema internacional de ayuda

La cooperación internacional para el desarrollo ha sido uno de los principales instrumentos del sistema internacional de ayuda liderado por las naciones industrializadas. Fue sobre todo una necesidad de trabajo conjunto entre naciones, orientado, desde la perspectiva del Sistema de las Naciones Unidas, a promover el desarrollo. En el discurso institucional se asumió como una herramienta efectiva para transferir conocimiento, tecnología y experiencia para beneficio mutuo de las naciones (OPAS/OMS, 2009). La definición elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), para delimitar lo que se entiende por Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD), sirve para ilustrar muy bien la visión institucional de la cooperación para el desarrollo:

[...] la ejecución y manejo de actividades y proyectos de desarrollo por parte de instituciones de países en desarrollo, en las que ellos comparten con otros su experiencia y capacidades técnicas. Además, pueden utilizar, cuando sea necesario, asesoría y apoyo financiero de fuentes externas, incluyendo las agencias del sistema de las Naciones Unidas. En este sentido, la CTPD puede ser vista como una parte integral de la programación nacional, regional e interregional de la cooperación técnica internacional, como una modalidad de ésta y como un adecuado instrumento para fortalecer la cooperación técnica a países en desarrollo. (URIBE, 2009, p. 19).

Concebida de esta manera, la cooperación se promovió como un componente fundamental de la política exterior de las naciones integrada por tres instrumentos: diálogo político, acuerdos comerciales y ayuda oficial al desarrollo (DOMÍNGUEZ, 2012). Etimológicamente el concepto denota la acción de obrar juntamente con otras personas para un mismo fin, en otras palabras, colaborar con otros para el alcance de metas comunes (CABRERA, 2014). No obstante, en su desarrollo práctico, la cooperación nació como una relación asimétrica y jerárquica que pretendía vincular países ricos e industrializados, ubicados en el norte global, con países pobres y agrarios, ubicados en el sur global, en el entendido que los primeros tienen la misión de legar a los segundos tecnologías y conocimientos para “adentrarlos al desarrollo”.

Las estrategias de cooperación internacional para el desarrollo surgen después de la II Guerra Mundial en un contexto marcado por las transformaciones del sistema internacional de ayuda, la creciente interdependencia de los estados estimulada por la globalización y la necesidad de acceder

al “desarrollo”, participar de él, o profundizarlo. La instalación de la conferencia de las Naciones Unidas (NNUU) en 1945 que da origen a la Organización de las Naciones Unidas con la participación de 51 países, constituyó la plataforma que apalancó la cooperación para el desarrollo a nivel internacional.

La creación del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, permitieron a su vez la conformación del entramado organizativo necesario para estimular este macro proyecto planetario que se había venido posicionado a lo largo de los dos últimos siglos como estrategia civilizatoria y paradigma de organización social para todas las naciones del mundo (NISBET, 1981; ESCOBAR, 1998; SACHS, 1992; HETTNE 1990). La visión de la ONU tomó forma en 1960 cuando se creó la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) y el Comité de Ayuda Oficial al Desarrollo (CAD) que seguía las mismas directrices de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) (CABRERA, 2014).

Los proyectos de cooperación adelantados no se implementaron teniendo en cuenta las necesidades de las naciones ni mucho menos la visión de sociedad que tenían sus habitantes. Por el contrario, se enmarcaron en un conjunto de estrategias prediseñadas que buscaban direccionar a los países por la vía de la industrialización, el desarrollo científico, la urbanización, la modernización, el crecimiento económico y la economía de libre mercado de corte capitalista (SACHS, 1992).

Todos estos macro-procesos de índole estructural que constituyen el corazón del progreso y el desarrollo, formaron el horizonte que guio a las elites políticas y económicas de los países de América Latina durante todo el siglo XX (CARDOZO Y FALETTI, 1977; SUNKEL, 1973; PREBISCH; 1962). En ese sentido, los movimientos migratorios de profesionales en distintos campos como la ciencia, la ingeniería y la tecnología, fueron en principio funcionales para el sistema bajo la retórica de mejorar los indicadores sociales de las naciones sub-desarrolladas del sur global. La cooperación internacional fue el proceso que soportó los flujos migratorios de profesionales que fueron gestionados y organizados por los estados latinoamericanos durante la segunda mitad del siglo XX.

Desde finales de la Segunda Guerra Mundial hasta comienzos de los años noventa, la cooperación estuvo focalizada en promover los objetivos centrales del proyecto desarrollista, esto es, el crecimiento económico y la industrialización. No obstante, fenómenos como la crisis del

capitalismo en la década del setenta, el fortalecimiento de los grupos ecologistas, la acentuación de la pobreza y el incremento de la desigualdad, ejercieron una presión considerable para que cambiara la visión de desarrollo imperante y tras ese cambio el enfoque de los programas de cooperación internacional.

En los años noventa el paradigma hegemónico de la cooperación es redefinido a partir de la formulación de la teoría del desarrollo humano del economista hindú Amartya Sen (PNUD, 1990). De acuerdo con este autor, el desarrollo puede ser entendido como la posibilidad de expansión de las libertades reales de los individuos en el ámbito político, económico y social (SEN, 1997 en CARVALHO, 1993).

Con la mudanza de paradigma el foco de la discusión, al menos en el discurso, ya no se encuentra en el crecimiento económico sino en la ampliación de capacidades y libertades humanas. Este nuevo enfoque se concreta con la creación del IDH que determina que el desarrollo se puede medir con base en la interrelación de tres aspectos: expectativa de vida al nacer, número de años de escolaridad e ingreso per cápita (PNUD, 1990).

Finalizada la década de los noventa son revisados nuevamente los esquemas de cooperación al desarrollo en vista de su ineficacia macro-económica. Como resultado, a comienzos del siglo XXI las Naciones Unidas construyen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que se convertirían en el nuevo horizonte de los programas de cooperación internacional y los principios ordenadores de las políticas de desarrollo a nivel mundial. Los ODM delimitaron las prioridades de los donantes internacionales.

La cooperación tradicional hegemónica ha seguido operando en los últimos años bajo un manto de críticas, sin embargo, los cambios recientes de la economía mundial la han colocado en una situación de triple crisis, “de actores, instrumentos y agenda, que manifiestan un nuevo orden en la cooperación internacional a favor de la Cooperación Sur-Sur” (CABRERA, 2014, p. 8).

4.2 Cooperación sur-sur como alternativa al sistema internacional de ayuda

Durante más de medio siglo la cooperación para el desarrollo ocupó el papel protagónico en el escenario de la ayuda internacional, sin embargo, no fue la única estrategia que se diseñó para aunar esfuerzos entre las naciones. Durante el periodo de la posguerra también emergieron formas contra-

hegemónicas de colaboración. Nos referimos a la cooperación sur-sur, modalidad alternativa al modelo norte-sur, surgida en el marco de las duras críticas al sistema internacional de ayuda y un concomitante reordenamiento del poder a escala mundial. Subyace a este nuevo esquema de ayuda, el interés por llevar a cabo intercambios económicos, tecnológicos y científicos, partiendo de las necesidades de cada nación y agendas conjuntas construidas colectivamente. Su fundamento son relaciones horizontales, sin desestimar completamente la ayuda fomentada por los financiadores desarrollados del norte (AYLLON 2013; CABRERA, 2014).

La Conferencia Bandung, realizada en 1955, es el antecedente histórico más importante de las estrategias utilizadas por los países periféricos para hacer frente al atraso generalizado de sus indicadores de “desarrollo” y surge precisamente cuando líderes independentistas de los países afroasiáticos, antes oprimidos bajo el yugo colonial, buscan establecer alianzas y esquemas de cooperación económica, política y cultural, alternativas a las planteadas por las naciones industrializadas. Algunos años después se conformaría el Movimiento de Países No Alineados (1961), la UNCTAD, Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, por sus siglas en inglés, el G77 (1964) y la Unidad Especial para Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo del PNUD (1972). Adicionalmente se adoptó el Plan de Acción de Buenos Aires (1978), se realizó la Conferencia de alto nivel sobre Cooperación Económica entre Países en Desarrollo (CEPD), el Plan de acción de Caracas (1981) y la declaración final del Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda de Busan (2011).

Es a partir de los años 70, y en especial luego de la aprobación del Plan de Acción de Buenos Aires (PABA) en 1978, cuando se llevan a cabo actividades intensas de cooperación entre los países en desarrollo. En ese entonces confluyeron dos hechos relacionados, por un lado, el desgaste de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), punta de lanza de la cooperación Norte-Sur y, por otro, la necesidad de implementar soluciones más articuladas al contexto y objetivos de los países en desarrollo. El sur debía conocer más al sur e implementar acciones basadas en pilares como la solidaridad y el trabajo conjunto (URIBE, 2009). En la perspectiva del Sistema de las Naciones Unidas, que también ha buscado apoyar las formas de cooperación sur-sur según sus políticas, esta estrategia se construyó con el objetivo que los países de renta media pudieran dar apoyo técnico a otros con igual o menor desarrollo en pro de alcanzar un crecimiento económico inclusivo y equitativo. Las iniciativas se realizan bajo un esquema que busca abandonar el modelo

asistencialista y fortalecer las relaciones de reciprocidad compartiendo modelos de gestión exitosos y las mejores prácticas (OPAS/OMS, 2009).

La cooperación sur-sur se puede dar de forma bilateral, regional, sub-regional y en el ámbito intra e inter-regional. En las Américas se cristalizó por medio de procesos de integración que dieron lugar a la conformación de bloques sub-regionales como la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la Comunidad Andina (CAN) y la Comunidad Sudamericana de Naciones (UNASUR). Atendiendo al lenguaje de las definiciones y marcos políticos base de la cooperación sur-sur, la formación de estos bloques estuvo orientada a incentivar la integración económica por medio del fortalecimiento del comercio regional y subregional.

Las primeras tendencias de la cooperación fueran esas. Treinta años después al PABA, la ayuda se ha extendido a otros frentes críticos en la región y además compartidos por el mundo entero. Se puede evidenciar en los informes de Cooperación Sur-Sur (2010 a 2016)¹ la incorporación de otras agendas que buscan dar respuesta a retos globales como el cambio climático, la seguridad alimentaria, el acceso a la salud y la promoción de una vida sana, todo esto naturalmente en el marco de la Agenda Global 2030². La Organización Panamericana de la Salud (OPAS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) son agencias del Sistema de la Naciones Unidas que históricamente se han alineado en la búsqueda de estos propósitos en el marco de los programas de cooperación sur-sur. Desde 1977 la OPAS se interesó en promover la cooperación técnica entre países de la región con el objetivo de favorecer el desarrollo sanitario. En septiembre de 1998 la secretaria de esta organización presentó en la Conferencia Sanitaria Panamericana el documento “La Cooperación Técnica entre Países: Panamericanismo en el Siglo XXI” como fundamento conceptual de la cooperación técnica entre países (OPAS/OMS, 2009). La OIT por su parte, viene adelantando importantes alianzas con el gobierno brasileiro a través de la Agencia Brasileira de

¹ Estos informes se elaboran desde el año 2010 en el Programa Iberoamericano para el fortalecimiento de la Cooperación Sur-Sur. Disponibles en: <http://segib.org/programa/programa-iberoamericano-para-el-fortalecimiento-de-la-cooperacion-horizontal-sur-sur/>

² La Agenda 2030 es un plan de acción convenido entre los países que conforman la Organización de Naciones Unidas con el fin de armonizar el desarrollo económico con el bienestar social bajo un enfoque de desarrollo sostenible. En el discurso la agenda se propone 17 objetivos entre los cuales se menciona erradicar el hambre y lograr la seguridad alimentaria; garantizar una vida sana y una educación de calidad; lograr la igualdad de género; asegurar el acceso al agua y la energía; promover el crecimiento económico sostenido; adoptar medidas urgentes contra el cambio climático; promover la paz y facilitar el acceso a la justicia.

Cooperación (ABC) y con otros países de las Américas, África y Asia con el propósito de impulsar el trabajo decente en los diferentes continentes (OIT, 2014).

Dos de las naciones más activas en la promoción de los programas de cooperación sur-sur en la región de las Américas son Argentina y Brasil. En 1992 se constituyó el Fondo Argentino de Cooperación Horizontal (FO-AR). Hasta finales de la primera década del siglo XXI este organismo había ejecutado más de 4.000 acciones de cooperación técnica en 55 países, cubriendo distintas cuestiones que contribuyen al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio en los países solicitantes. Las acciones se adelantaron en torno a tres ejes: administración y gobernabilidad, derechos humanos y desarrollo sustentable (OPAS/OMS, 2009).

La experiencia argentina inicia en el año 2001 y se lleva a cabo en el marco de las estrategias de cooperación triangular desarrolladas con países como Japón, España, Brasil, Canadá, Italia y Portugal. A nivel institucional las alianzas se establecieron con el National Democratic Institute (NDI), el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), el Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) (OPAS/OMS, 2009).

Aunque algunas experiencias de cooperación sur-sur y de cooperación triangular hayan sido exitosas, existen desafíos y problemas por resolver. Por ejemplo, es necesario contar con más recursos técnicos y financieros. También es necesario incorporar la cooperación sur-sur en las actividades y programas de las Naciones Unidas y otros organismos especializados de forma más amplia (OPAS/OMS, 2009). Las experiencias lideradas por la OIT, por su parte, revelan que es preciso seguir avanzando en la definición y unificación de metodologías de trabajo conjunto, mecanismos y prácticas de coordinación entre los diferentes actores y la difusión de experiencias exitosas (OIT, 2014).

Por supuesto, aun con resultados tangibles en la cooperación y sus potencialidades aún por ver, la crítica especializada ha señalado también debilidades en las dinámicas entre países. Se ha argumentado al respecto la reproducción de lógicas y prácticas propias de la cooperación norte-sur en la perspectiva de los intereses geoestratégicos y la orientación de las relaciones internacionales

de los países del sur, ahora ‘donantes emergentes’. La realidad de los países latinoamericanos es diversa a este respecto. Venezuela, por ejemplo, basa su liderazgo entre algunos países centroamericanos y caribeños, en la riqueza generada por el petróleo y en el modelo del socialismo bolivariano. Colombia, México y Chile apuestan por un alineamiento de la cooperación con los países del CAD/OCDE, adoptando las directrices de los donantes tradicionales en materia de eficacia y convirtiéndose en impulsores de la aplicación de la Declaración de París en la región. Brasil ejerce un rol de líder regional con aspiraciones globales y articula su cooperación con la expansión de su capitalismo empresarial, a través del sostén de su Banco Nacional de Desarrollo (BNDES). Argentina invierte su intercambio técnico con países vecinos en materia de desarrollo agrícola y alimentario, y fortalecimiento institucional. Una evaluación pormenorizada en todos los países de la región es tarea pendiente. La cooperación sur-sur es promisorio pero los desafíos están por encarar.

4.3 Limitaciones de la teoría de cooperación para el desarrollo para entender el flujo internacional de médicos cubanos en el marco de los programas de cooperación sur-sur

El flujo internacional de médicos cubanos adelantado en el marco de programas organizados por los estados bajo el esquema de la cooperación sur-sur, no se puede entender a partir de la lógica del sistema internacional de ayuda propuesto por las naciones industrializadas. Tampoco se puede leer con base en los supuestos teóricos, preocupaciones y dilemas que asumieron las perspectivas clásicas de la migración internacional cualificada. La migración de médicos cubanos obedece a lógicas distintas a las que propiciaron la migración sur-norte y norte-norte de la segunda mitad del siglo XX a través de los programas de cooperación para el desarrollo. Pensar el proceso migratorio en la región exige construir una conceptualización crítica de los enfoques convencionales que parte de las particularidades históricas que asumió este fenómeno en el sur global y geopolítico del continente americano.

La movilidad de profesionales de la salud cubanos se ha fundamentado en principios como la ayuda mutua, la colaboración y la solidaridad. Su propósito ha sido aportar al bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de millones de personas excluidas del sistema social y contribuir a garantizar los derechos fundamentales de los ciudadanos, en especial de la salud, entendida como derecho básico. En ese sentido, la migración de los médicos cubanos no se puede leer en función de los aportes al crecimiento económico de las naciones, el aumento de la productividad de las empresas

o el alcance del proyecto desarrollista de los Estados Unidos, elementos que constituyeron el foco de discusión y punto de partida de las perspectivas tradicionales en este campo teórico.

Programas como *Más médicos* en Brasil, la Misión *Barrio Adentro* y la Operación Milagro en Venezuela, el Programa Integral de Salud (PIS), el Contingente Internacional de Médicos Especializados en situaciones de desastres y graves epidemias, "Henry Reeve, y las múltiples misiones médicas internacionales y brigadas de salud que Cuba ha realizado en la región desde 1959 hasta la actualidad, han tenido como propósito fortalecer los sistemas sanitarios y de salud de los diferentes países de las Américas y prestar ayuda en casos de desastres naturales de forma solidaria (GARCÍA y ANAYA, 2009; MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2010). A su vez, la asistencia médica humanitaria en conflictos armados y la asistencia técnica en diferentes campos han tenido como objetivo garantizar los derechos humanos y los derechos sociales, económicos y culturales de los ciudadanos más vulnerables de la región.

En la misma vía, los programas de Cooperación Técnica entre países en desarrollo (CTPD), marco en el cual se llevaron a cabo los programas de Cooperación sur-sur y los programas Cooperación Triangular agenciados por el Sistema de las Naciones Unidas (OPAS/OMS, 2009; OIT, 2014; AYLLON, 2013), pese a que fueron diseñados para que los países de renta media dieran apoyo técnico a los países de baja renta para el alcance de un desarrollo económico inclusivo y equitativo, tampoco se pueden leer en función del alcance del desarrollo económico que impulsó el proyecto desarrollista de mediados del siglo XX (DIAS DO SANTOS, 2014).

La migración cualificada cubana ha estado regulada por lógicas diferentes a la racionalidad económica y el cálculo monetario, parámetros de medición utilizados por la *línea mainstream* de interpretación, porque los profesionales que se han movilizadado en el marco de acuerdos de cooperación bilateral y multilateral no han llegado a participar en las sociedades receptoras en condiciones de libre mercado y a competir por los puestos de trabajo de forma individual. Los médicos cubanos fueron vinculados de forma colectiva directamente al entramado institucional del Estado con el objetivo de fortalecer procesos, programas y estrategias gubernamentales de las naciones receptoras de la ayuda.

De esta manera, es la colaboración y no la competencia el principio que ha guiado sus interacciones sociales; es la disminución de las desigualdades sociales y el mejoramiento de las condiciones de

vida y no el crecimiento económico o el alcance del proyecto desarrollista, el impacto macro social que se ha esperado con su participación en la sociedad. Desde esta lectura, el debate no se puede plantear en términos de pérdidas y ganancias macro económicas sino en términos de beneficios sociales tanto para los países de origen como para las sociedades receptoras en el propósito de garantizar el buen vivir de los pueblos.

En América Latina, la lógica social y no económica que han asumido el flujo migratorio de profesionales de la salud cubanos guarda una estrecha relación con la orientación política de los gobiernos que han impulsado los programas de cooperación solidaria. Se trata de gobiernos denominados como progresistas y en algunos casos socialistas, que ascendieron al poder de forma democrática a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI, con el objetivo de hacer frente a la avanzada neoliberal que sobrevino durante el proceso de redemocratización regional a finales de la década del ochenta del siglo XX. Tales gobiernos también desarrollaron su plataforma política en respuesta al establecimiento del consenso de Washington y sus políticas de ajuste estructural, buscando garantizar los derechos sociales de grupos históricamente marginados y excluidos de los beneficios del desarrollo económico regional, y hacer frente al patrón de poder mundial colonial-capitalista impuesto a las naciones del sur global (QUIJANO, 2009; WALLERSTEIN, 2009).

Los programas de cooperación se han dado en el marco de políticas de inclusión social para beneficiar a los más pobres y reducir las brechas de desigualdad. Así, la migración de profesionales altamente cualificados entre los países de la región se habría estimulado para inducir la transición de una democracia procedimental, electoral y representativa (RODRÍGUEZ-RAGA y SELIGSON, 2010; PRECIADO, 2014), a una democracia participativa, sustantiva y comunitaria (PRECIADO, 2014; DE SOUSA SANTOS y AVRITZER, 2003; BORON, 2004).

De otro lado, el flujo migratorio cubano obedece a las estrategias de integración regional orientadas a hacer frente al neoliberalismo a partir del fortalecimiento de la soberanía política y económica de los países. En palabras de Preciado (2014), en el marco de esquemas de inspiración post-neoliberal sur-sur, como son la convergencia entre Mercosur-Comunidad Andina (CAN), y la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América – Tratados Comerciales entre los Pueblos (Alba-TCP).

En este contexto la migración sur-sur de profesionales cubanos no sólo escapa a los objetivos de la doctrina del liberalismo y neoliberalismo, sino que surge como una estrategia anti imperialista y anti neoliberal. Los profesionales de la salud cubanos tampoco pueden ser comprendidos como un factor de producción o un activo intercambiable en la economía de libre mercado, sino como actores del cambio social. Bajo esta nueva connotación pasan de ser fuerza de trabajo y capital humano, a ser profesionales con rostro y humanidad al servicio de la comunidad. No podría ser de otra forma si se tiene en cuenta que la migración de los profesionales cubanos no constituye un proyecto individual motivado por la rentabilidad y la relación costo-beneficio, sino proyectos colectivos organizados y gestionados entre Cuba y otras naciones para garantizar los derechos sociales de la población más vulnerable.

Resumen

El discurso de la política exterior señala que la cooperación internacional fue diseñada como un mecanismo para intercambiar conocimiento, tecnología y experiencia entre países con niveles desiguales de desarrollo. Una herramienta de ayuda entre naciones orientada a propiciar el progreso. En la práctica, sin embargo, no se observa la puesta en marcha de iniciativas encaminadas al logro de este objetivo. La cooperación internacional se sustenta en relaciones desiguales y asimétricas entre los países del norte global y el sur global. Bajo la égida de tales relaciones se promueven proyectos ajenos a los intereses, necesidades y expectativas de las naciones receptoras de la ayuda. Muchos de los programas adelantados bajo este modelo se caracterizan además por su corte asistencialista lo que termina produciendo y reproduciendo relaciones poder, dominación y subordinación entre países.

Inscrita en este esquema, la cooperación ha tenido como objetivo real difundir de forma eficaz el proyecto del desarrollo en todo el planeta con la anuencia favorable de las naciones pobres, “atrasadas” y “sub-desarrolladas”. En la década del noventa el discurso se transformó al integrar al lenguaje la idea de desarrollo humano. A pesar del viraje, en la práctica la ayuda internacional continuó fomentando el crecimiento económico. La revisión de los enfoques de cooperación tiene un hito determinante con la adopción de los objetivos de desarrollo del milenio a comienzos del siglo XXI.

En respuesta a las deficiencias, sesgos y limitaciones de la cooperación para el desarrollo, durante el mismo periodo de la posguerra se despliegan esfuerzos para diseñar mecanismos alternativos de ayuda internacional. Como resultado se adopta la cooperación sur-sur y la cooperación triangular. En este capítulo nos hemos focalizado en la primera por ser el marco institucional de los programas de cooperación médica internacional analizados. La cooperación sur-sur se caracteriza por promover relaciones horizontales centradas en las necesidades de los países y agendas sociales construidas colectivamente. Los llamados países periféricos han utilizado este mecanismo como herramienta de ayuda mutua contra-hegemónica, en rechazo de los sesgos e imposiciones de la cooperación para el desarrollo proveniente de las naciones industrializadas. Solidaridad, equidad y colaboración, fundamentan el trabajo conjunto de los países del sur global.

En la medida que el flujo migratorio de los médicos cubanos se dio a través de la cooperación sur-sur, orientada por estos principios, tanto los presupuestos de la cooperación para el desarrollo como la conceptualización de los enfoques clásicos de migración internacional cualificada, resultan insuficientes para comprender dicha dinámica migratoria. Los médicos han realizado sus actuaciones motivados por alianzas solidarias en el propósito de aportar al bienestar y la salud de comunidades pobres y excluidas del sistema social. Estrategia que en última instancia favorece la garantía y respeto de los derechos humanos. En el caso de Brasil y Venezuela, la implementación de programas de salud con la participación de médicos cubanos fue impulsada por gobiernos progresistas que pretendían avanzar en la democratización de la sociedad y la disminución de las desigualdades sociales. En otras palabras, hacer resistencia frente al modelo impuesto por el patrón de poder mundial colonial-capitalista.

PARTE 2. HISTÓRICO-EMPÍRICA

CAPÍTULO 5. COOPERACIÓN MÉDICA INTERNACIONAL CUBANA

5.1 La cooperación cubana como ejemplo paradigmático de cooperación internacional

Cuba representa un capítulo aparte en los programas de cooperación por su excepcionalidad en la ayuda internacional. El internacionalismo cubano es fiel al ideario político triunfante con la revolución y extendido hasta nuestros días. Fundamentado en principios de solidaridad y colaboración, se ha mantenido al margen de la coyuntura política latinoamericana, y paralelamente, acogiendo principios de interacción en las relaciones exteriores en el marco del multilateralismo de las Naciones Unidas. Quedan claros los dos enfoques en el artículo 12 de la Constitución cubana de 1976 y reformada en 2002. En la primera encontramos referencia a Latinoamérica en el literal i)³, así: “aspira a integrarse con los países de América Latina y del Caribe, liberados de dominaciones externas y de opresiones internas, en una gran comunidad de pueblos hermanados por la tradición histórico y la lucha común contra el colonialismo, el neocolonialismo y el imperialismo en el mismo empeño de progreso nacional y social”.

En la reforma de 2002, la referencia a la región en el literal b, expresa la reorientación en las relaciones internacionales en la medida que Cuba funda éstas en principios como igualdad de derechos, libre determinación de los pueblos, integridad territorial, independencia de los Estados, la cooperación internacional en beneficio e interés mutuo y equitativo, el arreglo pacífico de controversias en pie de igualdad y respeto y los demás principios proclamados en la Carta de las Naciones Unidas y en otros tratados internacionales de los cuales Cuba sea parte⁴. Como quiera que se refiera la cooperación cubana, es indudable que ésta tiene un enfoque principalmente social donde ocho de cada diez proyectos inciden en salud, educación, agua, etc. (ORTIZ ALBIL, 2016, p. 173). Al discriminar los niveles de cooperación del país centroamericano hacia otros países de Latinoamérica se puede encontrar lo siguiente (Ver Tabla 5):

³ Artículo 12 Constitución de la República de Cuba de 1976. Ver en: <http://www.eurosur.org/constituciones/co18-2.htm> Recuperado el 1 de mayo de 2017.

⁴ Constitución de la República de Cuba actualizada hasta la reforma constitucional del 26 de julio de 2002. Disponible en: [http://aceproject.org/ero-en/regions/americas/CU/Cuba%20\(reformas%20hasta%202003\).pdf/view](http://aceproject.org/ero-en/regions/americas/CU/Cuba%20(reformas%20hasta%202003).pdf/view). Recuperado el 1 de mayo de 2017.

Tabla 5. Cuba como oferente por país

	2009				2010				2011				2012			
	PROYECTOS		ACCIONES		PROYECTOS		ACCIONES		PROYECTOS		ACCIONES		PROYECTOS		ACCIONES	
Bolivia	10	4,88%		0,00%	15	10,79%	3	6,98%	4	7,55%	1	3,57%		0,00%		0,00%
Brasil	7	3,41%		0,00%	7	5,04%	4	9,30%		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%
Colombia	5	2,44%		0,00%	10	7,19%	2	4,65%	2	3,77%	1	3,57%		0,00%		0,00%
Ecuador	4	1,95%	5	15,15%	6	4,32%	5	11,63%	2	3,77%	1	3,57%	7	100%	1	25%
Salvador	3	1,46%		0,00%	11	7,91%	2	4,65%	4	7,55%	4	14,29%		0,00%	2	50%
Guatemala	11	5,37%		0,00%	8	5,76%	2	4,65%	3	5,66%	1	3,57%		0,00%		0,00%
Honduras	4	1,95%		0,00%	8	5,76%		0,00%	2	3,77%	1	3,57%		0,00%		0,00%
Nicaragua	6	2,93%	5	15,15%	15	10,79%	3	6,98%	5	9,43%	2	7,14%		0,00%		0,00%
Paraguay	2	0,98%		0,00%	3	2,16%	2	4,65%	2	3,77%	1	3,57%		0,00%		0,00%
Perú	5	2,44%		0,00%	7	5,04%	2	4,65%	4	7,55%	2	7,14%		0,00%		0,00%
R. Dominicana	3	1,46%	9	27,27%	3	2,16%	2	4,65%		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%
Argentina	9	4,39%		0,00%	5	3,60%		0,00%	1	1,89%	1	3,57%		0,00%		0,00%
Chile	5	2,44%		0,00%	3	2,16%	3	6,98%		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%
Costa Rica	2	0,98%		0,00%	3	2,16%	1	2,33%		0,00%	1	3,57%		0,00%		0,00%
México	7	3,41%		0,00%	6	4,32%	4	9,30%	2	3,77%	1	3,57%		0,00%	1	25%
Panamá	8	3,90%		0,00%	7	5,04%	3	6,98%	2	3,77%	1	3,57%		0,00%		0,00%
Uruguay	5	2,44%		0,00%	6	4,32%	5	11,63%	1	1,89%	1	3,57%		0,00%		0,00%
Venezuela	106	51,71%	14	42,42%	16	11,51%		0,00%	19	35,85%	6	21,43%		0,00%		0,00%

Fuente: CTT-CSS Cuadernos Técnicos de Trabajo sobre Cooperación Sur-Sur. Vol. 1. Programa Iberoamericano para el Fortalecimiento de la Cooperación Sur – Sur (PIFCSS). 2016. P.170

Como se ve, Cuba en calidad de socio oferente ha intervenido en procesos de cooperación con todos los países referenciados en la Tabla 1. Especialmente en el 2009 fue donde más proyectos desarrolló, siendo Venezuela (principal receptor de proyectos, excepto en 2012) epicentro de la cooperación cubana en la región, mientras Guatemala lo es en el Caribe.

Cuba, además, participa en ocho de los veinticinco Programas e Iniciativas de Cooperación Iberoamericana⁵. En materia de sanidad ofrece el Programa Integral de Salud (vigente desde 1998), la Escuela Latinoamericana de Medicina (desde el año 2000), la Operación Milagro (sobre salud oftalmológica) y el Programa Genética (enfocado a población con discapacidad). En el campo educativo se destaca el proyecto ‘Yo sí puedo’, adscrito al Programa Plan Iberoamericano y Aprendizaje a lo Largo de la Vida 2015-2021 (PIALV), que busca garantizar el acceso de jóvenes y adultos a la educación.

Como socio receptor la isla ha recibido ayuda económica principalmente de Venezuela y, desde el 2010, de Brasil, Argentina y México, en ese orden, los cuales contribuyen al desarrollo de sus sectores económicos como infraestructura y sectores productivos. Los consolidados por proyectos y acciones reflejan un notorio incremento en la cooperación económica (Ver Tabla 6):

Tabla 6. Peso relativo de Brasil, México y Argentina como oferentes hacia Cuba

	2009	2010	2011	2012	2013
Proyectos	22,05%	95,82%	99,98%	96,66%	83,77%
Acciones	12,5%	66,66%	87,5%	100%	66,66%

Fuente: Fuente: CTT-CSS Cuadernos Técnicos de Trabajo sobre Cooperación Sur-Sur. Vol. 1. Programa Iberoamericano para el Fortalecimiento de la Cooperación Sur – Sur (PIFCSS). 2016. P.175

⁵ Los programas están detallados en la Secretaría General Iberoamericana. Disponibles en: http://segib.org/wp-content/uploads/Cuba_CoopIber_JUN2016_1.pdf

En los últimos años Brasil ha incrementado la cooperación⁶ con Cuba en distintos sectores como el agrícola, salud pública, medicamentos, biotecnología, industria tabacalera y energía. En el sector agrícola se destaca el programa ‘Más Alimentos’, que busca fortalecer la producción de granos y cereales a través de la transferencia de tecnología y conocimientos a campesinos. Ambos países, junto con el Programa Mundial de Alimentos (PMA), firmaron una carta de entendimiento para apoyar la seguridad alimentaria y nutricional de más de 900.000 personas en Cuba, con prioridad círculos infantiles, escuelas primarias, hogares maternos y de ancianos.

En el sector salud, Cuba y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) triangulan cooperación médica con Brasil en el programa ‘Más Médicos’, lanzado en el 2013 por la presidenta del país durante ese período, Dilma Rousseff, y con el cual se busca brindar atención en los centros públicos de salud y asistencia a millones de ciudadanos de las periferias de las grandes ciudades y zonas rurales, lugares donde nunca antes ha hecho presencia un médico brasilero. Haití, el país más pobre del hemisferio occidental, también ha recibido la cooperación médica de Cuba y además de Brasil. Tras el terremoto de 2010, Brasil financió la construcción de dos edificaciones con una capacidad para 52 camas, acceso a los servicios primarios de medicina, cirugía, ortopedia, pediatría, ginecología-obstetricia y otras especialidades. Por su parte Cuba, dispuso 26 médicos para atender a la población Local. Adicionalmente, la cooperación en los años siguientes incluyó la capacitación de agentes en salud comunitaria y técnicos en mantenimiento y reparación de equipos biomédicos (120 y 32 respectivamente, a 2013).

5.2 Trayectoria socio-histórica de la cooperación médica internacional cubana

Cuba cuenta con una larga tradición en el desarrollo de programas de cooperación médica internacional. Los antecedentes de esta iniciativa se ubican en el período colonial y republicano, sin embargo, es con la consolidación del gobierno socialista que la cooperación se adopta como política exterior del estado cubano pasando por varias fases hasta la actualidad (GARCÍA y ANAYA, 2009). En este devenir, los programas médicos constituyeron un dispositivo central para difundir los ideales de la Revolución alrededor del

⁶ Los programas reseñados se informan en el portal de noticias del Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe.

mundo (MARTÍN, 2016; CABRERA, 2014). En la década del sesenta inicia la colaboración en la modalidad internacionalista en varios países de las Américas y África con el objetivo de atender casos de desastres por fenómenos naturales. El nacimiento de esta etapa se puede ubicar en 1960 cuando Cuba envía colaboración médica a Chile después de un devastador terremoto. La primera misión de colaboración médica internacional por fuera del continente americano se realiza en Argelia el 23 de mayo de 1963 con 55 colaboradores (MARTÍN, 2016).

Entre 1970 y 1980 se da continuidad al mismo modelo extendiéndose por diversos países de África, Asia y América entre los cuales se destacan las misiones en Mali, Congo, Guinea y Vietnam (MARTÍN, 2016). Años más tarde se adelantan numerosas misiones que buscaban ofrecer ayuda por desastres causados por fenómenos naturales: 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), Salvador, Ecuador, Honduras y Nicaragua en 2000-2003 (epidemia de dengue), Argelia en 2003 (terremoto), Sri Lanka e Indonesia en 2005 (Tsunami) y Guyana en 2005 (inundaciones) (GARCÍA y ANAYA, 2009: 33). También se suministró apoyo en Pakistán por causa de terremoto, Bolivia por inundaciones, México por inundaciones y República Popular China por terremoto.

En 1990, tras la caída de la URSS y el debilitamiento del bloque socialista a nivel mundial, Cuba debe cambiar de esquema y crea la Asistencia Técnica Compensada o Contrato Directo. Mediante esta modalidad se solicita una compensación económica por los servicios que ofrecen los médicos con el objetivo de financiar el sistema de salud nacional y la cooperación misma (GARCÍA y ANAYA, 2009; MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2010).

En la década de los años '90 también se crea el Programa Integral de Salud mediante el cual se envían médicos generales integrales por un periodo de dos años. En el año de 2007 el programa se llevaba a cabo en 38 países de América Latina y el Caribe, África, Asia, Oceanía y Europa, abarcando 309 departamentos y una población de más de 68,5 millones de personas” (GARCÍA Y ANAYA, 2009, p. 28).

Los autores Marimón y Martínez, en una publicación oficial del Ministerio de Salud Pública de Cuba del año 2010, explican los inicios de esta etapa expresando:

Al final de los 90 se producen eventos naturales en el área de Centroamérica y el Caribe (huracanes George y Mitch) que modificaron todo lo que se realizaba hasta estos momentos, disminuye la modalidad de Misión Internacionalista, la Asistencia Técnica Compensada se reduce de forma paulatina y aparece el Programa Integral de Salud (PIS) el 3 de noviembre de 1998, inicialmente en Centroamérica y El Caribe y, posteriormente, se extiende hacia África y el Pacífico, así como la creación en este periodo de la Escuela Latinoamericana de Medicina, como elemento básico para la continuidad y sostenibilidad de este Programa. (MARIMÓN Y MARTÍNEZ, 2010, p. 261)

A comienzos del 2000 se inicia una nueva modalidad, los programas especiales. Se destacan al respecto el programa Barrio Adentro en Venezuela en el marco de la Alternativa Bolivariana para las Américas (ALBA). Barrio Adentro I, II y III ha venido siendo implementado en Venezuela desde el año 2003 contando en el año 2006 con cerca de 30.000 médicos. En el marco de este Programa se brindó atención médica primaria, odontología y óptica a cerca de 17 millones de venezolanos que no tenían acceso a los servicios de salud. También contempló la creación de Centro de Diagnóstico Integral (CDI), Centros de Diagnóstico de Alta Tecnología y salas de Rehabilitación y fisioterapia. Incluyó también la formación de médicos venezolanos. (GARCÍA y ANAYA, 2009).

El Programa barrio adentro fue diseñado por una iniciativa conjunta de los gobiernos de Cuba y Venezuela en el marco de una estrategia de cooperación y apoyo binacional sur-sur, orientada al mejoramiento de las condiciones de salud de los ciudadanos más pobres de la nación venezolana y, de modo específico, para impulsar la salud integral, la medicina familiar y la atención primaria en salud.

Otros dos hechos de gran importancia se deben destacar en esta nueva etapa de la cooperación: la Operación Milagro y el Contingente Internacional de Médicos Especializados en situaciones de desastres y graves epidemias, “Henry Reeve” (GARCÍA y ANAYA, 2009; MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2010). En el marco de la operación milagro se crearon centros oftalmológicos en toda América Latina, centros de diagnóstico integral y servicios de rehabilitación integral. En el año 2007 ya habían sido atendidos en Cuba cerca

de “medio millón de pacientes de América Latina, el Caribe y África que han recuperado o mejorado la visión gracias a este programa. A finales del 2008 se había logrado beneficiar a 1.384,343 pacientes de 33 países” (MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2010, p. 49). La operación milagro se extiende a partir del año 2005 por 15 países del caribe y 1 de América Latina.

La implementación de los programas especiales revela un viraje importante en la estrategia de cooperación médica internacional de Cuba que rompe con el esquema con el que venía operando hasta el momento, pues se comienzan a realizar capacitación y formación de recursos humanos en los países receptores de la ayuda dejando de lado la asistencia médica per se. Esta formación se combina o integra

(...) a la labor asistencial mediante el desarrollo de Facultades de Medicina, la capacitación a líderes de la comunidad (formales e informales), la formación de técnicos, las asesorías en diferentes Ministerios de Salud y como aspecto crucial, la aplicación del Nuevo Programa de Formación en Medicina con buenos resultados a través de las Brigadas Médicas. (MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2010, p. 263)

En el año 2005 se implementa el Programa de Formación de Médicos (NPFM), que tiene como objetivo formar médicos integrales. En el año 2007 había más de 13.500 jóvenes de 19 países de América Latina, el Caribe y Asia formándose por medio de este programa de estudios en Cuba (GARCÍA y ANAYA, 2009, p. 31). La iniciativa de crear facultades de medicina no es nueva, los inicios de estos esfuerzos datan de 1975 con la inauguración de la primera Facultad de Medicina en Adén, República de Yemen. En los últimos años han sido creadas otras en Timor Leste, Guinea Bissau, Gambia, Guinea Ecuatorial, y Eritrea. “Estas facultades apoyan el Programa Integral de Salud que se desarrolla en los diferentes países y tienen la característica que el estudiante desde el primer año conoce e interactúa con los pacientes y las distintas patologías de las comunidades locales, siendo ésta la principal fortaleza de esos métodos de enseñanza “(GARCÍA y ANAYA, 2009, p. 31-32). De modo general, se encuentra que:

De 1961 a agosto de 2008 un total de 270 743 civiles cubanos han brindado asistencia técnica en más de 160 países. De ellos 113 585 son profesionales y técnicos de la salud, que han laborado en 103 países. Además de la salud, otros sectores han sido objetivo de esa colaboración, tales como la construcción, el deporte, la agricultura, la industria azucarera, la pesca, la

educación —incluyendo la de nivel superior— y otras múltiples esferas de la economía y la sociedad. (GARCÍA Y ANAYA, 2009, p. 21)

De otro lado, Cuba recibió desde la década de los años sesenta becarios de países de África, Asia y América Latina para cursar estudios en diferentes especialidades de la salud. Los principales países de origen de estos estudiantes son República de Guinea, Congo, Vietnam, Chile y posteriormente de Angola. “Hasta el curso 2006-2007 se habían graduado en Cuba a través del programa de becas 50 171 jóvenes de 129 países y 4 territorios de ultramar. Entre ellos hay 26 558 egresados de nivel superior procedentes de más de 30 países, que representan casi el 53% del total de graduados” (GARCÍA y ANAYA, 2009, p. 23).

5.3 Propósitos de la cooperación médica internacional cubana en la actualidad: apoyo al desarrollo sanitario, diplomacia, economía y geopolítica

La cooperación médica internacional cubana se enmarca en los principios de la cooperación sur-sur y se diseña como una alternativa a la disminución de la Ayuda Oficial al Desarrollo (MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2011). En este sentido, se contrapone a la cooperación internacional sur-norte históricamente ligada al proyecto desarrollista de las naciones industrializadas (CABRERA, 2014; MONJE, 2014; ALVES SMC et al. 2017; MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2011). El modelo de cooperación sur-sur se rige por principios como el alineamiento, la horizontalidad y la autonomía e implica colaboración sin subordinación política y económica (ALVES SMC et al. 2017; MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2011). Por el contrario, el modelo sanitario hegemónico de cooperación internacional opera bajo parámetros jerárquicos y verticales que terminan reproduciendo la dependencia y la subordinación de los países (MONJE, 2014). Se trata de una cooperación cuyos “principales lineamientos programáticos están regidos por los planteamientos básicos de la política exterior de los Estados cooperantes y no por las necesidades de las poblaciones receptoras de la ayuda” (MONJE, 2014, p. 40). Al actuar desde una perspectiva sur-sur, Cuba apunta en la dirección de re-significar los valores y objetivos de la cooperación internacional.

A diferencia de la cooperación norte-sur, la colaboración médica internacional cubana busca fortalecer las capacidades nacionales en función de las prioridades definidas por los países receptores partiendo de la idea de la suma de potencialidades. Las acciones sanitarias que

adelantan los profesionales de la salud de la isla caribeña respetan la soberanía y autonomía de las naciones en un ejercicio libre de condicionamientos políticos y económicos (MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2011; ALVES SMC et al. 2017). Mediante esta estrategia Cuba ha buscado fortalecer la unidad y solidaridad entre los pueblos del sur en su esfuerzo por contribuir al desarrollo social de las naciones y su “verdadera independencia económica” (MARTÍNEZ REINOSA, 2008). Desde una perspectiva geopolítica, las acciones del gobierno cubano también se han direccionado en lucha contra colonialismo que han sufrido o aún sufren muchos países de forma soterrada (MONJE, 2014).

Para lograr este objetivo en el campo específico de la salud, Cuba busca que los países desarrollen programas e iniciativas sostenibles en el tiempo orientadas al logro de la soberanía sanitaria (MONJE, 2014). Bajo esta visión se impulsa lo que Feinsilver (2008) denomina “diplomacia médica de largo plazo”, que abarca la formación de capital humano, la dotación de personal para hospitales y centros de salud y el diseño e implementación de programas integrales de salud. La geopolítica de la cooperación médica cubana se debe leer, por otro lado, como una expresión de su política exterior, su política social y como mecanismo de ingresos de divisas (MARTÍN, 2016; CABRERA, 2014).

El carácter de la colaboración médica que Cuba ofrece alrededor del mundo tampoco se puede entender sin hacer alusión a los principios que fundamentan su Sistema Nacional de Salud, el cual está basado en un modelo biopsicosocial de orden preventivo. Esto implica una concepción de la medicina, del trabajo médico, de la relación médico-paciente y de la salud pública, significativamente diferente a la que promueve el modelo farmacéutico-curativo (MEJÍAS, DUANY y TOLEDO, 2010; MONJE, 2014).

Inspirada en este modelo, la cooperación médica internacional cubana busca, en general, fortalecer el sistema nacional de salud de los países receptores y, en particular, posicionar la atención primaria como la base del sistema (SANTANA y MARTÍNEZ, 2017; GARCÍA y ANAYA, 2009; MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2011; MONJE, 2014; FEINSILVER, 2008). Para alcanzar este objetivo, la diplomacia médica cubana desarrolla acciones en diferentes niveles y grados de profundidad que han pasado de la asistencia médica y la ayuda humanitaria, a la formación de recursos humanos y el fortalecimiento de los sistemas

nacionales de salud (FEINSILVER, 2008; FEINSILVER 2010; MEJÍAS, DUANY y TOLEDO, 2010).

En la perspectiva de Feinsilver (2010), la colaboración médica que Cuba ha ofrecido se puede dividir en acciones de corto y largo plazo. En el primer grupo se destaca la ayuda humanitaria en caso de desastres naturales, la prestación de atención médica, la transferencia tecnológica, el seguimiento epidemiológico, la capacitación de profesionales y técnicos de salud, los servicios de asesoramiento a los Ministerios de Salud, la donación de medicamentos, el suministros médicos y equipos, las campañas de vacunación y educación sanitaria y la transferencia de conocimientos. En las acciones de largo plazo se encuentra la dotación de personal de los hospitales de nivel secundario y terciario, el apoyo al establecimiento de centros de salud, el diseño de programas integrales de salud y la formación médica en Cuba y en los países receptores.

Haciendo un balance, se observa que la colaboración internacionalista cubana en el campo de la salud ha sido estratégica, pues no sólo ha buscado mejorar las condiciones de salud de millones de personas pobres y excluidas de la sociedad, sino que también ha tenido una función diplomática, geopolítica y económica, dimensiones estrechamente interconectadas entre sí (FEINSILVER, 2008; FEINSILVER 2010; MEJÍAS, DUANY y TOLEDO, 2010; MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2011; MARTÍNEZ REINOSA, 2008; MONJE, 2014).

En primer lugar, la cooperación cubana ha sido calificada como diplomacia médica siendo en este sentido una de las principales estrategias de la política exterior de la isla caribeña (FEINSILVER, 2008; FEINSILVER 2010; MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2011; MEJÍAS, DUANY y TOLEDO, 2010). El envío de profesionales de la salud le permitió a Cuba fortalecer relaciones con gobiernos amigos y establecer relaciones con gobiernos que no son partidarios de su régimen político. De acuerdo con Feinsilver (2008; 2010), la diplomacia médica proporcionó capital simbólico y económico al gobierno cubano posicionándolo en el mundo como una nación en desarrollo que cuenta con indicadores de salud similares o mejores a los que tienen las naciones capitalistas avanzadas y países industrializados. El capital simbólico obtenido se cristalizó en capital material o económico que le sirvió para financiar su propio sistema de salud.

En segundo lugar, la colaboración ha tenido una función geopolítica en la medida que se formula como una alternativa contra-hegemónica al modelo norte-sur de cooperación internacional para el desarrollo (MARTÍNEZ REINOSA, 2008; MONJE, 2014). Los programas médicos y humanitarios se llevaron a cabo en múltiples países con diversas problemáticas. Algunos de estos países se caracterizan por ser pobres, oprimidos y periféricos. En algunos casos, se trataba de países que luchaban contra el colonialismo a través de movimientos de liberación nacional.

Finalmente debe señalarse que el estrangulamiento económico que sufrió Cuba por cuenta del bloqueo económico y más adelante por la caída de la URSS, llevó al gobierno a buscar fuentes alternativas de ingreso. En este escenario, la exportación de capital humano, en particular de personal médico, se convirtió en la principal fuente de divisas para la isla al punto de constituirse una economía política del conocimiento (MONJE, 2014). La asistencia técnica compensada, pero sobre todo la nueva generación de programas especiales como barrio adentro y más médicos, le representaron a Cuba grandes ingresos y el acceso bienes estratégicos como el petróleo venezolano (FEINSILVER, 2008; FEINSILVER 2010). Este carácter, le confiere a la cooperación médica internacional cubana una importante función económica que es transversal a su destacado papel geopolítico y diplomático a lo largo de los últimos 50 años.

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

El proceso de globalización de mercados y capitales aceleró vertiginosamente los flujos migratorios internacionales en las últimas décadas (GAILLARD y GAILLARD, 2009; LAVENEX, 2007; SAXENIAN, 2005). En el marco de esa dinámica ganó notoriedad la movilidad de algunos profesionales alrededor del mundo, entre ellos, el personal de la salud (LOWELL y FINDLAY, 2001; OIT, 2003). La migración se ha dado principalmente desde los países de bajos ingresos hacia los países industrializados de altos ingresos configurando el clásico flujo sur-norte. Esto sin desconocer que existe una migración importante entre las propias naciones industrializadas en lo que pudiese denominarse como una migración norte-norte.

Una consecuencia importante de este fenómeno es la escasez de personal sanitario en las naciones de renta baja y países en desarrollo, hecho que impide suplir satisfactoriamente las necesidades de los sistemas nacionales de salud. Algunos países como Sudáfrica, en el continente africano, y Filipinas en el continente asiático, constituyen un caso ejemplar de esta tendencia, pues más de la mitad de su personal sanitario emigró hacia naciones con mejores condiciones económicas. Entre los países receptores de este flujo se ubica de modo privilegiado el Reino Unido, donde se estima que más de la mitad de los médicos y enfermeras son extranjeros (OIT, 2003).

En la región de las Américas la migración de personal de la salud también es acentuada. La OMS calcula que 6000 médicos extranjeros se radican por año en los Estados Unidos de Norte de América. Hoy en día en ese país, Canadá, Reino Unido y Australia, dos de cada seis médicos son haitianos, dos de cada seis médicos son jamaquinos, uno de cada seis médicos es dominicano y uno de cada diez es boliviano, colombiano, costarricense, ecuatoriano, guatemalteco, panameño y peruano. También se encuentra que 35% de los puestos de enfermera en el Caribe están vacantes por cuenta de la emigración y otros factores. Buena parte de este capital humano migró hacia Canadá y Estados Unidos, países donde se ubica 83% de las enfermeras de la región pese a registrar una escasez actual de 200.000 profesionales de este ramo de la salud.

Teniendo en cuenta que muchos de los migrantes trabajan bajo condiciones de tercerización y subcontratación en un contexto regional de profundo deterioro de las relaciones laborales (OIT, 2018), la OMS/OPS, viene realizando grandes esfuerzos para que los profesionales de la salud migrantes desarrollen su ejercicio profesional en condiciones dignas de trabajo. Una de las acciones más destacadas para garantizar el trabajo decente en los términos definidos por la OIT, es la Declaración de Kampala. Adoptada por el Primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, dicha Declaración insta a los gobiernos a brindar protección social y un entorno laboral seguro al personal de la salud. Al mismo tiempo propende por una distribución equitativa de médicos, enfermeras y otros profesionales del área entre los diferentes países a fin de evitar la escasez que genera el proceso migratorio (OMS, 2008).

Con el mismo propósito fue emitida la Resolución WHA 63.16, promulgada en la 63 Asamblea Mundial de la Salud realizada en el año 2010, donde se contempla el código de prácticas sobre contratación internacional de personal de la salud. En la misma línea se encuentra la Resolución WHA 57.19 y WHA 58.17 a través de las cuales se esbozó una política para facilitar la organización y regulación de los flujos de personal sanitario alrededor del mundo. Mediante estas resoluciones la OMS buscó aportar bases jurídicas para supervisar los flujos de trabajadores sanitarios; proteger las condiciones de los trabajadores; apoyar la construcción de acuerdos bilaterales, regionales y multilaterales relacionados con la migración en salud; crear mecanismos encaminados a mejorar la permanencia de personal sanitario en sus países de origen y prestar apoyo a los países para la elaboración de políticas que aborden la migración de trabajadores del área de la salud (OMS, 2010).

En general y teniendo en cuenta la escasez de profesionales sanitarios en las naciones de renta baja, la OMS promueve desde comienzos del siglo XXI principios y prácticas que garanticen la contratación internacional ética de personal de salud; proporciona orientación para formular y aplicar acuerdos bilaterales y facilita la cooperación en asuntos relacionados con contratación de personal de salud. En todos los casos la OMS busca servir de referencia para establecer un marco jurídico que proteja los derechos de los trabajadores sanitarios migrantes (OMS, 2010).

El Programa *Más médicos* no fue la excepción. La intermediación y asesoría técnica que adelantó la OMS/OPS en la implementación de este programa no solo buscó ampliar la cobertura de atención primaria en Brasil, sino garantizar la protección de los derechos y garantías laborales de los médicos cubanos en este país. En ese propósito verificó que todos los médicos tuvieran su contrato laboral bajo condiciones legales de empleo y gozaran de todos los beneficios enmarcados en el trabajo decente. Debe señalarse que las acciones del gobierno cubano también se alinearon en este objetivo, pues los médicos no sólo contaban con su contrato laboral con el gobierno brasilero, sino que mantenían su contrato laboral con el gobierno cubano. Mediante esta articulación se buscó proteger los derechos laborales de los médicos cubanos tanto en el país de origen como en el país de destino.

Resumen

Cuba representa un caso paradigmático y ejemplar de la cooperación internacional desde el período de la posguerra hasta la actualidad. Su participación en el sistema internacional de ayuda ha sido notoria en diversos casos que abarcan desastres naturales, guerras internas, hambrunas y el fortalecimiento de las capacidades nacionales de los países en el área de la educación, el agro, la salud, el saneamiento básico, la biotecnología, entre otros. Las acciones han cubierto más de un centenar de estados ubicados principalmente en el sur global de las Américas, Asia y África, en el claro propósito de aportar al proceso de independencia y soberanía de estos, en el marco de las relaciones asimétricas que estructuran el orden global.

Los programas adelantados por Cuba se encuadran dentro de las estrategias sur-sur de cooperación internacional y se despliegan como una alternativa a la ayuda oficial al desarrollo que es parte estructurante del modelo hegemónico de cooperación internacional. La igualdad de derechos, la libre determinación de los pueblos, la integridad territorial, la independencia de los estados, el beneficio e interés mutuo, la equidad y la horizontalidad, son los principios que orientan la colaboración cubana alrededor del mundo en las diferentes áreas del desarrollo social.

La cooperación internacional cubana ha pasado por tres etapas durante la vigencia del gobierno socialista, cada una ajustada a las coyunturas del patrón de poder mundial. Desde la década del sesenta hasta los años noventa los programas se llevaron a cabo bajo la modalidad internacionalista. Con la caída de la URSS en 1989, Cuba se ve en la necesidad de cambiar el pacto económico de ayuda gratuita pasando a las estrategias de asistencia técnica compensada. Ubicada en ese marco, desde el año 2000 inicia la era de los programas especial focalizados en la formación de recurso humano y fortalecimiento de la capacidad tecnológica de los países receptores de la ayuda.

En el campo de específico de la cooperación médica internacional, los programas de Cuba han sido parte fundamental de su política exterior configurándose lo que ha sido denominado como una diplomacia médica. Adicionalmente, el apoyo al desarrollo sanitario ha tenido una función geopolítica y económica en la medida que apunta a fortalecer la soberanía nacional y sirve como fuente de ingresos para el estado cubano.

Finalmente se destaca que las acciones sanitarias realizadas en Brasil en el marco del programa más médicos estuvieron supervisadas por la OPAS/OMS en el objetivo de proteger las garantías y derechos de los trabajadores de la salud inmigrantes. En general, se señala que la OPAS/OMS busca orientar a los diferentes estados que trabajan con profesionales de la salud migrantes, en procedimientos de contratación internacional ética que garantice el trabajo de Decente.

CAPÍTULO 6. MISIONES MÉDICAS CUBANAS EN AMÉRICA DEL SUR: EL CASO DE VENEZUELA Y BRASIL

6.1 Las misiones médicas cubanas en América del Sur

Cuba ha desarrollado programas de salud en más de un centenar de países alrededor del mundo desde la constitución del gobierno socialista hasta la actualidad. Las naciones de Sur América no son la excepción. Desde comienzos del presente siglo se vienen adelantando acciones de gran impacto en el sistema sanitario de diez países de la región con los cuales se han firmado acuerdos de cooperación. Estos países son: Argentina, Brasil, Bolivia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela (MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2010; SARDENBERG, 2015; GARCÍA y ANAYA, 2009).

Mediante estas acciones de colaboración, fundamentadas en la medicina general integral y enmarcadas en las estrategias de diplomacia médica (FEINSILVER, 2008), el gobierno cubano ha buscado fortalecer el sistema de atención primaria y ampliar la cobertura en salud en las naciones suramericanas. Los proyectos ejecutados contemplan atención médica, asistencia técnica, formación de recurso humano, ayuda humanitaria, planes de cirugías, montaje de hospitales y construcción de centros de atención especializada.

En las naciones suramericanas, en consonancia con la tendencia de la colaboración cubana alrededor del mundo, se llevó a cabo el tránsito de la asistencia médica a la formación de recurso humano nacional (FEINSILVER, 2008; FEINSILVER 2010; MEJÍAS, DUANY y TOLEDO, 2010). Este proceso es notable en países como Venezuela, Bolivia y Uruguay, donde se han ejecutado acciones integrales en salud en diferentes niveles y grados de profundidad durante la primera y segunda década del siglo XXI.

Con el propósito de promover la soberanía sanitaria pero principalmente contribuir a garantizar el derecho fundamental de la salud de forma universal y gratuita, los programas desarrollados por el gobierno cubano se focalizaron en la población más pobre y vulnerable de Suramérica. Población que se ubica en las periferias urbanas, los cinturones de miseria, las ciudades del interior, las comunidades indígenas, las áreas de poblamiento afrodescendiente y en las zonas selváticas o de menor densidad poblacional. Concentrarse en la comunidad de estas zonas, tuvo como objetivo fomentar procesos de inclusión social de

millones de personas que viven en situación de pobreza y marginalidad. A través de la implementación de las acciones sanitarias, Cuba contribuyó a realizar una contra reforma al régimen instaurado por el neoliberalismo en toda América Latina desde finales de la década del ochenta. Régimen que privatizó el derecho a la salud propiciando mediante esta acción el deterioro de las condiciones de vida de grandes grupos poblacionales.

El programa con mayor nivel de cobertura que se implementó en la región fue la Operación Milagro. Dicha iniciativa fue adelantada en todos los países con los que Cuba tiene acuerdos y convenios excepto Brasil, con el objetivo de erradicar la ceguera prevenible generada por cataratas y pterígio. La Operación Milagro fue lanzada por Cuba y Venezuela en el año 2004 siendo desarrollada en diferentes países del área de modo progresivo. Los primeros beneficiarios fueron llevados a la isla para ser intervenidos quirúrgicamente. En años posteriores las personas fueron atendidas en diferentes centros oftalmológicos ubicados en países como Bolivia, Uruguay, Paraguay, Ecuador y Venezuela.

Los resultados de la Operación Milagro y otros programas oftalmológicos cubanos han sido sorprendentes. Hasta el año 2015 habían sido operados 35.655 argentinos, 2.294.518 bolivianos, 140.000 ecuatorianos, 23.000 paraguayos, 44.851 uruguayos, 2.700.000 venezolanos y 300.000 personas de países como Colombia, Salvador y República Dominicana (SARDENBERG, 2015). Se destaca a su vez el arribo de la Brigada internacional Henry Reeve en Bolivia, en el año 2006, para atender las emergencias provocadas por las fuertes lluvias, específicamente en el departamento amazónico de Beni (CUBA, 2012a).

Adicionalmente, en varios países se llevaron a cabo programas específicos ajustados a las necesidades sanitarias nacionales. En Bolivia se ejecutó la Misión Moto Méndez (2009), dirigida a personas en condición de discapacidad y Mi salud (2013), orientada a la prevención de enfermedades transmisibles. También se desarrolló un programa de formación de médicos bolivianos a través de las becas ofrecidas por el gobierno cubano. En Ecuador se implementaron programas de asistencia médica en el área de oftalmología, medicina familiar, enfermedades crónicas no transmisibles, oncología, angiología, cirugía vascular, fisiatría, traumatología, ortopedia, podología y fisioterapia. Los acuerdos de cooperación contemplaban a su vez la provisión de insumos médicos. Para atender la enfermedad de la

diabetes, de gran prevalencia en el país, en el 2012 fueron creadas las Unidades de Atención al Pie diabético con profesionales cubanos especialistas en cirugía vascular y angiología (ECUADOR, 2013; ECUADOR, 2014a). Otro problema de salud que aqueja a los ecuatorianos es el dengue. Para atacar esta enfermedad tropical, fue puesto en marcha el Proyecto de Participación Comunitaria de Control Biológico de la larva del *Aedes Aegypti*. Dos años más tarde, en el 2014, se comenzó a ejecutar un programa de capacitación de profesionales de la salud ecuatorianos que se desempeñaban en atención primaria en zonas vulnerables y de difícil acceso geográfico. Para dichas zonas se desplazaron 200 médicos cubanos que dieron asistencia técnica en medicina familiar, comunitaria e intercultural y atendieron pacientes directamente. Las acciones fueron de gran cobertura llegando a actuar en zonas de frontera, selvas y otras zonas de interior del país alejadas de los principales centros urbanos (ECUADOR, 2014b).

En Guyana la intervención abarcó asistencia médica, docencia e investigación científica. La atención médica tuvo una amplia cobertura en el territorio nacional. En el año 2014 los profesionales cubanos actuaron en seis de las diez regiones del país atendiendo 399.178 pacientes de un total de 800 mil habitantes que tenía la nación para la época. La colaboración también abarcó la formación de médicos guyaneses tanto en suelo nacional como en territorio cubano y la ejecución de la Operación Milagro (EMBAJADA DE CUBA EN GUYANA, 2015).

En Paraguay las acciones médicas se concentraron en la salud ocular y la capacitación profesional. La atención oftalmológica se llevó a cabo en el Centro Oftalmológico localizado en el distrito de María Auxiliadora, en el Departamento de Itapúa (EMBAJADA DE CUBA EN PARAGUAY, 2015). En cuanto a la formación de capital humano, en el 2012 había 499 paraguayos estudiando medicina en Cuba y aproximadamente 908 profesionales que ya habían regresado después de culminar su proceso en medicina general integral con énfasis en atención primaria (CUBA, 2012b).

En el caso de Perú, las acciones sanitarias datan de 1970 cuando Cuba envió 100 brigadistas para apoyar las víctimas de un terremoto ocurrido en la ciudad de Huaraz. En el año de 1991 la población peruana recibe nuevamente colaboración, esta vez para combatir el cólera. Las actividades de mayor cobertura e impacto inician a partir de 1999 con la suscripción del

Convenio Básico de Cooperación Técnica y se amplían en el 2013 con la firma de un convenio complementario. Con base en estos acuerdos tres Brigadas Médicas actúan, de 2008 a 2012, en los centros de salud de Ica y en el Hospital Virgen de la Candelaria en Cajamarca. En la región de Cusco, de 2009 a 2012, también intervino una Brigada Oftalmológica. Anterior a esta actividad, en el 2007, se había prestado atención humanitaria para atender el terremoto de la ciudad de Pisco, en Ica (PERU, 2014). En el año 2014, un Memorado de Entendimiento firmado entre los dos países, sentó las bases legales para que Cuba llevara a cabo un amplio programa de capacitación de recurso humano peruano, elaboración y actualización de normas técnicas, apoyo a las Redes Integradas de Atención Primaria y asesoría en investigación epidemiológica y gestión sanitaria (PERU, 2014).

En Surinam las acciones abarcaron la atención básica, la asistencia técnica y una campaña para enfrentar la epidemia del Ebola. El combate de esta enfermedad se llevó a cabo con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud con el objetivo de evitar que se propagara por el resto de los países de la región.

Finalmente tenemos la intervención en Uruguay, país con el que Cuba viene adelantado actividades sanitarias conjuntas desde el año 2007 cuando fue firmado un acuerdo de cooperación. El acuerdo contemplaba asistencia técnica, transferencia de tecnología médica, intercambio de productos biológicos, biotecnológicos y medicamentos y la creación de un Centro Oftalmológico de formación docente e investigación. En este marco, el gobierno cubano donó recursos al Ministerio de Salud Pública de Uruguay para la adecuación del Hospital de los Ojos José Martí (URUGUAY, 2012).

En el año 2010 fue firmado un nuevo convenio para ampliar la intervención médica cubana en Uruguay. Esta vez contempló la compra de 200 mil dosis de la vacuna pentavalente aunado a capacitación de los equipos de salud para protegerse frente al virus del ébola. Más tarde, en el año 2011, se desarrolló proyecto de fabricación de prótesis para miembros inferiores apoyado por especialistas en el área. La iniciativa culminó con la inauguración del laboratorio de orto prótesis del Hospital de Clínicas (EMBAJADA DE CUBA EN URUGUAY, 2013).

6.2 Misión Barrio Adentro I, II y III en Venezuela

Los programas de salud adelantados en Venezuela constituyen la intervención de mayor envergadura realizada por Cuba en los países del cono sur del continente americano. La Misión Barrio Adentro, columna vertebral de todo el proceso, representó un cambio sustancial del Sistema Nacional de Salud de Venezuela en dos dimensiones, de un lado, en la calidad de la atención, y de otro, en la infraestructura para prestar los servicios de salud a la población. Este proyecto hizo parte de un grupo de 20 misiones por medio de las cuales el presidente Hugo Chávez buscó cristalizar en la práctica la Revolución Bolivariana. Todos los programas gubernamentales iniciaron en el año 2003 en medio de un clima de aguda confrontación y polarización política que tuvo su máxima expresión en el Golpe de Estado fraguado en abril de 2002. Golpe al que le siguieron otros dos intentos de desestabilización política, el primero, el Paro Petrolero realizado en diciembre del mismo año, y el segundo, el Referendo Revocatorio de agosto de 2004 (D, ELIA, 2006).

Las misiones se diseñaron e implementaron para intervenir en áreas centrales del bienestar humano como educación (Misiones Robinson I y II, Ribas y Sucre), seguridad alimentaria (Misión Mercal), salud (Barrio Adentro I, II y III), economía popular (Misión Vuelvan Caras) y vivienda (Misión Hábitat). Desde el punto de vista institucional, se convirtieron en los mecanismos para desarrollar las líneas de acción del gobierno y su proyecto político. Un laboratorio social para maniobrar en el contexto de una débil institucionalidad que no contaba con la capacidad para efectuar acciones de cambio estructural en el corto plazo. Las misiones atendieron rápidamente la población más vulnerable del país, siendo una estrategia política para arropar los sectores de mayor respaldo al gobierno en un momento donde se veía amenazada su continuidad (D, ELIA, 2006; GUEDEZ, 2009).

Con la implementación de las misiones se perseguían cuatro objetivos: propiciar la inclusión y la igualdad social; consolidar la democracia social, popular y participativa; instaurar un estado social constituyente y construir un nuevo modelo de desarrollo endógeno. En el caso específico de las misiones de salud, se buscaba reducir el déficit de atención en derechos sociales fundamentales, garantizando la inclusión social y elevando la calidad de vida de los sectores populares (D, ELIA, 2006; LEAL, 2007). La Misión Barrio Adentro comienza su ejecución oficial en el año 2003, sin embargo, es precedida por tres grandes momentos. El

primer de ellos se ubica en las Brigadas Médicas de Vargas. El 15 diciembre de 1999 ocurre uno de los peores desastres naturales de Venezuela en toda su historia, ocasionado por una intensa ola invernal que supera todos los registros históricos de precipitaciones para esa época del año. Catorce de los veintitrés estados que conforman el país resultan gravemente afectados, entre ellos, se destacan los ubicados en la costa norte como son Vargas, Miranda y Falcón. Grandes deslizamientos de tierra e inundaciones afectaron miles de habitantes que perdieron su vida y enseres. No se conoce con certeza cuántas personas murieron, pero estadísticas no oficiales hablan de cerca de 30.000 víctimas mortales y más de 100.000 damnificados en todo el país.

La población que sufrió los mayores daños es la que vivía en el estado de Vargas, ubicado en la costa norte del país sobre el mar caribe. Las fuertes lluvias generaron avalanchas incontrolables cargadas de inmensas rocas, tierra, árboles y capa vegetal proveniente de las laderas septentrionales de la Serranía del Ávila. Los deslaves fueron provocados por las intensas descargas de humedad que trajeron los vientos del norte cuando intentaban pasar las montañas del litoral central del país. Dos días antes de la tragedia ya había caído cinco veces más la precipitación histórica que suele caer en las dos primeras semanas de diciembre todos los años. El acumulado de diez días continuos de lluvia, que ya había provocado cientos de damnificados, erosiona las cordilleras generando una estremecedora avalancha de varios ríos de la zona que arrastran todo cuanto se encuentra a su paso incluyendo personas, viviendas y carros. Cientos de personas son arrastradas hasta el fondo del mar donde perecen ahogadas. Otras tantas quedan sepultadas bajo el alud de tierra con escombros y nunca más se vuelve a saber de ellas. Los resultados en Vargas fueron devastadores, en total, 215.000 personas afectadas y 55.000 damnificadas (D, ELIA, 2006).

Como parte de la ayuda internacional que se dispuso para atender esta tragedia, el 17 de diciembre de 1999 llega una brigada de salud cubana integrada por 454 personas entre las cuales se encuentran 250 médicos. El resto del personal estaba compuesto por profesionales de enfermería, epidemiología y técnicos de higiene que se encargaron de organizar planes de atención y formar a miembros de la comunidad como promotores de salud. Las actividades sanitarias se concentraron en Vargas hasta el 2002 en vista de los graves estragos provocados

por el desastre natural, pero en ese mismo año las labores se extienden a zonas rurales de los estados de Lara, Miranda, Trujillo y Bolívar (D, ELIA, 2006; GUEDEZ, 2009).

Un segundo momento lo configura el Convenio de Cooperación Integral firmado el 30 de octubre del año 2000 entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela. El acuerdo contemplaba la venta 53.000 barriles de petróleo anuales a precios preferenciales por parte de Venezuela, mientras Cuba se comprometía a suministrar servicios médicos de especialistas y técnicos de salud para realizar acciones sanitarias en zonas desatendidas del país (FEINSILVER, 2008). También se ofreció colaboración en la formación médica de estudiantes venezolanos en Cuba, la venta de medicamentos, equipos y productos médicos, y el tratamiento de pacientes venezolanos en Cuba.

Por medio del acuerdo suscrito se da soporte legal al trabajo de las brigadas médicas que venían operando en varios estados del país desde 1999, en medio de un manto de críticas proferidas por voceros políticos de la oposición al gobierno y la Federación Médica Venezolana (GUEDEZ, 2009). Adicionalmente se abre la posibilidad que Cuba extienda la colaboración en diferentes áreas como alimentación, educación y deportes. El Convenio multisectorial se fortalece con un Acuerdo Migratorio firmado en el año 2001 mediante el cual se busca facilitar el flujo de ciudadanos cubanos y venezolanos entre ambos países con fines de formación y ayuda médica (D, ELIA, 2006).

El tercer momento que precede el inicio de la Misión, se da con el lanzamiento del Plan Integral Barrio Adentro para Caracas, implementado en el año 2002 por la alcaldía del municipio Libertador, ciudad de Caracas (GUEDEZ, 2009; LEAL, 2007). El Plan hizo parte de una estrategia de desarrollo local que tenía como objetivo llegar a los barrios más pobres y marginados de la ciudad, a través de una intervención que buscaba integrar los diferentes campos de la política social. En su ejecución se crearon, en el área de la salud, las Casas de la Vida y la Salud, más adelante denominadas como Consultorios Populares, las Boticas Populares y los Comités de Salud. Todos estos espacios comunitarios tenían como objetivo realizar actividades de promoción y prevención, atención en salud, suministro de medicamentos a precios solidarios y brindar servicios de especialistas (D, ELIA, 2006).

Para el desarrollo de dichas actividades viajaron en el año 2003 los primeros 53 médicos amparados en un convenio firmado entre el alcalde del municipio de Libertador y el

embajador de Cuba en Venezuela. Con la ejecución de esta iniciativa, se abrió el camino para la puesta en marcha de un nuevo modelo de atención primaria fundamentado en la promoción de salud y la participación comunitaria, que a su vez daba piso a la edificación del nuevo Sistema Público de Salud contemplado en la constitución de 1999 (GUEDEZ, 2009; ESPINOZA, 2004). El proceso de intervención partía de un concepto de salud entendido como calidad de vida que implicaba trabajo en red fundamentado en principios como coordinación, diálogo, consenso, comunicación, intercambio, integración, suma de esfuerzo y trabajo conjunto (MSDS, 2002).

La adopción del nuevo modelo de salud integral bajo la visión de lo público exigía cambiar las formas de atención, el ordenamiento institucional y los procesos operativos, pero, sobre todo, el enfoque curativo-farmacéutico que se encontraba re-instalado después de las reformas neoliberales en todos los países de la región (CAMPOS, 2007; PAIM, 2013). En su reemplazo debía primar un modelo de prevención y promoción de la salud de corte comunitario, que tuviese en cuenta los problemas sociales de las comunidades desde un enfoque intercultural (LEAL, 2007). En ese marco, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), propuso la creación de una red conformada por tres ejes: los Núcleos de Atención Primaria en Salud (NAPIS), los Centros de Atención Primaria Integral (CAPRI) y los Centros de Especialidades Ambulatorias (CESPA) (D, ELIA, 2006).

Este esquema de intervención de salud pública implicaba conocer las características sociales, demográficas y epidemiológicas de las familias; identificar los principales problemas de salud y situaciones de riesgo a las que estaban expuestas las comunidades plasmados en mapas de los procesos salud-enfermedad; hacer seguimiento a los casos y desarrollar actividades de promoción de la salud, todo con la participación de las comunidades. La magnitud del desafío llevaría a profundas reformas en todos los órdenes de funcionamiento del sistema (D, ELIA, 2006; LEAL, 2007).

Desarrollar este complejo modelo de intervención sanitaria exigió que los profesionales de la salud cubanos se insertaran en lo más íntimo de las comunidades. Fue así como los 53 médicos que llegaron para dar vida al Plan Integral Barrio Adentro para Caracas fueron alojados en casas de familia dentro de las mismas comunidades por intermediación del Instituto para el Desarrollo Local (IDEL) y los coordinadores de la Misión Médica Cubana.

El hospedaje, la manutención y la seguridad de los médicos, fueron asumidos por las propias comunidades, pues en el inicio de la Misión los promotores del IDEL no contaban con recursos para costear gastos de alquiler de casas ni seguridad de los médicos/as. El único recurso con el que se contaba era para pagar el sueldo de estos, 400.000 bolívares, que al cambio de la época representaban aproximadamente 320 dólares mensuales. También era suministrada una bolsa de comida quincenal. En los primeros meses la Misión se lleva a cabo gracias a la solidaridad del pueblo cubano y de las comunidades venezolanas que ofrecían lo poco que tenían para los galenos de la salud. Dos meses de iniciada la Misión en Caracas, llegan 191 médicos más que se unen al programa a pesar de las condiciones de trabajo ofrecidas. En meses posteriores llegan otros 67 galenos al estado de Zulia en las mismas condiciones, lo que representaba un gran desafío para la sostenibilidad el programa en el mediano plazo. A las condiciones de vida de los profesionales cubanos debía sumársele las características de los lugares donde llegaban a desarrollar su práctica médica, esto es, localidades pobres y alejadas con poca infraestructura, poblados donde ningún otro profesional de la salud se había atrevido a entrar antes (D, ELIA, 2006; LEAL, 2007).

La inserción comunitaria de los médicos pasaba por dos fases. En la primera se hacía recorrido por las zonas, la presentación del programa y la identificación de los problemas de salud. En la segunda fase se creaban comisiones de acompañamiento comunitario para la instalación de los médicos en las casas de la población. Para facilitar el segundo proceso se creó la Escuela de Formación de Promotores Comunitarios. Los voluntarios que se formaron en esta escuela, aproximadamente 300 personas en su primera cohorte se convirtieron en los funcionarios de los Comités de Salud que sirvieron de soporte para la ubicación de médicos que llegaron en meses posteriores.

El trabajo de los médicos/as arranca en el mes de abril de 2003. A finales de julio ya estaban funcionando 33 Consultorios Populares de un proyectado de 2000 consultorios para el mes de octubre. En aquel entonces la Misión funcionaba a partir de los recursos que disponían en asocio, la alcaldía del municipio Libertador, lo aportado por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) y los suministros en especie que colocaban los pobladores donde se hospedaban los profesionales cubanos. En esta fase exploratoria, el gobierno cubano realizó una donación de 33 toneladas de medicinas de acuerdo con un listado de 103 reglones

de medicamentos esenciales, requeridos según el perfil epidemiológico de cada estado y zona de Venezuela. Según evaluación realizada por equipos médicos cubanos, esos medicamentos constituían un arsenal suficiente para solucionar el 95% de los problemas de salud de la población de forma inmediata y gratuita (D, ELIA, 2006).

El Plan Integral Barrio Adentro para Caracas fue un gran laboratorio para probar las bondades y desafíos de la Misión Nacional que se lanzó oficialmente el 6 de Julio del año 2003 a través del programa Aló Presidente número 155. Cronológicamente los médicos hicieron su arribo al país de la siguiente forma: entre los meses abril y junio son incorporados 303 médicos a los municipios Libertador y Sucre del Distrito Metropolitano. En una etapa posterior, entre julio y agosto de 2003, se suman otros 686 profesionales que llegan a trabajar a dos municipios del estado Miranda. Para esa fecha ya se contaba con 990 profesionales. Después que el presidente Hugo Chávez lanza la iniciativa para toda Venezuela, entre octubre y diciembre del mismo año, se trasladaron 9.179 médicos cubanos a los estados Lara, Zulia, Carabobo, Apure y al resto de los estados del país, con lo que se alcanzó un total de 10.169 médicos ubicados en los 23 estados de la nación y el Distrito Capital. De todos estos, 52,4% eran mujeres (D, ELIA, 2006).

La meta en los municipios donde se hacía presencia era tener un médico por cada 250 familias. Para alcanzar este objetivo y lograr una atención adecuada, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), se comprometió a iniciar un gran plan de infraestructura, con presupuesto inicial de 40 millardos de bolívares, con el fin de construir los consultorios populares, los cuales conformarían el primer nivel de atención primaria del Sistema público Nacional de Salud. El 14 de diciembre de 2003, el presidente de la república inauguró el primero de estos consultorios en el barrio el Onoto de Caricuao. En dichos centros de salud se ofrecerían servicios de consulta externa, ambulatorios, educación en salud, odontología y estomatología, estos dos últimos correspondientes al programa Dale una Sonrisa al Barrio (GUEDEZ, 2009).

En el momento que el gobierno decide adoptar las acciones sanitarias de salud familiar, como el primer nivel de atención del nuevo Sistema Público Nacional de Salud, la Misión se transforma en Barrio Adentro I. Para esto era necesario construir los módulos de atención definitivos y adecuar la red de servicios ambulatorios para el funcionamiento de los

consultorios populares (Ver Tabla 7). Para fortalecer la Misión se desarrollan varias actividades durante el 2004 entre las que se destacan: inventario de consultorios populares provisionales, planificación financiera para darle sostenibilidad a la misión, apertura del posgrado en Medicina General Integral para médicos venezolanos y creación de coordinadoras regionales y municipales. Adicionalmente se reestructura la Misión teniendo en cuenta el Sistema Público Nacional de Salud de la siguiente forma: Consultorios Populares (primer nivel de atención primaria), Clínicas Populares (segundo nivel de atención especializada) y Hospitales del Pueblo (tercer nivel de atención hospitalaria). A cada uno de estos niveles le corresponderá la Misión Barrio Adentro I, II y III, respectivamente.

Tabla 7. Barrio Adentro I: Atención Primaria en Salud

Centros	Servicios	Recursos Humanos y físicos	Cobertura
Consultorios populares (provisionales)	Consulta médica gratuita Visita domiciliaria Suministro gratuito de medicamentos Vacunación	8.573 consultorios 14.345 médicos/as cubanos/as 1.104 médicos/as venezolanos/as 293 enfermeras/os cubanas/os 3.193 enfermeras/os venezolanas/os 1.805 puestos de vacunación 8.500 comités de salud	1 médico/as cada 250 familias o 1.500 personas y aproximadamente un 70% de población dispensarizada
Consultorios populares (módulos definitivos)	Consulta médica gratuita Visita domiciliaria Suministro gratuito de medicamentos Vacunación Residencia de médicos/as	600 módulos equipados 535 casas para la venta 2.174 terrenos certificados 25.000 estudiantes de medicina integral comunitaria	
Clínicas Odontológicas	Consulta gratuita	1.415 clínicas odontológicas 3.071 odontólogos/as cubanos/as 1.320 odontólogos/as venezolanos/as	
Misión Milagro	Consultas y hospitalización en Oftalmología, Cardiología, Pediatría, Enfermedades de la piel, Tumores, Enfermedades infecciosas, Enfermedades parasitarias, Enfermedades de la sangre, Enfermedades articulares, Órganos hematopoyéticos, Enfermedades endocrinas, Enfermedades sistema circulatorio, Enfermedades sistema nervioso.	Traslado de pacientes venezolanos/as a Cuba para recibir atención médica especializada e intervenciones quirúrgicas en 14 centros de salud en ese país.	

Fuente: D'ELIA, 2006, p. 36

Frente a la construcción y/o adecuación de estas instalaciones, se colocan metas para el 2014 pero no logran cumplirse a cabalidad. Por ejemplo, solo 6,4% de los 5000 consultorios populares previstos fueron construidos. El 15 de junio del 2015 el presidente de la República anuncia el lanzamiento de la segunda etapa de Barrio Adentro con el objetivo de construir

y/o adecuar instalaciones médicas de segundo nivel (Ver Tabla 8). La meta inicial se trazó en 600 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), así como la construcción de Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y Centros de Alta Tecnología (CAT) (D, Elia, 2006; Leal, 2007).

Tabla 8. Barrio Adentro II: Atención en especialidades, emergencias, diagnóstico y rehabilitación

Centros	Servicios	Recursos Humanos y físicos	Cobertura
Clínicas Populares	Atención ambulatoria especializada y emergencias por 24 horas en Medicina interna, Pediatría, Ginecoobstetricia, Salud mental, Cirugía general, Neonatología, Otorrinolaringología, Ortopedia, Cardiología, Dermatología, Oftalmología, Cirugía ambulatoria, Sala de partos, Sala de cuidado intensivo e intermedio, Sala de observación, Laboratorio e imagenología, Banco de Leche Materna y Odontología.	3 clínicas en funcionamiento 4 clínicas por abrirse 151 ambulatorios urbanos tipo III y hospitales tipo I por rehabilitarse y equiparse.	Atención a 50.000 personas por clínica. Cada clínica atiende 45 consultorios populares.
Centros de Diagnóstico Integral (CDI)	Atención especializada, de emergencia y diagnóstica las 24 horas. Incluye: Quirófano, Terapia intensiva, Observación, Laboratorio clínico, Laboratorio SUMA (*) Rayos X Estacionario, Endoscopia, Ultrasonido diagnóstico, Sala de yeso, Electrocardiograma, Oftalmología clínica y seguimiento a enfermedades oftalmológicas y Anatomía patológica.	Construcción y equipamiento de 300 centros	Acceso por referencia de un consultorio popular o por emergencia
Salas de Rehabilitación Integral (SRI)	Rehabilitación en las áreas de Optometría, Podología (problemas con pies), Logopedia y foniatría (trastornos de lenguaje, habla y audición), Fisiatría, Gimnasios pediátrico y de adultos, Diatermia y Electroterapia para dolores, Medicina natural y tradicional, Hidroterapia, Terapia ocupacional, Termoterapia, así como Tratamientos para: Accidentes Cerebro Vasculares, Sistema Nervioso, Otorrinolaringología, Fracturas y esguinces, Bursitis, Hernias discales, Cicatrices y Quemaduras recientes	Construcción y equipamiento de 300 Centros	Acceso por referencia de un CDI, Clínica Popular, Hospital Público o Consultorio Popular
Centros de Alta Tecnología (CAT)	Atención diagnóstica de alta complejidad que cuenta con Resonancia magnética nuclear, Tomografía axial computarizada, Ultrasonido tridimensional no invasivo, Mamografía, Video endoscopio, Laboratorio clínico, Rayos X Flotante, Electrocardiografía, Laboratorio SUMA	Construcción y equipamiento de 35 centros	Acceso por referencia de un CDI, Clínica Popular, Hospital Público o Consultorio Popular

Fuente: D'ELIA, 2006, p. 37

El 28 de agosto de 2005, en una nueva alocución presidencial, es lanzado Barrio Adentro III, esta vez enfocado en la recuperación y modernización de los 229 hospitales públicos que había en el país. Adicionalmente se propone construir dos centros de cardiología infantil y

otros centros hospitalarios en varios estados de la nación que no contaban con hospital. Para algunos analistas esta última acción constituye el lanzamiento de Barrio Adentro IV (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Barrio Adentro III: Atención hospitalaria

Centros	Servicios	Recursos Humanos y físicos	Cobertura
Hospitales del Pueblo	Atención las 24 horas del día y hospitalización dando prioridad a las enfermedades cardiológicas, SIDA; enfermedades renales	Recuperación y modernización de 299 hospitales públicos, de los cuales 218 son del MSDS, 29 de INAGER, 33 del IVSS, 3 de PDVS y 13 de las FFAA. Adoptar un nuevo modelo de gestión que incluye: Reestructuración del aparato administrativo, Lucha contra la corrupción, Adecuación tecnológica, Adquisición de equipos e insumos de primera calidad, Dedicación exclusiva del personal de salud, Activación y consolidación de las contralorías sociales.	Atención a 50.000 personas por clínica. Cada clínica atiende 45 consultorios populares.
Nuevos Hospitales		Construcción y equipamiento de 5 nuevos centros: 2 cardiológicos infantiles y 3 centros hospitalarios en los estados Guárico, Amazonas y Carabobo.	
Salas de Rehabilitación Integral (SRI)	Rehabilitación en las áreas de Optometría, Podología (problemas con pies), Logopedia y foniatría (trastornos de lenguaje, habla y audición), Fisiatría, Gimnasios pediátrico y de adultos, Diatermia y Electroterapia para dolores, Medicina natural y tradicional, Hidroterapia, Terapia ocupacional, Termoterapia, así como Tratamientos para: Accidentes Cerebro Vasculares, Sistema Nervioso, Otorrinolaringología, Fracturas y esguinces, Bursitis, Hernias discales, Cicatrices y Quemaduras recientes	Construcción y equipamiento de 300 Centros	Acceso por referencia de un CDI, Clínica Popular, Hospital Público o Consultorio Popular

Fuente: D'ELIA, 2006, p. 38

En el año 2005, la Misión Barrio Adentro constituía una densa estructura conformada por 12.000 centros de servicios, de los cuales 11.000 eran nuevas centros de atención. La Misión era ejecutada por 26.397 profesionales de medicina y 25.000 estudiantes en formación. Se ejecutaba en el entendido que la Atención Primaria era uno de los pilares de la política de salud con el propósito de dar respuesta a las necesidades de salud de la población excluida. Esto bajo los principios de universalidad, equidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad. Todo en

últimas debería aportar al objetivo de mejorar la calidad de la salud y de la vida (GUEDEZ, 2009; LEAL, 2007).

Balances realizados al cabo de tres años de funcionamiento, resaltaban a la vez que las Misiones presentaban un conjunto de problemas de gestión alrededor de tres aspectos: operativo, situación de los médicos/as y financiamiento. Entre ellos se destaca que cerca del 80% de los consultorios funcionaba en casas o locales provisionales; el equipo de salud dentro del consultorio no estaba operando por completo; los médicos cubanos no estaban autorizados para coordinar acciones con el sistema de salud público; el número en enfermeras era insuficiente para la cantidad de consultorios; faltaban promotores comunitarios de salud; faltaba sistematización de la información y faltaba coordinación entre los profesionales cubanos y las instituciones médicas venezolanas. En síntesis, problemas de integración normativa, programática y territorial, todo lo cual era magnificado y amplificado por la Federación Médica Venezolana que en repetidas ocasiones llevó el caso de las Misiones Médicas a los altos tribunales de justicia venezolanos con el fin de dar término a su ejecución (GUEDEZ, 2009; LEAL, 2007; D, ELIA, 2006).

En la propuesta de reforma del año 2007, se intentó darle rango constitucional a las Misiones postulándolas como una forma renovada de administración pública. En el 2008 se aprueba la Reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública que establece las misiones como una modalidad de gestión gubernamental. Sin embargo, en los próximos años éstas recibirán fuertes críticos, en el caso específico de las Misiones Médicas, por parte de las corporaciones médicas venezolanas ancoradas en la red pública y en el seno de los prestadores privados de salud (GUEDEZ, 2009).

Los detractores acérrimos de la Misión Barrio Adentro señalaban que la principal deficiencia de este programa se encontraba en el paralelismo que mantenía con el Ministerio del Poder Popular para la Salud y las Direcciones Regionales de Salud, hecho que contribuía a la ineficiencia del estado y la corrupción. En efecto, en Venezuela las reformas realizadas conllevaron a la coexistencia de dos modelos de atención y prestación de servicios de salud: la red convencional y las Misiones. Los gremios médicos, la mayoría liderados por intereses particulares, manifiestan además que Venezuela había tenido una regresión significativa en sus indicadores básicos de salud, la información epidemiológica no era reportada de manera

continúa lo que afectaba el proceso de vigilancia y la estructura sanitaria en el nivel de atención primaria era insuficiente (GUEDEZ, 2009). La Misión Barrio I se concentró en fortalecer la atención primaria, no obstante, sus otras fases, Barrio Adentro II y III, pretendieron incidir en el nivel secundario y terciario del Sistema Público Nacional de Salud, tras lo cual, para los gremios y corporaciones médicas, la iniciativa perdió el rumbo.

Reconociendo varias de las críticas realizadas en el diseño e implementación de Barrio Adentro, no puede perderse de vista que el debate en torno al impacto de esta Misión, pasa por una fuerte confrontación entre modelos de organización socio-política y económica. En ese sentido, se trata de un debate orientado por la defensa de grandes intereses económicos, cuyos representantes desconocen las deficiencias históricas de un Sistema Nacional de Salud, que desde siempre ha sido manejado desde un enfoque curativo-farmacéutico, por agentes que conciben la salud como una mercancía y a los pacientes como objetos de cambio monetario.

Como aspectos positivos, debe destacarse que para el año 2015 habían sido realizadas más de 617 millones de consultas en el ámbito del programa y se habían logrado salvar cerca de 1,75 millones de vidas a través de los tratamientos ofrecidos. Los 53 médicos que iniciaron el programa oficialmente en la ciudad de Caracas en el año 2003, se convirtieron en 30.000 profesionales en el año 2013. En los años posteriores, el deterioro del programa por la drástica disminución de los ingresos corrientes de la nación provenientes principalmente de la renta petrolera, llevó a un éxodo masivo del personal de salud cubano. En el año 2017 se encontraban en el país menos de 2000 médicos.

A pesar del progresivo desmantelamiento de la Misión por causa de la grave crisis económica y política en la que se encuentra sumida Venezuela desde la muerte de Hugo Chávez, es necesario reconocer que la participación de los médicos cubanos en el sistema fue notable, tanto así que el presidente Maduro en alocución realizada en 2014, señaló que de las 647 millones de consultas realizadas en el sistema en los últimos 11 años, 80% había sido atendida por los profesionales cubanos (SARDENBERG, 2015).

6.3 Programa Más Médicos del Brasil

El Programa Más Médicos (PMM) fue creado por medio de la Medida Provisoria No 621 del 8 de julio de 2013 y reglamentado en octubre del mismo año por la Ley No 12.871

convirtiéndose de esa forma en una Política de Estado orientada a la modernización y fortalecimiento del Sistema Único de Salud (SUS). Con la creación del programa se pretendió dar solución a un problema estructural que venía agudizándose con el pasar de los años: la escasez de médicos y su inequitativa distribución en el territorio brasilero (SCHEFFER et al., 2015). También se buscaba reformar el proceso de formación en medicina general integral, especializada necesaria para atender y fortalecer la atención primaria. La escasez de médicos se acentuó en Brasil en los últimos años por varios factores.

En primer lugar, por el incremento de los recursos públicos dirigidos a la expansión del SUS que en consecuencia llevó a una mayor demanda de médicos. En segundo lugar, por el aumento de la formalización laboral y el incremento de los ingresos de los trabajadores que llevaron a que muchas personas se volvieran beneficiarias de los servicios de salud. En tercer lugar, por el desfase entre la oferta y la demanda de médicos. Entre el 2003 y el 2012 el mercado trabajo abrió 143 mil nuevos empleos formales para médicos, mientras que las escuelas de medicina solo formaron 93 mil en el mismo periodo, lo que equivale a una cobertura de 65%. El desfase acumulado sumó 50 mil médicos durante todo el periodo de referencia. La confluencia de estas situaciones incrementó el descontento de las comunidades y los alcaldes municipales que solicitaban la creación de una política nacional que ampliará la cantidad de médicos adscritos al sistema (MINISTERIO DE SALUD, 2015).

El déficit de médicos en Brasil es notable. En el año 2012 el país contaba, para el agregado nacional, con 1,8 médicos por cada mil habitantes, un promedio mucho más bajo que el de otros países de la región como Argentina (3,2) y Uruguay (3,7) y de otras naciones como Portugal (3,9) y España (4) (Ministerio de Salud, 2015). Las desigualdades entre regiones y entre estados en Brasil eran aún mayores, pues de las 26 Unidades de la Federación junto al DF, 22 estaban por debajo de la media nacional. El Norte (0,97) y el Nordeste (1,09) tenían tasas por debajo del promedio nacional mientras que la región Centro Oeste (1,88), Sur (1,86) y Sudeste (2,42), mantenían tasas superiores configurando un fenómeno de inequidad estructural en la distribución de personal médico en el país (MINISTERIO DE SALUD, 2015). Los datos por región evidenciaban que la situación era aún más acuciante en estados como Maranhão (0,58), Amapá (0,76), Pará (0,77), Piauí (0,92) y Acre (0,94), que tenían menos de un médico por cada mil habitantes. En el otro extremo, el Distrito Federal con 3,46

médicos/1.000 habitantes y los estados de Rio de Janeiro con 3,44, São Paulo con 2,49, Rio Grande do Sul con 2,23 y Espírito Santo con 1,97, se destacaban por sus buenos índices de cobertura médica (MINISTERIO DE SALUD, 2015).

La última edición de la Demografía Médica del Brasil, publicada en 2015, mostraba ciertos avances, pues el país contaba para ese año con 399.692 médicos para una población de 204 millones de habitantes, lo que arrojaba una razón de 1,95, profesionales por cada mil, una cifra que continuaba siendo baja según la meta de 2,5 médicos por cada mil habitantes establecida por el Ministerio de Salud (SCHEFFER et al., 2015).

Las desigualdades en la distribución obedecen a la construcción de un sistema híbrido permeado por la dualidad salud pública vs salud privada, que derivó en un modelo médico asistencial-privatista enmarcado en el enfoque biomédico (MACHADO, BAPTISTA y LIMA, 2012). Ese modelo obedeció a su vez a las reformas estructurales realizadas en los países de América Latina desde finales de los años ochenta que terminaron estimulando y reforzando un esquema de salud liberal-privatizador (CAMPOS, 2007; PAIM, 2013). En el contexto de ese sistema de salud fragmentado y excluyente, con tendencia hospital-céntrica, se diseñó el SUS en el Brasil a finales de la década del ochenta (EMERICH, et al., 2015).

La concentración de los servicios de Salud en las ciudades con mayor riqueza, centros urbanos y capitales del país se veía reforzada por un déficit de cobertura en la estrategia de salud familiar que llegaba al 50% (PAIM et al., 2011). Entre el 2008-2015, la cobertura de la estrategia de salud familiar creció una media anual de 1.141 equipos de salud de familia lo que representó un incremento de 1,4% equipos cada año aun con el incremento de financiación desde el 2011 (MINISTERIO DE SALUD, 2015). En ese año, la deficiencia en la atención básica de la salud (ABS), fue definida por el gobierno como una prioridad del sistema. En ese momento se identificaron 10 problemas que debían ser tenidos en cuenta por el Ministerio de Salud para diseñar una Política Nacional de Atención Básica:

1. Financiamiento insuficiente de la Atención Básica.
2. Infraestructura inadecuada de las Unidades Básicas de Salud (UBS).
3. Baja informatización de los servicios y poco uso de la información disponibles para la toma de decisiones en la gestión y la atención a la salud.

4. Necesidad de ampliar el acceso, reduciendo los tiempos de espera y garantizando la atención, en particular, a los grupos más vulnerables.
5. Necesidad de mejorar la calidad de los servicios, incluida la acogida, la resolución y la longitudinalidad del cuidado.
6. Poca actuación en la promoción de la salud y el desarrollo de acciones intersectoriales.
7. Desafío de avanzar en el cambio del modelo de atención y en el cambio de modelo y calificación de la gestión.
8. Inadecuadas condiciones y relaciones de trabajo, mercado de trabajo predatorio, déficit de provisión de profesionales y contexto de baja inversión en los trabajadores.
9. Necesidad de contar con profesionales preparados, motivados y con formación específica para actuación en la Atención Básica.
10. Importancia de ampliar la legitimidad de la Atención Básica con los usuarios y de estimular la participación de la sociedad.

Para dar solución a los problemas señalados, el gobierno creó en el 2011 la Política Nacional de Atención Básica (Pnab). Uno de los programas diseñados en el marco de esa política fue el PMM. También se incrementaron los recursos destinados para este nivel. Es así que en el mismo año se creó el Programa de Requalificação de las Unidades Básicas de Salud (Requalifica UBS), que sumando al PMM, recibió más de R\$ 5 billones de reales (MINISTERIO DE SALUD, 2015).

Múltiples iniciativas se adelantaron a través de la Pnab, entre las cuales se destacan dos medidas. En primer lugar, se reglamentó la Ley No 12.202 del 14 de enero de 2010, que disminuía la deuda de los médicos que financiaron sus estudios por medio del Fies, si estos participaban en la estrategia de salud de familia en áreas priorizadas por el Ministerio de Salud. En segundo lugar, se lanzó el programa de valorización de los profesionales de la atención básica (Provab), que buscaba cualificar a los egresados de medicina en la atención básica y motivarlos para actuar en las áreas con mayor necesidad. Las dos medidas resultaron insuficientes tal como lo habían sido otros programas ensayados sin éxito en décadas anteriores (OLIVEIRA et al., 2015).

La escasez derivó en dos protestas sociales en el año 2013 que son las que finalmente llevaron a la implementación del PMM. La primera, adelantada en enero y denominada “Cade o médico”, fue protagonizada por los alcaldes municipales que exigían que el gobierno central

tomara medidas para enfrentar la falta de médicos. La segunda, ocurre en junio, cuando se dan intensas manifestaciones populares siendo una de las demandas la mejora en las condiciones y servicios de salud. Una investigación realizada por el IPEA en el año 2011 ya había revelado que una de las principales exigencias de los ciudadanos brasileños era el aumento de médicos en el país (IPEA, 2011). En efecto, datos del Instituto de Geografía y Estadística del Brasil y del Ministerio de Salud, mostraban que había un déficit de médicos en buena parte de territorio nacional sin mencionar los problemas de funcionamiento y calidad de los servicios de salud.

Previo a las protestas sociales, comienzos del año 2013, la presidencia Dilma Rousseff había hecho el llamado al ministro de salud, Alexandre Padilla, para que estudiara una propuesta que solucionará el problema de los municipios de modo estructural. El programa finalmente se creó, vía legislativa, después de un amplio y acalorado debate público caracterizado por la aprobación popular y la oposición de las corporaciones médicas (GOMEZ, 2016). La medida provisoria fue discutida en la Cámara de los diputados y más adelante en el Senado de la República. En ese transcurso pasó de ser una política de gobierno y se convirtió en una política de estado. El programa fue diseñado persiguiendo los siguientes objetivos contemplados en la Ley 12.871:

- Disminuir la carencia de médicos en las regiones prioritarias para el SUS, a fin de reducir las desigualdades regionales en el área de la salud
- Fortalecer la prestación de servicios de atención básica en salud en el país
- Mejorar la formación médica en el país y proporcionar mayor experiencia en el campo de la práctica médica durante el proceso de formación
- Ampliar la inserción del médico en formación en las unidades de atención del SUS, desarrollando su conocimiento sobre la realidad de la salud de la población brasileña
- Fortalecer la política de educación permanente con la integración enseñanza-servicio, a través de la actuación de las instituciones de educación superior en la supervisión académica de las actividades desempeñadas por los médicos
- Promover el intercambio de conocimientos y experiencias entre profesionales de la salud brasileños y médicos formados en instituciones extranjeras
- Perfeccionar los médicos para la actuación en las políticas públicas de salud del país y en la organización y el funcionamiento del SUS
- Estimular la realización de investigaciones aplicadas al SUS

La Ley giró alrededor de tres ejes. Uno, provisión de emergencia de médicos para promover la atención básica en áreas prioritarias del SUS, junto con la mejora en las competencias médicas a partir de la articulación enseñanza-servicio. Dos, inversión en infraestructura para fortalecer la red de servicios básicos de salud. Se llevó a cabo a través de iniciativas como la recualificación de las unidades básicas de salud que buscaba mejorar las instalaciones existentes y crear nuevas. El eje tres, estaba asociado a la formación médica. Las acciones de éste buscaban autorización para crear nuevos programas de medicina, públicos y privados, acordes con las necesidades sociales de las comunidades. El proyecto actuó sobre áreas prioritarias definidas de acuerdo a criterios como: altas concentración de personas en condición de extrema pobreza; bajo índice de desarrollo humano; zonas semiáridas y de la región amazónica; áreas con población indígena y quilombola, zonas con dificultad para atraer y mantener profesionales de la salud (MINISTERIO DE SALUD, 2015).

Una vez comenzó el proceso de implementación de la Ley, se abrieron las convocatorias para municipios y médicos. Los municipios podían vincularse voluntariamente mediante la firma de un Acuerdo de Compromiso, entre ellos, proporcionar la manutención de los profesionales y su inserción en los equipos de atención básica. Una vez se asignaron los cupos a los municipios, inició el proceso de reclutamiento de los médicos. El proceso se desarrolló a través de convocatoria que detallaba tres grupos. El primer grupo, prioritario, estaba formado por médicos de cualquier nacionalidad, pero con registro emitido en Brasil. El segundo estaba integrado por médicos brasileños formados en el exterior, que no hubiesen revalidado el diploma y por tanto no tuviesen registro en el CRM. El tercero lo componían médicos extranjeros sin diploma revalidado y sin registro en el CRM. Los médicos cubanos solo se vincularon al programa cuando quedaron desiertos los puestos destinados al grupo uno y dos de la convocatoria. El proceso legal se realizó en el marco de un acuerdo de cooperación técnica médica triangular, adelantado entre la Organización Panamericana de la Salud, el Gobierno de la República Federativa de Brasil y la República de Cuba (MINISTERIO DE SALUD, 2015).

El primer contingente de 400 médicos llegó a Brasil el 24 de agosto de 2013. Su arribo se hizo en la capital de Pernambuco, Recife, y en la capital del país, Brasilia. Al día siguiente desembarcó en El Salvador y Fortaleza el resto del grupo. Los profesionales cubanos llegaron

para trabajar inicialmente, en 701 municipios que no fueron escogidos por médicos brasileños y otros extranjeros. Aunque no vinieron a ocupar el puesto de otro profesional sino cupos desiertos, su ingreso al país se dio en un ambiente de agudo rechazo por parte de las corporaciones médicas del Brasil. Específicamente, por parte del Consejo Federal de Medicina (CFM), la Asociación Médica Brasileña (AMB) y la Federación Nacional de los Médicos (FENAM) (GOMEZ, 2016).

Las corporaciones médicas exponían varios argumentos para justificar su rechazo a la inclusión de los profesionales cubanos en el PMM. En primer lugar, manifestaban malestar e indignación por los salarios de los médicos, que, según ellos, estaban siendo empleados en condiciones de esclavitud bajo la fachada de ayuda humanitaria de un gobierno socialista y dictatorial. Todo, legalizado y legitimado por el gobierno brasileño. Según denunciaban, los médicos no recibirían la totalidad del dinero pagado por Brasil, 10 mil reales. El salario final de los galenos oscilaría entre 2500- 4000 reales. El dinero se pagaría a la OPAS que lo remitiría al gobierno cubano. Finalmente se abonaría a las cuentas de los médicos previas deducciones.

La principal inconformidad, sin embargo, no tenía que ver con los salarios, se encontraba en el proceso de incorporación de los médicos al programa, proceso en el cual no se les exigía la revalidación del título como requisito para ejercer la profesión. Los cubanos fueron exonerados de este trámite por parte del Ministerio de Salud, hecho que generó gran indignación por parte de los Consejos Regionales de Medicina, los cuales manifestaron que acudirían a la policía para impedir el trabajo de los médicos en la medida que estaban violando las leyes del país. La AMB por su parte, amenazó con interponer acción ante el Supremo Tribunal Federal para suspender la medida provisoria que creó el programa.

Con las críticas efectuadas se colocaba en cuestión la idoneidad profesional de los médicos como argumento de peso para evitar que entraran en ejercicio de sus funciones. Los argumentos eran tan radicales y despectivos, que incluso se señalaba que los cubanos no sabían de medicina ni contaban con competencias para ejercerla. La OPS salió en defensa exhibiendo la trayectoria profesional del primer contingente de 400 médicos que llegó al país. De estos, 89% tenía más de 35 años y 65% se encontraba en el rango de 41 a 50 años. En cuanto a trayectoria laboral, 84% tenía más de 16 años de experiencia en medicina. Todos

los médicos habían cumplido misiones en otros países, entre las cuales se destacaban las realizadas en países de lengua portuguesa. En lo relativo a su formación, todos contaban con especialización en Medicina de Familia y comunidad. Adicionalmente, 20% había realizado una maestría en salud. Con la ilustración de ese perfil se pretendía derrocar el mito que los profesionales cubanos no eran idóneos.

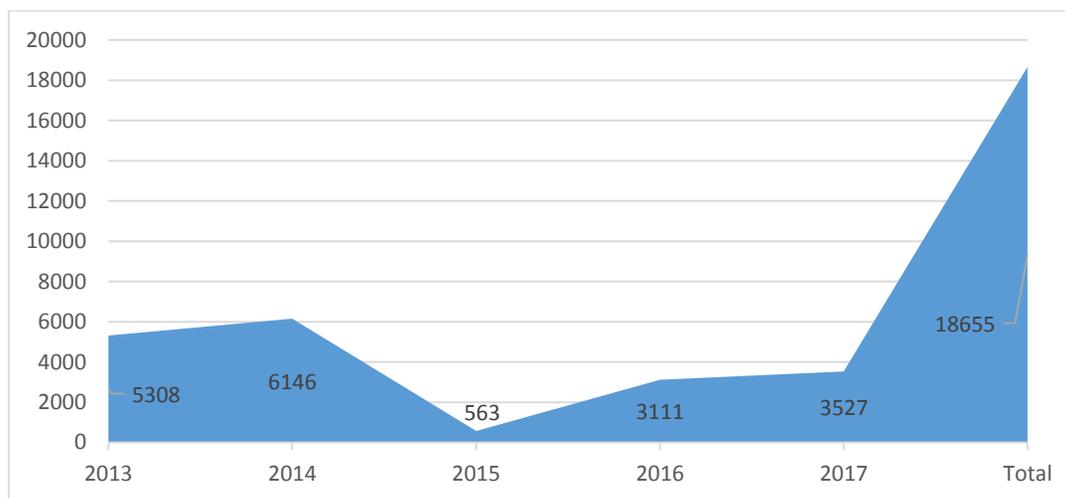
En medio de las críticas, inició el proceso de vinculación al programa. Como paso previo al ejercicio de sus funciones, los médicos cubanos asistieron durante tres semanas a capacitaciones sobre salud pública brasilera con énfasis en el funcionamiento del SUS. Paralelamente recibieron un refuerzo del idioma portugués, totalizando una carga de 120 horas. El mismo proceso debían realizar todos los demás profesionales que llegasen al Brasil antes de incorporarse al SUS. Aquellos que venían para atender poblaciones indígenas recibieron capacitación sobre la cultura de estos grupos y su perfil epidemiológico.

Realizada la fase de capacitación, los primeros médicos cubanos se incorporaron al SUS en el mes de septiembre. Durante los siguientes cuatro años, fueron arribando al país los demás profesionales (Gráfico 1). La mayor parte desembarcó entre los años 2013-2014. Otro porcentaje significativo hizo lo propio entre 2016 y 2017. Durante el año 2015 el número de cooperados cubanos disminuyó drásticamente porque el 100% de los cupos abiertos fueron tomados por médicos brasileros en un hecho inédito en la historia de la atención básica nacional. En total, durante todo el periodo de referencia, fueron incorporados al sistema de atención básica, 18.655 médicos cubanos. De estos, 6.937 eran hombres (38%) y 11.283 eran mujeres (62%), la misma tendencia presentada en la Misión Barrio Adentro de Venezuela, en diferente proporción. En cuanto rango de edad, 53,1 % estaba entre 40-59; 45,8% entre 20-39 y 1% era mayor de 60 años (OPAS, 2017).

Con la implementación del programa hubo disminución de los municipios con escasez de médicos en el país, con lo cual se dio cumplimiento a uno de los principales objetivos de la Ley 12.871. Estimativos del Ministerio de la Salud señalan que a junio de 2015 habían sido incorporados al SUS, 18.240 nuevos médicos que trabajan en 4058 municipios, lo que equivale a una cobertura de 72,8% de las localidades del país, además de los 34 DSEI. Del total de profesionales, 5.274 eran médicos con CRM; 11.429 intercambistas cooperados y

1.537 intercambistas individuales. En cuanto a distribución geográfica, 6.508 estaban en la región Nordeste; 5306 en la región Sudeste; 2.884 en la región Sur; 2.233 en la región Norte y 1309 en la región Centro-Oeste (MINISTERIO DE SALUD, 2015).

Gráfica 1. Distribución de médicos cubanos que llegaron al Brasil entre 2013-2017



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

Los médicos cubanos incorporados al SUS de forma temporal entre los años 2013-2017, fueron trasladados a 3.544 municipios de un total de 5.570 unidades administrativas que tiene Brasil, lo que representó una cobertura de 63,7%. Los municipios de la región Nordeste, la zona con mayores niveles de desigualdad socio-económica del país, recibieron 6.339 médicos, siendo la mayor beneficiada. Le siguió el Sudeste con 5.502, el Sur con 2.979, el Norte con 2.763 y el Centro-Oeste con 1.079 (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2017). Conservando esta misma tendencia las Unidades Federales (UF) con mayor número de médicos cubanos se ubicaron en las mismas regiones. Entre ellas se destacan, São Paulo (2.963), Bahía (1.802), Minas Gerais (1.531), Rio Grande do Sul (1.339), Paraná (1.122), Maranhão (1.049), Pará (1.048) y Ceará (1.048). La distribución completa de médicos en los estados brasileiros se puede apreciar en la Tabla 10. Ciudades como São Paulo (257), Rio de Janeiro (182), Campinas (108) y Ponta Grossa (116), fueron las localidades con mayor presencia del programa, todas ellas ubicadas en el Sur y Suroeste del país (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2017).

Tabla 10. Distribución de Médicos cubanos por Unidad Federal 2013-2017

UF	Total	UF	Total
Rondônia	335	Sergipe	198
Acre	206	Bahía	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		
Total Brasil			18.220

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

El PMM también llegó a zonas históricamente marginalizadas por el Sistema de Salud como son los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI). Allí fueron atendidos cerca de 700.000 miembros de las comunidades indígenas (ALVES SMC et al. 2017). Un total de 519 médicos cubanos se encargaron de las prestaciones de los servicios de salud en estas áreas, 313 en la región Norte en 20 DSEI; 102 en la región Nordeste en 7 DSEI; 85 en la región Centro-Oeste en 6 DSEI; 21 en la región Sur en 1 DSEI y 10 en la región Sudeste en 1 DESI (Ver Tabla 11). Las comunidades que viven en el Amazonas (131), Mato Grosso (60), Roraima (50) y Pará (43), concentraron la mayor parte de médicos que se ubicaron en Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2017).

En total se estima, que entre 2013-2015, un total de 63 millones de brasileros habían sido beneficiados por la implementación del PMM mejorando así el acceso a los servicios de salud en las regiones más vulnerables del país (MINISTERIO DE SALUD, 2015). A su vez, la estrategia de salud familiar cubría el 67% de la población nacional. Las consultas en los municipios con cubrimiento del PMM crecieron en un 33% y las internaciones disminuyeron en 8,9%. Gracias a este trabajo, durante el 2015 más de 91.000 pacientes no requirieron ser internados en todo el país descongestionando el sistema de forma significativa.

Tabla 11. Distribución de Médicos cubanos por DSEI entre 2013-2017

DSEI	UF	TOTAL
Alto Rio Juruá e Alto Rio Purus	Acre	30
Alagoas e Sergipe	Alagoas	12
Amapá e Norte do Pará	Amapá	11
Manaus, Parintins, Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Médio Rio Purús, Médio Rio Solimões e Afluentes e Vale do Javari	Amazonas	131
Bahía	Bahía	31
Ceará	Ceará	4
Maranhão	Maranhão	27
Cuiabá, Kayapó, Araguaia, Parque Indígena do Xingu e Xavante	Mato Grosso	60
Mato Grosso do Sul	Mato Grosso do Sul	25
Minas Gerais e Espírito Santo	Minas Gerais	10
Altamira, Guamá-Tocantins, Kayapó e Rio Tapajós	Pará	43
Potiguara	Paraíba	2
Litoral Sul	Paraná	2
Pernambuco	Pernambuco	24
Porto Velho e Vilhena	Rondônia	22
Leste de Roraima e Ianomâmi	Roraima	50
Interior Sul	Santa Catarina	21
Tocantins	Tocantins	14
TOTAL		519

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

Estudios recientes realizados en diferentes estados, también revelaron que 94,6% de los pacientes estaban más satisfechos con el servicio, percibían una mejora sustancial en la calidad de la atención en razón de una mayor capacidad de resolución de sus problemas en el consultorio médico y percibían un trato más humanizado (ALVES SMC et al. 2017). Investigación realizada por la Universidad Federal de Minas Gerais y el Instituto de Investigaciones Sociales, Políticas y Económicas de Pernambuco, con base en entrevistas a 14 mil usuarios en casi 700 municipios, también develó que 95% de los usuarios estaba satisfecho o muy satisfecho con la actuación del médico del PMM. El 85% afirmó que la calidad de la atención mejoró, el 87% que el médico es más atento y el 82% que la consulta ahora resuelve mejor sus problemas de salud (MINISTERIO DE SALUD, 2015).

Otros datos demuestran que se amplió y mejoró la infraestructura de más 12.000 unidades básicas de salud en todo el país y más de 11.000 están en proceso de reforma y adecuación para prestar un mejor servicio. Con la adopción del PMM, estimulado por la cooperación sur-sur establecida entre Cuba y Brasil y triangulada por la OMS-OPS, la prestación del servicio público de salud en el país mejoró sustancialmente. No obstante, aún quedan muchos obstáculos y retos por superar pues el sistema nacional de salud funciona en medio de las contradicciones y limitaciones de articular los principios del Estado de bienestar y los fundamentos del modelo de salud liberal-privatista de corte neoliberal (CAMPOS, 2007; PAIM, 2013). Con la elección de Jair Bolsonaro como presidente del Brasil, la participación de los médicos cubanos en el PMM llegó a su fin. Este hecho, más las reformas que implementará el equipo de gobierno en materia de salud pública en los próximos cuatro años, ponen en riesgo los logros alcanzados por la Ley 12.871 en los últimos seis años.

Resumen

En las dos últimas décadas Cuba participó de un intenso proceso de intervención adelantado en los Sistemas Públicos de Salud de diez naciones suramericanas a través de programas de cooperación médica internacional. Varios de esos procesos fueron triangulados a partir de la Organización Panamericana de la Salud y se realizaron siguiendo los lineamientos de la cooperación sur-sur. Las acciones desarrolladas, componente fundamental de su nueva generación de programas, buscaron fortalecer la atención primaria y ampliar la cobertura de los servicios de salud. Mediante esta intervención se buscó garantizar el derecho a la salud de calidad y gratuita, para millones de personas que no contaban con acceso al servicio o eran cobijadas por una precaria atención. Entre las iniciativas adelantadas, se destaca el programa de formación de médicos/as suramericanos/as, llevado cabo en los países de la región y en Cuba. También es notable la cobertura de la Operación Milagro, programa que se extendió por nueve países de Latinoamérica para facilitar la salud ocular a personas que vivían en regiones apartadas y de difícil acceso a la red convencional.

Intercambio de medicamentos, tecnología, insumos y equipos, junto con programas de asistencia técnica y construcción de centros de atención especializada, en el marco de una estrategia denominada como diplomacia médica, se sumaron a la red acciones implementadas por Cuba en los países de Suramérica. En dos países se llevaron a cabo acciones de gran

envergadura por su extensión en el tiempo, cobertura geográfica e impactos en el Sistema Público de Salud. Es el caso de la Misión Barrio Adentro en Venezuela y el Programa Más Médicos en Brasil.

Barrio Adentro arrancó oficialmente en julio 8 de 2003 pero las acciones de salud de Cuba en territorio venezolano se remontan a la ayuda humanitaria ofrecida durante la catástrofe de Vargas en diciembre de 1999. Cerca de 30 mil profesionales de salud cubanos fueron incorporados al Sistema de Salud venezolano constituyendo, por el modelo de gestión adoptado, una red paralela de servicios. Las acciones desarrolladas se centraron en la atención primaria pero también se diseñaron dos fases, Barrio Adentro II Y III, orientadas a la intervención del nivel secundario y terciario del Sistema Público de Salud.

Las Misiones de salud venezolanas hicieron parte de una estrategia por medio de la cual el gobierno bolivariano y socialista de Hugo Chávez, buscó poner en funcionamiento su proyecto social en un clima de grave crisis política y acentuada debilidad institucional para hacer las transformaciones estructurales requeridas. La arquitectura administrativa de las Misiones, la muerte de Chávez, la crisis económica en la que se encuentra sumida el país y el bloqueo económico que aplicó Estados Unidos sobre Venezuela, llevaron al colapso de la intervención médica cubana en el Sistema Público de Salud. Hoy día no se cuenta con una radiografía clara de las Misiones, pero se avizora que su funcionamiento es limitado por la escasez de recursos y la falta de gobernabilidad que afronta el presidente Nicolás Maduro.

El Programa Más Médicos (PMM) es creado el 6 de julio de 2013, diez años después de entrar en funcionamiento de forma oficial la Misión Barrio Adentro. Su diseño e implementación buscaba resolver un problema estructural del Sistema Público de Salud: la escasez de médicos y su inequitativa distribución en el territorio nacional. Su creación responde a protestas sociales adelantadas por los alcaldes municipales y la ciudadanía brasilera en el año 2013, pero sus antecedentes se ubican en la Política Nacional de Atención Básica (Pnab), diseñada en el 2011, con la cual se pretendía responder estructuralmente a las deficiencias de la atención primaria y las inequidades en el acceso al SUS en Brasil.

En el marco de ese programa fueron incorporados al SUS más de 18 mil médicos cubanos entre los años 2013-2017, en medio de un clima de protestas y rechazo por parte de las corporaciones médicas de Brasil que no aceptaban los lineamientos trazados por el Ministerio

de Salud. Su ejecución, en municipios y áreas geográficas donde nunca había llegado un médico, arrojó resultados que rápidamente dejaron sin piso muchos de los argumentos que pretendían obstaculizar el ejercicio de los profesionales cubanos y otros extranjeros. La ampliación de la cobertura, la reducción del déficit de médicos por área, el mejoramiento de la atención, la disminución de las internaciones y el fortalecimiento de toda la infraestructura de la red, son algunos de los principales logros alcanzados en la ejecución del programa.

El carácter híbrido del sistema de salud aunado a la arremetida neoliberal en cabeza de grupos de extrema derecha, colocan en riesgo la continuidad del programa y la profundización de sus resultados. Las posiciones del presidente reciente electo del Brasil, Jair Bolsonaro, llevaron a la salida de los médicos cubanos del país a comienzos del 2019. Ésta constituye la primera de una cadena de acciones que pueden desenvolverse en los próximos años, con las cuales se retrocedería lenta y progresivamente en el logro de ofrecer salud universal, gratuita y de calidad a todos los brasileros.

CAPÍTULO 7. INTEGRACIÓN SOCIO-CULTURAL DE LOS MÉDICOS CUBANOS EN BRASIL

7.1 Integración socio-cultural en ciudades del interior y áreas quilombolas

En este capítulo se describen y se analizan las formas de interacción social, inserción comunitaria e integración socio-cultural de los médicos cubanos, intercambistas del PMM en Brasil, que trabajaron en pequeñas ciudades del interior y en las llamadas comunidades quilombolas. Se trata de conocer, a partir de las narrativas, significados y experiencia de los médicos, cómo fue su dinámica de inserción, participación, adaptación y ajuste a la sociedad brasilera. El proceso de interacción sociocultural se analiza a partir de tres espacios socio simbólicos: campo profesional, campo cultural y campo socio comunitario.

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 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 -de gran importancia para la construcción de lazos de amistad y relaciones afectivas-, las relaciones con la vecindad, el uso del tiempo libre y el sentimiento de integración propiamente dicho.

El análisis resulta del trabajo con 17 médicos que fueron entrevistados, ocho hombres y nueve mujeres, que laboraban en cuatro estados de Brasil donde hay comunidades quilombolas: Maranhão, Bahía 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.

7.1.1 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 al 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 sus primeras amistades y pudieron integrarse en la cultura brasileña, un cosmos para muchos enigmático y sólo conocido a través de las telenovelas retransmitidas en Cuba y por medio del 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 diverso, donde aparecieron tanto la fraternidad, el acogimiento y el colegaje profesional, como los rechazos,

prejuicios y rivalidades ancladas en la identidad nacional y profesional, dentro de lo que Bourdieu (1979) llamó *habitus de clase*. Encuentros y desencuentros, en el ámbito laboral y personal, marcaron el paso de los médicos cubanos por las unidades de salud donde prestaron su 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 en áreas específicas de comunidades indígenas, comunidades quilombolas y zonas urbanas periféricas (GOMEZ, 2016).

Las tensiones surgieron a raíz de los desafíos que el Programa Más Médicos presentaba para la continuidad del modelo liberal-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 último cuarto 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 medio de las contradicciones y limitaciones de articular los principios del Estado de Bienestar y los fundamentos del Estado liberal, ejemplificados en las grandes inversiones privadas en seguros de salud y hospitales privados además de los 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 aún no supera 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 fallido 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 habían contado con un médico del SUS. Para los habitantes de estos municipios, el contacto con el galeno cubano fue el primer encuentro con un médico en sus vidas, lo que representó la posibilidad de saber y ser conscientes que tenían enfermedades de diverso tipo.

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 establecer que los profesionales cubanos relaciones cercanas, fraternas y de colegaje con los demás profesionales del equipo y con la comunidad.

Sí, todos los meses se hacen reuniones, se celebran, por ejemplo...siempre al final del mes se hace...ellos dicen la productividad que son las estadísticas del mes y siempre se hace un almuerzo cuando no es en la unidad en casa de un agente comunitario, en casa de alguna persona del equipo. Aquí se hace. Y se hacen cumpleaños colectivos; en un mural se ponen los cumpleaños. (Federico, 2 años en el PMM, Maranhão).

Tengo buenas relaciones con todos mis compañeros de trabajo. Por suerte desde que llegué la relación ha sido buena. Con el colectivo, también di confianza para ello, si tenían un problema pudieran acercarse a mí, no sólo de salud, cualquier problema. Trato de participar de las actividades que nosotros organizamos. A veces por el puesto de salud organizamos actividades entre nosotros, por ejemplo, en el centro de salud celebramos los cumpleaños de todos. Participamos todos, entonces les he dado confianza para eso, por si hay algún problema para que se acerquen a mí. (Eduardo, 2 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 de la regularidad encontrada, estuvo 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, cómo te digo ella (agente de salud) como que estaba acostumbra a una cosa. Y ella acá siempre coincidíamos, pero llegó un momento como que ella quería imponer el trabajo. Sí, imponer como se hacían, por ejemplo, las visitas domiciliarias y ahí le digo mira “con lógica, si yo hice visita a esos mismos pacientes hace cuatro semanas, están con los remedios y las recetas en tiempo, no tienen quejas nuevas, no apareció nada de urgencia por qué yo debo volver en ese espacio corto de tiempo”. Ella no entendía. Era hacer visita por hacer visita. “Mira, yo estoy aquí para hacer la visita, dime otros casos y vamos y los visitamos.” No, eran esos porque eran esos. (Sonia, 2 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 y TOLEDO, 2010; MONJE, 2014). Estas diferencias pueden constituir 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 del sistema de ideas que orienta cada sistema nacional de salud y la 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 cubana, 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 y ANAYA, 2009; MARIMÓN y MARTÍNEZ, 2011; MARTÍNEZ REINOSA, 2008).

El ambiente de trabajo aquí es muy cordial, muy bueno desde un inicio. ¿No ha tenido problemas en ningún momento? No, desde un inicio nos sentamos, conversamos del sistema de salud cubano, que es de una forma,

el sistema de salud brasileño es de otra, y como normalmente hacemos en todos los países que llegamos nosotros no venimos a cambiar nada. Nosotros venimos a dar atención. Ustedes lo hacen de una forma, nosotros nos adaptamos a lo que ustedes hacen. No cambiamos el sistema de trabajo (Pedro, 2 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, que es un sistema preventivo y no curativo, que busca fortalecer la atención primaria como la base de toda la estructura de salud pública (SANTANA y MARTÍNEZ, 2017; GARCÍA y ANAYA, 2009; MARIMÓN y 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 buscaba promover el intercambio de conocimientos entre profesionales brasileños y los médicos formados en el exterior.

Yo trabajé con cuatro médicos en diferentes épocas. En este tiempo he trabajado con cuatro médicos. Con la única que he tenido relacionamiento es con esa última que está ahora. Y el relacionamiento es qué hay, cómo está, todo bien, no sé qué... y ya. (Federico, 2 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 de los médicos cubanos. Sólo en algunos casos la distancia se explicaría por el hecho de que el médico cubano era el único profesional que estaba en el puesto de salud o porque algunos médicos brasileños trabajaban por un periodo de tiempo más reducido, lo que pudo haber imposibilitado el establecimiento de lazos fuertes, consistentes y de 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. 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 estuvieron influenciadas por 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:

Ahí en la unidad básica sí compartimos. Y todos los meses hacemos una reunión donde todos nos encontramos y conversamos de cosas médicas, temas médicos, todos los meses... Con esos tres médicos, son tres médicos brasileños que hay aquí, todos los meses...y un supervisor que también es brasileño, él viene todos los meses. Nos reunimos todos, los cuatro cubanos y ellos tres brasileños y el supervisor brasileño, y hablamos de temas de salud, conversamos, planteamos las cosas a ver cómo se solucionan, hablamos de medicina, algún tema médico. Compartimos experiencias que cada uno ha tenido en ese mes en el puesto de salud. Compartimos ideas. Incluso tenemos un grupo de WhatsApp y todo, y nos comunicamos por ahí cualquier situación (Federico, 2 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 habría 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, 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.

Hacemos intercambios cuando ella va a atender un paciente que ya fue atendido por mí ella viene y me pregunta “doctor qué aconteció con este”. Y así mismo yo, como ella lo hace conmigo, yo lo hago con ella también.

Aquí yo no he visto resistencia por parte ninguna de los médicos de la comunidad. Aquí la mayor resistencia ha sido con los médicos del hospital. ¿Lo que ha escuchado y la atención que de pronto ha percibido es por parte del nivel secundario, nivel terciario de atención? Exactamente. Y no porque haya sido directo conmigo sino por cosas que han hablado los pacientes, que yo no le pongo atención, los escucho, pero eso no me interesa porque yo estoy consciente de mis conocimientos y de mi graduación y que lo mío fue un estudio verdadero para ser médico. No es, como decían también en Venezuela, que nosotros éramos jardineros...que pasábamos por ¿ustedes quieren ir como médicos para Venezuela? Sí, para arriba para Venezuela, jardineros, choferes, todas esas cosas. Cuba no hace eso. Cuba para enviar un personal médico para un lugar tiene que tener su calificación y en Cuba todos somos médicos. (Miguel, 2 años en el PMM, Maranhão).

La parte operativa tiene dificultades todavía porque yo diagnosticué un cáncer cerebral en una niña de 16 años y le hice todo el proceder de referencia para el médico que tenía que atenderla y a los tres meses la mamá vino y le pregunté por ella y me dijo “murió”. ¿Pero cómo que murió si yo la mandé para que le hicieran una resonancia para que la viera el neurólogo a ver si había posibilidad de operarla? “no conseguí marcar”. Eso nunca ha ocurrido en Cuba. En Cuba ese caso no ocurrió porque si ese caso llega a ser mío yo me voy con él para el hospital y hasta que yo no lo deje con la resonancia hecha y la conducta de hablar con el médico no. (Darío, 2 años en el PMM, Maranhão).

Teniendo en cuenta la tendencia central de las relaciones socio-profesionales, es razonable proponer como hipótesis que los conceptos y estigmas que los médicos brasileños tenían sobre los médicos cubanos se atenuaron, pero no desaparecieron. Esta situación trajo 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, donde la medicina general integral frecuentemente tiene un status más bajo y de menor reconocimiento entre las especialidades médicas.

7.1.2 Formas de socialización y apropiación de la cultura

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 y HECKMANN, 2006) que, en general, analizan procesos de integración 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 integración: 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 integración es el caso en que se responde afirmativamente al deseo de mantener la identidad cultural y afirmativamente al contacto intercultural. Esta estrategia se asocia a una identidad bicultural. La segregación es cuando se responde afirmativamente al mantenimiento de la identidad cultural y negativamente al contacto intercultural. La última estrategia es la de la marginalización que se traduce en el rechazo de la identidad cultural de origen y del contacto con la cultura de acogida. (BASABE, ZLOBINA y PAEZ, 2004, p. 76)

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 y 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 y PAEZ, 2004). Las teorías mencionadas, a pesar de sus ventajas, sirven para analizar el proceso de integración a lo largo de varias décadas, 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 la 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 puede ser homogenizada 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) los consumos culturales; 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 encontró que los médicos cubanos interactuaron de forma amplia e intensa con la cultura brasileña, no obstante, fue una interacción en grados diversos, 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 o nación, 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 y BOND, 1999; WARD, BOCHNER y FURNHAM, 2001; MOGHADDAM, TAYLOR y 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, los periódicos físicos, 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 juegos por provincias, tiene que ser cuando juega la provincia mía. Igual aquí cuando juega Brasil campeonato nacional, pero tener así una afición por algún equipo en específico no, de los nacionales no. Me gusta ver más el fútbol internacional, cuando va a jugar el Brasil con algún otro país. (Eduardo, 2 años en el PMM, Mato Grosso).

Otros tipos de consumos culturales, como las telenovelas, también presentaron variaciones relacionadas con el grado de penetración de 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 interiorizada. En algunos casos el médico terminó viviendo en una de esas "ciudades de telenovela", es decir, en 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 integración cultural, porque muestra que las culturas no son cerradas y los migrantes no llegan a las sociedades de destino como tabula rasa. 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 que la circulación internacional de símbolos y contenidos es impulsada por la expansión transnacional de las empresas del capitalismo audiovisual.

Desde hace mucho tiempo las novelas brasileñas ocupan un espacio importante en la televisión de Cuba. Las personas ven mucha novela brasilera, hace mucho tiempo hemos visto novelas brasileras. A veces veo más que todo el noticiero y veo una que otra novela brasilera cuando tengo tiempo porque el curso que estamos haciendo demanda tiempo, entonces cuando estoy haciendo trabajos tengo el televisor puesto y veo alguna novela. Empecé a ver "Imperio", esa que estaban pasando desde algún tiempo atrás y entonces cuando fui de vacaciones a Cuba dieron el final aquí. Cuando regresé ya había comenzado otra. Y entonces cuando regresé a Cuba estaban dando el final allá y entonces dije no voy a verla porque no

me va a dar el tiempo para verla completa. Ahora veo más películas y programas cubanos. (Eduardo, 2 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 entrar en contacto con esta expresión artística. La samba y el 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 la 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.

Escucho mucha música antigua, de Reginaldo Rossi, Roberta Miranda, Aguinaldo Timóteo, mas también escucho a Alexandre Pires, Roberto Carlos, José Augusto. Y todas esas figuras que están apareciendo nuevas: Luan Santana...Ivan Santana es de...sertanejo es Luciano Camargo y esas...el forró no me gusta mucho. Solamente escucho a Los Aviones del Forró un poquito... Conocía en Cuba la música en español. La música de Zezé Di Camargo y de Roberto Carlos, y José Augusto. Solo eso, no, el

resto de las personas no. Y Alexandre Pires. Aquí veo muchos programas de esos que son participativos, calderón de Huck, veo a Faustão... Este otro señor Silvio Santos, Eliana, veo a Roberto Caprini, todas esas cosas que muchas veces la plaza... (Dario, 2 años en el PMM, Médico 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, preparar los alimentos en casa y con eso, incluso, 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 del manteamiento de la economía doméstica. La menor distancia cultural, identificada como factor facilitador de interacción social (SMITH y BOND, 1999, WARD, BOCHNER y 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.

No me gusta la Farinha. La farinha no me gusta, pero todo lo demás me gusta. El sabor es muy parecido al de Cuba. Muy parecido al cubano. La única diferencia es la farinha, la farofa, esas cosas. Solamente eso, que en Cuba no se come ni farinha ni farofa, pero por ejemplo el arroz, frijoles, las carnes en sus variedades es lo mismo. Y el mismo gusto. (Enrique, 2 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. 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 y SANTACREU, 2011; BASABE, ZLOBINA y PAEZ, 2004). En ese sentido, se encontró que, aunque muchos de los médicos veían televisión brasileña y el campeonato de fútbol

"Brasileirão," escuchaban canciones típicas del país y leían diarios nacionales, ellos seguían reproduciendo los gustos y prácticas culturales cubanas. La inserción de los cubanos en la cultura brasileña no colocó 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).

Yo aquí pongo música cubana. En la casa yo pongo música de Cuba (Miguel, 2 años en el PMM, Maranhão).

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 éstas 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 estos 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, penetrando 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.

Las fiestas do Divino, casualmente acaban de pasar. Fueron el día 14,15 y 16...son como viernes, sábado, domingo, lunes. Y ellos esas fiestas las esperan mucho porque es una vez al año y eso es la mayor diversión que ellos tienen allí oyó. Las esperan con mucho amor. Todo el mundo se prepara para esas fiestas. Casualmente tengo un pedacito de un video ahí porque nosotros participamos. El lunes participamos allá. Ya había participado el año pasado, pero solo un pequeño tiempo. Para este año fui un poquito más de tiempo para ver cómo es que se desarrolla... Fue de lo más bueno. Degustamos la comida, divina. Entonces mientras eso está sucediendo por aquí va entrando la fila de todo el pueblo, por ejemplo, y pasan como un lugar así y ahí cogen la comida. (Rosario, 2 años en el PMM, Bahía).

Bueno, aquí tienen varias fiestas al año. Empecemos por las fiestas de final de año. En las fiestas de final de año siempre se hace un show, de ahí viene el carnaval, el carnaval tiene una fiesta, tiene show, tiene música electrónica. Después viene semana santa que es más o menos lo mismo, la misma fiesta, el show, muchos turistas, el lago se llena de turistas, lleno de turistas; de ahí viene la fiesta del productor rural donde se hace una cabalgata ya propia de la región; se hace una cabalgata, se hace una fiesta del productor rural donde vienen personas de todas las haciendas de la región; se hace una exhibición de ganado. Luego viene la temporada que es el mes de julio entero que por lo general siempre se hace algún show. De ahí la temporada acabo, de ahí en septiembre viene la fiesta del peón que es la fiesta más importante de la región. Yo participo de todo, absolutamente de todo. Primero con mis amigos y a veces soy convidada hasta por el prefeito, como es una ciudad pequeña, somos organizados en esa parte, somos convidados y para ellos como nos dicen, es un honor que estemos participando de esas fiestas. (Mable, 2 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 prácticas de 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, p. 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 para tratar las enfermedades, ya estaban sensibilizados con el uso de éstas como parte de los tratamientos médicos. Algunos de estos médicos afirmaron, además, que ya tenían 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. La primacía la tenían las oraciones y la adoración de imágenes como elemento base para obtener la cura de las enfermedades.

Los espíritus y todas esas cosas, espíritus, que no sé qué, que se curaban con los espíritus...pero también es parte de la cultura. Con rezos, que podían bajar la presión con unos rezos o algo así. Si rezaban porque en la comunidad tenemos una...como se...una espírita candomble. A ella le llaman así no. Como una señora que, en aquel pueblo, es quien reza, quien quita un mal de ojo, que quita esas cosas... Rezaban y usaban hojas y matas y esas cosas. Pero yo no lo sé el nombre a todas no. Pero un inicio, ya...hasta ella misma manda los pacientes para el puesto (Rosario, 2 años en el PMM, Bahía).

Allá como yo atiando cuatro áreas diferentes, son cercanas pero diferentes, había más de uno en cada área [un médico tradicional], cada área casi siempre tiene alguno, siempre hay una persona que se dedica a hacer este tipo de rezos y de cura y también mi comunidad tiene mucha fe en la parte de la iglesia, muchas personas con enfermedades que su tratamiento es rezar e ir a la iglesia y muchas veces que con eso van a curar enfermedades crónicas que sabemos necesitan su tratamiento ellos [los curanderos] dicen que son católicos, pero también hay candomble, asisten todos a la iglesia a su manera. (Stella, 2 años en el PMM, Bahía).

7.1.3 Formación de lazos sociales, soledad e integración funcional

Los estudios clásicos que abordan las interacciones sociales en el contexto de los procesos de integración migratoria han considerado la construcción de lazos y redes de amistad 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 y SANTACREU, 2011).

Cuando el migrante vive aislado en la sociedad receptora tiene 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 y 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 de forma íntima y profunda. Adicionalmente, 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 estos viven.

Los lazos de amistad construidos por los profesionales cubanos que trabajaron en las áreas quilombolas fueron diversos. En primer lugar, los médicos cubanos fortalecieron y ampliaron 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. En tercer lugar, lograron establecer relaciones y fuertes lazos de amistad con personas de las comunidades donde trabajaron, vínculos que merecen ser resaltados 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 en sí mismo, el nivel de profundidad que alcanzaron las interacciones. 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, siendo estos los primeros contactos sociales que tuvieron. Esta situación, sumada al hecho que grupos de médicos fueron a ciertas localidades, creó 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 en los casos que las interacciones eran frecuentes.

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, obtener beneficios emocionales y lograr empatía mutua. También en aquellas situaciones donde había varios médicos en la misma ciudad o localidad. Los médicos se articulaban y fortalecían sus redes alrededor de la celebración de aniversarios, fiestas nacionales cubanas, fiestas de fin de año o actividades cotidianas como hacer compras, pasear por la ciudad o asistir a 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 problema ninguno, tanto en el municipio como fuera del municipio porque allá son también nuestros hermanos. Todo es bien. Chévere. No puedo decir otra cosa. Nos llevamos muy bien. El dolor de uno es el dolor de todos. Por ejemplo, cuando tenemos algún cumpleaños nos unimos, festejamos juntos. Y las fechas, sobre todo, las fechas de Cuba no las olvidamos. Por ejemplo, en Cuba se celebra el día 14 de febrero, día de los enamorados, y nosotros lo celebramos. Se celebra el 26 de julio, una fecha muy importante en Cuba y nosotros la celebramos. El día de las madres. El día de la mujer nosotros siempre lo celebramos entre nosotros mismos. (Rosario, 2 años en el PMM, Bahía).

Nos visitamos entre nosotros los médicos cubanos. Aquí en Goiânia hay 16 médicos cubanos, nos visitamos, vamos a la feria, al shopping, al cine. (Nubia, 2 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 de la atención primaria, 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 del país donde se formaron. Como resultado, los niveles jerárquicos se ampliaron aún más conduciendo a relaciones diferenciadas en función de la posición relativa de los profesionales y los cubanos en la pirámide social.

La estructura de diferenciación social construida hizo que los vínculos entre los médicos cubanos y sus colegas brasileños se tornaran 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 y lo que allí se requería. A pesar de todo, hubo casos en que los médicos cubanos fueron invitados, por parte de los médicos brasileños y sus familias, para participar de cumpleaños, bodas y salidas recreativas.

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 guarda un estrecho vínculo con el modo en que el médico cubano se auto percibe, 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 como personas y profesionales deriva tanto de los principios y valores que regulan las relaciones e interacciones sociales en la sociedad donde vive (CAÑIZARES, 2016; SANTANA y MARTÍNEZ, 2017; MEJÍAS, DUANY y TOLEDO, 2010), como de las características de la cooperación médica internacional cubana (CABRERA, 2014, MONJE, 2014, ALVES SMC, et, al. 2017).

Cuando llegamos aquí el supervisor de nosotros era un médico, Lino, un agente muy chévere, muy, muy bueno. Pero no tuvimos la oportunidad de participar con él en eventos de familia y esas cosas, pero sí la relación hasta hoy es buena. Y Severino también es otro médico muy chévere, y aquí no tengo nada que decir de ellos, para nada. Nada negativo. (Stella, 2 años en el PMM, Bahía).

Bueno con los compañeros de trabajo, al principio todos éramos solteros, todos éramos solteros porque llegamos nuevos a la ciudad, todos llegamos prácticamente en el mismo tiempo y entonces hacíamos reunión por semana en una casa diferente de los compañeros de trabajo, todos eran solteros médicos, enfermeras, el farmacéutico, todo mundo, solamente dos de ellos se juntaron e hicieron una relación más el resto buscó relación por otra parte. Fue gracioso porque llegaron muchos casados o con novio y se dejaron. Entonces cada semana nos reuníamos o cada 15 días manejábamos una reunión, aunque a la final terminábamos discutiendo sobre problemas de trabajo. Ese día era aquí, luego en la otra casa y así. (Mabel, 2 años en el PMM, Goiás).

De todos los lazos sociales, tal vez el que fue construido con más solidez y profundidad fue el establecido entre los médicos y los miembros de la comunidad que atendían. Se hizo evidente la construcción de relaciones de amistad fuertes entre los médicos cubanos y las personas atendidas, materializadas en la visita de los galenos de la salud a las casas de estos, además de la participación en eventos como bautismos, bodas, cumpleaños y otras actividades de celebración y ocio de las comunidades. 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 algunas invitaciones de comida: un almuerzo aquí, un almuerzo allá, y vamos. Claro que sí. Muchos matrimonios. Me invitan casi a todos. A todos no voy eh, porque no puedo decir que voy. Pero si me pasan su convite como ellos dicen. Y esas cosas...He ido a casamientos, a cumpleaños de niños. He ido, como no. (Carmen, 2 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 destacada por los profesionales cubanos que trabajaron en las comunidades quilombolas. 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, hecho que dificultó la construcción de relaciones densas con los vecinos y miembros del barrio.

Por ejemplo, yo vivo ahí en el condominio hace dos años, un poco, y no conozco a nadie en el condominio. No, y en Cuba no es así. En Cuba usted mora en un predio de esos, en un edificio y conoce a todo el mundo, todo el mundo se relaciona todo el mundo se habla. Aquí no, aquí a veces pasan por el lado de uno a veces saludan, a veces no saludan. Cada cual en su pedacito ahí encerrado. Eso me choca. Yo nunca me había sentido tan triste en el mundo como en el país que supuestamente es el país más alegre del mundo, que es éste. Relacionamiento con las personas: vives en un condominio, nadie se habla, nadie dice nada. En Cuba tú estás a tres cuadras de tu casa y tú preguntas por mí las personas saben quién yo soy ¿me entiendes? Es capaz que te digan lo que yo desayuné por la mañana porque todo el mundo se conoce. Entonces es un impacto terrible. Terminas conociendo una persona aquí, terminas haciendo tu vida con una persona, pero no es que hayas quedado apasionado por este país ni por la cultura, la convivencia, cultura no porque la cultura de Brasil es muy linda, hablo la convivencia esa personal ¿me entiendes? Te pasas tres años viviendo en un lugar y no te conoce el vecino del frente. Eso no. Para mí eso es...yo tengo ya tres años aquí, imagínate todo lo que tengo y yo puedo contar con una mano a las casas que visito. (Miguel, 2 años en el 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.

Mi esposo lo conocí en un viaje que hice como turista cuando fui a conocer Barra do Garças, lo conocí allá y ahí intercambiamos los números de teléfono y comenzó a fluir la relación. Mi esposo trabajaba allá de taxista y fue la persona que me acompañó todo el viaje. Hace un año [nos conocimos], nos casamos hace un mes y vivimos juntos hace cuatro meses. (Mabel, 2 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 manifestó no frecuentar cultos religiosos y para todos estaba prohibido 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.

Yo caminaba. Él y yo hacíamos caminatas. Nosotros hacíamos, caminábamos todos los días 1 hora, 6:00 de la tarde. Lo que pasa es que después comencé con un dolor en la pierna, que me tuvo que evaluar una ortopedia y esas cosas. Y entonces le he cogido un poco de miedo. Él si continúa haciendo sus ejercicios y eso. Pero yo estoy un poco más vaga. Lo que hemos reducido mucho es... estamos haciendo dieta. Porque, la verdad, cuando ya regresamos del trabajo la vida es un poco más sedentaria. Ya estamos ya dentro de la casa, entonces. (Rosario, 2 años en el PMM, Bahía).

No, nunca he asistido aquí a algún culto religioso así específico. Por ejemplo, asistimos a la iglesia a un casamiento o algo así, pero no más. (Carmen, 2 años en el PMM, Bahía).

Yo hago academia, yo entreno todos los días después de que llegó, entre siete y media y ocho y media, o de ocho hasta las nueve, depende del horario y del día, sería llegar aquí a la casa, descansar un poquito, bajar un poco el estrés, acomodar las cosas, adelantar la comida. A la católica y no siempre, algunas veces. En Cuba también asistía. (Mabel, 2 años en el PMM, Goiás).

Se puede concluir respecto a los lazos y las interacciones socioculturales que los médicos cubanos percibieron 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 una herencia africana en común y el hecho de compartir 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 que pudiesen construir un 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 puede haber influido en la adaptación psicológica (ALAMINOS y SANTACREU, 2011; MOGHADDAM, TAYLOR y WRIGTH, 1993) y el grado de satisfacción (WARD, 1996) que los cubanos sintieron de la vida en Brasil.

Si, totalmente sola y me pregunte un millón de veces que hacía yo aquí. (Mabel, 2 años en el PMM, Goiás).

Sí, muchas veces. Siempre. En diferentes momentos del transcurso del tiempo que ha pasado me sentido solo, con deseos de irme para Cuba y dejar todo esto botado. (Enrique, 2 años en el PMM, Maranhão).

No. No me he sentido solo, no porque aquí los cubanos somos nueve en el municipio. Siempre que cualquiera tiene una dificultad está ahí presente. Además de eso, hay personas brasileñas que han brindado su ayuda incondicional, que nos han dicho “este es mi número de teléfono y cualquier dificultad que usted tenga usted puede llamar a la hora que sea porque él siempre está ahí al lado de la cama donde yo duermo”. Uno de esos, el motorista que trabajaba conmigo. Y unas cuantas personas más que se ofrecieron así incondicionalmente para cualquier ayuda que nosotros necesitáramos y también la señora que me alugó aquí que siempre está ahí pendiente de si ya usted se levantó, si salió, si el candado está cerrado, si está abierto, si hay algún problema. (Darío, 2 años en el PMM, Maranhão).

Aunque los médicos se encontraban en Brasil en el marco de una migración temporal, algunos se sintieron integrados, pese a que consideraban que su adaptación a la sociedad brasileña fue meramente funcional y ligada a intereses específicos, instrumentales o laborales. En otras palabras, fue una *integración funcional*. Ellos se sintieron integrados en la medida que participaban como profesionales de la salud y pagaban impuestos a través de los consumos que realizaban, pero no porque su cultura fuese 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 la integración, definida por Berry (2003), como un caso en el que se responde afirmativamente al deseo de mantener la identidad cultural a la vez que se mantiene flexibilidad al 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 las grandes ciudades 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.

Yo creo que sí [estoy integrada], integrada como profesional por mi participación que hago aquí, por mi trabajo, de ahí yo creo que por más no. La gente hace una contribución a la sociedad brasileira por medio de un impuesto que tiene que pagar todas las personas que tienen CPF, la gente hace mas no paga nada, estamos y no estamos, estamos física más virtualmente no somos nada, estamos aquí solo con un objetivo: mejorar la salud del pueblo brasileiro y tratar de dar una buena atención médica para ellos. (Stella, 2 años en el PMM, Bahía).

Bueno se puede decir que si, aunque no puedo decir que la integración es total por las costumbres, que tenemos costumbres diferentes. No me siento excluido. Yo participo en muchas actividades sociales, que me invitan algunas amistades, algunas familias, algunas cosas municipales, por ejemplo, las ferias, pero no puedo decirte que estoy integrado ciento por ciento a la comunidad, no puedo decir que soy un brasileiro más. (Eduardo, 2 años en el PMM, Mato Grosso).

A ver, no me han discriminado. Pero he sentido el peso de la melanina. Lo he sentido. He llegado a una loja y el vigía o el custodio enseguida atento a mí, registraba los movimientos, cogía para acá, cogía por acá... você se da cuenta que es por eso, por otra cosa no es. Eso sí lo he sentido... No me lo han manifestado, pero yo me he dado cuenta. (Enrique, 2 años en el PMM, Maranhão).

7.2 Integración socio-cultural en áreas urbanas periféricas

En este capítulo se da continuidad al análisis de las formas de interacción e inserción social de los médicos cubanos en la sociedad brasileira. En este caso, se examinan las experiencias de los profesionales que trabajaron en las áreas periféricas y marginadas de grandes ciudades, la mayoría de ellas, capitales de los estados de mayor concentración poblacional del país. Como ya fue reseñado en el subcapítulo anterior, el objetivo es conocer, a partir de las narrativas y vivencias de los médicos en su vida cotidiana en el PMM, cómo fue su dinámica de inserción, participación, adaptación y ajuste a la sociedad brasileira. El proceso de integración se analiza a partir de tres espacios socio simbólicos: campo profesional, campo cultural y campo socio comunitario.

En la primera parte se describen las relaciones socio profesionales establecidas entre los médicos cubanos y los miembros del equipo de la Unidades Básicas de Salud. La segunda parte se focaliza en una dimensión más simbólica de la interacción social relacionada con la apropiación de las expresiones culturales del pueblo brasileiro, esto es, comida, música, idioma, costumbres, deportes, entre otros. La última parte se centra en la interacción socio-

comunitaria: relaciones con la vecindad, relación con grupos barriales y uso del tiempo libre. Finalmente se analiza el sentimiento de integración socio cultural.

La lectura se construye a partir de entrevistas realizadas a 18 médicos, ocho hombres y diez mujeres, que desarrollaron su trabajo profesional en siete estados de Brasil que cuentan con población urbana en situación de pobreza y marginalidad: Bahía, Pernambuco, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná y Rio Grande Do Sul. Las edades de los entrevistados variaron entre 29 y 53 años, con formación en medicina general integral y otras especialidades. Los médicos contaban con experiencia en cooperación médica internacional en misiones realizadas en países como: Guatemala, Belice, Bolivia, Venezuela, Pakistán, Angola, Niger, Mali, Argelia y Honduras.

Los médicos entrevistados fueron escogidos en función de una matriz tipológica focalizada, en primera instancia, en región y estado, y en segunda instancia, considerando variables como sexo y estado civil. En tercer lugar, se tuvo en cuenta la disponibilidad de los profesionales. La mayoría de las entrevistas se realizaron en los puestos de trabajo.

7.2.1 Trato humanizado, luchas simbólicas y violencia en el espacio profesional

El subcapítulo anterior dedicado al análisis de las formas de interacción socio-profesional de los médicos cubanos en las áreas quilombolas y ciudades del interior, permitió concluir que el espacio de trabajo fue un escenario fundamental de integración social en la medida que estos invertían la mayor parte de su tiempo en actividades laborales. La dinámica observada en las periferias urbanas de las grandes ciudades ratificó este hecho, siendo las unidades de atención primaria uno de los principales nichos de interacción y sociabilidad. La centralidad que asumió el espacio socio-profesional en la experiencia de los médicos cubanos es llamativa, si se tiene en cuenta que el trabajo ha perdido su capacidad de generar lazos sociales en las sociedades contemporáneas a raíz del declive de la sociedad salarial durante la segunda mitad del siglo XX (CASTEL, 1997).

Los profesionales de la salud cubanos, a pesar de no vivir en las comunidades donde trabajaban como si lo hicieron en otras misiones regionales como Barrio Adentro en Venezuela (D, ELIA, 2006), mantuvieron una densa red de interacciones sociales en el

espacio de trabajo que facilitaron su participación en la vida cotidiana. La inserción laboral se facilitó por el acuerdo de cooperación triangular entre Cuba, Brasil y la Organización Panamericana de la Salud, que ofreció garantías de trabajo dignas en el área de la salud en el marco de la reglamentación internacional (OMS, 2010).

Las interacciones, sin embargo, no siguieron una trayectoria homogénea y lineal, presentaron variaciones y matices moldeados por diferentes factores estructurales y estructurantes del campo médico brasileiro. Entre esos factores están: 1) el conocimiento de la Política Nacional de Atención Primaria creada en el 2011 como respuesta al déficit de médicos y su inequitativa distribución en el territorio nacional (MINISTERIO DE SALUD, 2015); 2) la representación social creada alrededor del PMM y los médicos cubanos por los medios de comunicación, que iniciaron una “guerra mediática” impulsada por las corporaciones médicas del Brasil (GÓMEZ, 2016); 3) las diferencias en el modelo de atención médica de profesionales cubanos y brasileiros ancoradas en particularidades de sistemas sociales significativamente disimiles; 4) el conocimiento y aprendizaje de la lengua portuguesa; 5) la exposición a situaciones de violencia urbana en escenarios de disputa territorial de grupos ligados al narcotráfico y la delincuencia común. La confluencia de estos factores o algunos de ellos, incidieron en las interacciones en el espacio de trabajo y en los niveles integración social. Dichas interacciones, en general, fueron de acogimiento y colegaje, porque los profesionales cubanos llegaron a cubrir puestos de trabajo que estaban desiertos, total o parcialmente, tras varias décadas de implementación de programas con resultados fallidos, en el propósito de brindar atención primaria a las localidades más alejadas del país (OLIVEIRA et al., 2015).

La escasez de médicos es una realidad que afecta no sólo a Brasil sino al resto de países de América del Sur, principalmente a las zonas pobres, periféricas y rurales de estos (D, ELIA, 2006; SCHEFFER et al., 2015; SARDENBERG, 2015). Pese que esta carencia es un hecho inobjetable, en uno de los casos afloró el sentimiento de xenofobia asociado al prejuicio tradicional de “robo” de puestos de trabajo, un discurso común coligado a los flujos migratorios masivos.

Bom, na minha gerente sim, na minha gerência tentaram muitas vezes enfermeiras me humilhar e fazer coisas feias contra mim. E me senti muito mal em algumas ocasiões e médicos também. [...] eu sofri preconceito, por exemplo, em uma ocasião com uma... doutora que fazia ultrassom me tratou

muito mal, aí, e também algumas enfermeiras tentaram me tratar mal e na gerência. Elas te tratavam... te falavam com duplo sentido, como tentando que eu me sentisse mal, que tu não és brasileiro, que tu estás tentando ocupar o lugar que é de outras pessoas. E aí tentavam que eu me sentisse mal, mas eu sempre tentei ter confiança em mim e não fazer caso destas pessoas que são um pouco... são pessoas que estão frustradas e que... às vezes esse jeito de tratar mal os demais porque eles se sentem assim frustrados. Então, eu tentei não fazer muito caso disso, porque... é muito difícil, assim, conviver com pessoas assim que tentam todo o tempo lembrar que tu não és deste país e que estás tentando ocupar... e um lugar... e eu sempre falo que eu não estou ocupando o lugar de ninguém, porque quando eu cheguei, os indígenas que eu trabalho, não tinham médicos. E eu sei que se um dia eu não estiver mais aqui, vai ser muito difícil que alguém queira ir lá onde eu estou trabalhando com os indígenas. Porque às vezes chegam enfermeiras lá e visitam e falam "Ai, que cheiro dos indígenas". Que se tem banheiro químico, porque lá não temos... em algumas aldeias banheiro para nós. É um banheiro químico. E tem pessoas que não gostam de utilizar esse banheiro químico, porque tem preconceito com os indígenas, com o cheiro, com muita coisa. E aí eu sei que não estou ocupando o lugar de ninguém. (Carmen, 2 años PMM, Porto Alegre).

El caso presentado no constituyó una regularidad del trato brindado a los médicos cubanos por parte de los miembros de los equipos de salud, pero si es sintomático y expresivo de ciertas prácticas racistas y xenofóbicas que se presentan en algunos estados del sur y sudeste del Brasil. En estas zonas, históricamente pobladas por colonias europeas, las comunidades negras, indígenas y mestizas, han sido por lo regular estigmatizadas y discriminadas en función de un ideal de pureza racial que tiene su base en el viejo positivismo evolucionista, plasmado inicialmente en la biología y la antropología física decimonónica de cuño anglosajón (SÁNCHEZ, 2008; ACUÑA, 2005).

Los desencuentros existieron, hay que reconocerlo, pero no fueron la regla. Los profesionales cubanos fueron bien recibidos en las Unidades Básicas de Salud con alegría y esperanza, principalmente por el personal de enfermería y técnicos de salud que sufrían por la ausencia de médicos para atender las enfermedades de gentes profundamente carentes y pobres. La socialización con los protocolos de atención, procedimientos burocráticos, epidemiología local y el idioma, fueron algunas de las actividades que amablemente realizó el personal de salud de las periferias urbanas con los galenos de la salud cubanos, para que estos rápidamente se insertaran al sistema.

Sim, [fizemos] uma amizade, ele [médico] me ajudava muito, muito quando eu cheguei. Ele me recebeu muito bem, também ele ficava sozinho quando

chegamos, trabalhamos juntos, eu aprendi muito e ele também, a enfermeira Camila me ajudava muito com o idioma também. Ele ajudava muito os pacientes, solidário. (Paul, 2 años PMM, Campinas).

Não. Eu nunca notei isso lá. Eu estou falando para você, tive muito boa relação com as médicas brasileiras, uma pediatra, uma senhora mais idosa, uma doutora muito boa. Temos muita boa relação, com a enfermagem, com todo mundo. Não vi isso não. Não percebi. (Rosalba, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

La actitud favorable frente a los médicos cubanos fue creciendo con el pasar de los días, principalmente por el trato caluroso y atento que estos brindaban a los pacientes. Para los profesionales cubanos estar cerca del paciente, examinarlo, tocarlo, escucharlo y tratar de entender las causas de su enfermedad, constituyen acciones esenciales de su trabajo médico y la base de la promoción de la salud. Este enfoque de trabajo obedece a las directrices contempladas en el Sistema Nacional de Cuba, pero también se relaciona con las bases del modelo biopsicosocial de orden preventivo que tienen como referencia los profesionales cubanos, así como la aplicación del método clínico por encima de los exámenes complementarios (MEJÍAS, DUANY y TOLEDO, 2010; MONJE, 2014). Frente a este trato hubo una actitud de extrañamiento de los pacientes, los cuales nunca habían tenido una atención tan cercana y detallada. No habían sentido que su salud fuese importante para el Estado, siendo el acceso a ésta un derecho de obligatorio cumplimiento en todo el territorio a partir de la reforma que dio origen al SUS a finales de la década del ochenta (EMERICH, et al., 2015).

Olha, tenho uma experiência, que outro dia fiquei assim, não sabia o que fazer. E foi com uma velhinha, quando terminei de atender ela, ela pegou minha mão e meu deu muitos beijos na mão. E falava: Eu adoro você, eu amo você doutora, eu amo. E me dava muitos beijos. Eu fiquei assim, não sabia o que falar para ela. Eu fiquei assim. Eu parei abracei a ela. Mas é assim... eles agradecem muito. Que Deus abençoe você, a senhora é muito abençoada. (Rosalba-2 años PMM, Rio de Janeiro).

É uma população muito necessitada, as pessoas são muito agradecidas, reconhecem muito meu trabalho e quando fazemos a visita domiciliar ficam muito agradecidas, querem saber o que podem mandar para agradecer. (Martha, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Nossa escola de medicina se baseia no método clínico, atualmente está sendo adotado por todas as escolas de medicina, resgatar o método clínico, entende? O método clínico e a avaliação integral do paciente, não só complementares, não só exames e a avaliação física, interrogar, falar.

Porque eu sou professor auxiliar também tenho uma categoria no CEIP e sou professor de medicina lá também e sempre falo para os meus alunos que 80% do diagnóstico se dá pelo interrogatório e o exame físico, o interrogatório pode tirar 70% o 80% do diagnóstico, exame físico 10% e 10% para os exames complementares. Se você não interroga e não faz o exame físico não pode ter diagnóstico, eu por exemplo aqui, era frequente que você avaliasse o exame. Eu não! Voltei a avaliar exame, só para ver se o resultado estava bem, se tem alguma alteração, isso com poucos pacientes, eletrocardiograma também, você tem que avaliar os exames junto com o paciente e não depois. Exame para um lado e paciente para outro, não é assim. Todas essas mudanças, esse conceito aqui por exemplo que era de rotina, chegavam: Dr. Por favor um encaminhamento para dermatologista; na enfermaria eu falava se tem uma lesão na pele eu faço um encaminhamento, carimbo e mandou para dermatologista, isso não e assim, eu tenho que avaliar o paciente. Aí pararam porque era igual para: neurologista, cardiologista, nefrologista. (Paul, 2 años PMM, Campinas).

La imagen del médico cubano sentado junto al paciente y no al frente de éste como suele ocurrir en el contexto de modelos de atención jerarquizados y deshumanizados, es un claro reflejo de las formas de atención diferenciada que fueron adoptadas por los profesionales caribeños en su paso por territorio brasileiro. En muchos casos, los médicos fijaron la silla del paciente al lado de su silla, pues estos últimos, en un acto de “respeto”, solían alejarla siempre bajo el imaginario de distancia médica y social que siempre primó en las interacciones médico-pacientes.

Olha, eu acho que a população e a comunidade adoram os cubanos. Eu tenho um paciente que falou para mim um dia, eu falei: Vamos examinar você, tira a blusa. Ele falou: Tirar a blusa? Eu vou examinar você, não está falando que está com febre, com tosse, eu tenho que examinar. Doutora ninguém nunca colocou esse aparelho em mim. E eles falam essas coisas, entendeu? Médico cubano toca, o médico cubano fala, o médico cubano pergunta. E eles aceitam muito bem. Tem vezes que falam, as grávidas sobretudo falam muito: Doutora você fala muito! Eu não falo muito não, eu não quero que você se complica no final, tenha uma eclampsia. Eu quero que você faça as coisas direito, no jeito que tem que fazer. (Rosalba, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Otra característica que influyó en las relaciones profesionales fue el trato humanizado. Los médicos cubanos conciben su ejercicio como un acto de ayuda a las personas más necesitadas, como un servicio social a las comunidades. Este hecho implica concebir al otro en su dimensión de ser humano desde un punto de vista integral, por tanto, las acciones

médicas están impregnadas de una alta sensibilidad que permite el reconocimiento del otro y sus particularidades.

Esta mirada se contrapone a la visión del ejercicio de la medicina como negocio y la salud como una mercancía, imaginario que promueven algunos profesionales y se exhibe como el común denominador en el modelo liberal-privatista que tiene como objetivo mercantilizar la salud de las personas (CEBES, 1984, CAMPOS, 2007, PAIM, 2013). El siguiente relato de una situación vivida por uno de los médicos que atendía en Salvador de Bahía, durante su paso por una nación africana, plasma con claridad esta visión de la salud y el ejercicio profesional:

[...] eu tive uma situação triste de uma criança que precisava de sangue A+, que estava com anemia grave, com cardiopatia, sem dinheiro, eu doeí 500 ml de sangue. Depois uns 15 dias uma mulher que deu à luz teve hemorragia ficando com um quarto de hemoglobina quase faleceu, a ginecologista falou que precisava de sangue A+, eu fui e doeí mais sangue, com esta baixa de sangue em pouco tempo eu fiquei fraco, estava atendendo e começou a me dar tonturas, fui à cozinha para comer, mas não havia muito que fazer. O embaixador de Cuba em Níger estava percorrendo as missões naquele país, quando chegou no meu hospital eu estava em casa me recuperando. (Hernán, 2 años PMM, Salvador).

El carácter humanitario que sustenta las acciones sanitarias de los galenos cubanos no sólo obedece a los principios que guían la práctica médica y el Sistema Nacional de Salud de Cuba, se encuentra asociado al ideario de la revolución cubana de ayuda al otro de forma solidaria. También guarda relación con los valores promovidos por el sistema socio-cultural del gobierno socialista, entre ellos, la equidad, la cooperación y la unión de los pueblos, muchos ellos derivados del pensamiento del prócer de la patria José Martí y el líder revolucionario Karl Marx (MARTÍN, 2016; GARCÍA Y ANAYA, 2009; CAÑIZARES, 2016).

É bem difícil, porque eu não estou acostumada com isso. Em Cuba todos somos iguais, você convive com os seus pacientes. E na Venezuela foi assim também, como eu te contei. Eu morava no lugar que eu trabalhava. Então para mim esse distanciamento que existe entre médico e paciente, eu não estou acostumada com isso. Não chego na casa. Quando faço visita domiciliar, eles até estranham, “ah, que você é assim, tão humilde. Você...”, é, porque é normal eu chegar e me sentar em algum lugar, pedir água, tomar. Brincar com a criança, ver o gato, cachorro, mexer com eles. E eles estranham isso. Que o médico aqui sempre mantém certa distância. Pelo

menos é o que eu vejo, isso na minha unidade, certa distância com o paciente- Sim. Quando eu cheguei ele me apresentou à família dele, e no início meu apoio era a família dele, antes de eu conhecer as outras pessoas, fazer amizade. Me convidavam para sair, aniversário, assim. A minha introdução à sociedade brasileira foi com essa agente de saúde no trabalho e aqui com a família dele Luz-2 años PMM, Vitoria.

La re- fundación de la sociedad cubana a partir de la década de los sesenta, tomó estos valores como su columna vertebral. Se inició entonces un ejercicio de re-construcción de las relaciones sociales bajo el ideal de superar las diferencias de clase de modo que las personas se trataran como iguales en la vida cotidiana. Este ideal, se encuentra presente en el trato de los médicos cubanos y sus actuaciones médicas:

Eu lembro que no ano passado, no final do ano passado aqui caiu muita chuva, e ficou todo alagado, uma enchente. Eu trabalhei lá, estava lá num abrigo, fiquei lá, trabalhei, mas eu tenho uma área que essa área ficou toda alagada, depois quando a água abaixou um pouquinho eu pedi [que não me manda para não me pilharem nessa área], mas a gente recém tinha recebido essa área. E aí eu fui lá, fiz uma visita saí com o sapato todo sujo de barro. Quando eu fui lá até me falaram, "Doutor, o senhor vai passar por aí?", mas eu falei "Sim, vou passar por aí. Como é que eu não vou passar por aí? Ou tu vê que as pessoas que moram aqui, que passam por aí, têm uma coisa que eu não tenho ou eu tenho uma coisa que eles não têm? Não, senhor, eu sou uma pessoa, um humano mesmo assim como todos aí. Se vocês passam por aí, eu também vou passar". E se precisarem que eu passar por outro lado fora necessário, eu vou passar. Todo mundo ficou assim, "Não, mas...", fiquei com o sapato cheio de barro, mas não tem problema. Vou passar. É uma questão que eu não tenho problema de fazer as coisas. Isso não vai tirar uma parte do meu corpo. (Pedro, 2 años PMM, Porto Alegre).

El esquema de pensamiento y estilo de vida preconizado después de la revolución, trato de romper a su vez con el pensamiento utilitarista de corte consumista propio de las sociedades capitalistas occidentales (SIMMEL, 1977; 1986). Así, se abrió paso a nuevas relaciones sociales basadas en la defensa de la humanidad y focalizadas en el crecimiento espiritual versus el bienestar material que guía las sociedades modernas. En las renovadas estructuras de interacción y sociabilidad, el dinero pasó a un segundo plano al ser entendido como medio más no como fin de la acción humana, en la perspectiva de Simmel, perdió su carácter de articulador de la vida social. Esta mutación del sentido que los cubanos le otorgan a los medios de intercambio material constituye una estrategia de supervivencia y adaptación del ethos colectivo frente al bloqueo económico impuesto por los Estados Unidos desde la década

del sesenta del siglo XX hasta la actualidad. Los significados a los que se hace alusión son expresados por una de las médicas que trabajó en Recife:

Porque veja só, nosso país tem uma formação do ponto de vista humanitário, que o dinheiro não é a principal coisa, viu? Saiba isso. Aí, nós viemos para cá, para brindar saúde e solidariedade ao povo brasileiro. Há para fazer algumas mudanças no estilo de vida, na forma de costumes, que podem danar a saúde da população. Porque veja só, nosso país tem uma formação do ponto de vista humanitário, que o dinheiro não é a principal coisa, viu? Saiba isso. Aí, nós viemos para cá, para brindar saúde e solidariedade ao povo brasileiro. A solidariedade, o amor, é o que damos. Porque isso aprendemos em nossa formação, nossa formação é muito humana, entende? E eu gostaria de que tudo mundo, muita parte do mundo pudesse transmitir isso, que o ser humano é a maior riqueza que existe no mundo. A saúde da pessoa é o mais maravilhoso. É por isso que nós trabalhamos, isso que eu falei para você, dinheiro não fica em primeiro lugar. Nós não damos o que vamos jogar para o lixo, entende? Nós damos o que temos, compartilhamos tudo o que temos, porque é assim. Eu sou médica, mas não vou olhar para ninguém, só porque eu sou médica não sou melhor que aquele. Porque nossa formação é assim, tudo mundo é igual para igual. Eu transmito para as meninas, quando for embora, eu quero deixar um legado a vocês. Nunca pensem que ninguém é melhor que vocês, nunca. Todos somos iguais, somos todos seres humanos. (Ruby, 2 años PMM, Recife).

La interacción de los médicos cubanos con el sistema de salud brasilero y sus profesionales, cambio la vida de los primeros en diversos aspectos, pero los profesionales brasileros también se vieron influenciados por las acciones de los cubanos. El estilo de atención adoptado por los galenos caribeños caracterizado por el trato humanizado, caluroso, atento y sensible, incidió en las relaciones profesionales en la medida que el personal de salud brasilero modificó algunas actitudes y prácticas relativas al trato de los pacientes. Dichos cambios no fueron estructurales como tampoco generalizables a la totalidad del personal médico, pero si constituyeron una tendencia.

En ese sentido, se puede sostener que el proceso de integración no fue unidireccional, ocurrió en doble vía. Los médicos cubanos ampliaron su saber y experiencia mientras que los médicos brasileros y personal de las UBS, modificaron las formas de interacción con los pacientes en el propósito de ofrecer una atención más humanizada. Fueron hechos como éste, más que la novedad de trabajar con profesionales extranjeros, lo que ocasionó, en algunos casos, actitudes de rechazo y discriminación.

Las tensiones veladas o explícitas que se presentaron ocurrieron en el plano de disputas simbólicas alrededor del sistema de valores, los modelos de atención, la concepción del ejercicio profesional y los enfoques médicos que subyacían a las subjetividades en interacción. Los choques profesionales, sin embargo, no fueron obstáculo para realizar intercambios científicos, siendo estos diferenciados en grados y niveles según las condiciones particulares de funcionamiento de las USB y las formas de interacción médica.

Sim eu falo muito com os funcionários tenho reuniões com a equipe onde a gente sempre fala de um tema, eu mudei a reunião de equipe, porque a reunião de equipe sempre era só a parte administrativa (só para constar), para mudar esse conceito da reunião de equipe para uma reunião científica: falamos de algum caso, discutimos algum caso de saúde, alguma família complexa, eu falo sempre algum tema, alguma de doença não crônica, falo com um agente comunitário que fale de algum tema, atividade física, vamos capacitando a equipe. É bom! E a pediatra também fala alguma coisa. (Paul, 2 años PMM, Campinas).

[...]. Uma vez eu tive um colega muito bom, que foi para o interior, ótimo. Recém-formado, quando chegou aqui, Tiago. Falamos com ele que poderíamos trocar informações e foi tudo bom o intercâmbio, porque a formação acadêmica, científica brasileira é ótima. (Hernán, 2 años PMM, Salvador).

Finalmente, es necesario destacar un hecho notable que influyó en las relaciones profesionales y la vida cotidiana de los médicos en las periferias urbanas. Se trata de los actos de violencia ocurridos en las áreas contiguas a los puestos de salud y en los barrios donde los galenos cubanos adelantaban jornadas de atención. Debe señalarse, en primer lugar, que las situaciones de violencia generaron zozobra y miedo entre los médicos cubanos porque en su país no desarrollan su trabajo en condiciones de este tipo.

Foi uma experiência única, pois foi a primeira vez na vida que aconteceu isso comigo! Para mim é muito difícil até hoje, quando escuto um tiro fico com as pernas bambas, as mãos começam a suar e não consigo me concentrar mais no que estou fazendo. (Hernán, 2 años PMM, Salvador).

Según relatan los cubanos en sus historias de vida, en la isla caribeña no hay presencia de bandas criminales o dedicadas al narcotráfico desde la instauración del régimen socialista. La ausencia de este tipo de organizaciones aunado a las condiciones de vida que ofrece el gobierno que permiten satisfacer las necesidades básicas de subsistencia, hace que las tasas de violencia homicida en Cuba se ubiquen entre las más bajas del mundo en una región que

se caracteriza por tener la mayoría de las ciudades con mayor grado de violencia del planeta (MORALES, et. al, 2017). Los robos y asaltados a mano armada presenciados en el Brasil, sorprendieron a los médicos, incluso desde antes de presentarse a trabajar por primera vez a las UBS.

Quando começamos, um dia antes da inauguração roubaram o celular de uma enfermeira, no dia da inauguração esfaquearam um em frente ao posto. Estávamos aqui, nós fizemos os primeiros procedimentos e o SAMU não veio atender, eu não entendi, como o SAMU não veio atender nós fizemos o que podia, havia uma caixa de soro aqui, aplicamos na veia, era um usuário de drogas, eu acho que era conflito com tráfico de drogas, mas o atendemos. O que importa é que era uma pessoa que estava aqui. Se tem posto, tem polícia, se tem polícia vamos trabalhar. (Blanca, 2 años PMM, São Paulo).

El contacto con hechos de violencia era situación nueva para algunos médicos que nunca en su vida había trabajado en el contexto de este tipo de conflictos en Cuba. Para otros, se trataba de una realidad que habían vivenciado en su paso por otras misiones, entre ellas, Barrio Adentro en Venezuela. En este país, también habían tenido que llegar a trabajar en zonas urbanas periféricas marcadas por la pobreza y la presencia de bandas ligadas a la delincuencia común y el narcotráfico. Entre esas zonas se destacan los suburbios urbanos de Caracas:

Um ano. Eu tinha acabado de sair da faculdade e foi um pouco traumatizante, porque na Venezuela é muito complicado, muita violência, o programa era diferente, depois das seis horas da tarde não podíamos sair de casa. Morávamos na mesma comunidade em que trabalhávamos e geralmente em favelas onde havia muita violência, tráfico de drogas, haviam muitos conflitos entre gangues rivais, tínhamos que estar constantemente alertas, pois a qualquer hora do dia aconteciam tiroteios. (Paul, 2 años PMM, Campinas).

Eu mesmo fiz, pois não tínhamos recursos. E começamos a trabalhar assim, para pedir atendimento batiam na porta, não podemos deixar de atender por falta de segurança, temos que fazer a consulta sem pensar na segurança, quando ia atender fechava a porta. Um dia uma senhora com pressão alta, então percebo uma coisa fria em seu pescoço, começamos a conversar, falei que era médico cubano, realmente quando você fala que é médico cubano a pessoa respeita, ela falou que morava na casa de cima, e me falou como era lá, assim e assim que não perguntasse onde morava ninguém, quem era ou o que fazia, falou para atender rápido e despachar, dei uma injeção de Captopril e não diga a ninguém que me atendeu, diga que não conhece ninguém. Tudo que acontece lá fora não queremos saber de nada, onde moram, aqui não conheço ninguém. Outro dia me perguntaram se conhecia fulano, falei que não. Perguntaram quem era eu, falei que era médico cubano e falaram para eu correr, pois ia começar a guerra, corri. Isso foi no

terceiro dia em Caracas. Fui para o quarto, bati a porta do quarto, me escondi embaixo da cama, em quinze minutos começou o tiroteio. (Blanca, 2 años PMM, São Paulo).

La guerra entre bandas criminales asociadas al micro-tráfico de estupefacientes en los suburbios urbanos de Caracas y otras ciudades de Venezuela, guerra en la cual se ve inmersa la población de forma inercial, fue muy similar a lo vivenciado por los médicos cubanos en las periferias de Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo y Vitoria en Brasil. En esas ciudades, algunas de ellas, con las tasas de violencia homicida más altas de Latinoamérica y el mundo (SALAMA, 2008; GARMENDIA, 2011), eran constantes los tiroteos, intimidación, asesinatos, robos y conflictos armados entre facciones de verdaderos ejércitos criminales. En el conflicto también participa como actor protagónico la propia policía que en el año 2007 asesinó cerca de 1300 jóvenes en Rio de Janeiro y 500 jóvenes en São Paulo. La tasa de violencia homicida en Brasil en la primera década de los años 2000 era 66 veces mayor a la de países como Francia (SALAMA, 2008). En virtud de estos conflictos, en algunos casos los médicos cubanos tuvieron que prestar los primeros auxilios a heridos por arma de fuego que eran dejados en los puestos de salud:

No ano passado começou uma briga com região de perto daí, foi precisamente quando começou a copa do mundo e durou até o ano passado, justamente durou um ano, essa guerra. Eu nunca cheguei a ver nada, mas ouvia tiroteio. E aí era correndo fechando unidade, duas vezes chegaram baleado lá. Mas, ver, presenciar o ato, nunca. (Luz, 2 años PMM, Vitoria).

La situación de algunos “morros” en Rio de Janeiro es ejemplo vivo de estas situaciones que generaban ansiedad, miedo y zozobra entre el personal médico cubano. Los enfrentamientos eran tan recurrentes e intensos que impedían de facto el trabajo de estos en los puestos de salud y las comunidades. Incluso llegó a colocar en riesgo la vida de los propios médicos que se movilizaban por las calles de las favelas en medio del fuego cruzado. En estas zonas donde se habían creado verdaderos escenarios de guerra urbana, estar con la policía no era sinónimo de seguridad, pues este personal había sido declarado objetivo militar:

Sempre, tem dia que está melhor tem dia que está pior. A clínica está num lugar esquisito no alto do morro, na hora de pegar ônibus fico no fogo cruzado entre bandidos e a polícia. Foi num sábado que tinha campanha de vacinação de HPV e o território estava esquisito e começaram a atirar e na hora que íamos sair mataram um policial na descida da clínica, então

começaram a chegar policiais, o BOPE e ficou tenso demais, eram muitos tiros, a rua estava fechada, ninguém podia sair ou entrar, o teleférico fechou, porque quando o tiroteio é perto ele fecha, depois começou a chover também, já não era pelos tiros e sim pela chuva, não conseguimos sair antes de começar, não dava para eu descer a pé escutando tiro, eu esperei, mas não melhorou e de noite não dava pra sair, porque tinha um carro da polícia que é alvo dos bandidos, então achei melhor ficar até o outro dia. (Martha, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

7.2.2 Interacciones con la cultura, tolerancia e integración bicultural

Este acápite se centra en el análisis de las formas de interacción de los médicos cubanos con las expresiones culturales del Brasil. Algunas de esas expresiones se refieren a lo que Simmel (1977) denomina como cultura objetiva o en otras tradiciones de pensamiento se conoce como consumos culturales (GARCÍA CANCLINI, 1993; FEATHERSTONE, 1991). Cuando se abordaron las comunidades quilombolas y ciudades del interior, se observó la participación de los médicos en las fiestas tradicionales de Brasil y el diálogo que habían tenido con las prácticas médicas no convencionales, principalmente de poblaciones negras. En este subcapítulo no se tocarán estos dos últimos aspectos porque no aparecieron en los relatos de los galenos cubanos que trabajaron en las periferias. Esta ausencia, en lugar de constituir un problema para el análisis, representa un hallazgo que da cuenta de las variaciones culturales del Brasil y las profundas diferencias existentes entre las estructuras sociales de las grandes ciudades y las que poseen los municipios del interior.

Debe tenerse en cuenta a su vez, que el contacto de los médicos con las expresiones culturales del Brasil no puede leerse en términos de aculturación/integración (GODENAU et, al. 2014; RETORTILLO, et, al. 2006), porque se trata de migrantes temporales que no están expuestos el dilema de mantener, perder o modificar la identidad étnica (BASABE, ZLOBINA y PAEZ, 2004). Apropiarse o rechazar el simbolismo de la cultura brasilera no constituye una necesidad de adaptación psicosocial (ALAMINOS y SANTACREU, 2011) porque los contratos que firmaron los médicos denotan un vínculo laboral temporal, es decir, son migrantes de corto plazo.

En la medida que no tienen que elegir entre la cultura de origen y la destino, se podría proponer como supuesto teórico que sus experiencias están cruzadas por una convivencia superficial, comprendida como una situación donde los colectivos de migrantes adquieren

una competencia básica del estilo de vida, pero no una competencia cognitiva profunda de los valores y costumbres sociales (ALAMINOS y SANTACREU, 2011). Como fue sostenido para el caso de los médicos que actuaron en comunidades quilombolas, el contacto de los profesionales cubanos con la cultura brasileña debe ser leído en términos de los niveles de interacción y socialización que estos tuvieron con los símbolos, signos, costumbres, prácticas, normas y valores del Brasil.

Teniendo en cuenta estos presupuestos, se encontró que los médicos cubanos no tuvieron un choque abrupto con las expresiones culturales del Brasil ni manifestaron rechazo o intolerancia frente a las nuevas costumbres y prácticas. Las formas de socialización e interacción con el idioma, música, gastronomía, deportes, televisión, prensa, literatura, y religión, estuvieron mediada por la apertura y tolerancia cultural. La interacción no fue la misma en todos los casos ni se presentó en la misma intensidad con todas las expresiones culturales, se dio en grados diversos, en función de la confluencia de factores subjetivos y estructurales.

Bom, eu gostava muito de escutar música brasileira de antes, porque eu escutava muito Maria Betânia, Gal Costa, eu gosto muito de Gal Costa. E, por exemplo, Roberto Carlos é uma pessoa muito importante no meu país. Chico Buarque... e então Gilberto Gil, tem muitas pessoas que foram... assim, que já eu escutava no meu país, antes de vir para cá. (Carmen, 2 años PMM, Porto Alegre).

Retomando la clasificación establecida por Berry (2003), se podría señalar que las interacciones socio-simbólicas afrontadas por los galenos cubanos se encuadran en un proceso de integración, entendido como el caso en que se responde afirmativamente al contacto intercultural sin perder la identidad étnica. En otras palabras, estos asumieron una actitud bicultural, la estrategia que genera mayor nivel de adaptación psicosocial desde el punto de vista psicológico (BASABE, ZLOBINA y PAEZ, 2004).

Olha, geralmente o brasileiro é muito religioso, muito, muito. Mas eu respeito todo mundo, não tenho porque falar. Eu escuto, tenho paciência para escutar e eu deixo que o paciente fale o que ele acha. Eu tenho uma paciente que fala, eu falo para ele, que Deus vai resolver o problema dele. Mas veja só, Deus criou o médico para alguma coisa. Então Deus pode ajudar, mas para curar, você tem que fazer o que estou falando. Ele falou: É verdade doutora, você tem razão, eu creio no médico. Mas você tem que convencer. (Rosalba, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Los migrantes de la salud cubanos adecuaron su estilo de vida a las nuevas costumbres, valores, reglas, tradiciones y formas de vivir de la cultura brasilera sin perder o negar su propio cosmos cultural. En términos de Moghaddam, Taylor y Wrigth (1993), afrontaron con éxito los tres aspectos que implican el proceso de integración cultural: 1) adaptación psicológica, 2) aprendizaje cultural, y 3) la realización de las conductas adecuadas para la resolución de las tareas sociales.

Sim. Por exemplo, quando eles têm atividades típicas deles, eu sou a primeira a ser convidada. Agora para a festa do Dia do Índio, nós ficamos na aldeia. Era sábado a festa, nós ficamos todo o dia na aldeia, participamos do almoço com eles, participamos do jogo que eles fizeram das competições, nós ficamos lá para tentar é... se alguém precisava de atendimento, porque estavam fazendo muitas competições. Mais que tudo, compartilhamos com eles a parte do almoço, dessa parte festiva. (Carmen, 2 años PMM, Porto Alegre).

No se puede afirmar que los cubanos pasaron por un proceso de adaptación y ajuste de sus estructuras cognitivas, axiológicas y psicológicas en total articulación con la cultura de brasilera, pero las formas de apropiación adelantadas les permitieron convivir de forma ciertamente armoniosa con las diferencias simbólicas. El equilibrio alcanzado no se puede interpretar como una actitud de asimilación y/o de pérdida de la identidad étnica porque los médicos mantuvieron prácticas, costumbres e imaginarios propios de su cultura de origen. Tampoco como un proceso de aculturación porque no dejaron de lado sus creencias y estilos de vida para participar con éxito en la sociedad brasilera.

Sim, compramos comida e fazemos. Mas tem outros tipos que nós gostamos, eu gosto muito de pizza, mas não me adapto ao tempero ao sabor das pizzas daqui. Eu gosto da lasanha, muito gostosa. Adoro qualquer tipo de doce. (Sandra, 2 años PMM, Salvador).

Não, eu já estou querendo fazer acarajé em Cuba. Tenho uma colega que gosta, ama a cozinha, a gente a chama de Dona Benta e ela quer que eu leve todos os pratos da Bahia. Ela fala para pôr um restaurante “Bahianes” lá. (Isabel, 2 años PMM, Feria de Santana).

El rápido y exitoso proceso de integración bicultural puede ser atribuido a varios factores: 1) el contacto previo con expresiones de la cultura nacional brasilera, 2) proximidad cultural, 3) actitud de admiración y curiosidad, 4) habitus inmigrante y capital de movilidad, 5) contacto intenso y profundo con la población nacional y sus costumbres. La preponderancia y

confluencia de estos factores revela las especificidades de los procesos de integración de migrantes altamente cualificados y las particularidades que poseen los grupos profesionales.

El primer factor puede ser ilustrado con la música, las novelas y el fútbol, principalmente con las dos primeras expresiones. Los médicos cubanos manifestaron que ya escuchaban desde tiempo atrás algunos cantantes brasileiros, especialmente de bossa nova y el género balada, como Roberto Carlos o Alexandre Pires. Géneros como el forró o sertanejo no estaban ampliamente difundidos en Cuba, pero otros como la samba y el pagode ya contaban con reconocimiento.

Eu gosto muito de Zeca Pagodinho, gosto de Grupo Revelação, gosto de Turma do Pagode. (Orlando, 2 años PMM, Porto Alegre)

Porque lá já eu escutava, mas em espanhol. Zezé de Camargo principalmente. Não lembro agora o nome deles. Chitãozinho e Xororó. (Sergio, 2 años PMM, Porto Alegre).

Gosto de todo tipo de música! Ouço muito Gustavo Lima. Também de sertanejo, samba, funk. (Martha, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Escuto, de latina gosto muito, e aqui tem a música negra que também escuto muito. Eu fui um dia ao Pelourinho, mas ia cantar Gilberto, mas não se apresentou porque estava indisposto, mas a música... Gosto. De Ivete Sangalo. Vi ela em um show de carnaval. Cuba é musical. Em Cuba tem mais de 20 tipos de música ao todo no cubano. A salsa é cubana. (Hernán, 2 años PMM, Salvador).

Sim! Eu gosto em geral da música brasileira. Escuto a Fatima Leão que faz músicas que já cantou Pablo (Milanés) e outros, mas a letra é dela. É como a Marília Mendonça, por exemplo, que é uma menina bem jovem, mas desse tipo assim que escrevia e agora canta. Não sei se você já escutou, mas a voz e o estilo de Fatima Leão é mais ou menos como o da Marília Mendonça. (Isabel, 2 años PMM, Feria de Santana).

Un hecho que se recalca como común denominador es el consumo de novelas. Desde hace varias décadas las telenovelas brasileñas han sido transmitidas en la isla, entre éstas, se destacan las que relatan historias de la esclavitud, la vida en las haciendas, las diferencias raciales y la vida colonial, temas centrales en la construcción de la identidad nacional brasilera. Algunos médicos señalaron que aún continuaban viendo las novelas, esta vez, en el propio territorio nacional brasilero.

Devo ressaltar que desde pequena eu adorava e queria ser médica e adorava a ideia de vir pelo menos uma vez na vida ao Brasil. E isto aumentou mais

quando assisti a novela "Escrava -Isaura", não sei se você viu. Acho que era criança, eu fiquei com aquilo na cabeça. (Sandra, 2 años PMM, Salvador).

Eu gostava muito do Brasil porque, desde pequena, olhei muito as novelas brasileiras em Cuba. Em Cuba, se olha muito as novelas brasileiras e eu gostava muito da população que eu olhava nessas novelas, da paisagem, eu queria saber mais do Brasil. (Carmen, 2 años PMM, Porto Alegre).

Conhecíamos o Brasil, a parte da cultura do Brasil, a gente assiste a muitas novelas, que falam de diferentes regiões aqui no Brasil, da parte Sul, da parte Norte, tudo muito diferente as regiões brasileiras. Então a gente se interessou e demos um passo na frente, porque, como falei, uma que conhecíamos o Brasil e vamos ter essa outra oportunidade e outra que iria nos ajudar economicamente e ajudar também o povo brasileiro, que estava precisando. (Dóris, 2 años PMM, Curitiba).

El segundo factor, la proximidad cultural (SMITH y BOND, 1999, WARD, BOCHNER y FURNHAM, 2001), fue asociado con la alimentación, el estilo de vida y para algunos, con la religión, pese a ser Cuba un país marcadamente laico. La proximidad se explica, en primer lugar, por la influencia de raíces culturales similares y, en segundo lugar, por el compartir cierta latinidad. Para los médicos cubanos, pese a las diferencias del idioma, Cuba y Brasil guardan estrechos lazos por tener la historia de conquista y colonización en común, y en ese mismo sentido, unas influencias culturales similares derivadas de la mezcla de la cultura africana y la cultura de los países del suroccidente europeo.

Tem meio de tudo, porque a população é uma mistura Afro Espanhola, aqui Afro Portuguesa, é uma mistura muito similar, é uma cultura muito similar. (Hernán, 2 años PMM, Salvador).

Tudo! Acho que o único que muda é o idioma. Mas a origem é a mesma, foram colônias portuguesas e espanholas, mas os dois países são europeus. Depois fomos misturados, em Cuba não ficaram indígenas, mas trouxeram africanos do mesmo jeito que aqui. (Isabel, 2 años PMM, Feria de Santana).

O Brasil tem uma cultura um pouco parecida com a nossa, assim, às vezes eu olha... o carnaval, e nas novelas, essas vivências do estilo de vida, da população brasileira que tinha muito ponto de contato com o meu país e eu estava interessada em conhecer essas coisas também. (Carmen, 2 años PMM, Porto Alegre).

Se assemelham, pois, são os países mais rítmicos na América, no Brasil a maior mistura musical é aqui na Bahia, realmente, a maioria dos cantores daqui é baiano, o Roberto Carlos que é do Espírito Santo. Agora em julho vai fazer um concerto. Em Cuba de criança, adolescente... Roberto Carlos é o homem de época, e depois Alexandre Pires e Gilberto Gil. (Hernán, 2 años PMM, Salvador).

En el caso de la gastronomía, la mayoría de los médicos manifestaron que las diferencias entre la culinaria de Brasil y Cuba eran pocas, lo que permitió mantener sus hábitos de alimenticios. Pese a la regularidad, algunos manifestaron extrañamiento con algunos alimentos como las harinas o las bebidas del sur de país, poco consumidas en la región del Caribe. Los que no tuvieron mucha empatía con la comida brasileña optaron por preparar los alimentos en casa.

Hoje mesmo estava falando com um paciente, não me adapto ao tempero, pimenta, não estou acostumada com pimenta, farinha, nós não temos farinha lá, então não tem jeito de comer com farinha. (Sandra, 2 años PMM, Salvador).

La religión es otra expresión cultural que ilustra muy bien la influencia de raíces africanas y europeas, proceso muy bien concatenado a través del sincretismo religioso. Para los médicos cubanos, algunas confesiones religiosas del Brasil y Cuba, sobre todo las que están presentes en las comunidades negras, son similares.

A religião de vocês é uma mistura como a da gente, é católica com a religião africana. A corrente espírita, o candomblé que a gente também tem. Pelo menos na Bahia é mais assim, o Baiano é ótimo, é para frente. É diferente. (Isabel, 2 años PMM, FERIA de Santana).

Apostólica e Romana! Na verdade, eu adotei a religião, mas não tenho essa formação, depois explicou por que. Cuba é um país laico, então a gente pratica a religião católica e a afro-cubana que a gente chama de sincretismo religioso, mas de verso eu não tive essa formação dentro do catolicismo. Meu pai é comunista e como em Cuba teve uma revolução em 1959 a Igreja esteve contra o processo, então simplesmente se foi! Cortou o relacionamento! Mas hoje a Igreja continua, ela não foi excluída do país, ela ficou. Minha origem é mais do sincretismo religioso, não é do catolicismo, mas no decorrer da vida fui me identificando com essa religião (Isabel, 2 años PMM, FERIA de Santana).

El tercer factor se refiere a la actitud de admiración y curiosidad que siempre han tenido muchos cubanos, entre ellos, los médicos, frente al país continente. La admiración proviene de los contenidos mediáticos que venden al Brasil como un país de alegría, fiesta, carnaval, libertad, igualdad, democracia y diversidad cultural, sin dejar de lado su riqueza natural representada en la imponente selva amazónica. Para muchos médicos se trataba de conocer el país del gran mito que ofrecía sin número de oportunidades y gentes diversas por doquier.

Era um desejo em minha vida conhecer o Brasil, juntou outros motivos como conhecer a vida, a cultura, as doenças. Tem doenças aqui que estão erradicadas em Cuba, então é uma experiência, não é o mesmo a teoria de como os livros descrevem as doenças e ver como elas agem em pacientes, tocar, apalpar, pois em Cuba não as temos. (Sandra, 2 años PMM, Salvador).

Para os cubanos o Brasil é um país muito especial, e eu acho que a maioria dos cubanos gostariam de conhecer o Brasil porque nós temos muita informação sobre o Brasil, porque lá na televisão acontece muitas novelas brasileiras, e o brasileiro é uma pessoa muito... tem características muito parecidas às nossas, então todo mundo gosta de falar do Brasil- (Beto, 2 años PMM, Porto Alegre).

Eu recebi convite se eu queria vir trabalhar no Brasil, mas isso para mim foi como uma informação, uma solicitação que eu tinha como que uma benção. Sério, eu achei como que tinha sido abençoado com isso, porque sempre para mim foi como que um sonho, um sonho ver esse belo país, o [hermoso] país em que você mora. Só que, o que acontece, lá em meu país se assiste muitas coisas aqui do Brasil, se assiste muito a telenovela brasileira, tem time de futebol do Brasil que tem muito fanático lá no meu país, e muitas pessoas, incluso eu, gosto muito de assistir o carnaval do Rio de Janeiro. E aí eu decidi, eu vim para cá para o Brasil. (Luís, 2 años PMM, Porto Alegre).

El cuarto factor ha sido resaltado con base en el análisis del Programa Más Médicos y otras experiencias como la de los inmigrantes brasileiros en Canadá y los haitianos en el Brasil (OLIVEIRA y KULAITIS, 2017). El argumento señala que los médicos cubanos tendrían esquemas de percepción y acción, derivados de sus múltiples misiones alrededor del mundo, que los harían proclives a integrarse de forma más rápida y exitosa a los entornos sociales a los que llegan. Su recorrido por diferentes culturales y países, enfrentando obstáculos, pero a la vez ideando soluciones para los mismos, les habrían proporcionado en el mismo sentido un capital de movilidad compuesto por conocimientos, habilidades, competencias, información y saberes necesarios para enfrentar procesos de adaptación y ajuste en culturas diferentes a la propia.

Em Belize eu trabalhei na unidade de emergência do hospital nacional, eu fiquei dois anos trabalhando em urgência e emergência, uma experiência muito boa. Depois voltei a Cuba e comecei a sair a Guatemala fiquei dois meses em emergência, depois voltei trabalhei um tempo em Cuba, depois fui para Bolívia e fiquei durante três meses numa emergência, depois voltei para Cuba. Voltei de novo para Bolívia e fiquei aí por dois anos em uma missão internacional e também trabalhava em um hospital integral de urgência. Trabalhei em uma clínica que fizeram de primeiro nível aí, eu fui médico do presidente por algum tempo de Evo Morales, fui médico dele

durante um tempinho e fiquei gerenciando a clínica. Em 2006. Voltei a Cuba. [...]. Trabalhamos na Venezuela durante três anos, ficamos de 2010 até 2014, quase quatro anos, na Venezuela trabalhei também em uma unidade de terapia intensiva durante todo esse tempo, trabalhei também de médico consultante de todos os cubanos de onde ficava, foi uma experiência muito boa porque tive que trabalhar muito com os cubanos doentes. (Paul, 2 años PMM, Campinas).

[Trabalhei em] Paquistão, Angola e Brasil. Normal, sempre trabalhei na assistência primária. No Paquistão foi catástrofe do terremoto, prestar assistência primária, foi pessoas que sofreram muito que perderam tudo durante seis meses. (Esteban, 2 años PMM, Araçatuba).

Eu estive em Angola há muitos anos, em Níger. Nigéria está ao sul, acima de Nigéria tem um país chamado Níger, que é grande faz fronteira ao norte da Nigéria, faz fronteira com a Líbia, fronteira com Argélia. (Hernán, 2 años PMM, Salvador).

A-hã. Eu me formei em 1992, em Medicina Integral, como médica geral. E em 1997, me tornei especialista em Medicinal Geral Integral. Logo depois disso, eu comecei a trabalhar em especializações e cumpri missão também em outros países, não só aqui em Brasil, antes de vir para cá, eu estive em Mali, que é um país da África, e estive na Argélia, na Bolívia, na Venezuela e logo depois vim para o Brasil. Em todas elas eu me dispus a trabalhar como médico e a honra de me tornar uma médica internacional porque em cada um dos lugares a experiência foi muito diferente. Em todos os lugares, a gente aprende a cultura e tem o apoio e a gratidão do povo. Em cada lugar, há pessoas com mais necessidades do que outras, mas de um modo geral, eu sinto que fui me tornando melhor médica a cada experiência. (Dóris, 2 años PMM, Curitiba).

Finalmente, el quinto factor, esto es, el contacto intenso y profundo con la población nacional, ya fue ilustrado en las formas de interacción socio-profesional, donde se detalló que por el tipo de trabajo que realizaban los profesionales cubanos, debían compenetrarse de modo profundo con las comunidades. La salud familiar y el enfoque biopsicosocial exigen que el médico conozca las problemáticas sociales de las personas, las dinámicas locales, las costumbres asociadas a las enfermedades y los estilos de vida. Este modo específico de actuar profesional demanda una inmersión rápida y un contacto íntimo con las fibras más sensibles del ser social.

Isso é uma das coisas não mais... assim como que mais chamativas para mim (ininteligível) [00:13:30.349] porque eu o (ininteligível) [00:13:34.612] aquele caso, mas esse foi o último. Antes desse não. O que acontece é que eles estão acostumando a que tenha um médico cuidando dele em casa. Por que às vezes eu ia fazer uma visita domiciliar, mas aí de repente eu falo “Não. Aqui a quinze dias eu vou ter que fazer outra.”. E ele não tinha.... Não vê isso como que muito normal assim. Que ficar essa

visita (ininteligível) [00:14:04.203]. Para eu era outra coisa. E mais por uma coisa. Quando eu vou fazer uma visita domiciliar, por exemplo, a gente tem uma coisa específica.... Eu não cuido só disso. Eu cuido do resto das coisas que tão do lado. De tudo. Por que faz uma... Ele nem vê a coisa mais ainda porque ele não ta acostumado que um médico vai lá e vê um paciente como uma coisa integral. Veja tudo o que estar ao seu redor. Por que não é só um paciente. Entendeu? A família do paciente, a condição do ambiente da casa e a condição da periferia da casa. Como que está o meio ambiente. Então eu vou e vou cuidando todo. Tudo o que está acontecendo. E as vezes o paciente vai lá porque está acamado porque tem.... Não dá. Uma vez. Mas ele não cuida de... por favor, esse pneu acumula água e cria mosquito. Então é comum que eu faça isso assim. Ele não.... Agora ele está se acostumando mais a ter um médico como que interagindo mais com ele em sua propriedade. E aquele caso específico que eu fui lá e passei pela cima do barro e tudo. (Luís, 2 años PMM, Porto Alegre).

En su conjunto, los factores anteriormente descritos habrían estimulado un proceso de integración bi-cultural pese al carácter temporal y provisorio del flujo migrante cubano, caracterizado por formas de adaptación psicosocial e integración cultural en niveles y grados diversos (SMITH y BOND, 1999; WARD, BOCHNER y FURNHAM, 2001; ALAMINOS y SANTACREU, 2011). Los médicos cubanos no vieron tensionada su identidad cultural y hasta cierto punto lograron la aceptación de sus valores y estilos de vida, uno de los aspectos que más genera conflicto en los procesos de reconocimiento de la diferencia en las sociedades contemporáneas (KYMLICKA, 1996; TAYLOR, 1993; TOURAINE, 1997; PERECK, 2005).

7.2.3 Fragilidad del lazo social, individualismo, discriminación e integración funcional

En este subcapítulo se abordan tres aspectos relativos a la interacción socio-comunitaria: la construcción de lazos sociales y formas de convivencia social; la participación en grupos colectivos y organizaciones en el contexto del uso del tiempo libre, y el sentimiento de integración social aunado a la sensación de soledad. A través del abordaje de estos aspectos se busca establecer el grado de participación e integración de los médicos cubanos en la vida cotidiana, es decir, en la multiplicidad de lugares que habitaban por fuera de su espacio laboral.

Diversos estudios han destacado que la formación de lazos sociales y redes de sociabilidad son fundamentales para que los migrantes se inserten y participen de forma efectiva en los diferentes espacios de la vida comunitaria (PADILLA, 1980; ALAMINOS y SANTACREU,

2011). Hacer amigos y crear redes permite participar de facto en la vida social y desarrollar competencias interculturales, entre ellas, las lingüísticas, aspecto de vital importancia en países que manejan un idioma diferente a la lengua nativa del migrante (PADILLA, 1980). Al respecto se encontró que los médicos cubanos lograron establecer lazos de amistad con los nacionales brasileños y fortalecer el tejido de sociabilidad con sus compatriotas, pero el proceso presentó diferencias cruciales respecto al experimentado por los profesionales que estaban en las ciudades del interior.

En los pequeños poblados brasileños o ciudades del interior, los médicos establecieron fácilmente relaciones de amistad con el personal de salud y los miembros de la comunidad que atendían. En las zonas urbanas periféricas también lograron forjar estos lazos, pero las relaciones construidas no adquirieron el mismo grado de densidad que había sido alcanzado en las pequeñas ciudades. Esta mudanza obedece a condiciones estructurales que van más allá del caso estudiado y de la realidad de los procesos migratorios.

Não faço como em Cuba, realmente, cada pessoa em sua casa, mas às vezes um vizinho tem uma doença dou uma explicação normalmente, conversando fora sobre uma situação. Mas eu prefiro assim que cada pessoa deve ficar em sua casa, porque você não sabe da intenção das pessoas. Tem-se muito respeito. (Hernán, 2 años PMM, Salvador).

Las dinámicas de vida de las grandes ciudades identificadas en los estudios clásicos de la Escuela de Chicago a comienzos del siglo XX (WIRTH, 1925; SIMMEL, 1986), se acentuaron para reforzar la competencia y el individualismo como los mecanismos que vinculan las personas entre sí y dan orden al sistema social. La preponderancia de estos mecanismos se encargó de debilitar y fragilizar las posibilidades de establecer vínculos sociales fuertes. La solidaridad, sentimiento que lograba unir a los individuos en las comunidades (DURKHEIM, 1893), entendidas como el conjunto de personas que están cohesionadas por ideal de pertenencia a un todo (WEBER, 1944), se diluyó en las grandes ciudades por la primacía del interés egoísta y calculador derivado de las relaciones de competencia.

Sim, a diferença é que nós somos mais perto das pessoas, o relacionamento nosso é mais agressivo, mais espontâneo, e aqui as pessoas são um pouquinho mais fechadas. (Orlando, 2 años PMM, Porto Alegre).

A comida. Sempre é diferente. E eu não sei se é porque eu estou neste lugar que é de turismo que isso é outra vida, porque eu conheço colegas que moram em Bahia e em Minas que são diferentes, são mais... falam mais. São, tem melhor relacionamento. Aqui as pessoas são tranquilas, são fechadas, são diferentes. (Sofia, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Entronizado el individualismo, se convirtió en el sostén y guía del proceso de integración, tanto para los migrantes como para los nacionales. Como resultado, nos vimos abocados al surgimiento de la sociedad de los individuos, una expresión utilizada por Norbert Elías (1994), en un famoso ensayo escrito a finales de los años cuarenta, donde retractó con agudeza el espíritu societal de un mundo moderno sumido en la barbarie de la guerra y la destrucción inexorable.

Los nuevos soportes de las relaciones sociales conllevaron al establecimiento de relaciones superficiales, impersonales, transitorias y segmentadas, que en su conjunto no permiten la formación de un tejido de sociabilidad mínimo. Bajo ese entramado, los contactos se vuelven efímeros y ocurren a través de encuentros esporádicos en lugares de la vida cotidiana que son de obligado tránsito. Un espacio bastante ilustrativo de esta tendencia es el ascensor, un lugar en el cual los médicos se encontraban con sus vecinos reduciéndose todo el diálogo a un cruce cordial de saludos todos los días en la mañana o en la noche.

O que acontece na verdade é que eu, aí no prédio, eu tenho um relacionamento bom, assim com o síndico, o zelador e aquele porteiro. São as pessoas assim, mas aqui, por exemplo, vizinhos, aqui é uma vida individualizada. Todo mundo sai e entra no prédio, você vai no prédio, vai no elevador, encontra alguém, ou bom dia, boa tarde, boa noite. Desce, tchau, bom final de semana, bom feriado. Esses eu saúdo, sim. Mas um relacionamento de amizade assim, isso aqui não existe. Não existe, não é o local, é em tudo, é uma coisa entre eles mesmos não fazem isso, eu perguntei, mas não, não fazem isso. Cada um tem aqui sua vida individualizada. É uma vida independente. (Pedro, 2 años PMM, Porto Alegre).

En algunos casos los niveles de impersonalidad llegaron a un nivel tan pronunciado, que las personas se entrecruzaban, pero ni tan siquiera se saludaban. La convivencia había quedado reducida a la ocupación obligada de un bloque de apartamentos contiguos donde nadie se conocía, tal como es relatado por los profesionales cubanos, una situación extraña para estos

que provienen de un entramado social tejido por los lazos de interacción permanente y estrecha.

É no centro, as pessoas aqui são fechadas, eu moro nesta casa, mas ninguém se conhece, não se cumprimentam, isto me incomodou aqui do Brasil. Só posso falar daqui ninguém se conhece, não se falam, você entra na sua casa por trás do portão e do muro e pronto tem a sua vida aí e ninguém se conhece! Isso me choca porque lá o cubano é receptivo demais, conhece todos os vizinhos do bairro. Chegam na casa de minha mãe e tomam um café e com o vizinho de frente. Os vizinhos não me conhecem, pois durante a semana saio cedo para o trabalho o dia todo e no fim de semana quando saio para um rancho ou chácara. (Blanca, 2 años PMM, São Paulo).

Eu moro em um apartamento. Minha relação com os vizinhos é muito boa. Aqui nos apartamentos não se fala muito. Em Cuba se fala mais. Aqui me falaram que a população de São Paulo não é tão comunicativa como para cima, é verdade. Mas a gente conversa muito. (Paul, 2 años PMM, Campinas).

El debilitamiento del lazo social, que impidió que los profesionales cubanos establecieran vínculos más fuertes a los constituidos en las ciudades del interior del Brasil, tiene su ascendente en cambios estructurales de mayor calado. En la perspectiva de Castel (1997), la inclusión o afiliación social es un problema que aqueja las sociedades actuales una vez que el Estado, de corte neoliberal, se encargó de debilitar tanto los vínculos laborales como las redes de sociabilidad. En esas condiciones erosionó el lazo social y quebró la unidad del cuerpo social. Este proceso de exclusión estructural ha generado grandes retos para el reconocimiento del otro y la diferencia en el marco de los estados multiculturales y plurinacionales (KYMLICKA, 1996; TOURAINE, 1997; PERECK, 2005). La integración pasa entonces no sólo por el reconocimiento de las minorías étnicas y los derechos colectivos (KYMLICKA, 1996; GUICHOT, 2004), sino por el restablecimiento de las protecciones sociales suprimidas en los procesos de reestructuración del estado y las relaciones salariales en el último cuarto del siglo XX (CASTEL, 1997; BAUMAN, 2003; HARVEY, 1990).

Llama la atención que los médicos cubanos lograron tener una relación mucho más cercana con el personal de seguridad y limpieza de los condominios que con los propios vecinos de apartamento. Esto sugiere que el proceso de individualización creciente pasa por un tamiz de clase social que tiende a acentuar las formas de exclusión y discriminación. Según esto, personas de clase baja tienden a construir lazos cercanos y personalizados mientras las

personas de clase alta se articulan alrededor de relaciones de intereses impersonales y distantes.

Do 5º andar ao 2º andar, tudo é vaga de automóveis. Então a maioria das pessoas têm carro e eles nunca olham para ninguém no elevador. Daí eu só conheço os guardas de segurança do prédio, o senhor que faz as tarefas de reparação, um psiquiatra que mora no 3º ou 4º andar, outra senhora também que mora no 3º andar e os vizinhos da frente que são relativamente já, tem pouco tempo no prédio, mas são amigos também. (Carmen, 2 años PMM, Porto Alegre).

Debe precisarse que las relaciones más fragilizadas en el caso estudiado fueron las vecinales y barriales, aunque el proceso de individualización y desafiliación social es estructural y estructurante de la vida en los grandes centros urbanos y en menor medida en las localidades del interior y rurales (WIRTH, 1925; SIMMEL, 1986). A pesar de todo, se destacan casos que se ubicaron por fuera de la tendencia en los que las relaciones fueron más próximas, amables y caracterizadas por el espíritu de cooperación.

Sim tenho [amigos]! As pessoas que moravam no apartamento onde morei foram muito legais comigo, eles deixaram o fogão, quando saíam me chamavam, cheguei a conhecer a Quinta da Boa Vista, tive que ir em Campo Grande para fazer os documentos e como não sabia onde era ele foi comigo, fizeram festa na casa deles e me convidaram, teve a festa junina e eu fui com eles. (Martha, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Sim. Há anos, conheço o dono do apartamento que eu alugo, os vizinhos do prédio, o pessoal da cafeteria embaixo, da padaria e todos, do mesmo modo, quando a gente não aparece, dizem 'Ei, Doutora, e você estava aonde, estava de férias ou estava doente?' (Dóris, 2 años PMM, Curitiba).

Otro caso que también se encuentra por fuera de la tendencia es el de una médica que contrajo matrimonio en el Brasil con un nacional. Este tipo de vínculo le permitió construir un tejido relacional mucho amplio y denso. Al parecer, este tipo de lazo le abrió espacios que en otras condiciones hubiese mantenido cerrados por su condición de extranjera.

Quando eu cheguei ele me apresentou à família dele, e no início meu apoio era a família dele, antes de eu conhecer as outras pessoas, fazer amizade. Me convidavam para sair, aniversário, assim. A minha introdução à sociedade brasileira foi com essa agente de saúde no trabalho e aqui com a família dele [...]. Então. A maioria das minhas amigas são brasileiras. E aí eu já conheço um pouco, o fato de eu ter casada com ele é diferente. É uma

boa integração conhecer a família dele, conhecer mais ainda a cultura de vocês. (Luz, 2 años PMM, Vitoria).

Algunos de los médicos/as entrevistados/as manifestaron cierta percepción que podría plantear una hipótesis adicional a la ya esbozada respecto a la debilidad de los vínculos sociales. En dicha percepción se esgrime el afloramiento de cierto sentimiento de xenofobia asociado al patriotismo. Esto llevaría al brasileiro a restringir su nicho de sociabilidad a los propios nacionales. Se trataría de un sentimiento muy común en ciertos colectivos que rechazan la posibilidad de convivir con otras personas que no comparten su cultura y valores al punto de excluirlos de cualquier interacción (KYMLICKA, 1996; PERECK, 2005).

Vou falar o que já te falei aqui, o brasileiro gosta do brasileiro. É meu critério. O brasileiro aceita uma pessoa que aceita todo mundo, acolhe a todo mundo. Mas o brasileiro gosta de brasileiro. O brasileiro gosta.... É patriota, entendeu? Aceita muito bem todo estrangeiro. Verdade. Não posso falar outra coisa, porque fui muito bem acolhida, como todas minhas companheiras. Fui muito bem acolhida. Mas o brasileiro é patriota. Para mim é bom, eu acho isso muito bom. (Rosalba, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Na cultura brasileira eu percebi que só se fala no Brasil, como se fosse o único no mundo e não é! Tem-se que conhecer todo o mundo. Eu falei um dia com uma pessoa, que perguntou quanto tempo eu levava de Cuba até aqui. Eu falei: De Cuba não se vem de carro, Cuba é uma ilha, de uma ilha não se vem de carro. (Hernán, 2 años PMM, Salvador).

Para compensar el vacío de sociabilidad dejado por las relaciones barriales y vecinales, los médicos cubanos construyeron un entramado compuesto por otras personas entre las que se cuentan sus compatriotas y sus colegas de trabajo, principalmente el personal de enfermería, servicios varios y agentes de salud, con los cuales fue posible establecer relaciones más fuertes y próximas. En ese sentido, las interacciones y relaciones de sociabilidad presentaron variaciones según el tipo de actor social que se tratase.

[Relação com equipe]. É muito boa, muito, muito. Eu não preciso de fazer um encaminhamento. Uma grávida se eu tenho, ou uma criança, é só falar com ele. Trabalhamos em equipe. (Rosalba, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Sim uma amizade, ele me ajudava muito, muito quando eu cheguei. Ele me recebeu muito bem, também ele ficava sozinho quando chegamos, trabalhamos juntos, eu aprendi muito e ele também, a enfermeira Camila

me ajudava muito com o idioma também. Ele ajudava muito os pacientes, solidário. (Paul, 2 años PMM, Campinas).

Eu me sinto como em casa. O único momento que temos assim de compartilhar todas é na hora do almoço. Aí almoçamos meio-dia. E uma vez por semana saímos para almoçar fora, novidade, já é tradição do grupo, uma vez por semana sair fora almoçar. É porque todo tempo comemos aí, pedimos marmita ou levamos de casa. Se alguma tem algo para festejar tipo aniversário, pedaço de bolo, alguma coisa de casamento, aí saímos. E meu grupo é esse. E saímos também mais ou menos uma vez por mês. Quando tem alguma celebração de alguma, algum churrasco, alguma coisa. (Luz, 2 años PMM, Vitoria).

Los niveles de proximidad alcanzados con los técnicos de salud, agentes comunitarios y personal de limpieza, con quienes los médicos tenían por lo general relaciones cordiales, amables y calurosas, contrastó con las relaciones distantes, frágiles y en muchos casos conflictivas, que mantuvieron los profesionales cubanos con algunos médicos brasileiros. En general, las relaciones de sociabilidad en el espacio de trabajo estuvieron cruzadas por las diferencias de clase, ya existente entre nacionales, unida a las diferencias que se han gestado a partir de las jerarquías establecidas dentro de la propia disciplina médica, un hecho ya esbozado para las áreas quilombolas. A los prejuicios derivados de las formas estratificación por clase y profesión, se le sumaron otros anclados en el imaginario que las corporaciones medicas del Brasil crearon para desprestigiar a los médicos cubanos (GÓMEZ, 2016).

En cuanto a las relaciones que mantuvieron los médicos con el grupo de compatriotas que los acompañaban en la misión, éstas jugaron un papel crucial en su proceso de integración e inserción ante la debilidad del tejido social nacional. Las relaciones de amistad se comenzaron a gestar desde las capacitaciones que recibieron los galenos cubanos por parte de la OPAS/ OMS en Brasil en asociación con el Ministerio de Salud, y se fueron ampliando con su llegada a los municipios.

Ubicados en las localidades, muchos de los médicos terminaron viviendo juntos, lo que permitió el establecimiento de redes de apoyo y solidaridad, elemento necesario para la construcción del soporte afectivo requerido para alcanzar el equilibrio psicosocial (HOFSTEDE 2003; WARD, 1996). De esa manera, los propios médicos/as configuraron el primer nicho de sociabilidad entre sí. El segundo anillo lo conformó el personal técnico de

los equipos de salud, mientras que el tercero se estructuró de forma diversa dependiendo de las especificidades de la experiencia de cada profesional.

Los médicos fortalecieron sus redes sociales entre sí a través de una variedad de actividades que abarcaban celebración de cumpleaños, conmemoración de fiestas nacionales cubanas y participación en festejos de fin de año. También solían reunirse para realizar actividades cotidianas como ir de compras o conocer la ciudad. Dicho nicho de sociabilidad les permitió recrear sus costumbres y estilos de vida lo que a su vez sirvió de mecanismo para afirmar su identidad cultural (BASABE, ZLOBINA y PAEZ, 2004).

Aqui somos um pouco na Ilha, tem a casa dos meninos aonde mora o Gabriel, são quatro. Somos no total em 8. Fazemos as coisas juntos, carnaval juntos, fim de ano juntos, dia 24 juntos, aniversário de alguém é junto. Convivemos com a Vera, e a senhora com quem mora os meninos lá, também é uma pessoa muito boa. E eles sempre compartilham conosco. (Rosalba, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Primeiro de maio não porque, haviam muitos que iam de férias para Cuba. Mas 31 de dezembro sim estivemos todos juntos, fizemos comida cubana. Alugamos um salão no prédio de um dos médicos e tinha uma piscina, aí íamos para a piscina, passamos bem. Fizemos comida cubana com gri, carne de porco. Sempre nos encontramos, ainda que seja na reunião que fazemos entre todos os médicos. Todo mês aí vem a professora que atende os médicos em São Paulo, ela vem uma vez ao mês e dá conferências, pergunta problemas que temos no posto, se teve alguma mudança-Esteban. (2 años PMM, Araçatuba).

Para finalizar el análisis de los núcleos de sociabilidad es necesario hacer alusión a la relación entre los profesionales cubanos y sus pacientes. En las áreas quilombolas y ciudades del interior, la relación entre ambos actores fue muy estrecha porque mantenían cierto nivel de proximidad geográfica que se convirtió en una proximidad social y emocional. Los médicos vivían en las ciudades que prestaban su servicio profesional, por lo cual era muy común que sus pacientes conformaran el entramado social inmediato de estos. En esas áreas, además, los galenos cubanos participaron intensamente en festejos tradicionales y en múltiples actividades comunitarias con pacientes-amigos. Todo esto forjó lazos estrechos y densos.

Muito, nenhum problema mesmo, a princípio foi difícil como eu te falei foi mesmo a questão do idioma e agora ficam preocupados que eu vou embora. Eu falo que talvez eu fique mais tempo. Falamos assim: você tem que ficar

aqui mais três anos. Quando eu passo às nove horas pela ponte só chego ao posto às nove e meia tanta gente abraçando. Tem uma senhora de uns oitenta anos que trato ela de menina: menina como está hoje? Tudo bem? Que Deus a abençoe! Dou um beijo amável com ela, e tem o esposo de quase noventa anos. (Alberto, 2 años PMM, Salvador).

En las periferias urbanas las relaciones fueran cordiales y amistosas, pero no se construyeron vínculos sociales fuertes que trascendieran más allá de la relación-médico paciente. Esta variación se explica por varios factores: 1) los médicos no vivían en los barrios de las comunidades que atendían, 2) la posibilidad de participar en fiestas tradicionales del Brasil se vio reducida o fue inexistente, 3) las situaciones de violencia que ocurrían en las barriadas urbanas marginadas limitaban las interacciones y movilidad, 4) el sentimiento de comunidad se encuentra debilitado o es frágil, 5) la población es más heterogénea. A pesar de la existencia de estos factores que limitan la formación de lazos de amistad, los médicos, por su enfoque de trabajo y características sociales, lograron cimentar relaciones de empatía.

A gente mora nessa comunidade, às vezes eles fazem um convite, os filhos têm aniversário. E aí você interage com mais pacientes. São as mesmas pessoas que vão nesses lugares. Quando faço VD, todas as quartas de manhã, vou fazer Visita Domiciliar e aí você interage bastante com os pacientes, não só com o que vai fazer visita, mas com o que você passa pela ru. (Rosalba, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

La inserción social de los médicos también pasó por su participación en grupos, colectivos y organizaciones de la sociedad civil, actividades que realizaban en su tiempo libre siendo éstas fundamentales para desarrollar competencias interculturales (PADILLA, 1980; ALAMINOS y SANTACREU, 2011). En relación con este aspecto, se observó una actividad importante, sobre todo alrededor de eventos deportivos. Muchos se inscribieron en centros de entrenamiento donde realizaron rutinas de acondicionamiento físico programadas y/o practicaron deportes específicos.

No meu tempo livre eu faço judô, agora estou parado porque tive uma lesão no braço. Agora estou correndo no Parque de Campo Grande por uma hora, uma hora e meia, leitura, eu leio e de vez em quando tomo uma cervejinha também. [...]. Falei, mas ele conhece, ele fala pouco. Ele fala pouco e trabalha, aprendi um pouco de jiu jitsu com ele. Gostei, no princípio eu resisti um pouco, pois queria praticar mais o judô, mas o judô é difícil o cara não querer cair, o jiu jitsu é mais suave, é forte, mas não tem golpes. A orelha fica, mas depois que resisti um pouco eu comecei o jiu jitsu com ele, mas comecei com uma dor muito forte no braço e tive que parar. Dor

muito forte mesmo e lesionei a clavícula também. No judô, mas fiquei bom, após ter ficado. (Alberto, 2 años PMM, Salvador).

Aqui no Brasil eu comecei a ir à academia, para liberar o estresse do ambiente de trabalho e isso ajuda, mas um dia eu fui assaltada. Tomaram o telefone de minha mão quando eu saía da academia, então fiquei apavorada. (Martha, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Los profesionales cubanos también manifestaron su gusto por ir a eventos de baile y danza. En algunas ciudades, sobre todo el sur y sudeste, tuvieron la oportunidad de asistir a algunos festejos tradicionales de comunidades migrantes como las que llevan a cabo los grupos alemanes. La participación en eventos de samba, forro, pagode y sertanejo, también fue destacada.

Em Guarapari, quando eu fui para.... Dançamos muito lá. E aqui... Samba e forró, eu gosto. Aqui no aniversário de uma enfermeira, em um posto perto por daqui, aí lá fomos e dancei muito também. E é assim. Aqui na praça passa em dança também. Dança folclórica alemãs. Participei das festas folclóricas. E tenho foto com todas elas vestidas assim, de dança. Tem muitas festas aqui. Festival das Flores, Festival de Inverno, várias festas alemãs com as culturas deles, ficam em ruas com as carretas, com a cultura deles, a forma de vestir deles, com um pau arrastando no meio das ruas, com as pessoas trabalhando a roça. É muito engraçado, isso. (Sofia, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Eu gosto de estudar, ir num baile, as vezes pego para estudar algum tema de medicina que, algum paciente que tenha consultado e que eu tenha alguma dúvida, revisar. Eu vou ao baile, de vez em quando, não sempre. Pagode e outro. Tem lugares que são de pagode e sertaneja. Eu não sei, mais uma vez eu fui a um lugar que uma vez por mês tem músicas flash back você lembra muito a época de criança. Todo mundo está aí tranquilo e dançando e você olhando [...]. Sertaneja, mais ou menos. Sertanejo, porque pagode é muito rápida. (Esteban, 2 años PMM, Araçatuba).

Como contra-tendencia, debe tenerse cuenta que algunos médicos se abstuvieron de salir de casa una vez llegaban de su trabajo, por las situaciones de violencia que ocurrían en los barrios donde vivían, hechos que literalmente los colocaron en varias ocasiones en escenarios de fuego cruzado entre bandas criminales. La sensación de inseguridad fue un tema recurrente en los relatos. En lo que tienen que ver con las creencias, casi la totalidad de los cubanos manifestó que no frecuentaba cultos religiosos, pero si asistían a las iglesias porque en estos lugares fueron programadas actividades de promoción de la salud.

Eu não. Eu vou na igreja fazer atividade educativa na minha comunidade. Só dessa forma mesmo. Não sigo nenhuma religião. (Rosalba, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Ninguno participó en actividades políticas propiamente dichas porque estaba prohibido por los términos del acuerdo de cooperación, pero algunos asistieron a eventos de corte ideológico como los que se realizaban en el centro José Martí en Porto Alegre, una organización de apoyo para los nacionales cubanos. También se destaca la participación de algunos médicos en los Consejos Municipales de Salud, esto con el objetivo de conocer las problemáticas sociales locales y socializar con las personas que posiblemente serían sus pacientes.

Desde que a gente chegou aqui, tinha até uma organização, que é a organização de solidariedade com Cuba. José Martí. Se chama. Que desde o começo eles foram muito legais conosco, muito carinho recebemos deles. Muito carinho também recebemos do governador. (Sergio, 2 años PMM, Porto Alegre).

En su tiempo libre los profesionales cubanos también llevaron a cabo otras actividades lúdico-recreativas como ver noticias y películas en la televisión, adelantar sus cursos de especialización, leer, escuchar música, salir a piscina y asistir a los eventos sociales ya reseñados. Todo este conjunto de acciones devela que los cubanos pudieron interactuar con la sociedad brasilera más allá de su rol profesional. Su participación, por tanto, no se limitó a prestar atención médica, aunque este fuese su propósito principal.

Eu entro na internet, eu estudo sobre algumas dúvidas que posso ter, sobre remédio que tenho dúvidas e não conheço. As vezes assisto televisão, escuto música, tomo banho de piscina. Eu gosto de música em espanhol. (Rosalba, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

En general, la dinámica de inserción social de los médicos cubanos en Brasil no evidenció que estos estuviesen expuestos a procesos de marginación o exclusión social estructural como si los han vivido otros grupos de migrantes alrededor del mundo (SASSEN, 2015; KYMLICKA, 1996; PERECK, 2005; PORTES, 2000). Sin embargo, tampoco se puede sostener que no hayan experimentado situaciones de discriminación o malos tratos por su condición de médicos extranjeros, migrantes, cubanos, y en algunos casos, afro caribeños. Los relatos de los médicos a partir de su experiencia migratoria revelan que estos fueron víctimas de estigmatización por su origen nacional; sufrieron atropellos asociados a la

xenofobia y vivieron algunos ultrajes por su condición de extranjeros que desconocen las particularidades de funcionamiento de la vida cotidiana.

Por que não? Porque meu país é diferente. Lá, todas as pessoas são uma família. Você vai pela rua e tem algum problema e qualquer pessoa pega você e leva para cuidar. Entendeu? É muito diferente. Por exemplo, vou fazer ... você é paciente. Ontem nós fomos lá onde eu falei, os Lagos. Eu procurei um menino que mora aqui recentemente. Então, falou que 40 reais para lá e 40 para vir cá. Então quando voltamos ele vinha com algumas coisas para comer e falei para ele que se podia trazer aqui na casa. Que quando chegamos falou são dez reais a mais. Então. E nós lá não fazemos isso, entendeu? Coisinhas assim, é que lá é diferente. Não tem essas coisas. (Sofia, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Então foi muito difícil, porque eles falaram que tinham colocado uma cláusula que se tínhamos que sair antes de lá, conseguiríamos sair e não colocaram a cláusula. E depois foi todo um problema pagamos uma multa de R\$ 7.000 reais para poder sair do apartamento, porque uma colega ficou doente, ela teve que viajar de novo para Cuba, já não conseguimos pagar o aluguel. E a auxiliadora não entendia, ninguém entendia, e não tínhamos ajuda, foi muito difícil. E aí pagamos uma multa de R\$ 7.000 reais, isso foi horrível e aí a outra colega foi morar com uns amigos brasileiros e eu vim para cá, morar aqui. (Carmen, 2 años PMM, Porto Alegre).

Los relatos develan que los médicos cubanos fueron víctimas de ultrajes en su vida cotidiana a raíz de su desconocimiento de algunos procedimientos y formas de actuar que son comunes en el diario vivir del nacional brasileiro. Adicionalmente, se percibe en ambas problemáticas una diferencia en los valores que sustentan las acciones sociales que provienen a su vez de formas de organización societal antagónicas. Los cubanos, se orientan por la solidaridad, la hermandad y la colaboración en el propósito de lograr el bienestar colectivo, mientras que los brasileiros son movidos por el lucro, el cálculo y la utilidad propia de la búsqueda del interés individual de las sociedades capitalistas. Esas mismas diferencias en el ethos social, confluyeron en la formulación de prejuicios raciales sobre el cubano, muchos de ellos agenciados por la prensa y los medios brasileiros en una guerra mediática ya emprendida en otros países donde los galenos caribeños han llevado a cabo misiones médicas.

Tem preconceito, mas eu acho que não é culpa do povo. Culpa de toda a publicidade, tudo que possam falar. Esse preconceito também ficou na Venezuela, quando nós chegamos lá também. Eles perguntavam. Eu lembro que uma pessoa falou para mim que eu não era cubana, por causa da cor da pele. Eu falei: Eu sou cubana! Não, você não é cubana. Então, esse preconceito existe, por causa de uma publicidade, para as pessoas assistindo

televisão. Tiveram umas pessoas que falam: Eu adoro Fidel. Brasileiro! Eu adoro Cuba. Eu quero conhecer Cuba. Eu sonho em ir a Cuba. Tenho muito paciente que fala. Eu falo quando você for a Cuba vai gostar muito. Cuba é muito bonita, você pode sair e ficar tranquilo. Seu filho sai, você fica nervosa, porque é seu filho, mas você sabe que não vai acontecer nenhuma coisa. (Rosalba, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

El siguiente relato es el corolario de una práctica de discriminación en la que confluyen todos los prejuicios, estigmas y formas de xenofobia construidos alrededor de los cubanos y su participación en el Programa Más Médicos para el Brasil. La experiencia de las médicas da cuenta además de formas extremas de discriminación ligadas al odio del otro que no ostenta la misma identidad étnica, al punto que no importa si se coloca en peligro su vida. En ese punto la estigmatización cruza la línea de la xenofobia y pasa al campo de las prácticas totalitaristas de corte nazista, las cuales históricamente impulsaron la eliminación del otro que no se ajustaba al ideal racial establecido mediante un proceso de higienización social (RIQUELME, 2005).

Nós fomos... a dona desse apartamento que era nossa vizinha nesse tempo, ela nos convidou a ir visitar um shopping, porque recém tínhamos chegado para nós comprarmos um casaco. E fui ao shopping depois do horário de trabalho, era umas 18h da tarde. Quando chegamos ao shopping, a colega minha começou com dor no peito e começou a ficar assim branca e os lábios, assim, estavam como... escuro e estava muito diferente. E aí a vizinha nos levou para o hospital cardiológico. E aí quando chegamos lá que entramos que se deram conta que éramos cubanas, nem o segurança queria que nós entrássemos no hospital. Aí a minha colega estava mal, a vizinha que era brasileira começou a protestar e a falar e então disseram que nós ficássemos aí. Aí ela estava com muita dor no peito, e não atendiam ela, e não atendiam, e a minha vizinha ligou para uma residente que ela conhecia. E parece que a residente ligou para alguém dentro do hospital e alguém veio procurar nós para tirar a pressão dela. E quando se deram conta, ela estava com pressão muito alta. E mandaram ela fazer um eletrocardiograma, mas não medicaram a ela e fizeram um eletrocardiograma. E para olhar o eletrocardiograma, esperamos três horas aí em...e aí já quando passam as três horas, era quase 1 hora da madrugada. E aí chegou uma pessoa e me falou que eu não ia poder ficar aí com ela, que eu tinha que ir para rua. Era inverno e tinha 6º grau de temperatura, estava muito frio. E nós começamos a tentar ligar para todos da Secretaria da Saúde, as pessoas que nós tínhamos contato, ninguém respondia. E aí a minha colega, imagina, ela tinha que ficar sozinha aí, eu não podia ficar com ela. A vizinha já tinha ido embora e me colocaram para rua, com essa temperatura. Aí quando a minha colega ficou sozinha, o médico que estava atendendo ela começou a falar "Ah, vocês não são cubanas? Não são patriotas? Não estão aqui porque vocês são patriotas? Pois agora vão ver o que é estar aqui no Brasil. Vocês que vieram para cá porque são tão

patriotas, vão saber o que é o Brasil". E aí eu fiquei fora e liguei de novo para a vizinha falando que estava na rua, que tinha muito frio, que não ia poder ficar dentro do hospital que me botaram para rua. E a minha vizinha foi para lá e me buscou. Eu voltei as 6h da manhã para lá, quando cheguei lá, não tinham dado medicação, eu tive que levar o remédio da colega para dar, para a pressão, ela ficou em uma cadeira 13 horas e aí não deram medicamentos, não fizeram nada, os pacientes que estavam sentados nas cadeiras também, estavam muito bravos, os pacientes brasileiros, porque falaram que como era que estava tratando assim uma colega que era cubana, que era médica e todo mundo ficava revoltado. Nós tentamos esperar porquê... não chegava ninguém, as pessoas que nós tínhamos que atender da Secretaria da Saúde, nenhuma ajuda, ninguém que fizesse alguma coisa. E aí, às 12h do dia, saímos por nossa conta, voltamos para casa e quando estávamos aqui em casa, eu falei para ela que... eu tinha conhecimento que a minha gerência tinha um cardiologista e então levei ela para lá, para a minha gerência e a gerente procurou que ela fosse atendida pelo cardiologista e aí ela começou a se tratar e descobriram que ela tinha uma válvulopatia. Mas a minha colega ficou tão traumatizada com tudo o que acontece, porque ela pensou que ia morrer, porque estava com dores muito fortes no peito. E aí depois o meu tutor, que era um médico do Hospital de Clínicas avaliou ela e fez um relatório para que ela fosse para Cuba para ser atendida e ela decidiu não voltar. Ela ficou muito traumatizada com tudo o que aconteceu porque [nos trataram mal várias pessoas]. Por exemplo, o guarda de segurança nos tratou mal, um queria nos colocar para rua, e o outro, mas como vai colocá-la para rua? Aquele homem estava com muita raiva. Nós éramos só cubanas, como se fosse uma praga, uma coisa má... porque éramos cubanas. (Carmen, 2 años PMM, Porto Alegre).

El caso presentado demuestra que las formas de discriminación asociadas a la xenofobia persisten sin ser la regla general. Las diferentes formas de exclusión social vividas por la población migrante tienen su origen en condiciones estructurales de la sociedad brasilera a pesar de ser un país con flujos migratorios permanentes a lo largo de su historia (SANTOS, 2010; FELDMAN-BIANCO, 2010). En la legislación nacional no existe un modelo de integración migratoria como el asimilacionismo francés o el multiculturalismo británico, que permita hacer frente a los retos de la inserción social de comunidades étnicas migrantes (RETORTILLO, et al. 2006).

Adicionalmente la política migratoria brasilera parece encaminarse hacia el viejo paradigma que comprende los migrantes como una amenaza a la seguridad nacional, doctrina que comparte con otros países como Paraguay y Colombia en los cuales no se ha podido completar la transición hacia el paradigma de los derechos humanos (ILLES, 2013). La reciente salida de los médicos cubanos expulsados por el presidente reciente electo del Brasil,

Jair Bolsonaro, es ilustrativo de esta realidad. El proceso de integración experimentado por los médicos cubanos que trabajaron en las zonas urbanas periféricas estuvo cruzado por la confluencia de una variedad de factores que podrían obstaculizar su participación e inserción efectiva en la sociedad brasilera. No obstante, en sus relatos expresan que se sienten acogidos y aceptados por la población nacional. Esta percepción se puede comprender a partir de varias razones: 1) tenencia de un contrato de trabajo estable, 2) empatía con los pobladores más humildes a partir del trato humanizado, 3) los lazos sociales fragilizados fueron compensados con el reforzamiento de las relaciones con el grupo de pares profesional e individuos de clases populares, 4) la identidad étnica no se colocó en tensión, 5) capital de movilidad.

Para mim, uma pessoa integrada é uma pessoa, uma pessoa que chega a toda população, que tem uma boa comunicação com todos, com as pessoas mais pobres, pessoas analfabetas, pessoas com nível profissional e aberta as coisas, que tem conhecimento de tudo que a pessoa pode falar para você. Do que a pessoa pode perguntar. Por que eles perguntam como é Cuba, o que acontece em Cuba, como é o governo de Cuba, é, eles perguntam. Perguntam o que você acha do governo do Brasil. (Rosalba, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Integrada? Sim, me sinto integrada, sim. Pelo trabalho que eu faço ...integrada no sentido que não tenho meu filho, não estou integrada, sinto falta demais, isso é o mais importante, ser mãe é uma benção. Mas integrada, no outro sentido da palavra, de estar aqui no posto, de compartilhar com todos meus amigos, aí, eu me sinto assim, sim. É bom, boas relações com as médicas brasileiras, com a gerente do posto, com a gerente do distrito, é um bom relacionamento. Estou falando, é minha família, é minha vida toda que está lá, eu amo meu país, mas assim mesmo, não posso negar que eu vou sentir saudades, vai fazer falta. (Ruby, 2 años PMM, Recife).

Los médicos asocian la integración con el trato amable que recibieron por parte de la población que atendían y con las relaciones de empatía que lograron establecer a partir del trato humanizado y caluroso. También hacen alusión a las relaciones de proximidad que construyeron en el espacio socio-laboral. Efectivamente, dichas percepciones y sentimientos son resultado de un ejercicio profesional adelantado en el marco de un empleo gestionado entre estados con anterioridad al proceso migratorio. Esta condición, les permitió insertarse rápidamente en la sociedad como sujetos de derecho protegidos por la legislación nacional. Los médicos cubanos no tuvieron que competir en el mercado de trabajo por un puesto, ni llegaron a participar en el medio social en condición de vulneración y marginalidad, como si

les ocurre a otros colectivos de migrantes que se desplazan individualmente. Esta posición privilegiada generó unas circunstancias favorables de inserción y adaptación.

Eu me sinto da pátria mesmo! Não pelo lado político. Eu te falei que o Brasil era meu sonho, não desvalorizando meus amigos venezuelanos, mas para mim a segunda terra que quero é o Brasil, mas eu gosto muito de minha ilha. Estou com quarenta e quatro anos e tem uns treze ou quatorze anos que para mim não tem problema chegar num lugar e sentir atrapalhado, que seja por bem ou mal, eu chego e me adapto e fico bem, mas não perco ligação com meus parentes. Gosto muito daqui, sinceramente fiz boas amizades com as pessoas daqui que são muito legais. Eu chego e falo com sinceridade e aberto, não me esqueço dos meus, o que pega às vezes é a questão cultural, pois na amizade verdadeira não se concorda com tudo, em qualquer lugar é assim aqui ou na França é do mesmo modo. A sociedade não vê isto com bons olhos, mas eu sou assim. Quanto a se sentir integrado eu vim aqui para um trabalho e através dele tenho me integrado a estas pessoas que me vê como um estrangeiro. Quando falam gringo não falam comigo, o acolhimento foi bom, meu estado de espírito sempre é bom, mas tem a saudade da família, você deve sentir isso. A responsabilidade que tenho com minha filha, avó, mãe, esposa, eu tenho toda a liberdade aqui, mas não me esqueço deles. (Alberto, 2 años PMM, Salvador).

El capital de movilidad también constituyó un factor decisivo en la construcción del sentimiento de integración. Los médicos cubanos son flexibles, abiertos y tolerantes a la diversidad cultural por su experiencia migratoria lo que les permite tener una adaptación psicológica mayor que otros colectivos de migrantes (ALAMINOS y SANTACREU, 2011; MOGHADDAM, TAYLOR y WRIGTH, 1993). Esta apertura les facilita la construcción de lazos de amistad y sociabilidad próximos. La imagen positiva del Brasil también jugó como incentivo para asumir actitudes receptivas y amables frente a lo nuevo.

El sentimiento de estar integrados se conjugó con la sensación de la soledad en algunos casos. Esta sensación se relaciona con la fragmentación de los núcleos de sociabilidad. Los médicos lograron establecer amistades en el Brasil, pero en ciertos casos esos vínculos fueron débiles, superficiales e insuficientes. Emergió entonces el sentimiento de nostalgia por los grupos primarios, la cultura y el estilo de vida, un hecho característico de los procesos de integración migratoria.

Sim. Às vezes sim. Muito. Como eu falei com você, eu gosto de falar no meu idioma. Então, no domingo é o dia mais triste porque todo mundo viaja entendeu? E você então vai à rua e não conhece ninguém porque todos são

peessoas que estão procurando um bar, entendeu? Turistas. E aí... .. eu fico muito sozinha. (Sofia, 2 años PMM, Rio de Janeiro).

Quando as minhas colegas foram embora, sim. Estive um tempo assim que... me senti um pouco, assim, como sozinha e triste e aí comecei a tentar fazer algo diferente, comecei a tentar sair mais ao Parque da Redenção, a tentar fazer outras coisas, às vezes quando me sinto assim, eu gosto de bordar, e bordar ponto cruz, então às vezes vou bordar, a fazer alguma coisa, para não pensar muito. (Carmen, 2 años PMM, Porto Alegre).

7.3 Integración socio-cultural en las áreas indígenas

El presente capítulo aborda las experiencias de los médicos cubanos que trabajaron en los Distritos Especiales de Salud Indígena (DSEI). Los relatos abarcan una miscelánea de historias de vida en zonas inhóspitas y apartadas, tal vez únicas en el planeta, en las cuales se refleja la riqueza cultural del Brasil multiétnico y profundo parafraseando a Bonfil Batalla (1987). Como ya fue destacado en el subcapítulo anterior, el objetivo es conocer, a partir de las narrativas y vivencias de los médicos en su vida cotidiana, cómo fue su dinámica de inserción, participación, adaptación y ajuste a la sociedad brasilera. El proceso de integración se analiza a partir de tres espacios socio-simbólicos estrechamente entrelazados: campo profesional, campo cultural y campo socio-comunitario.

En la primera parte se describen las interacciones, vivencias e intercambios en el espacio socio-profesional, un escenario caracterizado por la confluencia de múltiples saberes y conocimientos en clave multicultural. La segunda parte se focaliza en las formas de interacción y socialización de los médicos con la cultura brasilera hegemónica. La última parte se centra en el análisis de las formas de integración social. Los tres espacios están cruzados, tanto por las particularidades de las relaciones socioculturales originadas en la interacción multicultural, como por las singularidades producidas por las relaciones socio-naturales entendidas como el crisol de las múltiples interacciones que subyacen a la convivencia de los médicos con ríos, selva, plantas, animales, indígenas y población brasilera en general (GASCHÉ y VELA, 2011).

Las tres partes recogen una descripción detallada de contactos multiculturales en condiciones geográficas y sociales particulares. Dichos contactos configuran interacciones y relaciones sociales que, en esencia, desbordan los modelos clásicos utilizados para comprender los

procesos de integración migratoria, tanto en las áreas urbano-periféricas, como en las zonas campesinas y rurales (PIRES, 1999; HERRERA, 1994; SCHOORL, 2005; RETORTILLO, et al. 2006; PORTES, 2000; FREEMAN, 1986; BOSSWICK y HECKMANN, 2006).

La lectura se construye a partir de entrevistas realizadas a 21 médicos, quince hombres y seis mujeres, que desarrollaron su trabajo profesional en seis estados de Brasil que componen la llamada Amazonia legal, ocupada mayoritariamente por grupos indígenas de múltiples grupos étnicos. Estas unidades políticas son: Rondônia; Acre; Amazonas; Pará; Tocantins, Amapá y Roraima. Estados que además de estar ubicados en una zona geográfica rica, compleja y diversa, desde el punto de vista natural y humano, comparten la frontera y la vida social con otros países suramericanos de lengua castellana y francesa como Bolivia, Perú, Colombia, Venezuela y Guyana. Las edades de los entrevistados variaron entre 31 y 52 años, con formación en medicina general integral y otras especialidades como oftalmología, cardiología, ginecología, geriatría y pediatría.

Los médicos contaban con experiencia en cooperación médica internacional en misiones realizadas en varios países de África, América y Asia como son Guatemala, Bolivia, Venezuela, Pakistán, Honduras, Timor Oriental, Indonesia, Haití, Burkina Faso y Paraguay. El perfil de los galenos cubanos no solo fue diverso en cuanto a sexo, edad y experiencia profesional se refiere, también lo fue en términos de estado civil y relaciones socio-afectivas. Varios profesionales contrajeron compromisos amorosos en el Brasil y uno de ellos tuvo un hijo con una brasilera. Así el proceso de integración, que inicialmente era temporal y transitorio, se convirtió en el inicio de una inserción de largo de plazo a partir de la formación de lazos sociales sólidos con los nacionales brasileños.

7.3.1 Contacto cultural, intermedicalidad, medicalización y rescate de tradiciones

En este acápite se aborda la experiencia socio-profesional que tuvieron los médicos en el ejercicio de sus funciones en aldeas y puestos de salud ubicados en diferentes estados de la Amazonia legal. La inserción socio profesional en estas áreas fue particular en comparación con lo realizado en las ciudades del interior y las áreas urbanas periféricas porque la intervención médica se llevó a cabo en un escenario de contacto intenso con las comunidades. Los profesionales cubanos trabajaban de manera continua durante dos o tres semanas en los

poblados indígenas, en un régimen que en la práctica abarcaba las 24 horas del día al estar en disposición de atender de modo permanente cualquier emergencia.

La singularidad de la inserción social de los médicos en áreas étnicas no solo estriba en la intensidad de los contactos, también lo fue por las características de la población atendida y el contexto de atención. Los galenos cubanos se enfrentaron a una población con una gran diversidad cultural adscrita a un proceso civilizatorio específico (RIBEIRO, 1970), que vivía en condiciones particulares de convivencia con la selva, los ríos, los animales y los espíritus, configurando una relación *sui generis* de orden socio-natural (GASCHÉ y VELA, 2011). El acceso físico a estas comunidades también constituyó todo un desafío en la medida que los poblados se encontraban enclavados en medio de la floresta amazónica, lugares donde solo se podía llegar atravesando peligrosos y enigmáticos ríos o usando transporte aéreo dado que la locomoción terrestre era limitada.

En el campo profesional propiamente dicho, los médicos cubanos se vieron enfrentados a comunidades que contaban con tradiciones de sanación de las enfermedades totalmente diferentes a las prácticas convencionales de la medicina alopática de corte farmacéutico occidental. El encuentro originó un diálogo de saberes denominado intermedicalidad (FOLLÉR, 2004; LANGDON y GARNELO, 2005), que se cristalizó en una práctica de manejo de la cura y la enfermedad que combinó, en grados diferenciados, saberes ancestrales étnicos y conocimientos enmarcados en la tradición científica. En el marco de dicho diálogo salió a relucir la necesidad de rescatar el uso de las plantas como alternativa de tratamiento en zonas ricas en diversidad natural y enfrentadas a problemas de acceso a los medicamentos de origen industrial suministrados por el Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SASI).

En la exploración de esa alternativa se encontró una fuerte resistencia al uso de las plantas medicinales a raíz de varios hechos: 1) la tendencia creciente a la medicalización como forma de manejo de las enfermedades, 2) la satanización de los pajes y las formas de sanación tradicional por parte de las iglesias evangélicas, 3) la lenta transformación de la cultura indígena en virtud del contacto progresivo y acelerado con la cultura brasilera hegemónica. En confluencia con estos factores, la intervención médica de las comunidades indígenas se vio limitada y obstaculizada por las deficiencias de funcionamiento de la salud indígena

organizada institucionalmente a través de los Distritos Especiales de Salud Indígena (DSEI), por intermedio de la FUNAI y la SESAI.

Paralelo a la resistencia también se encontraron prácticas de rescate cultural de las formas de sanación tradicionales, impulsadas por los médicos cubanos en articulación con los pajés, los AIS, las parteras, los pastores evangélicos y los miembros de los equipos de salud. Al mismo tiempo, los médicos promovieron el uso de tratamientos propios de la medicina occidental, hecho que en ciertos casos conllevó al conflicto con las formas de vida de los indígenas. El análisis de todo el proceso develó la construcción de relaciones de proximidad entre todos los actores involucrados en la intervención médica, encuadradas en el intercambio profesional y el diálogo médico multicultural. También aparecieron una vez más, como ya se identificó en otras regiones del país, resistencias, prejuicios y estigmatizaciones frente a los médicos.

Los aspectos anteriores están organizados en tres grandes bloques. En primer lugar, se describen las percepciones asociadas al contacto cultural con las comunidades indígenas, contacto que, para muchos de los galenos cubanos, era novedoso e inédito. En la reconstrucción de estas percepciones aparecen relatos que detallan las dificultades para acceder a los territorios étnicos debido a las condiciones geográficas que rodeaban las aldeas. En segundo lugar, se abordan las prácticas y escenarios de intermedicalidad que se dieron en el contexto del diálogo entre conocimientos médicos convencionales y saberes ancestrales. En relación con este punto se presentan factores facilitadores y obstaculizadores del diálogo médico intercultural. En tercer lugar, se describen las formas de interacción profesional entre los médicos cubanos y los equipos de salud brasileiros, las cuales dejaron aprendizajes, conocimientos, saberes y amistades.

En relación con el primer punto, se identificó que la experiencia que vivieron los médicos cubanos en los territorios indígenas fue inesperada y sorprendente a la vez. Sus historias hablan de una misión inolvidable llena de aprendizajes, sorpresas, desafíos y dificultades en zonas selváticas, inhóspitas y desoladas, abrazadas por los cientos de afluentes del majestuoso río Amazonas que se extiende a lo largo de vastos territorios sembrado vida. Más que una misión, el paso por territorios indígenas significó toda una experiencia de vida para los galenos cubanos. Un encuentro único. Para algunos médicos la sorpresa fue aún mayor

pues era la primera vez que tenían contacto con comunidades indígenas. En Cuba no existen grupos étnicos desde el exterminio que realizaron los españoles varios siglos atrás. El proceso de conquista y colonización europeo aniquiló por completo esta población que más tarde fue suplida con mano de obra de negra esclavizada empleada en los ingenios azucareros.

E até hoje a viagem é legal assim, a experiência foi muito boa, conhecer a Amazônia é único, o lugar único no mundo, é um privilégio também está *acá* ((aqui)) neste lugar que é a mãe da natureza, é natureza pura é uma experiência única só vocês têm *acá* ((aqui)) então. (Joan, 2 años PMM, Itaituba).

Por exemplo, eu trabalhei com indígenas, nunca havia trabalhado, entendeu? Eu nunca trabalhei, mas sim consultei porque às vezes eles ficam aqui na cidade e o posto de referência para eles é o Carlos Chagas, onde eu trabalho. (Leonor, 2 años PMM, Guajará-Mirim).

La “novedad” que relatan los galenos cubanos implicó una actitud antropológica en el sentido disciplinar de la palabra en la medida que conllevó al análisis pormenorizado de las prácticas, usos y costumbres de los grupos étnicos. Solo así sería posible diseñar las estrategias de promoción de la salud, los tratamientos médicos y la atención diagnóstica. Trabajar con los indígenas no solo significaba enfrentarse a una población nueva, envolvía una actitud de apertura para comprender e interactuar con una cultura totalmente diferente. En términos antropológicos, exigía asumir una posición de extrañamiento sin juzgar o sancionar (Guber, 2001). Entendida de esta manera, la situación de los médicos cubanos resultó particular en el contexto de los procesos de integración migratoria, pues era un grupo minoritario intentando adherirse a las dinámicas sociales de otro grupo minoritario, ambos ubicados en procesos civilizatorios notablemente diferentes (BONFIL BATALLA, 1987; RIBEIRO, 1970).

Trabajar con los indígenas fue una cosa novedosa, nosotros nunca habíamos trabajado con los indígenas... las costumbres de ellos, su cultura, una cosa novedosa, impactante, novedosa, desde que comenzamos a trabajar enfrentamos eso y ya poco a poco estamos adaptando y aceptando su costumbre y su cultura. (Pedro, 2 años PMM, Boa Vista).

Você tem que conhecer a cultura do povo pra poder atender direito, não basta estar só com um livro e essas coisas... porque aí você pergunta: “porque todo mundo... porque tomam açaí! açaí com açúcar, açaí com farinha, açaí com tapioca... e é direto, muito carboidrato, farinha é carboidrato. Então comem charque que é salgado, comem a carne salgada porque moram longe e não têm energia a carne eles guardam com sal, o peixe com sal, aí comem só comida salgada, comem outras coisas [...]. Não é obrigatoriedade que você vá, mas eu acho é bom porque que você tem

que olhar como eles pensam, desde o ponto de vista do olhar religioso entendeu? O que eles pensam sobre muita coisa da vida e às vezes isso, como eu falei, é importante pra você desenvolver-se como médico. (Ernesto, 2 años PMM, Calçoene).

El reto de atender la cultura indígena era complejo y demandaba total apertura, sin embargo, esa actitud de comprensión y extrañamiento, cruzada incluso por tolerancia cultural, no estuvo presente en todos los médicos quienes dejaron emerger sus prejuicios y estigmas raciales, incluso, permeados por concepciones asistenciales que consideran que el estado les hace un favor a los grupos étnicos minoritarios al garantizarles los servicios de salud.

O indígena, ele aqui ele reclama muito, é a opinião nossa e a opinião do povo brasileiro também. O indígena, aqui no Brasil, ele tem... ele se acha com muito direito e qualquer coisa eles reclamam... acho que muitas vezes eles não fazem a parte que eles têm que fazer, que é cooperar com o trabalho da equipe de saúde, o trabalho dos brancos... então qualquer coisa que acontece fora as expectativas que eles têm aí eles reclamam. Mas eu entendo eles...a diferença é muita, aqui os índios eles são bem mais desenvolvidos, o índio que mora aqui em Itaituba ele é bem mais desenvolvido, é bem melhor para tratar com ele, bem melhor. Aqueles lá eles são um pouco mais...Só o trabalho mesmo ((mesmo)) e a equipe de saúde. Que aí é difícil também porque tenho que conviver com pessoas que são diferentes os costumes, cultura, tudo isso, é complicado. (Pepe, 2 años PMM, Itaituba).

A pesar de estas actitudes, presentes en algunos pocos médicos, en general, hubo receptividad y disposición de enfrentar el reto de prestar los servicios médicos y convivir con los grupos étnicos, convivencia por demás intensa en la mayoría de los casos.

Não deu certo, mas deu certo que eu ficasse no Distrito Sanitário da área indígena, índios também que eu queria conhecer essa idiossincrasia, esses costumes deles, conviver com eles, morar com eles, comer com ele e deu certo. Vim para o Estado de Tocantínia, município de Tocantins e hoje levo dois anos e meio trabalhando, dando o melhor de nós, compartilhando ((compartilhando)) com eles tudo, sendo um mais deles nas aldeias. Não como médico senão sendo um mais da família. É como se ver o médico da família. (Pablo, 2 años seis meses PMM, Tocantinia).

En otros casos el contacto multicultural se facilitó porque los profesionales contaban con experiencia previa en el manejo de comunidades indígenas. La misión brasilera representaba la continuidad de un trabajo de varios años con grupos étnicos. En todo caso, fue una experiencia que no dejó de causar extrañamiento dado que los médicos tuvieron que

enfrentarse a comunidades con prácticas culturales diferentes a las que ya conocían. Entre esas, se destaca la experiencia de un médico que trabajó en el río Alto Purus, en Boca do Acre, con comunidades de la etnia Apurinã y Jamamadi, población enclavada en las entrañas de la selva donde vivían sin vestimenta alguna.

Exatamente, uma só aldeia. Aí sim você vê os índios nus, as mulheres nuas... ((são)) índios, índios, índios que não falam nenhuma só palavra em português. Sempre... eu sempre fico com o agente de saúde que é quem conhece a idade...porque eles não falam nada... conhece a idade, conhece tudo. (Saul, 2 años PMM, Boca do Acre).

Relatos como éste denotan que la experiencia vivida marcó la vida de los médicos y enriqueció su saber profesional de múltiples formas. Las sorpresas no solo gravitaron alrededor del contacto con las nuevas culturas, también se ubicaron en el encuentro con la majestuosa, pero a la vez agreste e indomable selva amazónica. Una geografía maravillosa pero llena de peligros, obstáculos naturales, animales cazadores e insectos ponzoñosos que colocaban en riesgo permanente a los profesionales cubanos y su equipo de salud.

Inclusive quando a gente vinha no avião o que olhava e era só mato, rio, mato, floresta... eu falava: “ Quando que eu vou ver uma casa meu Deus do céu?! Mas olha a gente está muito grata de ter sido enviada para esse lugar, de verdade. (Bertha, 2 años PMM, Macapá).

Tem! Tudo está bem estruturado e bem planejado. Nós saímos à área uma vez ao mês a quinze dias e um mês e quinze dias dão de folga para mim. Esses quinze dias eu tenho uma parte do rio, chama rio Alto Purus, que tenho cinco aldeias para lá. Em estes quinze dias eu visito essas cinco aldeias e tengo ((tenho)) outra aldeia que fica no rio Curiá (15:02) que somente para chegar lá são quatro dias de viagem, o sea ((ou seja)), quatro dias de viagem para lá, quatro dias de viagem para cá e cinco dias de atendimento lá na aldeia. É muito longe, uma aldeia muito populada ((povoada, população grande)), muito, muito, muito, muito populada ((povoada, população grande)) e temos que ficar até seis dias às vezes lá por la ((pela)) quantidade de paciente que tem lá. (Saul, 2 años PMM, Boca do Acre).

Muchas de las aldeas que atendían los médicos estaban ubicadas en zonas alejadas que sólo tenían acceso por la vía fluvial y se encontraban sumamente retiradas una de la otra. En época de lluvia el transporte se facilitaba porque la capacidad de maniobra y navegabilidad era favorable. En época de verano la movilidad tendía a restringirse por la presencia de restos de árboles en el río sin contar con la presencia de caimanes, cocodrilos, serpientes, onzas y toda clase de animales cazadores ubicados en zonas contiguas a los afluentes.

E trabalhando em situações que, meu amigo...eu mesmo estive trabalhando em uma área que na época de chuva não tem problema, mas quando o rio começa a secar como agora, pra chegar na última aldeia que eu trabalho em julho do ano passado eu demorei sete dias pra chegar lá até a aldeia São Luís! Puxando a voadeira, puxando, puxando...porque tem muito muito pau de árvore no meio do rio...tínhamos que tirar toda a coisa, tiramos tudo, levantar, o enfermeiro, piloto e o médico à voadeira, voltar a colocar...assim nós passamos um dia e só andamos 10/15 quilômetros. Até chegar na última aldeia na maioria são 6 dias para subir e 5 dias para descer. Então é sofrido, é sofrido... e tem o risco das serpentes e tem muita onça por lá por onde trabalho. Onça de mais!...tem onça, tem serpente de todo tipo, tem jacaré. [...]. Sim, sim...eu tinha uma aldeia com quase quatrocentos indígenas, tinha outra aldeia de quase duzentos. O resto das aldeias era pequena, era de setenta, oitenta, noventa indígenas. Só que às vezes eu passava trabalhando na aldeia grande três quatro dias e nas aldeias pequenas trabalhava um ou dois dias e continuava. O problema mais grande ((maior)) não era a quantidade de habitante sino ((senão)) a distância de uma aldeia a outra, porque muitas vezes para chegar de uma aldeia a outra você gastava um ou dois dias de barco subindo. (Dario, 2 años PMM, Guajará-Mirim).

Era longe demais, são cento e sessenta quilômetros de areia, mas é uma areia tipo praia aquela areia quando chove a areia fica boa não fica úmida, a gente falava: “ixi quando começa a chover...” não, fica até boa a estrada porque a areia fica compacta, ruim é nesse tempo que tá sem chuva lá aí aquele carro cai naquele buraco, gente é complicado mesmo... Aí cheguei pela noite, não dava pra enxergar nada naquela cidade pequena, eu passei a noite inteira chorando eu falei: “Nossa do céu, eu vim, em que lugar que eu tô porque aqui!”. (Karina, 2 años PMM, São Felix do Jalapão).

Los peligros naturales, originados en la geografía, la fauna y la flora, eran permanentes. A los animales cazadores que habitaban en la profundidad de los ríos o en la espesura de la selva indomable, acechando siempre a la espera de su oportunidad, se sumaban toda clase de insectos portadores de enfermedades infecciosas, que silenciosos, podían colocar en riesgo la salud del propio médico. A pesar de todo, los profesionales cubanos, dotados de total convicción de ayuda al otro, se fueron adaptando al medio natural para desempeñar su labor bajo el sol, la lluvia y toda clase de inclemencias.

Realmente é imponente navegar por um rio como o rio Manoré e hemos tido ((tivemos)) que viajar tanto para lá como para cá bajo ((baixo)) diferentes situações, sobretudo com emergências, baixo chuva (xxx, 01:12) então ouve perigo o riesgos ((riscos)) de ter algum tipo de doenças por diferentes situações, sobretudo animais, vetores, mosquitos, malária, picadura de cobras, jacaré... em rio Negro até agora não he visto ((vi)) jacaré mais em São Luiz onde trabalha Ariel, jacaré... eu he visto vídeo ((vi))... então é um verdadeiro riesgos ((riscos))! Eu acho não sei se a OPAS, eu acho que dois mil e quinhentos reais que nos pagam para

trabajar con saúde indígena não têm em conta os riesgos ((riscos)).
(Roberto, 1 año PMM, Guajará-Mirim).

Las condiciones de trabajo, sin duda alguna, fueron extremas. Los médicos tenían que dormir en los barcos durante varios días y noches enteras para llegar a las alejadas aldeas. Cuando lograban arribar a los pequeños poblados, los lugares en tierra donde llegaban a pernoctar no eran mejores que los improvisados cambuches construidos en las barcazas. En las aldeas, los indígenas vivían segun sus usos, costumbres y posibilidades. Un aspecto mas al que tuvieron que adaptarse los galenos caribenos.

Eu trabalho na última área de Pacas novas. Dormindo de casa de farinha, dormindo em escolas com condioes muito precarias. As condioes nossas de trabalho nunca foram boas, nunca. De trabalho e condioes para viajar. Imagina eu viajava em um barco com um motor quarenta, e tão falando pra ti que tínhamos o dia todo viajando, e aquele barco não tinha nem cadeira nem teto, pegando sol o dia todo. Foram sete dias pegando sol das seis da manha às seis e meia da tarde e chegava ja parando na primeira casa do ribeirinho que a gente encontrava. E o outro dia continuava, armava uma rede ali, e no outro dia continuava a viagem. E assim esse foi meu trabalho...
(Dario, 2 años PMM, Guajará-Mirim).

La dificultad de acceso a las aldeas y poblados indígenas permite entender porque éstas permanecieron durante tanto tiempo sin presencia de médicos o con una atención parcial y fragmentada no ajustada a las necesidades de la población. En Brasil desde la década del setenta del siglo pasado se vienen adelantado estrategias para suplir la escasez de médicos en zonas rurales, selváticas y alejadas de los grandes centros urbanos sin éxito alguno (OLIVEIRA et al., 2015). Las regiones del norte y nordeste del Brasil son las áreas con menor cobertura médica del país (MINISTERIO DE SALUD, 2015; SCHEFFER et al., 2015). En ellas, se concentra a su vez la mayor cantidad de población negra e indígena, grupos que viven en condición de foráneos en su propia nación al contar con las condiciones más precarias de vida. Los excluidos del Brasil profundo.

En la perspectiva de uno de los profesionales cubanos la carencia de médicos en estas áreas no solo obedece a la política pública del estado brasileiro sino al carácter elitizado de la medicina en el país. La mayor parte de profesionales del ramo es población blanca mestiza que proviene de clases medias altas, por tanto, prefieren trabajar en las grandes ciudades o aquellas donde existe mayor desarrollo económico, porque en ellas se garantiza su estilo de

vida y aspiraciones salariales. Una subjetividad profesional construida en el marco de una sociedad capitalista guiada por el lucro monetario y el derrotero del modelo médico asistencial-privatista (MACHADO, BAPTISTA y LIMA, 2012).

É que um médico brasileiro da cidade vai ganhar mal rapaz, e então geralmente o médico brasileiro que se forma é filho de papai é médico que tem poder, tem dinheiro. Então esse médico não está acostumado a estar na floresta... chegar na área indígena e seja picado por carapanã em quantidade que vai abrir a boca e entrar carapanã, esse médico pega o barco e vai embora *pra* casa de novo. Então, infelizmente se programa mais médicos não obtiver uma coordenação certa rapaz não são os ricos que vão resolver, vai ser a população pobre. (Dario, 2 años PMM, Guajará-Mirim).

El Ministerio de Salud brasilero en cabeza de Dilma Rousseff, intentó reparar estas inequidades a partir de la Política Nacional de Atención Básica (Pnab), marco en el cual se diseñó el PMM (MINISTERIO DE SALUD, 2015). El diagnóstico señalaba que incorporar médicos a las áreas prioritarios del SUS era una urgencia. Estos médicos tendrían que ser profesionales extranjeros porque los nacionales no querían ir a las zonas establecidas. A pesar de que el llamado hecho en el año 2103 confirmó esta hipótesis, pues los puestos en las pequeñas ciudades y áreas alejadas quedaron desiertos, los juicios sobre los médicos cubanos como usurpadores de puestos continuaron.

E eu falo, gente... que tem aquele médico que falava “não, porque treze mil é ruim”... eu falava, gente vocês tão com medo de quê? Ainda ficando treze mil cubanos aqui, ainda a saúde tem buraco porque esses cubanos em que lugar eles estão? Tão bem longe, onde ninguém de vocês *estavam* indo. Aqui a cidade continua do mesmo jeito, não tem um ortopedista, três meses para fazer uma cirurgia... então eu falo, não tem problema, aqui continua a situação, aquela escassez de médico, né? Eu fiz até uma Associação, eu fiz um cartão aquele MEDIPREV (56:09) por isso, pela questão de que pagar a consulta, né? Nossa, mas igual é difícil demais gente! É difícil, é muito complicado. Se adoecer, se é uma urgência perfeito, não tem jeito, você vai chegar ao hospital e vai aparecer aí. Mas por outra via, por fora. (Karina, 2 años PMM, São Felix do Jalapão).

Las críticas xenofóbicas proferidas y los obstáculos que representaba llegar hasta las aldeas más lejanas de la geografía amazónica, no impidieron la atención de las comunidades indígenas. Una vez los médicos llegaron a los poblados ribereños, emergieron un cosmos de relaciones desarrolladas en el marco de un contacto multicultural plasmado en la matriz cultural brasilera, cubana e indígena específica. Amalgama a la que se unió en algunos casos

la influencia cultural de los países vecinos configurando un verdadero encuentro de culturas. Como ya fue expresado, estas circunstancias forjaron un contexto de integración particular en el cual las categorías de aculturación o asimilación no resultan útiles para comprender las formas de participación e interacción social. Tales categorías tampoco contribuyen a entender el proceso hermenéutico de comprensión del *otro* al cual se vieron abocados los médicos cubanos y sus interlocutores sociales. La aceptación de las diferencias culturales fue una tarea que exigió la participación de todos los actores culturales: cubanos, brasileiros e indígenas. Entre otras razones, porque el vehículo de comunicación, la lengua portuguesa, no era compartido siempre por todos.

É em munduruku, tem que saber munduruku pra conhecer eles, ou português, mas em espanhol não dá, como eu conheço. (Beto, 2 años PMM, Itaituba).

Era praticamente três culturas. Porque falo três culturas? Porque estava o Xerente, o índio, estavam os enfermeiros, os profissionais que são portugueses ((brasileiros)), são brancos, e eu que sou estrangeiro, que sou cubano. A princípio quando essa equipe começou a trabalhar era muito difícil por causa do idioma, os costumes, os índios têm sua forma, têm sua cultura e me foi muito difícil. Tuve ((tive)) que pegar horas de estudo, tive ((tive)) que ler muito a antropologia que eu nunca pensava dar tanta importância a essa asignatura ((disciplina)) na Universidade, e é muito valiosa quando você chega em uma área e você não sabe nada da antropologia. E se você não sabe nada da antropologia você não pode mexer com índio ou com outras culturas. Você tem que sentar-se com essas outras culturas, que que escutá-las, tem que ouvir muito a esses idosos, ver porque eles se pintam, ver porque eles às vezes não tomam banho, porque eles às vezes fazem uma fogata ((fogueira)) em frente da porta da sua casa, porque as casas não têm janela... e tudo tem um sentido, não é chegar e fazer vamos fazer casa com janela, vamos quitar essa fogata ((tirar essa fogueira)) daí, não vamos deixar que aquelas crianças se pintem nem joguem com terra. Aí que sabe porque eles faziam isso e depois pouco a pouco é que se podia interactuar ((interagir)) com eles. (Pablo, 2 años seis meses PMM, Tocantinia).

El contacto multicultural, aterrizado al campo de las prácticas de salud propiamente dichas, se expresó en la convergencia de prácticas médicas convencionales occidentales, también denominadas medicina alopática y prácticas de sanación ancestrales-tradicionales, muchas de ellas relacionadas con lo que se conoce como medicina homeopática o natural. Este diálogo derivó en prácticas de intermedicalidad e incluso de hibridación de saberes ancestrales y conocimientos convencionales “del hombre blanco”, con grandes beneficios

para el tratamiento de las enfermedades que mayor morbilidad causaban en las comunidades indígenas como las enfermedades respiratorias e infecciosas no trasmisibles.

A princípio, como eu falei, não acreditavam muito nos médicos cubanos. Mas à medida que foram passando os dias, a medida que foram passando os meses, já com tempo de chuva havia muita pneumonia, havia muita diarreia... nosotros ((nós)) chegamos e fizemos um choque com essa realidade, quando eles viram que suas crianças melhoraram, quando os pajés viram que com esses remédios as crianças não estavam morrendo, fizemos uma reunião com todos os pajé e intercambiamos ideias falamos que nós estamos de acordo que eles atendessem ao pacientes, mas que nosotros ((nós)) também queremos parte desses pacientes. E que queremos parte do paciente ao início, quando ele começasse, não depois que o paciente já *estava* complicado e o paciente morria em nossas mãos e ficava como se era morte de nosotros ((nós)), nós tínhamos que pegar o paciente desde o início. E desde que começamos a coger ((pegar)) esses pacientes, essas diarreias, essas pneumonias, essas verminoses, não morreu mais nenhuma criança menor um ano e não pode morrer uma criança menor de um ano. Eles *tão* doentes, o pajé lo sabe, mas o médico também lo sabe, a equipe lo sabe. O pajé tá rezando e nosotros ((nós)) estamos dando medicamento e estamos dando palestras de como evitar essas doenças. Ele terminou e eu comeci, ou ele terminou e começo eu. Desse jeito, mas não pode morrer mais ninguém. (Pablo, 2 años seis meses PMM, Tocantínia).

El intercambio profesional en las áreas indígenas, a diferencia de lo ocurrido en las periferias urbanas y en las ciudades del interior, no se suscribió solamente al encuentro entre formas diferentes de ejecutar los programas de atención primaria, representó el encuentro de culturas de la salud sustancialmente diferentes, y en muchos casos, contradictorias. En ese sentido, la llegada de los médicos cubanos a territorios indígenas originó un doble encuentro, una doble hermenéutica. El primero encuentro, ocurrió entre prácticas de atención primaria ancladas en sistemas sociopolíticos y socioeconómicos antagónicos que conciben la salud desde ángulos disimiles. El segundo encuentro, se dio entre cosmovisiones de salud y enfermedad contrapuestas, ancoradas a su vez en matrices socio-culturales pertenecientes a procesos civilizatorios disimiles. El doble encuentro contribuyó, en la mayoría de los casos, a mejorar las formas de atención y la calidad de la salud de las comunidades indígenas además de cubrir el déficit crónico de médicos en los DSEI.

Aí atualmente, atualmente é... tudo é maravilhoso, como eu falei para você, atualmente os indígenas passam lá e perguntam... antigamente chegavam procurando remédio da farmácia, atualmente eles falam “Doutor, eu *tava* doente, minha filha *tava* doente há quatro dias...” – “Caramba porque você não trouxe antes, devia me trazer antes?” – “Não Doutor, o problema é que

eu *tava* fazendo remédio natural”... aí eu: “parabéns! Que remédio fez?” “não, foi feito assim, assim... coloquei tal planta assim, tudo... o que acontece é que continua com febre, o sea ((ou seja)), ela melhorou mas continua com febre” –“ah então vamos ver porque pode ser que esteja precisando de antibiótico”. Aí examinamos a ela, tá, tá, tá... “Olha, precisa mesmo, está com uma infecção bacteriana e isso com remédio natural não ia... não ia resolver. Vamos dar esse remédio aqui e vai continuar com o remédio natural, *tá?* –“*tá*, tudo bem Doutor”. Aí vai embora e... isso acontece muito atualmente, por isso que eu falo para você que eu me sinto realizado, me sinto bem porque eu consegui alguma coisa que eu achava que era impossível. Era uma missão impossível. Era capaz dessa cultura indígena, essa cultura de remédios naturais que eles faziam nessa aldeia evangélica... é uma coisa, entendeu? Uma coisa que... mas, felizmente, atualmente todo mundo... e eu estou, por exemplo, eu estou sem paciente, eu estou já no corredor, aí olhando para fora, a horta está bem na frente, os velhos quando passam, os pacientes que chegam lá na horta, pegam é... Amor Crescido... um dia eu perguntei para uma paciente lá: “e porque você *tá* pegando amor crescido?” e ela: “não, para o cabelo, para o cabelo porque eu faço um...” ela tira, tira ele, *tá?* E mistura com água e coloca na cabeça deixa secar e depois lava a cabeça normal para tirar a caspa do cabelo, caspa a dermatite seborreica. (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

El encuentro entre culturas de la salud, expresado en las prácticas de intermedicalidad, tuvo como actores protagónicos a los médicos cubanos y a los pajes o sanadores tradicionales. Entre ambos jugaron un papel crucial los agentes indígenas de salud (AIS), que en varios casos tendieron puentes sociales y profesionales para propiciar la atención médica de los indígenas. Las relaciones entre los “sanadores” de ambas culturas de salud fueron diversas.

Na CASAI Macapá... ele *tava* aqui nessa época e ele ajudou, entendeu? Ele falou: “Doutor, eu sei que você tem boas intenções com isso, mas aqui o povo Palikur, eles não acreditam nisso.” Eu falei: “Manuel...” o nome dele é Manuel... “Manuel, eu acho que não é que não acreditem, eu acho que é medo, medo, eu vou precisar da ajuda de você como pastor e de todos os pastores. Eu preciso de uma reunião com vocês, primeiro com vocês”. Aí teve uma reunião com eles, expliquei a situação, aí convidei os AIS, expliquei a situação dos remédios naturais... porque outra coisa, quando eu falava para fazer algum remédio natural, por exemplo, *tava* com gripe, falava para fazer um chá com alguma planta que eu conheço, para eles fazerem, o paciente se levantava da cadeira e ia embora! (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

En algunos casos estos actores lograron articularse, pero en otros las interacciones derivaron en la confrontación, en parte motivada por procesos intensos de aculturación de las comunidades indígenas, auspiciados por las iglesias evangélicas y el mismo sistema educativo brasileiro que no fortalece la cultura de cada pueblo. El proceso de transformación

cultural también se encuentra estrechamente relacionado con la lenta penetración de la civilización occidental en los territorios indígenas. Así, las relaciones de proximidad entre “blancos” e nativos americanos, cada vez es más acelerada con efectos latentes en prácticas, estilos de vida y formas de entender el mundo. En el escenario favorable de contacto intercultural, médicos y pajés trabajaron de manera articulada respetando las prácticas y modos de sanación de cada tradición de salud. El diálogo se ubicó en un alto nivel de tolerancia e intercambio cultural, al punto que el pajé y el médico se brindaban cuidados de salud mutuos y realizaban planeación del trabajo de atención a la comunidad. Según los acuerdos establecidos, la comunidad era atendida primero por el médico y después por el pajé o viceversa. El diálogo se fundamentó en el respeto profundo de cada tradición de manejo de la salud y la enfermedad.

Estando lá na aldeia fui para falar com o pajé... geralmente é o pajé que realmente manda, foi *pra* o lado de Sai-Cinza, a pessoa tinha um enfisema, um câncer de pulmão, chegou lá crepitando nos pulmões, dispneia, muita falta de ar. Ela foi ao pajé, mas também fez tratamento de medicinas. Gostam muito do pajé, mas gostam também da medicina ocidental nossa. Incluso o pajé, eu fui consultar o pajé também, uma vez ele foi lá, consultei ele. Eu tive uma adolescente de quinze anos que teve uma convulsão. Aí fomos lá, a família chamou, técnico de enfermagem, fomos lá... tivemos que esperar fora da casa uma hora porque ela *tava* falando com o pajé, quando o pajé saiu: “ah pode passar”. Primeiro chama o pajé, depois o médico, ou vice e versa, primeiro o médico, depois o pajé. Eu tive um caso de pedras na vesícula, né?. As vezes eu falo para eles, aconselho, de ir ao pajé para tratar isso. Quando não vejo medicamento eu falo, as diarreias, gripes, eu falo para pesquisar por medicinas naturais. (Beto, 2 años PMM, Itaituba).

É boa, é muito boa à gente se acostuma, o pessoal se inteira com o pajé, o pajé, geralmente com todos nós, tem um relacionamento muito bom... E realmente o pajé tem um relacionamento muito bom, ele aceita nossa presença lá nós respeitamos ele, sem problema nenhum. Ele vai se consulta, nós damos remédio, ele mesmo aceita, nós fizemos nossa parte... “médico você por favor, nos ajude com esse paciente, com este...” Sim. E nós estamos aprendendo também porque o pajé *tá* tendo um relacionamento conosco muito bom... O pajé não é problema nenhum, ele aceita, estamos lá, compartilha conosco e não tem problema não. (Joan, 2 años PMM, Itaituba).

Eu gosto, fiz aula disso na minha formação, eu gosto e falo com eles, com o pajé... eles não falam muito, mas me falaram algumas plantas para anemia, não lembro os nomes, outra pra hipertensão. Têm conhecimento. Eles têm uma planta que é para hipertensão que eles dão e a pessoa não

padece mais disso. Cura, fica sem sofrer disso, sofrer de hipertensão. (Beto, 2 años PMM, Itaituba).

Otro actor de las comunidades indígenas representante de los saberes tradicionales, que prestó bastante ayuda a los médicos cubanos, fueron las parteras. Éstas, junto al paje y el chamán, conformaban el equipo de salud de los grupos étnicos. Médicos y parteras trabajaron de forma mancomunada en casos donde el saber convencional llegó a su límite. En tales circunstancias de vida o muerte, los galenos cubanos manifestaron su asombro y respeto frente a prácticas efectivas de las cuales nunca recibieron formación.

O pajé, as parteira também, têm um relacionamento conosco bem... Eles nos chamam quando têm alguma dúvida... as grávidas com certas dúvidas eles chamam, nós ajudamos elas às vezes se elas têm algum tipo de problema, nós vamos lá e ajudamos no parto. (Joan, 2 años PMM, Itaituba).

Falei muito com as parteiras, eu tive uma grávida que eles me chamam para fazer o parto, mas a posição não estava cefálica e então eu falei: “Não, tem que ser referenciado” Então chegou a parteira, fez umas manobras e colocou a criança na posição cefálica e fez o parto. Eles fazem umas manobras e fazem isso. O sea ((ou seja)), essas coisas também temos que aprender, né, os médicos, é interessante isso. Eu fiquei nervoso a primeira vez que assisti isso, parto com complicações... se morre a criança... mas têm muita experiência elas, são muito sábias nisso, as parteiras. São muito boas elas, muito experientes nisso. (Beto, 2 años PMM, Itaituba).

En un segundo escenario, caracterizado por la poca apertura al contacto intercultural, las relaciones entre médicos, pajes y chamanes no fueron tan fluidas y articuladas. Los tratamientos médicos debían ser aprobados por el sanador de la comunidad, si éste no aprobaba el médico no podía intervenir aun cuando el paciente indígena no presentara mejoría en su condición de salud. Podemos hablar en ese caso de un choque entre tradiciones de manejo de la salud y la enfermedad que se enmarcan a su vez en diferencias entre matrices culturales.

Hay lugares que eles querem uma liderança, como el Xamã, algunos lugares que hay veces que el tratamiento ellos primeiro consultam esas lideranças para ver se eles podem fazer esse tratamento, se a liderança autoriza se faz o tratamento, se não, não se puede fazer o tratamento. Aunque tu sepas que el va servir, se a liderança não autoriza, não pode fazer o tratamento. É igual que se tu tiene um critério de remoção de um paciente com uma enfermedad que você conhece que tem que sair para Boa Vista e aí a liderança diz que não pode sair, não sai. Não pode sair, não sai, fica. Tem que ficar. (Evelio, 2 años PMM, Boa Vista).

Então acho com a população acho que... por supuesto ((com certeza)) ainda falta um pouquinho de se acostumar a ter médicos porque o pessoal aqui nunca teve médico na vida, ter médico agora é diferente... Mas eu falo para eles, você tá no mato numa área indígena se você tem médico... pacientes de hiperdia tem cinco ou seis consultas no ano, entendeu? Isso é. (Joan, 2 años PMM, Itaituba).

Los tratamientos también encontraron resistencia en las propias tradiciones, usos y costumbres de las comunidades expresados en estilos de vida que propiciaban la aparición o persistencia de las enfermedades. Las disparidades se daban en torno a costumbres originadas en la histórica relación entre seres humanos y naturaleza en un medio donde todos los seres, animados e inanimados, viven en armonía y compenetración. Las prácticas de los indígenas que en el concepto de los médicos cubanos provocaban perjuicios para la salud, generaron cierto choque cultural. Frente a este sentimiento, la actitud de los galenos siempre fue de respeto y comprensión intercultural. Sin embargo, no dejaron de manifestar su preocupación porque en ciertos casos, las creencias y costumbres de los indígenas podría afectar el proceso de manejo y tratamiento de las enfermedades o alteraciones de la salud.

Tem também uma dificuldade que gostam muito de beber água do rio... então temos essa luta agora. Pouco a pouco estamos vencendo, pouco a pouco. Fazemos muitas palestras, muitas rodas de conversas. (Roberto, 1 año PMM, Guajará-Mirim).

Você depende deles, você não pode fazer nada a respeito. Então querer que façamos uma intervenção é difícil. Não vamos mudar o costume deles que é difícil de fato, é difícil mudar o costume deles, estão muito arraigados aos costumes, à cultura deles. Então também temos essa trava... é mais difícil ainda. (Beto, 2 años PMM, Itaituba).

Eso es todo lo que ellos conocen. Claro, es difícil para uno, no sé, ver esa forma de vivir que ellos tienen. Ver como un recién nacido, por ejemplo, desde que nace está respirando la fumaça, eso porque la rede tá aí y la caldera está aí pegada a la rede y la fumaça... eso es un poco difícil para uno que promueve salud y que son cosas que además de eso, nosotros promovemos salud, son cosas que no podemos cambiar tampoco porque esa es su cultura. Nosotros no podemos decir: “Tú no puede prender esta fogata aí...”, porque además de eso, com es su cultura, también tenemos que respetar eso. No podemos meternos en eso tampoco. Pero, bueno, para nosotros es un poco... como que choca eso, ¿no? Un poco difícil. (Samuel, 2 años PMM, Boa Vista).

Convivir con la cultura de los indígenas tolerando sus costumbres y estilos de vida no fue fácil para los médicos cubanos, porque en muchos casos esa tolerancia cultural implicaba no actuar sobre las enfermedades o los hábitos que las generaban. Aspectos relacionados con los tipos de vivienda, las condiciones de habitabilidad, el consumo de agua de río, el contacto con el humo de las hogueras y las prácticas de alimentación, causaron gran zozobra y contradicciones en los médicos. La presencia de prácticas patriarcales también emergió.

Se acaso algún parto se complicará, creo que, en la última instancia, los últimos que llamarían sería nosotros, porque somos hombres también, no sé, no, ellos llaman a la enfermera, la técnica, en ese tipo de caso. A los hombres es muy difícil. Pero, bueno, hasta ahora, yo no sé esta gente, pero hasta ahora, en el Polo que yo he trabajado no he tenido esta experiencia de ese tipo no. (Samuel, 2 años PMM, Boa Vista).

Las prácticas de alimentación fueron objeto de bastante preocupación, porque a juicio de los médicos cubanos, grupos vulnerables como los ancianos, gestantes y niños, no consumían los alimentos necesarios cayendo en condición de desnutrición con mucha frecuencia. Esta lectura fue realizada en varias localidades de diferentes estados donde la desnutrición moderada y severa era un hecho recurrente. Algunos grupos indígenas reciben una bolsa de alimentos por parte del gobierno brasileiro, pero en muchos casos esta ayuda no es suficiente. Las condiciones geográficas también constituyen un obstáculo para llevar estos alimentos con regularidad. La inseguridad alimentaria que padecen varios grupos étnicos de la amazonia está relacionada con su condición de pobreza, estilos de vida y destrucción de sus formas de subsistencia en anuencia con el abandono del estado y el consecuente proceso de marginalización al cual han sido sometidos. Uno de los resultados, es la alta mortalidad de menores de un año, situación que vivenció uno de los médicos de forma directa.

A alimentação fundamentalmente das crianças, gestantes e idosos, desses três grupos... e as crianças eu tenho dividido em grupos por idade... mas esses três grupos não têm boa alimentação, eles têm péssima alimentação. Eles têm comida na aldeia mas não comem como devem comer... é uma luta que temos sobre isso. Por exemplo, vou falar de uma criança menor de um ano... a mãe pari, ela sabe que tem que dar peito por seis meses, ela sabe disso... perfeito, essa luta está ganha! Bem, mas o que acontece? Quando a criança chega aos seis meses ela tem que fazer uma mudança de alimentação e tem que inserir novos tipos de alimento de acordo com a idade da criança... existe todo um esquema de adaptação bem estabelecido para cada grupo de cada alimento segundo a idade da criança. Mas eles não cumprem com isso, eles mantêm a lactância no peito até um ano, seis meses

mais só com peito. Então toda aquelas ganancias ((todos esses ganhos)) que essa criança teve nos primeiros seis meses que o peso dele subiu ((subiu)) tudo bem, no segundo semestre de vida perde. Por isso todos, quase todos... 98% tem anemia, as crianças sofrem de muitas infecções respiratórias, pelo motivo do sistema ficar baixo, não tem nenhuma proteção... sofrem de muita diarreia porque seu sistema imunológico tem problema... também por outras coisas, porque bebem água do rio, ficam sem sandálias, tudo isso influiu também, pero ((mas)) a razão fundamental é que não têm boa alimentação. [...]. Todos assim... eu teve ((tive)) uma criança menor de um ano que morreu ((morreu)) uma morte por desnutrição, a causa fundamental foi isso, desnutrição... e ao redor ((redor)) disso anemia, infecção respiratória, diarreia. (Roberto, 1 año PMM, Guajará-Mirim).

En un tercer escenario, hubo contacto intercultural pero restringido según las normas y tradiciones de las comunidades indígenas. Aquí primó algo que podemos denominar como los secretos étnicos comunitarios. En este cuadro, el paje tenía buenas relaciones con el médico cubano, pero conservaba una actitud hermética en cuanto a la trasmisión de sus saberes y prácticas de sanación tradicionales y ancestrales se refiere. Para muchas comunidades, esta estrategia ha sido el único mecanismo de preservación de su cultural ante la avanzada arrolladora del proceso civilizatorio desarrollista. Para algunas comunidades, el paje y los secretos que éste guarda son sagrados porque es una persona que ha sido elegida por los espíritus que viven en la cobra y la onza. En virtud de este ritual, los conocimientos que tiene no pueden ser transmitidos de forma libre y abierta como si se hace en otros complejos culturales. Los médicos cubanos han entendido esta cosmovisión y no han forzado la transmisión de los saberes ancestrales.

Na aldeia Santo Antônio tem pajé e tem muito muy ((muito)) bem estruturado aquele da medicina tradicional. O pajé conhece tudo, ele fala de tudo, mas não dá a dica que qual é a planta que você usa para isso, mas ele prepara, ele indica, ele dá. Usam muito porque fica muito longe, eu falei quatro dias *pra* chegar, deslocar-se dessa aldeia para cá... então eles fazem muito uso da medicina da planta, o sea ((ou seja)), da medicina tradicional. Eu conheci, eu vi, mas ele não fala qual é o segredo da planta, qual é a planta, ele não fala nada isso é segredo deles [...]. Mas já falo, quando nós chegamos lá ou a equipe de saúde chega vão direto a equipe de saúde fazer seu atendimento e o pajé vem, faz seu atendimento também e falamos, eu gosto muito de falar para ver se saco ((tiro)) alguma coisa dele, mas ele não fala não. [...]. Não, segredo é segredo! Inclusive eu perguntei um dia quem é que elegem o pajé, como é esse negócio do pajé e dizem que não, o pajé um costume deles... o pajé é uma pessoa que mitologicamente é preparada e que para que você seja pajé tem que chegar a você um dia uma onça ou uma cobra independente do tipo de pajé é as duas coisas que vão chegar ou cobra ou onça. E que essa cobra hace ((faz)) um pacto com ele e são mitos

deles, eu acho que são mitos, não sei se é verdade ou não, foi o que eles me falaram. E como se elege o pajé? O pajé tem que ficar sete dias no mato sem comer, só alimentando-se das coisas que estão aí no mato e que nos sete dias se ele suporta a convivência com a onça e com a cobra, se alimenta, resiste às doenças, chuva e chega à aldeia sem nenhum tipo de doença entoces ((então)) é aprovado para que esse seja pajé da aldeia. (Saul, 2 años PMM, Boca do Acre).

La relacion entre prácticas de salud convencionales, representadas por el médico cubano, y las prácticas de salud tradicionales-acentrasles, representadas por el paje o chaman, se enfrentó a factores facilitadores y obstaculizadores. En el caso de los factores facilitadores se encuentra la disposicion de los médicos para trabajar con plantas medicinales en sus procesos de manejo de la cura y enfermedad, una actividad que cuenta con una larga tradición en la isla caribeña a raíz del bloqueo que sufre Cuba desde hace sesenta años. Los galenos cubanos se vieron estimulados a trabajar con plantas ante el incipiente desarrollo de su industria farmaceutica despues de iniciado el gobierno socialista. Igualmente, es importante recordar que Cuba trabaja a partir del enfoque intercultural en salud, en el cual se combinan conocimientos de la medicina alopática convencional con prácticas de herencia africana y la acupuntura de China (MONJE, 2014). Este tipo de prácticas están reguladas desde 1995 cuando se creó la Comisión Nacional de Medicina Natural y Tradicional (MNT).

Lá em Cuba nós também usamos a medicina tradicional e às vezes usamos de algumas plantas que temos aqui no Brasil que também tem lá em Cuba... E a gente também manda eles tomarem isso para que não se sintam como que eles já estão acostumados a fazer, não presta não, presta sim, você também precisa se consultar, porque às vezes você não vai resolver ali no mesmo tratamento não. (Dario, 2 años PMM, Guajará-Mirim).

Eu gosto, em Cuba, nossa formação em Cuba fala muito sobre medicina tradicional. Tem que ver com um período que Cuba viveu um tempo que se chama 'período especial', que é um período muito difícil, muito bloqueio e muitas carências, né? E os médicos de Cuba aprenderam a trabalhar com medicinas naturais. (Beto, 2 años PMM, Itaituba).

Como factores obstaculizadores se encuentra el proceso de evangelización de las iglesias cristianas adelantado en territorios indígenas y las prácticas de medicalización promovidas por diversos actores del Sistema Nacional de Salud de Brasil. En relación con el primer factor, se encontró que iglesias evangélicas han hecho presencia en algunas aldeas donde se

han dedicado a fomentar un discurso anti-naturista que señala que el uso de plantas como estrategia para curar o tratar las enfermedades constituye un acto de brujería.

La acción de catequización por parte de colectivos religiosos en las comunidades indígenas no es nueva, desde el periodo colonial los padres jesuitas ya venían adelantando acciones orientadas a la conversión de los indios con el propósito de transformar su modo de vida y de trabajo. Los primeros miembros de la comunidad jesuita llegaron al Brasil en 1549 a Salvador de Bahía, y realizaron misiones en el país hasta 1759 cuando fueron expulsados súbitamente (CARVALHO Y FERNÁNDEZ, 2017).

Las representaciones e imaginarios contruidos y difundidos por las comunidades religiosas en los territorios étnicos buscaron desde el periodo colonial acabar con las creencias de las comunidades indígenas e imponer el catolicismo. En la medida que dichas creencias estaban estrechamente relacionadas con sus prácticas de sanación, al atacar la cosmovisión religiosa desestimularon el uso de plantas que los indígenas habían venido utilizado durante siglos para la cura de sus enfermedades y la realización de actos de sanación espiritual.

En tiempos recientes, esta acción también ha buscado debilitar y satanizar la figura de los sanadores ancestrales en un claro propósito de adelantar procesos de aculturación que faciliten la dominación y el sometimiento de las comunidades por parte de la población blanca-mestiza. La idea es desestructurar las formas de orden social de los grupos indígenas y sus figuras de autoridad mediante mecanismos de coerción simbólica en el campo mágico-religioso. Así, satanizar el uso de las plantas y la legitimidad de los sanadores, ha constituido la primera de una cadena de acciones de desestabilización de las culturas étnicas. Los actos de castigo simbólico han pasado, incluso, por hecho de violencia física que han terminado en el asesinato de los pajes, según se anotó en uno de los relatos.

Los médicos cubanos en su intento por promover procesos alternativos de cura de las enfermedades y rescatar el saber ancestral, han quedado en medio de esta disputa. No obstante, a través del trabajo paciente y dialógico, lograron revertir algunos de los procesos de dominación simbólica al cual habían sido sometidas las comunidades a través de la resignificación del uso de las plantas medicinales y el papel los sanadores tradicionales.

E essa pajelança era contra las ((as)) crenças religiosas, as crenças religiosas evangélicas. Então os pastores da religião evangélica como que ensinaram a eles que tudo aquilo relacionado com plantas medicinais, com pajelança, com remédios naturais, caseiros, que tudo isso era bruxaria. Que era macumba, que era pajelança e que tudo isso tinha que ser combatido, tinha que ser eliminado, destruído. Aí o que aconteceu? Pegaram o pajé de lá, queimaram a casa dele com ele dentro após um problema que aconteceu, não sei o que foi que aconteceu, eles queimaram a casa do pajé com ele dentro e o ouro pajé que trabalhava nessa zona, fugiu! Ninguém mais soube dele, entendeu? Ninguém mais conseguiu ver ele, saber onde ele estava. Mas esse morreu lá. Aí eles não deixaram entrar mais nada de cultura natural, de cultura de medicina natural. Quem fazia algum remédio caseiro fazia escondido dentro da casa, não deixava que ninguém, que o vizinho, soubesse que ele tava fazendo entendeu? Isso ficou desse jeito até que eu cheguei lá, ano dois mil e quatorze. Eu chego e chego com aquele desejo ((desejo)), aquela vontade de saber da cultura deles, saber da medicina deles como eles usam... e quando eu falava isso, eles como que olhavam para mim com desconfiança ou paravam a conversa, entendeu? Ficavam na sua ou iam embora... aí eu encontrei um pouco de desconfiança até com os AIS e ninguém falava para mim, ninguém falava. Até que um dia falei com um AIS que ele é pastor da igreja e ele contou essa história para mim. (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

Al respecto se destaca la experiencia de rescate de plantas medicinales desarrollada por uno de los médicos que trabajó en la localidad de Oiapoque, estado de Amapá, frontera con Guyana Francesa. El médico de esta comunidad se dedicó a realizar una campaña de uso de plantas nativas para el tratamiento de enfermedades que involucró la sensibilización de la población, el diálogo con pastores, pajés y AIS, y lo más importante, la construcción de una huerta comunitaria. Mediante todas estas acciones el médico logró que las comunidades volvieran a utilizar las plantas para la cura de sus dolencias.

Aí, felizmente, voltou tudo para a normalidade e aí então já nessa época tive a oportunidade de fazer meu primeiro trabalho desde o ponto ((ponto)) de vista natural, naturísta. Eu fiz a programação para contruir uma horta lá na CASAI. Construimos uma horta juntando as quatro etnias que *tavam* lá de pacientes que *tavam* lá em esse momento na CASAI e explicava para eles a necessidade da medicina natural de retomar novamente a medicina natural e que eles deviam começar fazendo uma horta de plantas medicinais lá. E fizemos um multirón ((multirão)) e com esse multirón ((multirão)) convidamos alguém da Empraba que ele trouxe para a gente algumas amostras de... como é o nome? [...]. Aí eles começaram a olhar, liam, entendeu? E assim foi... aí eu comecei novamente com os meu chás de remédio natural e falar: “Não, para essa lesão na pele, vai tomar banho com essa planta que está lá, você vai pegar lá a planta vai ferver e essa água você vai colocar em cima e não vai enxugar, você vai deixar secar sozinho na pele assim, no ar, entendeu? E você vai ver que você vai melhorar...”. Quem fazia e dava certo, aí falava para os demais “olha deu certo, deu certo

isso”. Aí esse comentário chegava até mim. Os AIS chegavam no outro dia e falavam: “Doutor você sabe que o que o senhor mandou anteontem para a paciente fulano ou o paciente fulano deu certo porque ele falou para Mengano e Mengano falou para mim que está muito melhor, que está muito bem...” eu falava: “ai que bom, muito bem”. Isso foi há um ano e pouco, atualmente, eles chegam lá e já eles não me procuram, eles chegam já diretamente na horta, pegam a planta, já eles sabem para que serve ((serve)) ou chegam: “Doutor eu tenho uma planta chamada tal coisa...” em Palikur, aí eu pergunto para os AIS: “Essa planta qual é?, como que é?” para saber qual é a planta. Muitas dessas plantas a gente não conhece ainda, entendeu? E são plantas que aí vai minha pesquisa. Aí é que eu quero fazer a pesquisa. Então é uma história muito bonita, porque realmente já eu sei que se amanhã eu vou embora, essa aldeia, essa aldeia... já recuperou, o sea ((ou seja)), ela retomou novamente é... resgatou a medicina natural deles, entendeu? Eles tão fazendo e as parteiras usando... as parteiras foram as primeiras que começaram a usar as plantas da horta. Então todo mundo via, enchergava elas fazendo isso e já... entendeu? Todo mundo continuava. Elas que me ajudaram muito, me ajudaram muito. Então foi um trabalho forte, com paciência, mas *tô* satisfeito com esse trabalho... *tô* satisfeito porque realmente para mim é uma coisa muito grande, uma cultura que *tava* se perdendo e que eu resgatei essa cultura, para mim isso é. (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

El médico que desarrolló esta titánica labor ha intentado ir más allá en el proceso de rescate de las plantas medicinales nativas como forma de preservación de la cultura, proponiendo la elaboración de un libro que detalle cada una de las plantas existentes en la zona y sus diferentes usos. Mediante esta iniciativa busca que las comunidades no pierdan sus saberes tradicionales, por el contrario, cuenten con herramientas para poderlos transmitir de generación en generación. Este tipo de proyectos develan que la concepción que tienen los médicos de su profesión va más allá de un acto de cura de enfermedades. Ser médico en la perspectiva de los galenos cubanos, constituye un acto de servicio a las comunidades que abarca múltiples acciones que trascienden la atención clínica.

Quero fazer um livro, esse é um dos objetivos, fazer um livro, mas... fundamentalmente esse livro tem que ficar lá na aldeia, o sea ((ou seja)), eu quero que o livro seja conhecido, mas quero que o livro os professores deem nas aulas deles como mais uma disciplina, entendeu? Para obrigar a nova geração, eles estudar o conhecimento dos antigos, o conhecimento do velhinho, dos idosos. Para que esse conhecimento não se perca, para que esse conhecimento continue. Se alguém em algum momento... “caramba, meu avô falava isso e isso...” mas como era que fazia? “Deixa eu ir pegar o livro que está lá na escola. Professor você pode me emprestar o livro, deixar eu ver? Eu lembro que na aula que você dió ((deu)) nessa aula você explicou que meu avô falava... meu avô ou minha vovó... fala disso assim, assim, assim. Eu quero fazer...” “Não, tudo bem, tá aqui olha o que falou

seu avô... tá aqui, como ele fazia.” entendeu? Para toda a população, mas principalmente nas aldeias indígenas, para que fique esse conhecimento lá, não se esqueça esse conhecimento. Segundo, pesquisar plantas. Plantas medicinales, princípios ativos que possam nos servir posteriormente... após, após para fazer algum medicamento, alguma pesquisa de remédio, entendeu? Algum remédio para alguma doença que ainda não tem cura e que pode ser que a gente... pode ser que esteja aí nessas plantas, esse remédio esteja nessas plantas. E o terceiro objetivo é meu conhecimento particular que é muito lindo o que tô aprendendo. (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

La contrarreforma de este proceso no sólo se encuentra plasmada en las acciones de las iglesias evangélicas. Las prácticas e imaginarios difundidos en torno a la medicalización o uso de medicamentos industriales también han incidido para desestimular el uso de plantas en los tratamientos de las enfermedades. Según relatan los médicos cubanos, los indígenas no sólo desestiman el uso de las *yerbas* para tratar sus problemas de salud, sino que exigen el suministro de medicamentos de orden farmacéutico para curar males y dolencias que no lo requieren. El imaginario cuenta con tal nivel de arraigo, que los indígenas han interiorizado un recetario de pastas, compuestos y remedios para el tratamiento de las enfermedades más frecuentes. Así, cuando llegaban a consulta, exigían a los galenos cubanos medicamentos específicos. Cuando el médico formulaba lo contrario, encontraba rechazo frente a los tratamientos. Esta tendencia sugiere además que los indígenas realizan prácticas de automedicación, tal vez como respuesta adaptativa al abandono que han sufrido por parte del Estado y la responsabilidad de garantizar los servicios de salud a toda la población.

Com certeza! E eu falo, uns vinte e cinco por cento das diarreias são de causa viral, não requerem antibiótico, isso somente é soro, soro! E dizem: “Não, soro não, soro não presta... soro é água tem que dar solução...” [...]. Chegou uma criança com gripe que era um processo viral e disse: “Não amoxicilina não, não amoxicilina...” e entramos em contradição. Eu sou médico, eu falei que não, precisa não precisa! No começo foi difícil porque todo mundo que chegava era para diarreia pedindo metronidazol e para...[...]. Sim! E para gripe pedindo amoxicilina. Eu tive que fazer um trabalho educativo grande. Não sei agora quando outro médico chegue como vai ser, mas eles já tinham claro e era como falavam. (Dario, 2 años PMM, Guajará-Mirim. Rondônia).

Las prácticas de medicalización se han extendido por buena parte de los Distritos Sanitarios Especiales de Salud Indígena. La preponderancia de comprimidos de uso industrial para el tratamiento de las enfermedades se identificó como práctica recurrente en localidades de

Guajará-Mirim-Rondônia; Itaituba-Pará; Oiapoque-Amapá y Autazes-Amazonas, todos, pequeños municipios ribereños menores de cien mil habitantes, ubicados algunos en áreas de frontera. El suministro de medicamentos en lugar de tratamientos con plantas en zonas donde hay escasez de los mismos o grandes dificultades para transportarlos, refleja las debilidades de la atención primaria de un Sistema de Salud enmarcado en el enfoque biomédico de corte hospital-céntrico (EMERICH, et al., 2015; MACHADO, BAPTISTA y LIMA, 2012; PAIM et al., 2011).

Olha, é uma luta forte nossa para que eles tenham o tratamento tradicional. Muito forte, muito. Os Mura quase todos eles já procurando o remédio direitinho. Aí eu fico chateado porque eles não são médicos, eles são pacientes. Tienen ((têm)) dor de cabeça, “eu quero amoxicilina”, - “como é que é?!” - “ah, isso melhora”, -“Não, filho...”. “Eu tenho tosse, eu quero um xarope”, - “mas menina se você fazer um chá de alho, um chá de cebola, um chá de...”, -“ NÃO! Eu quero remédio! ” Toda essa parte cultural deles ha ficado ((ficou)) em casa fora. Eles estão na comunidade e já tão dando... eu falei para enfermeira: “Bora pegar todos nós um livro de medicina tradicional Mura e bora fazer a guiagem só com folha, nada de medicamento de branco, para ver se eles vão gostar”. Aqui falam que tem um monte de folha que dá pra tudo. Aí eu falei com os antigos: “Vocês têm aqui tal (20:00)?” - “Tem, olha aí tem muito Doutor...” -“ E porque eles não fazem nada? ” -“ Doutor, já ninguém quer fazer nada, até para fazer chá têm preguiça. Então você acredita que iam ainda numa árvore pegar a folha e fazer o chá?”. O mais simples, o mais simples, tem coceira na garganta, tem tosse... aí você lhe fala: “olha, você pega um copo com água morna e bota dentro uma colher cheia de sal, mexe e faz gargarejo”, - “Doutor eu quero um xarope”. E é engraçado que eles conhecem até o remédio... “olha eu tenho dor de barriga, você pode me dar metronidazol?” -“NÃO!”, -“olha, eu tenho tosse será que tem esse xarope aí que a gente toma?” Menino... (Federico, 2 años PMM, Autazes).

Eles queriam remédio... e outro me falava: “eu quero remédio da farmácia”, eu falava: “mas não tem remédio da farmácia para isso”, aí ficavam bravos, iam embora. Tinha alguns deles que até brigaram, brigaram comigo - (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque Autazes).

La práctica de usar medicamentos de origen industrial de forma recurrente para dolencias que fácilmente pueden ser tratadas a partir de remedios naturales, podría estar muy relacionada con las acciones de los AIS y otros actores del Ministerio de Salud que intervienen llevan a cabo tareas sanitarias en los territorios indígenas.

Eu acho que desde que a FUNAI colocou enfermeiros *pra* trabalhar nas aldeias eles foram se adaptando à medicina moderna e muitas aldeias já não querem saber de remédios caseiros não... medicamento... e tanto é assim

que nas aldeias já não existem mais pajés, esses costumes anteriores estão se extinguindo, meu amigo. Só os mais velhinhos são os que sabem essas práticas. Igual está acontecendo com as línguas indígenas, nas escolas não ensinam a língua indígena, ensinam a língua portuguesa entendeu? Então as crianças pequenas terminam esquecendo a língua indígena, só falam português. Eu acho que daqui a quinze, vinte anos ninguém vai lembrar da língua indígena. [...]. Sim, sim...e quando eu chegava falava: “Meu Deus como é possível que um índio não sepa (saiba) curar uma diarreia! Que o índio não conheça a mata! Que você ferve a banana verde amassa bem e dá pra criança e para a diarreia...” (Dario, 2 años PMM, Guajará-Mirim).

Sabe que, no início, quando eu cheguei que comecei o projeto da horta, o enfermeiro que está lá, ele... como ele estava na outra equipe, o sea ((ou seja)), na equipe contrária, não estava na mesma escala, ele falava para a população que eu era macumbeiro. “Não acreditem nesse Doutor, esse Doutor é macumbeiro! Isso é bruxaria o que ele está fazendo, essa horta aí, isso é bruxaria! Não acreditem!”. (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

Los cambios culturales provocados por las acciones del personal sanitario brasileiro se encuadran, no obstante, en un proceso de mayor calado que vienen enfrentando las comunidades indígenas del continente americano desde el propio proceso de conquista y colonización de forma intensa y acelerada. Nos referimos a las transformaciones o mutaciones de la cultura. Este proceso se ha llevado a cabo por medio de la violencia física y través de diferentes formas de dominación simbólica que, ejercidas de forma recurrente a lo largo de más cinco siglos, han derivado en la metamorfosis de todas las estructuras sociales de las comunidades indígenas.

Eu acho que a diferença não seria muita não. Eu acho que... nós também como parte do curso de especialização fizemos uma parte de antropologia e os Mura como etnia, eles perderam muita coisa, eles não têm, para sorte nossa, eles não têm sua própria linguagem... já é mais culturalizado na parte do branco. Muito tempo tendo contato direto com o branco. Eles tomam refrigerante, Coca-Cola, bebem, fumam, são hipertensos, diabéticos, têm de todas as doenças que tem o branco. (Federico, 2 años PMM, Autazes).

Las acciones de atención médica también se vieron afectadas por las condiciones de funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. En algunos puestos faltaban medicamentos o los suministros eran insuficientes para las demandas de la población; había dificultad para realizar exámenes de laboratorio u otras pruebas diagnósticas y se carecía de infraestructura en la atención. Estas carencias, aunque se presentaron en localidades de varios estados,

fueron resaltadas con énfasis en las comunidades asentadas en Guajará-Mirim, Rondônia, frontera con Bolivia.

Para nós foi à relação mesmo de trabalho, a gente não tem um laboratório clínico para fazer nem se quer um hemograma que é tão simple, fazer uma glicemia com aquele glicômetro, às vezes falta, mas é só você apertar uma glicose para um paciente diabético, mas você não pode fazer um hemograma, nenhum exame de hemoquímico, de laboratório nenhum, às vezes nem papel pra um eletrocardiograma. Tem um hospital sem recurso, muitas vezes sem médicos... que o paciente tem que ficar aguardando mais de vinte e quatro horas pro SAMU aéreo, não importando a doença que seja mesmo um baleado com um infartado, e assim dificulta que uma pessoa com infarto (xxx), mas são as dificuldades mesmo que a gente passa no inicio, mas está conseguindo lhe dar com elas mesmo assim. (Dario, 2 años PMM, Guajará-Mirim).

Não tá disponível, além disso, os mimos ((mesmo)) remédios que o paciente precisa não tem no posto e aqui as pessoas são muito carentes, não têm dinheiro para comprar. Então fica difícil para o paciente ir à consulta, é de graça, mas se o paciente não sai da consulta com o remédio, às vezes o paciente não faz o tratamento porque não tem dinheiro e ele não vai deixar de comprar o remédio para poder comer. Ele tem que comer e depois o remédio. Então são coisas que você quer fazer muito, mas às vezes não consegue fazer porque não está em suas mãos. Mas eu acho que são uma das maiores dificuldades. E o trajeto daqui a Porto Velho é muito longe, tem que ir uma ambulância se é uma coisa de emergência, urgência, tem pacientes que falecem aqui porque não tem um anesthesiologista para fazer a cirurgia aqui. Então são coisas que... que é complicado. (Leonor, 2 años PMM, Guajará-Mirim).

En estas aldeas las condiciones eran tan precarias que los médicos tuvieron que atender los pacientes en puestos improvisados o en el suelo. En el hospital local, las condiciones no eran mejores. Había carencia en la infraestructura y déficit de médicos. Algunas aldeas no contaban con suministro permanente de energía o solo tenían el mismo durante el día. Estas limitaciones, propias de las zonas donde están ubicados los grupos indígenas, complejizaba aún más la atención de los pacientes, sobre todo en las noches, horario en el que más suelen presentarse la mayor cantidad de emergencias de salud.

Temos um gerador e esse gerador funciona de sete da noite até dez/onze horas e bom... esse é o principal problema... problema da energia, esse é o principal problema nosso! [...]. é que... geralmente, pela noite, você revisa a literatura que fala sobre urgência e emergência e geralmente as principais urgências ocuren ((ocorrem)) pela parte da noite. Se tivesse a possibilidade de ter energia pelo menos até as 12 horas da noite seria muito bom, porque durante o dia não é necessário mas a partir das sete horas, oito horas até o

outro dia cinco horas da manhã poderia ter energia entendeu? Até agora esse é nosso principal problema e já hemos tido ((tivemos)) problemas sérios com isso. (Roberto, 1 año PMM, Guajará-Mirim).

É ou a vela ou a luz do celular... e assim trabalhamos. [...]. Muitas vezes sentamos no mato ou então em uma pedra. Examinando uma paciente no chão, examinando uma grávida... não tem outra coisa. (Dario, 2 años PMM, Guajará-Mirim).

Otro problema que es transversal al sistema de salud brasilero y que se vio reflejado en los relatos de los médicos cubanos, es la carencia de especialistas unido a su mala distribución en el país. La mayor parte de estos suelen ubicarse en los grandes centros urbanos o en las zonas de mayor desarrollo económico donde cuentan con los clientes que pueden pagar sus servicios a precios de libre mercado (MINISTERIO DE SALUD, 2015). Como alternativa, los cubanos manifestaron que el sistema pudiese haber utilizado sus servicios profesionales ya que muchos de los médicos caribeños cuentan con una o dos especialidades y una experiencia en la atención especializada amplia. Sin embargo, sus contratos y reglas de trabajo impedían que pudiesen brindar este tipo de servicios profesionales en el marco de su saber experto. Esta situación configuró una tendencia a la subutilización del personal médico cubano con grandes costos para la población y el Sistema Nacional de Salud.

E tem dez mil profissionais de Cuba aqui, não sei, e são profissionais que têm até maestria, diplomado, têm segunda especialidade e tem acá ((aqui)). Tem cubanos com diplomado de ultrassonografia e tem paciente que precisa ultrassom e não pode fazer porque ele não pode fazer, entendeu? Tem dois doutores que são oftalmologistas e você passa por meses aguardando uma consulta de oftalmologia e você tem no distrito um oftalmólogo, entendeu? Estão no Distrito, está na área na área de saúde indígena, mas só pode fazer saúde preventiva. (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

A primeira coisa é a politicagem que tem coisa que eu não entendo muito da política e que dificulta o trabalho de nós. Entendeu? Porque esse é um município que é muito carente de saúde, por exemplo, nós não temos aqui nenhuma especialidade. Se você precisar fazer um encaminhamento para um cirurgião, você tem que aguardar três meses, quatro meses, para que liguem de Porto Velho para o paciente ir lá. Então são coisas que você sabe como médico que não podem acontecer e que acontecem. Que eu não entendo porque o Brasil é um país muito rico, mas sin embargo ((no entanto)) tem essas dificuldades ((dificuldades)). Então as vezes você quer fazer muito por um paciente, mas não consegue ((consegue)) fazer porque

não pode, não tem recurso suficiente em suas mãos para pode fazer-. (Leonor, 2 años PMM, Guajará-Mirim).

En la perspectiva de los médicos cubanos estas limitaciones además de corresponder a un entramado de procesos burocráticos respondían a las disputas políticas y corporativas que pretendían obstaculizar su intervención en el PMM. La realidad práctica, es que los mayores perdedores en el marco de estas confrontaciones fueron los pobladores de las comunidades indígenas que siguieron padeciendo la deficiencia crónica de especialistas en sus territorios.

Como eu falei, é muito difícil você falar: “ ah não posso atender, não posso”... Têm grávidas que precisam de ultrassom e tem médicos cubanos que têm diplomado de ultrassom e pode fazer e não consegue fazer. Essa grávida fica sem ultrassom, é mais difícil que ir lá para Belém.... e é bem mais difícil você buscar uma transportaçã que tem um valor para o governo, por exemplo, dez mil reais, levar uma índia, com uma grávida, com uma família para Belém uma semana, que a doutora cubana fazia na mesma aldeia é questão de logística, entendeu?. (Joan, 2 años PMM, Itaituba).

A pesar de todos estos problemas, obstáculos y dificultades, los médicos concluyen que la misión les dejó muchos aprendizajes en el área profesional. Enfatizan el haber conocido enfermedades que solo habían visto en textos académicos o que habían tratado muy poco en Cuba y otros países. En la región son endémicas la malaria, el dengue, la leishmaniosis y el chikunguña. A estas enfermedades, características de los trópicos, se sumaron otras como la tuberculosis y el paludismo, de baja incidencia en otras regiones.

Vi, vi caso de zika que nunca na minha tinha visto, nem em outra região ((região)), o sea ((ou seja)), Bolívia, Guatemala, Venezuela... não vi nenhum caso desse, vi esse caso. Continuei vendo o caso de paludismo igual que em outros países. (Carlos, 2 años PMM, Macapá).

El aprendizaje también abarcó el conocimiento de formas de cura y sanación, manejo de plantas, creencias espirituales asociadas a las dolencias y todas aquellas concepciones ligadas a los procesos de salud-enfermedad como expresión de la cultura, aspectos sobre los cuales ya se hizo hincapié. Dinámicas que estuvieron macadas por el aprendizaje mutuo.

E é muito importante conhecer as tradições, doenças que você não conhece de outros países e aqui tem muitas. Aprendi não só disso, aprendi de plantas, aprendi de comidas típicas daqui, da cultura do povo, aprendi como...

cultura eu falo do jeito deles morarem, o jeito deles curar as doenças, o jeito de acreditar em certas coisas para curar as doenças entendeu? Por exemplo, Calçoene, município de Amapá, se você olhou as estadísticas ((estatísticas)), era o município que mais malária e mais dengue tinha um tempo atrás este ano não. Então você tem que aprender a conviver com malária, com dengue, com leishmaniose, com chikungunya, pois eu tive um caso aqui agora e assim... uno ((a pessoa)) vai conhecendo todas essas coisas, também conhecendo a cultura ou outras doenças que têm... a leishmaniose por conta do lago, dengue, a malária, eu acho que são das transmissíveis mais frequentes além das doenças respiratórias que são frequentes, nesse momento temos muitas também... e a verminose que é frequente e estamos tentando modificar certos hábitos. O jeito de eles lavarem as mãos, de ferver água, de não colocar o cloro dentro do poço senão na garrafa onde tem que colocar para poder beber a água... (Ernesto, 2 años PMM, Calçoene).

Es importante resaltar que toda esa rica amalgama de experiencias que relatan los médicos en medio de la selva, ríos, bosques y paisajes exuberantes llenos de riquezas naturales y culturales, se dio en medio de relaciones socio-profesionales cordiales marcadas por el colegaje y la solidaridad con algunas excepciones que serán precisadas más adelante. En la perspectiva de la mayor parte de galenos cubanos, el personal de enfermería, técnicos, médicos brasileiros, AIS, caciques, chamanes y parteras, estuvieron prestos a suministrar la mayor ayuda posible con el aprendizaje de la lengua, la atención médica, el conocimiento de las costumbres locales y la movilidad en el territorio.

La intensa interacción durante días enteros navegando por los ríos brasileiros o circulando por los rudimentarios caminos que ligaban una aldea con otra, generó lazos fuertes de confianza y amistad entre los diferentes actores que intervinieron en las acciones sanitarias en territorios indígenas. En estas áreas se implementó una modalidad de trabajo particular que no se aplicó a las zonas urbanas periféricas y ciudades del interior. Los médicos laboraban de forma continua durante un periodo que iba de 15 a 20 días. Se trataba de una inmersión profunda en las comunidades en la cual estos trabajaban, dormían y vivían con las comunidades, lo que permitió la construcción de lazos fuertes entre los miembros del equipo de trabajo. Los médicos recibieron ayuda incluso para adelantar sus trabajos de especialización siendo las comunidades sus objetos de investigación e intervención.

Esse trabalhou lá, Ariel... Doutor Oscar que tá nesse momento lá trabalhando... já eles conheciam o que é o trabalho médico feito por um

cubano, diferentemente eu não conhecia nada, era a primeira vez, por isso eu acho que a aceitação deles para mim foi muito bom, foi muito agradável, legal... e na medida que o tempo ha passado ((passou)), eu sinto que a relação há aprofundizado ((aprofundou)) mais, com todos, pero ((mas)) fundamentalmente com aquelas lideranças, cacique, conselheiro... que formam parte também inexoravelmente de nossa equipe. Quando hemos tido ((tivemos)) alguma dificuldade com alguma mãe, com alguma criança, sobretudo criança menor de um ano que não quer ser encaminhada para a cidade, nós rapidamente convidamos ao cacique e ao conselheiro e a aldeia toda... e eu faço foto, vídeo e escrevo na folha e assinamos tudo... é assim, hasta ((até)) agora tudo vai bem! (Roberto, 1 año PMM, Guajará-Mirim).

La proximidad y cordialidad de las relaciones interpersonales propició el intercambio profesional entre los médicos y los miembros de los equipos de salud. La retroalimentación giró alrededor del diálogo entre saberes y conocimientos mediado por un espíritu de humildad y deseo de aprender. Los galenos cubanos concentraron sus esfuerzos en rescatar la tradición de las medicinas naturales propia de las comunidades étnicas para fomentar la soberanía sanitaria, es decir, dotar de herramientas y medios a los indígenas para que solucionen sus problemas y dolencias de salud de forma autónoma e independiente. Con el objetivo de lograr ese propósito, también se focalizaron en ampliar los conocimientos del personal de enfermería y en la capacitación de los AIS, todo previendo su salida del programa y el retorno al estado histórico de carencia de médicos en las áreas prioritarias.

Mas a enfermeira apesar de pouco tempo de graduada, apesar de pouco tempo de experiência, ela se desarrolla ((desenvolve)) muito bem e la hemos ido enseñado ((e nós ensinado)) e nós aprendendo porque todos dentro da equipe você ensina e você aprende. É você para lá e você para cá, é uma aprendizagem diária, você todos os dias aprende alguma coisa, todos os dias você vê alguma coisa nova. (Pablo, 2 años seis meses PMM, Tocantinia).

Desculpa que eu não falei deles, porque são uma parte fundamental! O sea ((ou seja)) na equipe... eu falei só da equipe que VAI da cidade para lá, mas tem a equipe que fica lá que são os AIS, AISAN e as parteiras, AIS, AISAN e as parteiras. Que eu gosto de trabalhar muito com as parteiras, gosto do trabalho delas. E os AIS, individualmente, eu, como médico, eu tô ajudando muito os AIS. Eu fico ensinando eles, entendeu? Quando tenho que examinar uma paciente ou um paciente e é alguma coisa que não tenha nada a ver com o pudor do paciente ou da paciente, e que eu acho que posso dar uma enseñanza ((ensinamento)) para eles, entendeu? Eu chamo eles. Porque o que fazem é que traduzem o que o paciente fala, mas já quando vou examinar eles sabem, entendeu? É um problema de respeito para os pacientes. Mas quando eu percebo que é uma coisa que eles podem

aprender, eu chamo eles, entendeu? Aí falo para eles, explico para eles porque tá acontecendo isso, o que acontece, como fazer com esse tratamento porque, como eu falo para eles, eu não sou eterno e eu não sei se amanhã vocês vão ter médico aqui, entendeu? E vocês vão ter que se virar. Então vocês têm que aprender... e uma das coisas, das situações, onde eu coloquei muito e procurei o protagonismo dos AIS e AISSÃO foi na construção da horta que eu construí lá. (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

La cordialidad del trato que recibieron la mayoría de médicos cubanos contrastó con las actitudes de rechazo, discriminación y maltrato que sufrieron algunos por el hecho de ser profesionales extranjeros cubanos. En algunos casos los inconvenientes se dieron por una aparente falta de comunicación que impidió la ejecución adecuada de las funciones medicas. Sin embargo, en el fondo es posible entrever que los conflictos se dieron motivados por sentimientos xenofobicos, celos profesionales y estigmas de clase. Los actos de discriminación provenían tanto del personal del enfermería como de los médicos brasileiros quienes se sentían desplazados por los galenos caribeños. Los profesionales protagonistas de estos actos señalaban, con la intención conciente de desvalorizar el trabajo cubano, que sus homologos extrajeros no eran medicos sino agentes comunitarios de salud porque en Cuba no habían médicos.

Lá tem um médico brasileiro que levava, sei lá, mais de quatro anos que ele trabalhava lá sabe... Aí na hora em ponto que eu cheguei, teve aquele povo que foi começando a se consultar comigo já voltava, “não, eu quero atendimento só a cubana é só com ela”... Eu acho que a única pessoa que eu fui rejeitada por ela foi um médico mesmo, chegou um momento que ele nunca mais falou comigo, ele chegou a me odiar por completo, falava muito ruim, ele falava que lá Cuba só tinha agente comunitário de saúde, que em Cuba não tinha médico e falava para muitas pessoas só que ninguém prestava atenção... que todo o povo que consultava comigo a gente sabia, mas o resto da população não, isso das pedras depois o prefeito me falou que foi brigo de bêbado bem. Tem, ele ficava com muita raiva quando ele chegava pela manhã e tinha umas dez pessoas e ninguém queria consultar com ele, e depois ele: “Oh meu Deus!”... Xingava todo mundo que passava por lá sabe... E eu falava: “Gente, eu não tenho culpa, eu tenho que atender dez pessoas, tá? Aí eu não tô pegando ficha nem nada, se a pessoa vai lá e ela tem o direito de escolher entre dois médicos, ela tem que escolher, é um direito que tem a pessoa de saber com quem quer ser consultada, né? Aí ele foi virando louco. (Karina, 2 años PMM, São Felix do Jalapão).

Las formas de invalidación también pasaron por el desconocimiento de los tratamientos formulados, el desacato de las tareas planificadas y la negativa a cambiar medicamentos que

no estaban teniendo los resultados esperados. Mediante la construcción este imaginario se pretendía posicionar una jerarquía profesional basada en la nacionalidad y el régimen socio-político y económico, un hecho que fue transversal a todas las áreas del Brasil donde estuvieron los intercambistas cubanos.

Esse rechaço.. olha eu me lembro de com a minha equipe quando eu trabalhava lá na CASAI, os três meses que eu fiquei trabalhando lá na CASAI após eu chegar aqui, os enfermeiros faziam tudo para atrapalhar meu trabalho. Às vezes eu pensava que um enfermeiro estava legal, que estava fazendo... o seu ((ou seja)), que era parceiro e que tudo estava bem e depois ficava sabendo que não. Que realmente era só uma fachada, entendeu? Que realmente ele... depois caía a ficha! Era como se estar dando uma fachada pelas costas, entendeu? Sim, porque aconteceu várias vezes, aconteceu várias vezes... vivi, eu vivi esse... racismo, entendeu? Mas foi bem no começo, bem no começo. Mas não foi pela minha cor, no meu caso não foi pela minha cor, era porque eu era estrangeiro e, além disso, eu *tava* percebendo que *tava* acontecendo coisas erradas e eu *tava* incomodando eles. O trabalho deles, entendeu? Eles faziam o trabalho de um jeito que era totalmente errado. [...]. Tenho as enfermeiras fazendo isso contra mim, quando eu mando fazer, por exemplo, uma consulta, mando marcar alguma coisa não marcam aí ficam me atrapalhando, entendeu? Aí eu acho que já têm marcado, que já foi feito o tratamento que eu mandei para o paciente e não foi feito ainda depois de três dias quatro dias quando volto a ver o paciente ainda tá do mesmo jeito!”. Então, eu falei para ela: “eu acho que elas tão brigando comigo assim porque elas acham que eu sou uma pedra no sapato delas!” e a chefe, nessa época, me falou: “Mas Doutor, eu preciso que você continue sendo uma pedra no sapato delas. Por isso eu vou deixar você aí, porque eu preciso de você aí porque realmente tá acontecendo muita coisa ilegal.” Mas, infelizmente, como tudo que acontece nesse país, infelizmente elas conseguiram ((conseguiram)) me tirar de lá. (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

7.3.2 Choque cultural, admiración y adaptación simbólica

En este subcapítulo se realiza una lectura general de las formas de interacción de los médicos cubanos con las expresiones culturales del Brasil. El análisis que se construye es particular respecto a lo expuesto en las comunidades quilombolas y áreas urbanas periféricas, porque los contactos que sostuvieron los profesionales caribeños en las áreas indígenas estuvieron enmarcados en relaciones multiculturales que abarcaron la simbología del entramado social cubano, brasileiro e indígena específico. En cierta medida, encerró interacciones entre formas culturales hegemónicas y subalternizadas en el marco de un estado como el brasileiro, que reconoce la existencia de la diversidad cultural, pero mantiene estructuras político-

administrativas que se funden en el indigenismo etnodesarrollista (VERDUM, 2007) como forma renovada de colonialismo interno (GONZÁLEZ CASANOVA, 2006).

El análisis abarca la relación de los médicos, por un lado, con las expresiones de la cultura objetiva de orden hegemónico, esto es, gastronomía, música, religión, lengua, deportes, literatura, televisión y prensa. Por otro lado, con algunos aspectos de la cultura subalternizada de las comunidades indígenas del área de estudio. Ambas expresiones se entrecruzan e interrelacionan en espacios de vida plurales de orden sociocultural/socionatural, que tuvieron como escenario el macro-ecosistema de la cuenca amazónica. Las especificidades de estos contactos sobrepasan los límites de las categorías tradicionales de comprensión de los procesos de interacción e integración migratoria (GODENAU et al. 2014; RETORTILLO, et al. 2006; BASABE, ZLOBINA y PAEZ, 2004; ALAMINOS y SANTACREU, 2011).

Las formas de interacción y apropiación de la cultura se dieron en el marco de una migración temporal, pero soportada en un proceso de contactos intensos con las comunidades y el medio físico en condiciones de aislamiento social por periodos periódicos de tiempo. Estas características, delimitan aún más las especificidades de los contactos multiculturales analizados lo que exige el uso de instrumentos conceptuales derivados de categorías emergentes o producto de la adecuación a las particularidades del objeto de estudio.

Partiendo de estos presupuestos, se encontró que los médicos cubanos se enfrentaron a un doble choque cultural, entendida esta categoría como una sensación de asombro originada por la exposición a un medio social novedoso. En primer lugar, los profesionales caribeños se depararon frente al Brasil real versus el Brasil ideal construido mediáticamente a través de canales hegemónicos como las novelas. En segundo lugar, se enfrentaron a la realidad de las costumbres y prácticas de los indígenas de la selva amazónica de los cuales poco conocían.

La respuesta a este doble choque no fue la resistencia, la marginalización social o la intolerancia cultural, por el contrario, se observaron formas de apropiación y diálogo simbólico enmarcados en el reconocimiento y el respeto por la diferencia. La receptividad encontrada por parte de los galenos cubanos se encuentra relacionada con dos constructos simbólicos. En primer lugar, con el sentimiento y percepción de cercanía entre la cultura brasilera hegemónica y la cultura cubana. En segundo lugar, con el sentimiento de admiración

construido alrededor de la imagen estereotipada del Brasil. Como resultado, los cubanos lograron conciliar la diversidad de imágenes e impresiones que tenían sobre la nación brasileña para posteriormente adaptarse al cosmos multicultural concreto experimentado sin renunciar a su identidad nacional.

El primer choque se produjo entre la representación imaginada del país, es decir, el retrato idealizado de la nación brasilera, versus, el país real con el que se toparon en sus experiencias de trabajo. El país imaginado correspondía al de una nación moderna, urbana, desarrollada, rica materialmente, con lugares limpios e higienizados, rodeados de cientos de playas con arena blanca. Características ajustadas al típico estereotipo enmarcado en el proyecto desarrollista impuesto a finales de la segunda guerra mundial por los Estados Unidos de América (NISBET, 1981; ESCOBAR, 1998; SACHS, 1992; HETTNE 1990).

Naquela época, nossa! Mas também eu falo, a gente lá em Cuba acha que Brasil é Rio de Janeiro o que sai na novela, sabia? O choque também foi importante independente do que te falem, ah, você pode ir pro distrito indígena você pode ir para amazonas sabe... eu acho que a pessoa, a gente não conhecia o Brasil nunca, então a gente conhece do Brasil igual o que os brasileiros conhecem de Cuba, as morenas do Caribe, né? Conhecem uma imagem, então a gente conhecia aqueles lugares lindos, aquelas praias, aqueles prédios, acho que todo mundo estava esperando trabalhar perto desses lugares. Pelo menos comigo não deu certo. (Karina, 2 años PMM, São Felix do Jalapão).

La representación estereotipada del Brasil se encarna por lo general en las ciudades turísticas que se venden al mundo entero como Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Porto Alegre y Foz de Iguazú. Estas imágenes idealizadas se han transmitido con gran eficacia simbólica a través de decenas de novelas desde hace varias décadas en Cuba.

Então lá, por exemplo, segunda, quarta e sexta, esses três dias é de novela brasileira só brasileira. Não é novela nacional, nem novela colombiana, nada, nem mexicana, é só novela brasileira. E o que a gente conhece em Cuba? A gente conhece o Cristo, conhece o pão de açúcar, conhece a praia de Ipanema, é o que a gente conhece. Algumas coisas que são de São Paulo, mas quando eu cheguei lá falei: “Eu estou em Manaus”, -“Manaus?! Que isso? ”. (Federico, 2 años PMM).

Otras imágenes retratan al Brasil de las grandes haciendas donde sus moradores viven felices en extensos campos cultivados junto a enormes hatos ganaderos. Contiguo a ésta, aparece la

figura de la nación urbana multicolor alegrada por los carnavales, las voces elegantes de los cantantes de bossa-nova y las bailarinas de samba. Una nación de ensueño.

Como a Yuneisys falou nós tínhamos aquilo de que o Brasil era lindo por las ((as)) novelas que desde pequenos assistíamos lá em Cuba, eu lembro agora de la ((da)) fazenda –“Ah eu quero um dia conhecer a fazenda, essas com esses bois aí, ter a experiência de matar um boi e comer aí com a vista em frente a mim...” eu fala isso, era o que eu tinha na minha cabeça do Brasil... o carnaval, samba que todo mundo falava, alguns cantores que já conhecia, Chico Buarque é... agora não lembro bem... e dizia: “Eu quero um dia ir ao Brasil”. Sem desesperar-me, não sabia que ia ter um projeto de Mais Médicos no Brasil, não imaginei nunca isso falava: “Vou fazer uma economia um dia e vou visitar o Brasil! ”. (Saul, 2 años PMM, Boca do Acre).

Cuando los médicos llegaron a las diferentes localidades de la Amazonía Legal no se encontraron con la imagen idealizada, se depararon con el Brasil profundo, una nación multiétnica, agraria, campesina, negra, indígena, pobre y con acentuados signos de “atraso”. Sin vías de acceso o con carreteras deficientes. Una geografía atravesada por caudalosos, indomables y peligrosos ríos. Territorios donde la población muere por desnutrición y convive con enfermedades que fueron erradicadas desde hace varias décadas en otros países. Una nación marginalizada, olvidada e invisibilizada que solo entra en el mapa como fuente de recursos para explotar. Se toparon con la exuberante e impenetrable selva amazónica, un patrimonio de la humanidad, lleno de inmensas riquezas de todo tipo, pero a la vez escenario de las mayores injusticias.

Em nosso país se olha muitas novelas do Brasil e com certeza as coisas que colocam nas novelas é tudo do bom que tem o Brasil. Então quando eu cheguei sempre sonhava em conhecer o Brasil e as praias bonitas... todas essas coisas bonitas que tem o Brasil. Mas quando eu cheguei...ainda em Brasília estava tudo beleza. Mas quando eu conheci Porto Velho a coisa foi ficando um pouquinho mais difícil e quando cheguei aqui a Guajará... eu cheguei de ônibus e cheguei com dez militares. Eu achava que estava numa guerra porque nunca havia chegado assim com tantas pessoas, e fiquei preocupada no momento. (Leonor, 2 años PMM, Guajará-Mirim).

El segundo choque, ya retratado con detalle en el análisis de las formas de interacción en el campo socio-profesional, se dio cuando los médicos entraron en contacto con el mundo indígena, un cosmos de costumbres, prácticas e imaginarios diferentes a todo cuanto conocían hasta el momento. Los galenos caribeños se depararon con un “*Brasil que no está*

en las novelas”, una nación multiétnica poseedora de culturas plurales interligadas, pero marginalizadas. Uno de los aspectos desconocidos de este mundo indígena que más generó dificultades para el desarrollo de las interacciones sociales fue la lengua.

Olha aqui a diferença de um Mura e um branco eu acho que é muito pouca. Então você fica vendo, aqui na consulta tem loira de olho verde ou olho azul e tem RG indígena. Então tem uma morena, morena, morena e tá cadastrada como branca. E tem umas coisas de Mura que olha... eu nem falo: “Você é indígena? Você não é indígena>” Tanto faz.- (Federico, 2 años PMM, Autazes).

Primeiro que choca é o idioma, a língua, como não conhece se siente, no sé, estranho, con el idioma... verlos como andan vestidos o como andan sin vestido. (Evelio, 2 años PMM, Boa Vista).

En Brasil existen aproximadamente 220 pueblos indígenas con una diversidad que sobrepasa las 180 lenguas clasificadas en 35 familias lingüísticas (VERDUM, 2008). Entre las comunidades que atendieron los médicos se encontraban algunos de estos pueblos los cuales se caracterizaban por mantener su lengua nativa viva. En ese sentido, no hablaban portugués o sólo usaban algunos vocablos básicos de éste. Entre ellos estaban: 1) los Yanomami, ubicados en Boa Vista, estado de Roraima, 2) los Xerente, ubicados en Tocantínia, estado de Tocantins, 3) los Palikur, Galibi y Marworno, ubicados en el pueblo Kumenê de Oiapoque, estado de Amapá.

Hay muy pocos indígenas que hablan portugués, casi los únicos que hablan portugués son los AIS, então para nós é muito difícil falar com os indígenas. Nosotros no entendemos a ellos ni ellos entienden a nosotros. (Samuel, 2 años PMM, Boa Vista).

Sim, eles tentam, mas sempre têm sua língua, alguns quando falam português perguntam como é, onde é que você mora, e uno muitas vezes: “É longe, você tem que tomar avião, seis horas de voo de Brasil a Cuba, tem água, tem que ser de avião...”. Assim, uma coisa sensilla ((simples)), não muitas coisas. Quantas filhas tem, são grandes, são pequenas, essas coisas... Na parte Xirixana, porque já na parte Yanomami, só os AIS são os que falam um pouco português. (Pedro, 2 años PMM, Boa Vista).

La complejidad incrementaba en la medida que algunas de estas lenguas constituían una mezcla de dialectos nativos con otros idiomas como el francés. Un ejemplo ilustrativo al respecto son los Marworno del estado de Amapá. En estos casos resultó fundamental la

colaboración de los AIS, aunque en ciertas ocasiones tampoco estos lograban entender a los médicos. El choque fue intenso, pero los galenos cubanos lograron aprender con facilidad las frases básicas de las lenguas nativas con el propósito de poder llevar a cabo el proceso de intervención médica.

Marworno... é um pouquinho complicado para... tem essa etnia. Aí tem uma mistura, sobretudo do Galibi, tem uma mistura de... do ((da)) linguagem, do léxico...da língua, a língua deles é muito misturada com a parte francesa porque muitas dessas aldeias, dessas etnias, imigraram para a parte francesa e então eles falam o idioma deles, próprio deles, falam português também e falam o crioulo. (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

Com certeza ao princípio foi muito difícil para mim, para a equipe e para população. Os técnicos de enfermagem eram recém-graduados, recém-formados. Técnicos de enfermagem indígenas, os enfermeiros foram contratados novos, eu chegava ao Brasil novo, era uma mistura muito grande, os pacientes eram novos, Xerente indígenas. Eu deslocava com a equipe e quando eu *tava* falando com os pacientes a maioria não entendia nada e eu falava para o técnico de enfermagem: “Pode traduzir tudo que eu falei?”, ele me falava: “Eu tampouco entendi nada Doutor! Pode voltar a falar?” (Pablo, 2 años seis meses PMM, Tocantínia).

La respuesta a este doble choque no fue la intolerancia cultural o la marginalización sino una actitud de apertura. Se puede proponer como hipótesis que la receptividad observada se relaciona con dos constructos simbólicos elaborados por los galenos caribeños. El primero tiene que ver con la percepción de cercanía cultural. Para los médicos cubanos que trabajaron en el área indígena pero también en las otras dos zonas analizadas, la cultura cubana tiene una gran proximidad con la cultura brasilera. En relación con esta última, los médicos no se refieren a la diversidad multiétnica de la nación sino a la cultura hegemónica de base europea, principalmente portuguesa, unida a la herencia africana.

Então, realmente com o Brasil... gostei muito do Brasil, gosto muito da cultura brasileira porque se parece muito a cultura cubana, temos os mesmos ((as mesmas)) origens... aí é... você não pode falar do Brasil que... por exemplo, a origem do Brasil foi a entrada aqui dos portugueses, mas depois entraram os alemães, entrou japonês, entrou espanhol, entendeu? Foi um território que foi redescoberto muitas vezes, muitas vezes, pela entrada de diferentes culturas, entendeu? Cuba entrou lá os espanhóis, os espanholes ((espanhois)) arrasaram com as etnias indígenas, acabaram com elas. Aí entraram os africanos. Os espanholes ((espanhóis)) trouxeram os africanos, entraram os ingleses, entraram os norte-americanos entraram... realmente a cultura de vocês é uma cultura muito parecida à nossa. É uma cultura

multicultural, entendeu? São muitas culturas que deixaram, cada uma delas deixou lá aquele pouquinho, entendeu? Aquele monte de belezas, entendeu? Culturais, para enriquecer. (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

En la perspectiva de los médicos cubanos las culturas de Brasil y Cuba guardan una estrecha relación, porque son naciones que recibieron una influencia migratoria común originada en el proceso de conquista y colonización adelantado a finales del siglo XV por las naciones europeas. La influencia de los flujos migratorios se acentuó, en el caso del Brasil, con las migraciones provenientes de países europeos y asiáticos durante la primera mitad del siglo XX a raíz de los conflictos bélicos enmarcados en la Primera y Segunda Guerra Mundial (SANTOS, 2010). Los trazos de semejanza son más evidentes cuando se contrastan las costumbres y prácticas de los pueblos de Latinoamérica con los de otras culturas en continentes diferentes al nuestro.

Tipo assim, eu acho que é mais ou menos a mesma coisa, aquela diferença cultural assim, você não acha aquela diferença, sabe? Acho que tudo que é América mais ou menos funciona do mesmo jeito. Você vê o que é mudança de cultura quando você vai pro outro lado do mundo, como lá na Indonésia (42:33) que as mulheres ainda tem um preço, um valor, trocadas por gado, a mulher é aquela que você compra só pra ter filho... então aí é que você sabe o que é mudança de cultura, mas aqui fica mais ou menos a mesma coisa. (Karina, 2 años PMM, São Felix do Jalapão).

Las similitudes se expresan en la gastronomía. Frente a esta expresión cultural, los médicos señalaron que en ambos países se consume arroz, frijoles, carnes, verduras y frutos del mar, ubicándose las diferencias en la preparación. Esto, sin desconocer que hay ciertos alimentos y platos que son propios del Brasil porque en Cuba no se cuenta con los productos que se utilizan en su preparación. La semejanza encontrada en la base de la alimentación de ambas naciones se relaciona con las particularidades gastronómicas del Brasil. En efecto, los platos del norte y nordeste del país tienden a parecerse más a los consumidos en los países caribeños porque en ambos predomina la herencia de la culinaria africana y española. En el caso específico de la región nordeste brasilera, también recibieron influencia de holandeses, ingleses y franceses. En los estados del sur del país, por el contrario, la gastronomía tiene su ascendencia en la tradición culinaria de países como Italia, Alemania, Polonia, Ucrania y otros ubicados en Asia Oriental, fenómeno vinculado con los flujos migratorios históricos y recientes (SONATI, VILARTA y SILVA, 2009).

A comida tem algumas coisas que são aparecidas como nossa cultura, praticamente alguns dos alimentos são os mesmos... feijão, o frango são os mesmos, arroz... só algumas diferenças, mas a gente se acostuma, a gente se acostuma e come e pronto. Por exemplo, em meu caso tem uma coisa que eu nunca consegui gostar que foi o açaí! E todo mundo queria que eu comera ((comece)) açaí e aí deram para mim açaí com açúcar, me deram açaí com sal, me deram açaí até com camarão e eu não consegui gostar do açaí! Mas de vatapá eu gostei, dos churrascos eu gostei... e aí vamos. Eu experimentei outro dia o acarajé da Bahia e gostei, gostei um pouquinho do acarajé. E nós também fazemos comida para que nossos colegas brasileiros experimentem, por exemplo, nós fazemos o feijão negro com arroz que nós chamamos com gris e eles gostaram, eles falam que em Tartarugal eles comem arroz branco afastado né do feijão, nós fazemos tudo misturado aí eles gostaram! As bananas verdes fritas também gostaram! Então foi algumas coisas que mostramos e aí intercambiamos. (Gabriela, 2 años PMM, Tartarugalzinho).

Assim, aqui a comida é bem parecida com a comida cubana, aquele arroz com feijão que é a culinária daqui, a base, aquele arroz com feijão... lá em Cuba também sabe, á gente falava: “Dr.^a é muita diferença de comida?” Eu falava não, só varia o jeito que você prepara. É que lá em Cuba é muita carne de porco o que pra aqui é tudo churrasco, lá é a carne de porco mesmo, porco assado.... é festa é porco assado, mas o resto é bem parecido, a farinha lá não tem, tá? Lá no meu estado que eles falam que nós ainda somos aborígenes, indígenas, que moramos bem no interior, preparamos tipo assim, como se fosse o beiju, é uma torta aí você molha ela... então eu gostei muito da farinha, aquela farofa com carne, nossa gente! Eu falava para o povo lá: “Gente eu tenho direito a nacionalidade, porque eu sou apaixonada pela farofa, pela buchada, o chambarí, nossa, é bom demais!”. (Karina, 2 años PMM, São Felix do Jalapão).

La religión fue otro espacio de encuentro entre culturas. En Cuba, por lo general, su población manifiesta no seguir con fervor un culto religioso, pues la iglesia católica, el credo predominante en el periodo colonial, perdió peso con la instauración del régimen socialista. No obstante, las religiones de base cristiana no desaparecieron. A los cultos católicos se unieron otros de carácter protestante. La nueva matriz se misturó con las creencias de base africana dando lugar a un sincretismo religioso de corte interétnico. Para los médicos, esta misma realidad se observa en el Brasil, sobre todo el área de estudio donde prevalece la influencia de los cultos africanos ejemplificados en el candomble y las prácticas espiritistas. En ese sentido, la influencia de la religión cristiana europea y los rituales afrocaribeños, son transversales a ambas naciones.

Lá em Cuba tem evangélico aqui tem evangélico, lá em Cuba tem macumbeiro aqui tem macumbeiro, tem de tudo, é bem parecido. Espírita tem, lá tem, cada um respeita né a condição do outro e assim vai. (Bertha, 2 años PMM, Macapá).

Aham. Cuba também tem muita igreja. Acho que no Brasil tem mais. Mais forte, né?. Aqui tem candomblé, Cuba tem... se chama santería, né? Santería, outros dizem palo... Palero é aquele que trabalha com palo, com plantas, ervas. Santería é aquele... o santeiro ele vai a igreja, mas ele faz oferendas, sacrifícios a suas origens, santos, né? Cada santo tem um nome, né?. E vai à igreja, tem que estar batizado, fazer comunhão, mas faz seus sacrifícios, oferendas, né?. Frutas, sangue de animais...é semelhante ao candomblé . Em África é maragú que se chama, se chama maragú. Eles fazem muito trabalho com serpentes... eu assisti isso... quando alguém esta mal, o maragú sai com seu carro, uma carreta de madeira feito por eles e vão puxando eles... aí leva tudo, animais, ervas, pólvora, levam tudo. E você vai fazer consulta e aí mesmo eles fazem o trabalho, eles fazem um “exumal”, como se diz em português? Um “exumal” (01:04:02)... um saco pequeno, eles aí colocam coisas e dão para. (Beto, 2 años PMM, Itaituba).

Finalmente, en cuanto al tema de las semejanzas culturales, los cubanos hicieron alusión a la música, fiestas, celebraciones y el espíritu de alegría que marca los comportamientos de brasileiros y cubanos. En la perspectiva de los galenos, en ambos países se realizan grandes festejos nacionales en los cuales las personas se integran, bailan, escuchan música y toman licor. Tanto en Brasil como en Cuba, se conserva la costumbre de realizar estas actividades todos los años organizadas en rituales sociales que siguen una lógica y periodicidad similar a las celebraciones religiosas. Los médicos cubanos tuvieron una participación activa en dichos eventos, tanto los de orden nacional, como en algunas fiestas específicas de las comunidades indígenas como la fiesta del indio.

Uno de los rituales sociales más referenciado fue el carnaval, presente en ambas naciones, aunque con alcances y contenidos diferenciados. El carnaval es un icono cultural de varios países latinoamericanos caracterizado por la alegría, el fervor, la emotividad, la proximidad y el desenfreno. Actitudes y emociones que expresan el carácter caluroso, amable y desprendido del pueblo latinoamericano con el cual se le identifica en otros continentes. Junto a estas celebraciones de orden nacional, fueron resaltados los festejos familiares utilizados para conmemorar o celebrar momentos o pasos importantes de sus miembros. Dichas actividades, asociadas a rituales religiosos, tenían como objetivo facilitar la integración y

unidad familiar en un esfuerzo por actualizar las relaciones comunitarias en el contexto de sociedades individualizadas.

Então, Cuba, atualmente, por exemplo, o carnaval de Brasil, o carnaval do Rio, o carnaval paulista, o carnaval... o único país que tem um carnaval parecido ao Brasil, parecido, não tô falando que chega a ser igual, é Cuba. Na província onde eu nasci Santiago de Cuba, tem os melhores carnavales ((carnavai)) de Cuba. E son ((são)) carnavales ((carnavais)) muito parecidos com os do Brasil, carnaval do Rio de Janeiro. O que acontece é que com menos recursos, entendeu? Menos poderos. É complicado, muito difícil. Mas son ((são)) carnavales que são reconhecidos no mundo todo, no mundo todo. Como os carnavales mais parecidos com os carnavales do Brasil. Porque são muito bonitos e não é uma cópia, não é uma xerox, não é cópia... é uma coisa que é assim há muito tempo, muitos anos. Acontece que é a mesma ((mesma)) cultura, é a mesma ((mesma)) cultura, gostam de um tipo de música que é muito parecida a música samba aqui, é um tipo de música parecido entendeu? Então brasileiro é um tipo de pessoa que gosta de festa, o cubano gosta de festa, o cubano gosta de reír ((rir)), o cubano gosta de piada, entendeu? O homem cubano gosta de cantar uma mulher, gosta de falar alguma coisa bonita para ela e o brasileiro também, entendeu? É muito parecido, isso graças a essa cultura a essa chuva intercultural. (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

El trato amable, caluroso y emotivo, evoca relaciones de proximidad propias de comunidades tradicionales, versus las relaciones frías, objetivas y distantes de las sociedades modernas donde las personas se asocian alrededor de interés. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que no se trata de comportamientos y actitudes sociales generalizables a todo el conjunto de la nación. Las características que los médicos cubanos pretenden extrapolar como particularidades del brasilero promedio, corresponden más a los comportamientos de los individuos que viven en las ciudades del interior o sectores populares que al de las personas que viven en los abarrotados centros urbanos. Dicha afirmación no desconoce en todo caso, que el *homem cordial* brasilero hace parte de un ethos construido colectivamente y arraigado en la identidad nacional (HOLANDA, 1995).

Eu acho que cubanos e brasileiros la ((a)) diferença que tem é a língua...a língua que falam, pero ((mas)) são muy ((muito)) parecidos. Vocês são cordiales ((cordiais)), vocês são amáveis, vocês gostam de compartilhar, nós cubanos somos iguais, como do mesmo jeito... eu vou defender mais os cubanos porque sangue é sangue, nos somos melhores, eu acho! Eu acho que nos somos melhores nos somos mais bacanas que vocês, mas em sentido geral eu... é muito parecida, muito parecida as culturas, muito parecida... vocês com um pouco mais de.... na parte econômica vocês têm

mais possibilidade do que os cubanos, mas o cubano é feliz desse jeito, está ai em sua Cuba tranquila, defendendo seus ideais, defendendo sua revolução. (Saul-2 años PMM, Boca do Acre).

El segundo constructo simbólico que sirvió de mediador frente al choque cultural está constituido por los sentimientos de profunda admiración originados en la imagen idealizada del Brasil moderno y desarrollado. Para los médicos cubanos conocer el país del *juego bonito* era un sueño que siempre habían tendido. Algunos intentaban cumplirlo a través de un viaje auto gestionado producto del ahorro personal porque nunca pensaron que lo harían en el marco de una misión. La admiración hacia Brasil radica en la grandeza con la que se proyecta en el exterior, es decir, la de una nación continente destacada en el aspecto social, económico y cultural. Imagen que tendió a fortalecerse cuando llegó a ser una de las principales economías mundiales durante el auge del grupo BRICS. Iconos como el cerro Pan de Azúcar, el Cristo Redentor, el Maracanã, las cataratas de Iguazú, los carnavales y las playas de la *garota de ipanema*, reforzaban la imagen de esplendor construida. En palabras de los propios médicos, el deseo de permanecer en el Brasil aun cuando no resultó ser lo que soñaban, era alimentado permanentemente por la añoranza de conocer el *Brasil de las novelas*. En otras palabras, la fuerte conexión emocional construida durante varios años sirvió de mecanismo de adaptación y equilibrio psicosocial frente a las sensaciones de decepción generadas por la realidad de áreas pobres o sumidas en la violencia homicida que se encontraron.

Olha, vou te falar... o sonho meu sempre foi, um dos meus sonhos sempre foi vir ao Brasil, mas meu sonho que eu tinha lá em Cuba era conhecer o Maracanã... eu vou te falar, com respeito a esse sonho eu posso morrer! Já eu fui ao Rio de Janeiro em umas folgas que eu tive, eu conheci Rio, fui ao pão-de-açúcar, fui ao Cristo, estive no Maracanã, comprei mascota ((mascote)) do Rio 2014, conheci Copacabana, conheci Ipanema, em Rio conheci tudo quase, só faltou ir *pra lá pra...* muitas coisas...conheci também a Angra dos Reis, muito legal, faltou ir lá Arraial do Cabo e falaram muito bem de Petrópolis que...<ficou *pra* outra>, mas eu conheci era meu sonho eu fui ...eu gostava eu fui. (Jose, 2 años PMM, Guajara Mirim).

Primeiro eu sempre tive, desde pequeno, aquela añoranza ((nostalgia)) de conhecer o Brasil, como todo cubano, por isso mesmo, os carnavais do Brasil muito famosos, as praias do Brasil, as novelas do Brasil, a maioria das novelas que assistem na televisão em Cuba são brasileiras. Então o cubano sempre tem a añoranza ((nostalgia)) de conhecer o Brasil, será verdade que o Brasil é assim, tudo tão legal, tão bonito como as novelas? Tem que ver a realidade, né? <Realidade é a que tem que ver! >. Mas gosto do Brasil, ainda com tudo isso eu gosto, é um povo menos desenvolvido

ainda mais carentes... eu gosto, né? Gosto pelo jeito de ser dos brasileiros, tem muita semelhança, né? Muita coisa, a cultura, o esporte, as mulheres são bonitas... muitas coisas. E me sinto bem no Brasil. (Beto, 2 años PMM, Itaituba).

Como resultado de la conciliación simbólica y emocional realizada por los médicos cubanos, sus interacciones sociales estuvieron cruzadas por actitudes de tolerancia, pero sobre todo de apertura cultural, un elemento fundamental para adelantar procesos de integración bicultural. Así, resultó relativamente fácil para los galenos caribeños adaptarse a los géneros musicales regionales que no conocían o profundizar las expresiones con las cuales ya tenían cercanía. De esa manera, fue común escuchar narraciones describiendo como asistían a conciertos de figuras locales como Frank Aguiar, Bruno y Marroni, Léo Magalhães, Cristiano Araújo, Marília Mendonça o Henrique y Juliano. Lo mismo se encontró en el caso del cine, la televisión y el fútbol. Equipos como el Vasco y el Corinthians, entre otros, ganaron hinchas cubanos que torcían y sufrían como los propios brasileiros en cada juego.

Não, não tem não, não tem não! Mas eu gosto muito do cinema do Brasil, cada vez que vai um filme eu assisto, eu gosto muito do cinema do Brasil sabe... Acho engraçado demais, os atores são bom demais gente, eu falo “gente as novelas brasileiras são as melhores do mundo, as melhores do mundo as novelas do Brasil” como então o filme não vai ser bom, né?. É bom demais, eu acho que meu primeiro filme que eu fui assistir foi aquele de Serra Pelada que é histórico daquela região de lá, nossa é bom demais, bom demais, depois aí aquela Tropa de Elite e aí fizeram uma parte engraçada Copa de Elite, Vai Que Cola, SOS Mulheres ao Mar, não eu já assisti um monte de filmes brasileiros. (Karina, 2 años PMM, São Felix do Jalapão).

En la perspectiva de los cubanos era claro que podían tener una actitud de apertura sin renunciar a su propia cultura, es decir, sin tensionar su identidad étnica entendida como los rasgos simbólicos que delimitan el entramado cultural del cual proceden. El grado de flexibilidad permitió no solo aceptar prácticas diferentes sino adoptarlas como formas usuales de comportamiento en la vida cotidiana. En ese sentido, la exposición continua a usos y costumbres diferentes conllevó a su paulatina apropiación, por lo menos, durante el pasó por el Brasil.

Eu falo, gente você pode gostar de outra coisa sem renunciar a sua identidade, eu continuo gostando de músicas em espanhol eu continuo escutando música salsa, mas isso não vai tirar que eu goste de outra, não é?

É simplesmente que você não conhecia. (Karina, 2 años PMM, São Felix do Jalapão).

Com farinha! Sei fazer farofa, macarronada como fazem vocês, o arroz com feijão branco como fazem vocês e outras coisas... o camarão, lá comem muito peixe, a cultura de lá é peixe, camarão, caranguejo do jeito que vocês fazem que não é do mesmo jeito que a gente cozinha assim só água na panela...as danças, aprendi a dançar. (Ernesto, 2 años PMM, Calçoene).

A gente desde que chegou aqui só escuta forró e sertanejo e isso é que acostumou. Sertanejo para escutar quando a gente *tá* < naquela solidão>, mas um forrozinho para se dançar e se desestressar também. (Greisy, 2 años PMM, Santa Rosa).

En un análisis mucho más fino, se pudo observar que las formas de inserción y ajuste socio cultural no fueron unilaterales, se dieron en el marco de una integración de doble vía. No solo los cubanos adoptaron o cambiaron algunas formas de ser y actuar. Los brasileiros también realizaron cambios en función de los comportamientos de los médicos cubanos. Esta mudanza se expresó con cierta claridad en el lenguaje. Al cabo de algunos meses tanto unos como otros se comunicaban a partir de una lengua que mezclaba la gramática y fonética del portugués y el castellano, esto es, el portuñol. Los galenos cubanos fueron agudizando sus odios para entender una lengua que no es homogénea en todas las localidades del país y los ciudadanos brasileiros suavizaron el sotaque de modo que su forma de expresión se acercara al portugués formal que se enseña en las escuelas de idiomas. La cooperación en función de la integración fue notable.

É assim, o médico chega novo né e de início primeiro tem que adaptar-se as formas de expressar, de hablar ((falar)) dessas pessoas porque as vezes existem diferenças mesmo sendo o mesmo idioma existem algumas diferenças na pronúncia. Então não era o mesmo ((mesmo)) que nós tínhamos escutado em Brasília então fomos adaptando ao idioma dessas pessoas que é português mais eles tem uma pronúncia diferente e eles também foram se adaptando a nós. Porque já eles escutando como a gente fala e eu acho que eles compreendem porque todo mundo compreende e intercambiamos e conversamos, quando existe uma conversa eu que é a pessoa *tá* compreendendo, senão não pode existir conversa. Se você fala e ninguém responde então não é conversa e então como eles conseguem já conversar e interagir com nós ((conosco)) é porque *tão* compreendendo o que gente *tá* falando. E aí eles olhavam assim com certo temor, acho que era a primeira vez que chegava um médico estrangeiro aí, mas já agora atualmente eles estão adaptados. Adaptados porque eles buscam a gente quando tem algum tipo de situação, algum problema. E foi assim, tudo

sucedendo normal, sem problema nenhum. (Gabriela, 2 años PMM, Tartarugalzinho).

7.3.3 Inserción social, lazos de hermandad, integración y violencia étnica

El último acápite de esta investigación está dedicado al análisis de las formas de inserción de los médicos cubanos en las redes de sociabilidad de las comunidades donde trabajaron y vivieron. Como ya fue señalado en las secciones anteriores, la vida de los médicos en su proceso de intervención en las áreas indígenas estuvo fragmentada en torno a dos espacios. El primer espacio estaba constituido por una diversidad de escenarios que involucraban las barcasas en las que se transportaban hasta las aldeas; los ríos que recorrían durante semanas enteras afrontado toda clase de peligros; la selva circundante con todos sus encantos y las aldeas en las que vivían de forma temporal al tiempo que atendían la población indígena. La conjunción de todos estos lugares socio-naturales, conllevó a una convivencia intensa en sí misma con los diferentes actores sanitarios y comunitarios, más allá de las interacciones sociales a las que hubiere podido dar lugar la propia dinámica relacional.

Aí dormimos juntos, uma rede perto da outra rede perto da outra, já *estamos* dormindo juntos, as vezes +não temos cozinheira, precisa planejar, você cozinha, você faz almoço, você faz janta, e aí todo mundo ajuda... por favor, lava essa blusa para mim que está muito fedorenta, aí elas lavam, a enfermeiras lavam, é bom. Do rio mesmo, do rio mesmo porque não dá para chegar em um dia na aldeia, depois de seis horas você não pode continuar a viagem no rio, tem que para ali na praia, tem umas prainhas as vezes, tem um lugar onde você pode arrumar sua rede, seu mosquiteiro e dormir até outro dia, sempre todo mundo junto, ninguém aqui não, sempre todo mundo junto aí você faz a janta ali na beira do rio, você janta, toma banho e dorme aí no outro dia seis horas de novo. (Saul, 2 años PMM, Boca do Acre).

El segundo escenario estaba conformado por los sitios de residencia de los médicos, donde por lo general vivían con otros compatriotas; los espacios barriales donde compartían con sus vecinos y los lugares de recreación comunitaria en los que interactuaban con las amistades construidas. En el contexto de esta trama de sociabilidad, fragmentada alrededor de espacios diversos pero interconectados socioculturalmente, los profesionales cubanos lograron construir relaciones próximas y lazos fuertes característicos de los entramados de vida comunitarios (SIMMEL, 1986; WIRTH, 1925). El carácter de estos vínculos les permitió forjar un sentimiento de integración temporal atenuado a su vez la sensación de soledad que provoca la lejanía del país de origen (ALAMINOS Y SANTACREU, 2011). Los lazos

sociales edificados dieron lugar a la cimentación de un tejido social provisorio (SCHOORL, 2005). Los médicos construyeron lazos emocionales y afectivos con la multiplicidad de actores con los que convivieron alrededor de dos años. La única situación que causó extrañamiento y temor está relacionada con los actos de violencia presentados en ciertas comunidades indígenas y en las ciudades donde vivían en sus tiempos de descanso. Más allá de este hecho social que afecta a la nación brasilera de modo particular (SALAMA, 2008; GARMENDIA, 2011), los médicos manifestaron agrado y alegría en su paso por el país-continente de América del Sur, un sueño hecho realidad a pesar de que no experimentaron el *Brasil que estaba en las novelas*.

La inserción social de los médicos cubanos en las localidades donde llegaron a trabajar no fue homogénea, estuvo marcada por experiencias disimiles. En algunos casos la acogida fue calurosa y organizada, pero en otros se caracterizó por la apatía y el desdén. Estas variaciones se explican por las condiciones específicas que ofrecieron las Secretarías Especiales de Salud Indígena en cada municipio. Según relatan los médicos, en las áreas indígenas el programa no contó con el mismo grado de planificación y estructuración observado en las zonas urbanas y ciudades del interior. En la perspectiva de algunos, el Ministerio de Salud envió a los profesionales cubanos engañados y con una venda en los ojos a trabajar a las aldeas. Las autoridades de salud vendieron un diseño de trabajo en el papel, pero en la realidad el programa operaba de una forma totalmente diferente.

Tem coisas, tem coisas, mas é... olha, não me sinto bem acolhido. Realmente era para que o acolhimento fosse melhor. Mas, como falei, não sou aquela pessoa que quer, eu não quero um hotel cinco estrelas, eu não quero um hotel cinco estrelas, eu não quero que me coloquem *num* tapete vermelho para eu caminhar, não quero isso. Eu só quero que, quando eu precisar de uma ajuda, eu *tô num* país que não é meu país, se eu preciso de ajuda é porque eu não posso continuar fazendo o que eu *tô* fazendo *sem* ((sem)) essa ajuda. Eu preciso de ajuda de alguém de seu país, de alguém, de alguém do governo, de alguém do Distrito onde eu *tô* trabalhando, entendeu? E eu só quero isso, se eu precisar de ajuda, *caramba*, que tenha uma resposta e isso não *tá* acontecendo. Então às vezes penso de que isso... é só um desenho, fizeram um desenho para que eu acreditasse nesse desenho e entrar e aí já depois que você entrou não tem jeito para ir *pra* trás, para voltar a trás, entendeu? Então não é a ideia, não é a ideia... mas isso eu *tô* falando quanto ao trabalho. (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

É o que eu te falei, a primeira... assim, a gente chegou em Fortaleza, que era uma coisa mais global, mais grande ((maior)), né? Aí o acolhimento foi bom, foi demais, aí a gente saiu daí de Fortaleza, ficou em Manaus, já o acolhimento já não era tão global. Era mais regional, mas ainda assim foi bom. Aí tinha todo o pessoal do Ministério da Saúde indígena, o pessoal de estudos de medicina tropical de Manaus, eles fornecendo conhecimento para a gente. O pessoal da SESAI, pessoal da FUNAI, o pessoal da SIASI, todo o pessoal falando para nós. Aonde ficou mais ruim foi quando chegou no município que era onde você achava que ia se melhor, porque a gente achava que ia trabalhar direitinho. Mas não aconteceu isso não. Aí foi e ainda ficou pior. Esse acolhimento no final foi o que foi mais forte para nós. Assim, que já conhecia a parte do Ministério da Saúde... porque o carro que foi pegar a gente foi o carro do posto de saúde, o carro nosso. Eles conheciam que tavam chegando dois médicos e nem liderança, nem equipe de saúde, ninguém... não é que nós queríamos uma festa, mas: “Olha, sou enfermeira, sou enfermeiro, a equipe de saúde tal, bora lá conhecer o posto de saúde...” Entendeu? Porque a reitoria do posto de saúde são as enfermeiras, elas são chefes do posto de saúde, então o papel delas ajudar em tudo isso. E não aconteceu isso não. A gente apresentou até mais ajuda da Prefeitura, que não tinha que fornecer nenhuma ajuda para nós, que do pessoal nosso. Nem liderança, nada, ninguém. A gente até fez uma crítica bem forte para eles com respeito a essa situação, porque não é que a gente queria uma festa, um balão, bem vindo, uma placa feita... não! Mas: “Aqui o médico de saúde, tá seu posto de saúde, o que você precisa pra morar, bora pesquisar, bora fazer...”. Se aquele motorista não ajudasse a gente... e essa não era obrigação dele, a obrigação dele era pegar a gente e trazer até o povo, aí você tem que procurar, né? Porque esse era o trabalho dele, ele é só motorista mesmo. E ninguém do posto de saúde, ninguém, ninguém... aí te falo, o global foi bom, o regional foi melhor ainda, mas o local foi péssimo! (Federico, 2 años PMM, Autazes).

Algunas prefeituras ofrecieron auxilio de transporte, alimentación y vivienda, pero otras no dieron ninguna de estas ayudas a los médicos. En otros casos lo que se ofreció no compensaba con el costo de vida mínimo. La indignación de algunos cubanos llegó al tope cuando tuvieron que pagar el transporte para desplazarse hasta las localidades donde tenían que atender sus pacientes. Tales condiciones se encargaron de colocar a los médicos en una condición laboral significativamente precaria que no generaba motivación alguna para desempeñar su trabajo con entusiasmo. No obstante, la buena acogida de la población y las carencias sanitarias de la misma, contribuyeron para que los galenos caribeños tomaran un segundo aire y se sobrepusieran para lo que en su juicio fue un engaño premeditado de toda la trama de actores institucionales que organizaron la misión en los territorios indígenas.

Una vez que inició la intervención en el sistema de atención primaria, la acogida por parte de las comunidades fue satisfactoria y estimulante. Las personas mostraron gran agrado con llegada de los médicos. Las interacciones se caracterizaron por el trato amable y gentil en un ambiente de valorización del trabajo profesional de los galenos cubanos. Las comunidades indígenas y población blanca-mestiza, agradecieron mucho la presencia de los médicos en sus territorios ya que por muchos años carecieron de este tipo de atención o solo accedían a ella de modo provisorio y temporal. Los lazos construidos fueron tan estrechos que uno de las médicas relata que la comunidad le estaba proponiendo que se casara o se naturalizara brasilera para que pudiera quedarse trabajando en la localidad durante más tiempo. Imágenes como éstas dan cuenta con gran expresividad del sentimiento de agradecimiento manifestado por la población. Los relatos hablan de un Brasil profundo que lloraba por la partida de los cubanos porque sus habitantes sabían que iban a quedar sin médicos nuevamente.

Foi ótima eu nunca vou esquecer desse tempo porque só tinha chegado o primeiro grupo que foram os quatrocentos, a próxima turma foi a minha. E assim, nossa chegada no aeroporto, esse povo esperando a gente de madrugada todo mundo com aquela alegria e aqui no Amapá igual, também esse povo todo mundo querendo conhecer os médicos. [...]. Principalmente gente da equipe né de cada um de nós e até a população a você nem sabe o tanto que eles falam que *tão* rezando para Santo Antônio para que a Doutora fique, estão querendo casar a gente aqui para que fique. “Doutora você pode se naturalizar, se case”. (Bertha, 2 años PMM, Macapá).

Desde que eu cheguei lá eles estranharam assim porque é a Doutora falando com o povo, a Doutora comprando nas lojas de dez reais nos comércios de lá... é como se você por ser Doutor não pudesse comprar nada. Ontem chorei muito, estava de visita domiciliar e meus pacientes falaram: “Doutora você vai embora...” e começaram a chorar. (Ernesto, 2 años PMM, Calçoene).

Una vez se fueron ampliando los círculos de sociabilidad, los médicos conformaron una red relativamente densa de relaciones y vínculos sociales integrada por: 1) los individuos de las comunidades donde vivían que eran al mismo tiempo sus propios pacientes, 2) los miembros de su equipo de trabajo, 3) los colegas cubanos que llegaron con la misión, 4) los vecinos del barrio de las localidades donde permanecían en sus días de descanso. En las aldeas indígenas y las pequeñas ciudades que se encontraban próximas a éstas, los galenos caribeños lograron construir relaciones de proximidad caracterizadas por el afecto y la hermandad. Algunos de

estas personas, en la perspectiva de los médicos cubanos, se convirtieron en sus parientes. Entraron a ser parte de su familia extensa transnacional.

É a gente mais que conhecida é como se fosse irmã. Fortalece é que o cubano tem aquilo de ser sociável que hoje você é um conhecido, amanhã você é um amigo e logo se transforma quase num familiar. É característico mesmo do cubano. (Greisy, 2 años PMM, Santa Rosa).

Los lazos sociales identificados fueron notablemente diferentes a los construidos en las zonas urbanas periféricas donde primó la competencia y la cooperación funcional. Aunque algunos indígenas se mostraron distantes y prevenidos, en general, los pobladores de las comunidades étnicas desarrollaron gran cercanía con los médicos con quienes además de interactuar en las consultas médicas, compartían sus actividades cotidianas de la vida social, celebraciones, fiestas y rituales. Ante la carencia de una vivienda independiente ubicada en los poblados ribereños amazónicos, los médicos dormían en hamacas en las malocas junto con los caciques, quienes amablemente abrieron sus espacios más íntimos para estos. Allí compartían los alimentos, las bebidas tradicionales, las historias y vivencias en un ambiente de tolerancia y comprensión multicultural

Tem aldeia que tem que dormir lá porque você não vai todo o dia para lá e *pra cá*, para lá e *pra cá* no barco, temos que... esses três dias por exemplo na aldeia de Goiabal por exemplo, que está longe, que é um igarapé longe... dormimos lá. Eu sempre durmo na casa do Cacique, pero ((mas)) o outro agente de saúde dorme para cá para casa de professor. Comemos juntos, nos sentamos no chão, comemos juntos, tomamos aquele chá que eu não gosto muito, mas tomo para que eles não se sintam desprezados. Tem que participar em tudo, você não pode decir ((dizer)) que não á nada que eles falam. (Saul, 2 años PMM, Boca do Acre).

Nós aqui temos um pouco de mais vínculo porque nós fazemos visitas domiciliar, lá visitamos casas dos índios, mas esse ainda falta muito, já estão acostumados que os médicos vão lá em casa, as enfermeiras vão lá em casa é parte da família, fica lá, eles dão café tomam lá, eu converso, todo mundo me conhece, então tem um vínculo bem estreito, um vínculo bem estreito. [...]. Os costumes, e acá ((aqui)) os Mundurucu já têm muito vínculo com as pessoas brancas, ou pessoas índias... E a aceitação nossa é boa, eles aceitam bem, tranquilo tudo, não tem problema nenhum com eles, nenhum. É difícil, não tem como ser fácil, eu sei que sempre é difícil, duas culturas tão diferentes, mas isso é resolvido tranquilo com diálogo, com respeito, com tolerância. (Joan, 2 años PMM, Itaituba).

Las interacciones de los médicos cubanos y los indígenas estuvieron demarcadas por una actitud de apertura y tolerancia frente al cosmos cultural que representaban los grupos étnicos. Esto se facilitó por la experiencia previa con la que contaban algunos profesionales con este tipo de comunidades y por la capacitación que recibieron del Ministerio de Salud. No obstante, en el esfuerzo de construir lazos de amistad, también emergieron algunos prejuicios de corte étnico-racial.

Eu brinco, eu brinco, eu falo com eles... se fico lá na aldeia como na casa do cacique, junto com o cacique, na casa lá do professor... aqui na cidade falo com eles, se tenho que convidar pra tomar um suco, tomamos um suco... cerveja não, suco. Eles têm muito problema... assim que...faço algumas amizades, só que não é aquela amizade que tu faz com um brasileiro branco, não. Entendeu? (Pepe, 2 años PMM, Itaituba).

La construcción de este tipo de lazos se facilitó por factores estructurales y de orden intersubjetivo derivadas de las condiciones de trabajo. En primer lugar, en las pequeñas localidades priman las relaciones comunitarias por encima de las relaciones individualizadas y egoístas características de los grandes centros urbanos. En palabras de Durkheim (1983), priman las semejanzas sociales articuladas a la preponderancia de la conciencia colectiva sobre la conciencia individual. Este hecho permitió la construcción de lazos cercanos y duraderos. En segundo lugar, las condiciones de trabajo implicaron un contacto intersubjetivo intenso. Los médicos convivían de modo permanente durante días en las aldeas lo que conllevó a forjar lazos fuertes.

E falando do funeral ontem a noite, existe um vínculo muito grande já com a aldeia e o médico de la ((da)) família, em este casa é quem está falando. Ontem ocorreu um, aconteceu uma morte no horário de la ((da)) noite e onde fui comunicado e, em seguida, se ativou a equipe de plantão. Nosotros ((nós)) médicos cubanos não fazemos plantão, mas como está dentro de nossa área, como são pacientes de nós ((nossos)), a hora que eles precisem nós estamos com eles perto aí. Ao momento de sermos comunicados nos deslocamos à aldeia porteira donde ((aonde)) colaboramos que a paciente havia falecido. Uma paciente de cento e três anos de idade, muita experiência acumulada nessa pessoa. Os Xerentes eles avaliam, eles cuidam muito, eles valorizam muito as pessoas idosas. Foi um golpe muito forte para essa aldeia. Hoje essa aldeia se encontra de luto, hoje é um dia onde a equipe não desloca, hoje é um dia donde ((aonde)) fica tudo parado em relação... [...]. Vendo a ligação que têm os Xerentes com o programa Mais Médicos, essa comunidade estava precisando desses médicos, chamados médicos da família. Que são os médicos que estão permanentemente

ligados a família e em este caso ao indígenas. É um vínculo... como chamar? É são os médicos de cabeceira, médicos que estão tempo completo com eles na aldeia, médicos que comparten ((compartilham)) um jantar, fazem conversas na escola, falam com as lideranças, escutam as lideranças, escutam os idosos, fazemos conversa com os pajés, fazemos conversa com as parteiras... é um vínculo com a comunidade indígena que é o que faz um verdadeiro médico da família, que é relação com o médico e a comunidade. Um vínculo único, esse é o verdadeiro médico da família. Interactuar ((interagir)) para poder fazer depois pouco a pouco com eles, ir mudando formas, modos e estilos de vida. Primeiro interactuar ((interagir)), conhecer, estudar sua cultura para pode chegar depois a uma análise, ver seus problemas e ver como, entre eles e nós, ajudar a superar todos esses problemas que podem, de uma forma, ou outra, levar a uma doença. (Pablo, 2 años seis meses PMM, Tocantinia).

Los médicos cubanos también lograron construir lazos de filiación con sus vecinos. En este caso no fueron tan fuertes como los desarrollados con las comunidades indígenas porque no permanecían mucho tiempo en la ciudad, sin embargo, las interacciones permitieron forjar vínculos afectivos y emocionales significativos. Cuando los galenos cubanos estaban de descanso, realizaban actividades lúdico-recreativas con su red vecinal, participaban de festejos familiares y de actividades cotidianas en el entorno urbano. La edificación de este tipo de lazos en las ciudades del interior resulta mucho más fácil que en las grandes ciudades, porque en los pequeños poblados la densidad de interacciones y encuentros sociales es muy alta. Las personas se encuentran a menudo en diferentes espacios de la vida social y por lo general logran establecer lazos múltiples. El vecino es el amigo, el que vende el mercado, el que organiza las fiestas locales y en ciertos casos se convierte en un familiar por vínculos de consanguinidad comunes. En esa misma trama lograron ubicarse los cubanos con facilidad gracias a su personalidad flexible y sociable.

Um filho a mais para los ((os)) donos! Muito, muito, muito bom! Eu fiquei com muita saudade realmente quando fui embora, mas ainda eu volto, falamos, conversamos... o sea ((ou seja)) temos uma boa inter- relação. (Roberto, 1 año PMM, Guajará-Mirim).

Ótima! Eu falava, meus vizinhos, desde sempre como falei, são a família mais cercana ((próxima)) que você tem porque nós estamos em um país estrangeiro onde não conhecemos a ninguém, onde os costumes são muito diferentes, onde cada qual vive sua vida. Nós aqui por ser médico, uno depierta um certo ((a pessoa desperta um certo)) interesse como vecino ((vizinho)), tenho vizinhos que são idosos que sempre estou visitando, tomando a pressão, ajudando, orientando e isso há criado ((criou)) um vínculo com meus vizinhos, forte. Cada vez que estão comemorando

alguma coisa ou fazem algum jantar, eles sabem que eu gosto de feijão, eles sabem que eu gosto de bolo e quando fazem eles compartilham ((compartilham)) comigo... ontem me trajeron ((trouxeram)) bolo para cá... e é bom. (Pablo, 2 años seis meses PMM, Tocantinia).

En esa misma configuración relacional se situaron los miembros de sus equipos de trabajo y sus colegas de la medicina. Con los miembros de sus equipos, los médicos laboraban, comían, jugaban, dormían y participaban toda clase de actividades durante varios días en las aldeas, en los barcos, en la vera de los ríos y en la floresta amazónica. Las interacciones también se extendían por fuera de los espacios de trabajo en el entorno urbano, incluso, abarcaban salidas recreativas fuera de la ciudad.

Do relacionamento com esta família do dentista, ele tem família lá em Manaus, tanto sua mulher como ele. Ele tem seus pais e irmão, ela tem tia, irmã, todos eles, então graças a ele eu conheci também aquela família, eles também gostaram, então eles ficam *de boa* quando eu vou lá. Quando eu tenho folga, “bora lá!” A gente vai para lá e fica legal demais. Ela fica falando o tempo todo com uma vovó que tem noventa e dois anos, gosta de falar demais. Aí com a filha dela, com a sobrinha, com a bisneta... todo mundo gosta: “Bora médico...” Já ninguém me fala ((chamam)) de médico, eu fico chateado quando me falam ((chamam)) de médico, me falam ((chamam)) de Federico: “Federico vem cá, Jorge bora *pra* lá, Jorge, bora ali...”. (Federico, 2 años PMM, Autazes).

Con sus compatriotas cubanos, compartían apartamento y diversas actividades de la vida cotidiana. En las zonas indígenas, al igual que ocurrió en las áreas quilombolas, los galenos caribeños hicieron acuerdos con sus compatriotas para vivir juntos con el propósito de reducir gastos de modo que pudieran ahorrar dinero para enviar a sus familias en Cuba. Para muchos médicos, uno de los objetivos de la misión era aumentar los ingresos familiares y solo podían lograr este propósito ideando estrategias de ahorro. La adopción de estas estrategias, además del fin económico, permitió tejer lazos de sociabilidad fuertes y aportar en la configuración de una trama relacional migratoria que sirvió de soporte socio-emocional.

Nós éramos sete cubanos e morava no mesmo lugar, e fazíamos comida, compartilhávamos a comida... eu não gosto de cozinhar muito, por exemplo, eu almoçava em uma casa, comia na outra e assim compartilhávamos tudo, não sentia aquela tristeza, nunca senti aquela tristeza por exemplo: Na data importante, natal, a volta do ano, o dia das mães, o dia dos pais com certeza uma lágrima vai sair do olho. [...]. Eu acho, eu acho que *el* (o) relacionamento de nós com os brasileiros, o sea ((ou seja)), os médicos que trabalham nas áreas indígenas com os

brasileiros, com o pessoal da equipe... é muito mais forte que o relacionamento que tem com os médicos que não trabalham na saúde indígena... porque você tem que conviver com eles, dormir com eles, ficar o dia todo vinte e quatro horas com eles... Eles não, eles passam oito horas do dia com os brasileiros, não compartilham mais nada, não compartilham a janta, não compartilham o café de manhã, não compartilham o almoço não compartilham o bolo e nós temos que compartilhar tudo, porque uno ((a pessoa)) não vai estar comendo bolo lá embaixo do mato e você passando fome lá na beira do rio. É muito mais... os laços de amizades são mais fortes *en los* ((nos)) médicos que trabalham na saúde indígena que os meios de trabalho da cidade mesmo. (Saul, 2 años PMM, Boca do Acre).

A mulher dele também mora lá. E já aqui temos feito uma família, todos nós somos já... como chegamos a quase três anos já. Como uma... uma família de cubanos aqui em Macapá. Com os médicos, sim. Fazemos festas. Amanhã, como falei, é meu aniversário, não sei o que tem preparado, sei que tem alguma coisa por aí... mas ainda não sei. Mas no mesmo ((mesmo)) prédio, mora a outra Doutora cubana. E na frente moram dois Doutores cubanos. (Carlos, 2 años PMM, Macapá).

Los galenos cubanos tuvieron escasa relación con otros médicos brasileiros. En primer lugar, porque en varias áreas no había presencia de estos. En segundo lugar, porque las relaciones mantuvieron en el plano profesional con algunas excepciones. Con los pocos médicos brasileiros con los cuales lograron establecer relación los cubanos, se identificó una relación cordial y de camaradería sin profundizar en el lazo social.

Olha, acá ((aquí)) tem poucos médicos, então eles... eu praticamente nem conhece os médicos brasileiros. Jacareacanga, onde nós estamos lá, sempre tem falta de médicos, acá ((aquí)) em Itaituba não tem essa disponibilidade de médicos tão grande. É possível que na cidade.... aqui não tem problema, os poucos médicos que nós conhecemos têm um respeito conosco, um relacionamento muito bom, nos tratam igual com os outros profissionais e até hoje, nenhum problema com os médicos de acá ((aquí)) de Itaituba, nenhum. (Joan, 2 años PMM, Itaituba).

Eu tenho muito boa relação com as doutoras, [uma delas] é um pouquinho mais séria, já é um pouquinho maior ((mais velha)) e mais séria, mas também tenho boas relações com ela. E com a doutora participamos aí nas festas...com os cubanos também, com agente da unidade, as enfermeiras. (Gabriela, 2 años PMM, Tartarugalzinho).

La inserción social de los médicos cubanos se vio reforzada a partir de su participación en varios espacios de carácter deportivo y recreativo de las comunidades. Dicha participación se fraccionó alrededor de dos escenarios: urbano-barrial y rural-étnico. En relación con el

primer escenario, los galenos se inscribieron en gimnasios donde practicaban deportes de baja intensidad con propósitos de salud preventiva; asistían a cultos religiosos de orden evangélico y católico; programaban caminatas y recorridos por la ciudad; salían de compras a los centros comerciales; participaban de conmemoraciones familiares; visitaban sitios de esparcimiento para escuchar música y bailar los ritmos brasileiros y asistían a festejos locales. Entre dichas actividades no podía faltar el famoso churrasco brasileiro amenizado con cerveza, un encuentro común al que asistieron los cubanos con frecuencia. Por el contexto de vida, tales churrascos eran realizados en algunas haciendas de la localidad.

Todos os dias, todos os dias quase, três dias na semana, sete horas, segunda, quinta e sexta eu pratico zumba. Eu quando cheguei a zumba, cinquenta e poucas mulher, eu era o único homem dançando, me pusieron ((puseram)) a dançar no centro de um anfiteatro grandíssimo, sozinho, eu era o único homem. Eu adorava isso, elas me falavam: “Doutor, porque você não tá na academia onde estão todos os homens?” Eu falei: “Moça, eu gosto de dançar, mas para estar entre homens melhor fico entre mulheres”, e elas riam demais comigo, aí então fazemos piadas, fazemos intercâmbio de regalo ((presente)), é muito bom e assim interactuo ((interajo)) com a comunidade. Então sábado e domingo jogamos voleibol na escola Batista, é muito produtivo e isso também a zumba, jogamos voleibol, isso faz parte da interação com a comunidade e favorece mais o vínculo de você morar como estrangeiro em uma comunidade onde você chega e não conhece ninguém, tem que fazer sua vida nova por completo. Fazer novas amizades, novos vizinhos, novos companheiros. (Pablo, 2 años seis meses PMM, Tocantinia).

A pesar de la multiplicidad de acciones realizadas, los médicos coincidieron en manifestar que no había mucha diversidad de actividades para recrearse en las localidades donde vivían. El repertorio de opciones era reducido respecto a lo que podían hacer en Cuba o en otras ciudades con mayor grado de urbanización y desarrollo económico.

Isso *pra* mim foi difícil ficar pouco desenvolvido, né? Desenvolvido no sentido de praias, teatros, cinemas, boates, discotecas, né? Ter pouca diversidade para no tempo livre fazer coisas. Se limita só a ir na orla... a beber, mas que outra coisa. não tem teatro, não tem... agora tem um cinema, mas não tem um parque de diversão. [...]. Qualquer coisa a gente já *tava* na rua, é porque é vida morta, tipo assim, você tem pouca coisa *pra* fazer tem que aproveitar, lá a cidade é bem pequena, tem só duas pracinhas, uma *tá* o pit dog e na outra *tá* a igreja. Aí eu *tava* a qualquer lugar, tem a pizzaria, tem a igreja, tem o espetinho, tem o barzinho, tem música ao vivo... qualquer coisa, a gente sempre *tava* na rua. (Karina, 2 años PMM, São Felix do Jalapão).

Não é um lugar que tenha muitas atividades como se fosse, por exemplo, uma capital de uma cidade mais movimentada, mas tem academia, você pode sair às cachoeiras na bicicleta né e participar nessas atividades. (Gabriela, 2 años PMM, Tartarugalzinho).

El segundo escenario, se refiere a las salidas a sitios recreativos naturales como ríos, cascadas, zonas verdes y demás espacios socio-naturales. Estas salidas las realizaron los médicos en sus tiempos de descanso, tanto en las áreas contiguas a las zonas urbanas, como en los territorios indígenas. En ambos casos se reafirma la fuerte tendencia a interactuar con el entorno natural, compuesto por plantas, animales y espíritus, en el contexto de la dinámica relacional con la población brasilera. Entre las salidas a los entornos naturales se destacan las visitas a los ríos para nadar alrededor de las cascadas y para pescar.

Fico aí com o amigos pescando. Às vezes pega peixe, pega raia, pega... um douradinho as vezes, né? Não sei bem o nome, mas pega peixe. Sim, com amigos brasileiros. É una turma que vão *pra* lá. São pacientes também... são amigos meu que já atendi alguma vez aí e eles falaram sobre seu hobby de pescar, aí eu falei: “eu também gosto de pescar”... e aí vamos pescamos... (Carlos, 2 años PMM, Macapá).

Final de semana eu ia lá *pra* aquelas cachoeiras, porque lá tem gente que tem a fazenda lá dentro, tem aquela cachoeira da arara, por onde desce o Rafting, que lá todo mundo almoça, nossa lá tem um restaurante que é uma maravilha! E as pessoas, os pacientes que moram lá eram muito amigos, tinha vezes que eu saia de lá sexta à noite e ia *pra* lá, ficava vinte quilômetros da cidade e só voltava domingo à noite. Ficávamos lá sem energia, lá não tem energia sabe... Nossa, mas é bom demais! Aquele lugar é...é arara por qualquer lugar macaca... é natureza mesmo! Aquelas cachoeiras... eu sempre *tava* em algum lugar, aí uma vez por mês um final de semana eu viajava *pra cá pra* Palmas, tipo assim, *pra* descontraír, né? Mudar a natureza pela cidade pelo menos o final de semana. (Karina, 2 años PMM, São Felix do Jalapão).

Eles me convidam muito a lugares muito lindos que tem lá em Calçoene, porque a cidade ele tem suas características, mas o ambiente ao redor dela é belo. Tem muitas cachoeiras e sempre eles... sabem que eu gosto de conhecer lugares assim e me convidam. A conhecer lugares assim, a comer suas comidas típicas... eu como açaí já sem açúcar! (Ernesto, 2 años PMM, Calçoene).

En las aldeas los médicos también realizaron actividades lúdico-recreativas con las comunidades étnicas. Mediante estas acciones los galenos cubanos expresan la profundidad de las interacciones que tuvieron con la población indígena, hecho que les permitió entender

con mayor claridad las diferencias culturales, acercarse a las comunidades y realizar el proceso de intervención médica. Este tipo de prácticas de los médicos caribeños, develan a su vez el carácter de la salud familiar promovido por el sistema de salud cubano y la importancia que tiene en ese esquema propiciar un contacto íntimo y profundo con las poblaciones atendidas.

Interage com eles, eu até me pinteí com eles... fiz tudo isso aí, é interessante, né? Muito interessante. Eles são bem tranquilos, faço esporte com eles, jogo bola. (Pepe, 2 años PMM, Itaituba).

Na aldeia eu corro lá, às vezes eu jogo com os meninos, faço atividade física lá, mas é bom dá para o pessoal se divertir um pouco. (Joan, 2 años PMM, Itaituba).

Incluso ((inclusive)) na aldeia eu faço caminhada todos os dias na pista de avião, aí as crianças fazem caminhada comigo, correm comigo! (Beto, 2 años PMM, Itaituba).

Se debe destacar que todos los médicos no se ajustaron a la tendencia presentada. Algunos tuvieron poca participación en la vida social concentrando el uso de su tiempo libre en la comunicación con la familia, asistencia a películas, noticias y partidos, lectura en casa, consultas por internet, elaboración de trabajos de la especialización ofrecida por el Ministerio de Salud y escuchar música. Estas conductas guardan relación con los estilos de vida de los médicos, su situación socio-efectiva y la oferta cultural de las ciudades del interior

Meu amigo geralmente eu fico em casa assistindo a tv, eu não gosto de tá saindo por aí procurando... um fim de semana ou outro procuro uma caixinha de cerveja, chego em minha casa tranquilo... quando está meu colega aí comigo compramos uma caixinha, uma carnita ((carninha)) aí fazemos um churrasquinho e compartilhamos ((compartilhamos)) como amigo. Mas não gosto de tá saindo como outra gente que sai na noite que vai pra cá, que na ceia vai pra Porto Velho... não, não...o que eu faço é na mina casa tranquilo ali. (Dario, 2 años PMM, Guajará-Mirim).

O pouco tempo livre que nos quedan ((fica, resta)) nosotros ((nós)) estamos vinculados a um curso de especialização de Saúde Indígena. Isso tira muito tempo de estudo, temos muitas tarefas, pero independentemente disso, sempre temos atualizações de todas as doenças que vão surgindo, de todos os problemas que vão surgindo a nível mundial. Temos que estar atualizados em tudo, tanto na área da saúde, na área da política, internacionalmente, de tudo. Nós lemos muito, estudamos muito, sempre vinculados para novos desafios na vida. (Pablo, 2 años seis meses PMM, Tocantinia).

Eu estudo cinco dias porque eu ainda *tô* fazendo o curso de especialização em saúde indígena. Eu estudo, não cinco dias, passo mais dias estudando porque como não tenho mais nada que fazer estudo direto. Assisto televisão, saio, dou uma voltinha na praça, como churrasco lá, tomo uma cerveja, vou à casa de um parente, parente nós chamamos os indígenas, indígenas para nós são parentes que moram na mesma cidade... vou lá conversamos, vou a casa de um colega da equipe de trabalho é assim... é muito dinâmico, eu não gosto muito de ficar parado eu. (Saul, 2 años PMM, Boca do Acre).

La densa red de relaciones sociales construida por los médicos cubanos aunada a su importante participación en la vida comunitaria y la favorable acogida por parte de los grupos étnicos, generó en estos un sentimiento de integración a la sociedad brasilera. Los galenos caribeños que trabajaron en las áreas indígenas lograron insertarse y participar en diferentes espacios de la vida social, construir vínculos sociales y edificar una densa red de sociabilidad. En general, se identificó que la convivencia intensa con la sociedad brasilera despertó en estos un sentimiento de satisfacción y alegría, al punto que muchos se plantearon la idea de continuar viviendo en el país. El Brasil profundo, que inicialmente originó extrañamiento y descontento, terminó enamorando a los galenos caribeños por diversidad y exuberancia.

Se eu voltasse a trabalhar no Brasil, seria com a condição de voltar de novo para Macapá! Nem para Rio, nem para São Paulo, nada, para Macapá! Eu amei. (Bertha, 2 años PMM, Macapá).

Eu posso passar dez anos mais aqui trabalhando, a saúde indígena é difícil, eu havia falado para colega de trabalho: “nenhum dia a mais depois dos três anos, não suporto trabalho muito forte”. Mas eu, particularmente, posso passar dez anos aqui trabalhando na saúde indígena... acho que tenho força e gosto do que eu faço não tenho problema não. [...]. Não há coisa mais linda, por exemplo, do que o entardecer, anoitecer em um barco, ver aquela lua quando está saindo, entre o mato, o rio, as cores... isso é bonito! É! Pescar, você vai pescar em uma chácara aqui tem que pagar, você vai pescar e não tem que pagar nada, entendeu? Você aqui pesca e paga, não é? Lá você pesca e come e não tem que pagar nada, e “não gosto desse porque tá muito pequeno vou pegar outro!” Viu? É difícil, mas você tem que procurar a parte boa. (Saul, 2 años PMM, Boca do Acre).

Pelo povo, cultura, como eu me sinto aqui no Brasil é totalmente diferente, *tô feliz, tô feliz*, dá *pra* perceber ((perceber)) eu gostei muito do Brasil, gostei muito e sei que é um país onde eu posso é... se eu, em algum momento, minha decisão fosse ficar para viver ((viver)), para viver, para morar, para ter uma vida aqui em Brasil, se minha decisão fosse essa, eu sei que o Brasil é um país onde eu não vou ter problema porque tenho um bom relacionamento, um bom relacionamento, um bom conhecimento da cultura

do Brasil, entendeu? Porque é muito parecido a minha cultura e é... tenho boas amizades. (Andrés, 2 años PMM, Oiapoque).

Los relatos de los médicos dejar entrever que incluso se dio un proceso de integración de doble vía. Estos aprendieron de la cultura brasilera y se apropiaron de algunas expresiones culturales como si fuesen de su país, así mismo, participaron intensamente en la sociedad y adaptaron ciertos hábitos de su estilo de vida. En el seno de la idiosincrasia de los brasileros también hubo cambios. La comunidad y los miembros del equipo de salud aprendieron nociones básicas del español, incluyeron dentro de su menú algunas comidas del caribe y se socializaron con danzas como la salsa. El intercambio no da cuenta de una hibridación cultural o la emergencia de una miscelánea social, pero si revela trazos de una integración de doble vía.

Os amigos brasileiros adoram a nossa comida típica que a gente faz, a gente tem que ficar porque todos querem vir para fazer aqui na nossa casa. (Bertha, 2 años PMM, Macapá).

Realmente nesse tempo que eu tenho aqui pelo menos eu não tenho essa experiência desagradável de ter sofrido algum tipo de agressão a minha pessoa. Todo contrário, todos eles são carinhosos e atendem, mas eles sempre vão com um certo temor, um certo respeito pela pessoa. Mas foi tudo bem e com algumas pessoas, por exemplo, o Senhor Prefeito me disse que ele não compreendia muito o que eu tava falando, mas a Senhora Secretária ela sim conseguia compreender o que tava falando. Já agora ele se adaptou a escutar como a gente fala e aí ela também disse que eu tenho melhorado o idioma que a gente... eu rio porque ela disse: “ Você está falando como nós” Eu digo: “eu sempre falei como vocês”. (Gabriela, 2 años PMM, Tartarugalzinho).

É no início, início, início... deu um pouquinho de trabalho. Eu sempre, sempre, sempre, sempre trabalho com a minha técnica... ao e ela não pode sair, ela fica comigo ao lado. Eu falo: “Mia, se eu falo una besteira, uma cosa errada... você vai falar ‘ele tá querendo dizer tal coisa’. Já ela... fala tanto espanhol como eu. Ela já vai se acostumando a esse “portunhol”- (Carlos, 2 años PMM, Macapá).

La densa red de relaciones sociales sirvió para regular y atenuar los sentimientos de soledad. Los médicos manifestaron extrañar a su familia, pero, aun así, la mayoría indicó no sentirse solo en el Brasil. Las amistades construidas y los espacios sociales ocupados, les otorgaron un lugar en el entramado societal, propiciaron una sensación acogimiento en los escenarios más íntimos de la nación brasilera.

Na verdade, não estou solitária lá, eu estou bem porque desde o primeiro momento que eu cheguei eu fiz amizade com todas as enfermeiras da unidade, com a diretora da unidade e todo o dia eu passo na unidade. Aos fins de semana geralmente elas vão para casa, fazemos algum tipo de almoço, alguma festa, tem muita cachoeira aí então sempre me ligam: “Oi vamos nessa cachoeira, vamos a outro lugar...” Aí visitamos esses lugares. Mesmo com essas pessoas que trabalham na unidade, a diretora, as enfermeiras ou também outros vizinhos que convidam a gente para ir aí o tempo vai passando, você não sente solidão ((solidão)) porque está constantemente em atividade. (Gabriela, 2 años PMM, Tartarugalzinho).

Olha, se você me conheceu eu acho que uno ((a pessoa)) sempre tem esse pouquinho de solidão, primeiro quando você chega não todo mundo vai procurar você. Aí depois você vai conhecendo as pessoas, porque primeiro eu cheguei eu sozinha como cubana lá, mas eu nunca, é essa solidão, solidão, solidão, sempre não! Porque eu cheguei lá e as minhas enfermeiras lá, as funcionárias do NAF, tem muito relacionamento... até uma, eu falei *pra* ela, ela é fisioterapeuta: “você tem conhecimento *pra* ser médica “... e ela está estudando medicina na argentina, a gente não só trabalhava junto, a gente também passava tempo fora do trabalho junto entendeu? Então essa solidão, solidão assim, não. (Ernesto, 2 años PMM, Calçoene).

Finalmente, los galenos de la salud destacaron dos obstáculos para su proceso inserción exitoso. En primer lugar, las expresiones de discriminación y xenofobia construidas mediáticamente por su condición de profesionales de origen cubano. En segundo lugar, por las situaciones de violencia que experimentaron en las zonas urbanas y territorios indígenas. Frente al primer aspecto, precisaron que se trató de una campaña difamatoria que fue perdiendo peso con el paso de los meses, pero que hizo mucho daño a su imagen en las comunidades cuando recién llegaron.

Nós ao princípio de chegar aqui sentimos uma coisa de preconceito com nós ((conosco)) quando a forma de manipulação através dos meios de difusão, da televisão, do rádio, em este caso, de Globo-televisão, que falavam ruim de nós, de nossa preparação, do que recebíamos aqui, que éramos escravos... muita difamação de nós ((nossa)) nos meios de difusão. Mas, graças a Deus isso se superou, nosotros ((nós)) vimos resultados do programa Mais Médicos nos diferentes lugares que nós estamos, em todos os índices de saúde, principalmente de mortalidade que baixou basicamente a zero. (Pablo, 2 años seis meses PMM, Tocantinia).

Con respecto al segundo punto, los médicos se mostraron preocupados, por un lado, por la sensación de inseguridad que experimentaban en las ciudades donde vivían por los hechos de violencia que se escuchaban a diario en las noticias. Por otro lado, por haber sido víctimas

directas de robos y hechos delincuenciales que no los motivaban a permanecer en el país. Las circunstancias vividas en las localidades de la amazonia refuerzan la experiencia por la que pasaron los galenos cubanos en las áreas urbanas periféricas. La situación de violencia en el Brasil no es generalizada, pero algunas ciudades se destacan por sus altas tasas violencia.

Esse negócio da violência... o mais ruim que eu acho aqui no Brasil é isso. O outro... o outro dá *pra* trabalhar aqui, dá *pra* trabalhar. Por que o povo *pra* mim, na minha opinião o povo é bom. O povo brasileiro é bom. Mas esse assunto da violência. (Pepe, 2 años PMM, Itaituba).

Eu falava assim para um amigo: “Macapá é a cidade mais violenta do Brasil”, aí ele falou, ele: “não tá certo, você não tá certo, isso não está correto... olha São Paulo, olha Rio de Janeiro, olha Bahia, olha Salvador, olha no” Aí eu falei: “amigo, essas cidades têm milhões de habitantes, essas cidades têm milhões de habitantes...” aqui vamos supor que tenha quatrocentos mil habitantes, a violência aqui, amigo, aqui... O jornal todo dia é dois, três mortes, dois, três mortes... três, cinco, dez assaltos. E aí, minha esposa foi assaltada. (Carlos, 2 años PMM, Macapá).

Não. Ela estava... é engraçado, sabe? Ela estava fazendo uma visita domiciliar. Então, eu estava fazendo curso de especialização, e ela estava batendo foto *numa* casa. Batendo foto da paciente hipertensa aí o moleque saiu, informou ao bandido e quando ela saiu da casa, na área da ponte, sabe que é ponte? As palafitas... aí pegaram e levaram tudo. Levaram o celular, levaram câmera, levaram esteto, tudo. O bandido ficou. Ania me falou: “não, não quero saber dele, não quero fazer, não quero fazer nada, deixa ele pra lá, que leve tudo isso, que fique tranquilo, não quero saber nada disso”. Aí continuou indo lá, mas já com vigilância dos mesmos moradores lá tem que ir com ela senão... não dá, não adianta ir pra lá. (Carlos, 2 años PMM, Macapá).

Agora é... vou te falar, do... um cubano aqui no Brasil, segundo minha visão, todo mundo tem uma visão diferente... *cara* vou te falar... o Brasil é muito legal... só que agora en estos ((nestes)) últimos tempos tem mais a roubalheira, essa que estão falando na televisão, mas a coisa que mais pega *pra* mim é a criminalidade que tem cá, a violência é demais, que geralmente não sei se todos os cubanos falam, mas eu vou te falar, geralmente lá em Cuba as pessoas não tão acostumadas com isso, entende? Não vou te falar que é normal, mas lá também tem mas. (Jose, 2 años PMM, Guajara Mirim).

Adicionalmente, uno de los galenos cubanos relató una situación de violencia presentada en el seno de la etnia Munduruku. Más allá de las múltiples interpretaciones que se puedan hacer de este acto, lo que sí se puede señalar es que causó extrañamiento y temor en la medida que los médicos no están expuestos a este tipo de realidades en su cotidianidad.

Então eles bebem muito, tem violência aí... antes aconteceu um homicídio. Foi uma situação muito feia. Os índios ficaram com medo... aconteceu quando eles *tavam* bebendo, três rapazes, três garotos, sabe? Quando eles voltaram um deles caiu no rio, eles *tavam* 'bebados', muito 'bebados' e ele pediu auxílio, socorro para os outros dois e eles continuaram, deixaram ele no rio. Ele pediu auxílio, mas eles não prestaram auxílio a ele, e ele morreu afogado. Então, quando chegaram na aldeia, os pais dele *tavam* perguntando, também sua mulher e as crianças, então depois aos cinco dias apareceu o corpo em outra aldeia e depois mataram um deles. O sea ((ou seja)), porque eram outros dois ou três... eles têm isso de achar a família mais poderosa, menos poderosa, aquele que tinha a família menos poderosa mataram ele. Eles mataram ele, pegaram às duas horas da manhã com três tiros. Aham, pegaram com três tiros... em casa, *tava* todo mundo acostado ((deitado)) aí pegaram com três tiros, ele não morreu. Então na aldeia tem um padre que ele é da Suécia, sueco, ele foi lá com eles, disse que ele não tem direito de tirar a vida de ninguém, só Deus pode quitar a vida a alguém, matar, levar uma pessoa, que eles não são ninguém isso, mas eu não estava na aldeia, estava de folga nesse momento, mas falaram para mim, os professores, os demais profissionais da saúde. Depois, às sete horas da manhã deram três tiros mais, ainda não morreu. E depois cortaram o membro dele. Na cultura dos índios Munduruku a cabeça é um troféu de... eles são índios guerreiro, né?. E cortar a cabeça é um prêmio para eles. Eles cortaram os braços, os pés, mas ninguém sabe o que fizeram com o corpo... espalharam aí por toda parte. (Beto, 2 años PMM, Itaituba).

CONCLUSIONES

El proceso de integración socio-cultural 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 campo de los estudios migratorios. La especificidad estriba en dos razones. En primer lugar, por las limitaciones teóricas existentes para abordar este tipo de flujo migratorio. Las teorías clásicas de la migración internacional cualificada resultan insuficientes para comprender la movilidad de profesionales en el marco de programas organizados por los estados bajo la lógica de la cooperación sur-sur.

Dichas teorías fueron construidas para explicar diversas formas de movilidad sur-norte, norte-norte, teniendo como base los presupuestos de la economía neoclásica en el marco de las dinámicas del sistema capitalista, el comercio mundial y el proyecto desarrollista. Los recursos conceptuales diseñados por estas perspectivas, no son pertinentes para comprender las especificidades de la movilidad profesional que se da en el marco de los acuerdos de cooperación sur-sur y las estrategias de integración regional adoptadas al margen de los intereses de la economía mercado neoliberal.

Teniendo en cuenta esta limitación, para realizar el análisis de la integración socio-cultural de los médicos cubanos participantes del PMM, se partió de una conceptualización alternativa, la cual fue construida a partir de los hallazgos de investigaciones empíricas relacionadas con la cooperación médica internacional cubana. Esta contribución teórica, es uno de los principales aportes de esta investigación.

En los referentes presentados se destaca que la migración de profesionales de salud de Cuba, a diferencia de los flujos sur-norte o norte-norte clásicos, se fundamenta en principios como la colaboración, la cooperación, la ayuda mutua y la solidaridad. Principios que guardan estrecha relación con los valores promovidos por el modelo socio-político cubano amparado en el régimen socialista. El flujo migratorio se sustenta a su vez en un proyecto alternativo de desarrollo: la economía socialista del conocimiento, la cual le ha permitido a Cuba hacer frente al bloqueo impuesto por los Estados Unidos y garantizar la permanencia del régimen. La colaboración internacionalista de la isla caribeña alrededor del mundo, le ha servido a la

vez como política exterior, fuente de ingresos y estrategia de lucha contra el colonialismo y el imperialismo. De esa manera se puede señalar que ha tenido función diplomática, geopolítica, económica e ideológica.

En segundo lugar, están las especificidades de la población migrante analizada. La experiencia del colectivo de profesionales de la salud de Cuba, que ya cuenta con una trayectoria migratoria de más de 50 años alrededor del mundo participando en diversas misiones de cooperación médica internacional, no encaja en los esquemas de los estudios clásicos de la integración social migratoria de largo plazo, porque la migración cubana es temporal, colectiva, de corto plazo y organizada entre estados bajo la lógica de la cooperación sur-sur.

La singularidad de este flujo migratorio conlleva a pensar 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 por fuera de categorías como asimilación, aculturación e integración binacional, con base en las cuales se hacen lecturas que colocan a los individuos en la dicotomía de elegir entre afirmar o rechazar su cultura e identidad étnica. En contraposición, el proceso migratorio de los profesionales cubanos puede ser leído a partir grados, niveles y esferas de participación, socialización e interacción con la cultura brasilera.

En ese sentido, se encontró que a pesar que los médicos estuvieron en el marco de un proceso migratorio temporal de corto plazo, las dinámicas sociales en las que se vieron inmersos los llevaron a interactuar de forma amplia e intensa con la sociedad brasileña y su cultura, alcanzando un nivel de inserción social y participación comunitaria mucho mayor al experimentado por otros colectivos de migrantes que se desplazan temporalmente para trabajar en naciones extranjeras.

La intensidad de las interacciones que fue experimentada, está relacionada con diversos factores como la especificidad del trabajo médico, la especialidad clínica de los profesionales, el modelo de salud de Cuba y el sistema de valores promovido por el régimen socialista. Como tendencia general, se observó que los galenos cubanos lograron capilarizar

la compleja trama de relaciones sociales e insertarse paulatinamente en el tejido comunitario. Sin embargo, esta participación se dio en grados y niveles diversos según la zona en la que fueron ubicados. Las diferencias fueron notables entre los grandes centros urbanos y las ciudades del interior. La experiencia vivida en los territorios indígenas por su parte, fue excepcional e incontrastable en varios aspectos en relación con el resto de áreas del Brasil.

De modo global, se puede señalar que las relaciones sociales en las periferias urbanas estuvieron marcadas por la impersonalidad y el individualismo característico de las grandes metrópolis contemporáneas. El debilitamiento de las formas de solidaridad en estos espacios conllevó a la construcción de lazos sociales articulados alrededor de la interdependencia funcional y la competencia, hecho que no permitió que los médicos cubanos desarrollaran vínculos densos y fuertes con la población brasileña.

En los espacios de sociabilidad de las grandes urbes, muchos de estos afectados por situaciones de violencia estructural, los profesionales cubanos no se sintieron excluidos y rechazados, pero tampoco integrados en el sentido de tener la posibilidad de recrear sus costumbres, estilos de vida y prácticas sociales. Muchos sintieron soledad y percibieron que su adaptación a la sociedad brasileña estuvo ligada a intereses específicos o instrumentales, en otras palabras, fue una integración funcional.

La situación en las ciudades del interior y pequeños poblados, algunos de ellos conformados por comunidades quilombolas, fue notablemente diferente. En estas localidades aun priman las relaciones comunitarias, los lazos de solidaridad y diversas formas de cooperación, lo que ha propiciado la conformación de un tejido humano mucho más denso. Este entramado permitió el establecimiento de vínculos próximos y estrechos entre los galenos cubanos y la población brasilera. A su vez, facilitó la participación e inserción de los médicos en los diferentes espacios de la vida social y comunitaria tales como las celebraciones y festejos del Brasil profundo.

En las ciudades del interior, los cubanos sintieron un mayor grado de integración social y acogimiento lo que terminó por acelerar su proceso de adaptación social y ajuste psicológico. La integración se facilitó por la construcción de relaciones de vecindad, compadrazgo y filiación parental, las cuales simulaban el tejido de sociabilidad de la nación de origen.

La experiencia en los territorios indígenas guardó semejanzas con lo vivido en las ciudades del interior, pero fue excepcional e inesperada en muchos aspectos y dimensiones. Las características específicas de estos territorios implicaron un contacto multicultural en el contexto de una geografía agreste pero sorprendente por su riqueza natural. La confluencia de estos dos hechos configuró un espacio relacional singular y diferenciado. En primer lugar, los galenos cubanos se encontraron con comunidades con una gran diversidad cultural adscrita a un proceso civilizatorio diferente al experimentado por otras regiones del Brasil. En segundo lugar, las interacciones se dieron en condiciones particulares de convivencia con la selva, los ríos, los animales y los espíritus, configurando una relación sui generis de orden socio-natural. En tales condiciones se abrió paso a un verdadero encuentro de culturas cuyos actores debieron articularse en un proceso de influencias reciprocas o de doble vía. En el entorno socio-natural, los médicos vivieron encuentros intensos y lograron convivir con las comunidades indígenas, pero no llegaron a convertirse en parte del tejido social étnico porque esto implicaba un proceso de inserción de largo plazo. No obstante, se crearon vínculos cercanos y lazos emocionales fuertes, tanto con las comunidades como con el entorno natural.

Un balance transversal para las tres áreas permitió identificar que los médicos cubanos lograron establecer lazos y vínculos sociales cercanos con miembros de la comunidad que atendían y el personal técnico de las UBS. Por el contrario, las relaciones con los médicos brasileños y los miembros del vecindario fueron más lejanas y débiles. La profundidad de las relaciones establecidas estuvo influenciada por factores macro estructurales como: 1) las luchas entre agentes públicos y particulares que operan el SUS, 2) las transformaciones de los estilos de vida y las subjetividades en la modernidad, 3) las diferencias de valores y principios ancladas en sistemas sociales antagónicos, 4) las contradicciones que trae todo contacto intercultural pese a que 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. Pese a todo, los médicos hicieron amistades, intercambiaron experiencias, establecieron vínculos afectivos, socializaron con diversas expresiones de la cultura brasileña y participaron de festejos tradicionales. Esto, sin dejar de mencionar los múltiples beneficios que su presencia dejó en cientos de comunidades que nunca tuvieron la oportunidad de ver un médico en sus vidas.

Los hallazgos, limitaciones y aprendizajes de la presente investigación, dejan abiertos múltiples interrogantes alrededor de procesos similares que no han sido estudiados. Me refiero a los procesos de integración de corto plazo en el contexto de programas organizados por los estados bajo la lógica de cooperación sur-sur. Analizar estos movimientos poblacionales alrededor del globo desde los presupuestos teóricos aquí planteados, coloca en tensión la línea hegemónica que prevalece en el campo de estudios de las migraciones internacionales. Muchos de los acuerdos de integración regional que pretenden ubicarse como alternativa a la globalización neoliberal de mercados y capitales, los cuales soportan flujos migratorios importantes en la actualidad, traen implícita una plataforma ideológico-política contra hegemónica y alternativa al proyecto democrático-desarrollista característico del patrón mundial de poder. Reconocer esta variable e incorporarla al análisis, no sólo implica reconocer las profundas diferencias ideológicas presentes en un mundo convulsionado y caótico, sino los propios sesgos y omisiones desde los cuales se ha construido el conocimiento científico en las sociedades modernas. Subrayar la importancia de esta dimensión en el presente trabajo, es una expresión notable de la fertilidad del pensamiento latinoamericano y una impronta fehaciente de la importancia que tiene el programa de estudios comparados sobre las Américas de la Universidad de Brasilia en su construcción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERS, L. Moving people and knowledge: Scientific mobility in the European Union. *International Migration*, Vol. 43, P. 99-131. 2005.

ACUÑA, Alonzo, V. Antropología física, racismo y antirracismo. *Estudios de Antropología Biológica*, XII, P. 65-76, 2005.

AHUMADA, Consuelo. El modelo neoliberal y su impacto en la economía colombiana. Bogotá: Ancora Ediciones, 1995.

ALAMINOS C. A y SANTACREU F. La integración cultural y social en las migraciones intraeuropeas. *Revista Migraciones* (30) P. 13-42, 2011.

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

APPLEYARD, R. *International Migration: Challenge of the Nineties*. Geneva: IOM, 1991

AYLLÓN, Bruno. *La Cooperación Sur-Sur y Triangular: ¿subversión o adaptación de la cooperación internacional?* Quito: Editorial Instituto de Altos Estudios Nacionales (IAEN), 2013.

BAMBIRRA, V. *O capitalismo dependente latino-americano*. Coleção Pátria Grande, Biblioteca do Pensamento Crítico Latino-Americano. Editora Insular, 2013.

BASABE, N., ZLOBINA, A. y PAEZ D. Integración socio-cultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el país vasco. Vitoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2004.

BAUMAN, Zygmunt. *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa Editorial, 1999.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidad Líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económica. 2003.

BEINE, M. et al. Brain drain and human capital formation in developing countries: winners and losers, *The Economic Journal*, Vol. 118, P. 631-652, 2008.

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

BERTAUX, D. L'approche biographique: Sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, LXIX, 197-225, 1980.

BIAO, X. Promoting Knowledge Exchange through Diaspora Networks (The Case of People's Republic of China). Disponible en: <http://www.adb.org/Documents/Reports/GCF/reta6117-prc.pdf> Consultado en junio de 2015, (2005).

BOESNER, D. Relaciones Internacionales de América Latina: Breve historia. Venezuela: Editora Nueva Sociedad, 1977.

BONFIL BATALLA, Guillermo. México profundo, una civilización negada. México: Grijalbo, 1987.

BORÓN, A. Imperio, imperialismo. Una lectura crítica de Michael Hardt y Antonio Negri. Buenos Aires-Argentina: CLACSO, 2002.

BORÓN, A. Estado, capitalismo y democracia en América Latina. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2004.

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

BOURDIEU, Pierre. La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madrid: Editorial Taurus, 1979.

CABRERA, P. 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, número 29, 2014.

CAMPOS, G.W.S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência y Saúde Coletiva*, 12 (Supl.), P. 1865-74, 2007.

CANIZARES, 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, 2016.

CARDOSO, F. H y FALETTO, E. Dependencia y desarrollo en América Latina. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 1977.

CARR, Stuar. C., INKSON, Kerr. y THORN, Kaye. From global careers to talent flow: reinterpreting "brain drain". *Journal of World Business*. N 40. P. 368-398, 2005.

CARVALHO, E. F y FERNÁNDEZ, F. R. La libertad religiosa en Brasil y su regulación en la constitución. *Revista Cultura y Religión*. Vol. XI, N° 1, págs. 110-128, 2017.

CARVALHO, H.M. Padrões de sustentabilidade: Uma medida para o desenvolvimento sustentável. Curitiba: Mimeo, 1993.

CASANOVA, P. Exploração, colonialismo e luta pela democracia na América Latina. Petrópolis: CLACSO/Vozes/LPP, 2002.

CASTEL, Robert. La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado. Buenos Aires: Editorial Paidós.1997.

CASTLES, S. y MILLER, M. J. The age of Migration. International Population Movements in the Modern World. New York: Palgrave Macmillan. 2003.

CASTRO, J., URREA, F., VIÁFARA, C. Un breve acercamiento a las políticas de Acción Afirmativa: orígenes, aplicación y experiencias para grupos étnico-raciales en Colombia y Cali: Revista Sociedad y Economía, núm. 16 Universidad del Valle, Colombia, 2009.

CAVALCANTI, Leonardo. Política Migratoria Brasileña: De la tríada apertura control-selectividad a la agenda de los derechos humanos. In: RAMÍREZ, Jacques (Coordinador) (2017). Migración, Estado y Políticas. Cambios y continuidades en América del Sur. La Paz: Vicepresidencia del Estado Plurinacional Bolivia, 2017a.

CAVALCANTI, Leonardo et al. (Org.) A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro. Relatório Anual 2017. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília, DF: OBMigra, 2017b.

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

CECENÑA, A. Hegemonias e emancipações no séc. XXI; Estratégias de construção de uma hegemonia sem limites. In: CECENÑA, Ana Esther (Org.) Hegemonias e emancipações no séc. XXI. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

CHACKO, E. From brain drain to brain gain: reverse migration to Bangalore and Hyderabad, India's globalizing high tech cities. Geo Journal, P. 131 – 140, 2007.

CIUMASU, M. International circulation of talent – a solution for the development of Romania, University within Society UNISO, University of Versailles Saint-Quentin-in-Yvelines, 2007.

COLOMA, Soledad. La migración calificada en América Latina: similitudes y contrastes. Ecuador. Boletín del Sistema de Información sobre Migraciones Andinas. FLACSO, Sede Ecuador. N. 13, 2012.

CUBA. Ministerio de Relaciones Exteriores. Brigada Médica de Cuba en Bolivia celebra su sexto aniversario, de 03/03/2012. Disponible en: <<http://www.cubaminrex.cu/es>>. Consultado en noviembre de 2018, (2012a).

CUBA. Ministerio de Relaciones Exteriores. Jóvenes paraguayos viajarán a Cuba a estudiar medicina, de 29/02/2012. Disponible en: <www.cubaminrex.cu/es. Consultado en noviembre de 2018, (2012b).

D'ELIA, Y. (Coordinadora). Las misiones sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis. Caracas-Venezuela: Instituto Latinoamericano de investigaciones sociales –ILDIS-. CDB Publicaciones, 2006.

DAUGELIENE, R., y MARCINKEVICIENE, R. Brain circulation; theoretical considerations. Consultado en julio de 2015. Disponible en: <http://www.inzeko.ktu.lt/index.php/EE/article/viewFile/11646/6328>, (2009).

DE SOUSA SANTOS, B y AVRITZER, L. Para ampliar el canon democrático. En: De Sousa Santos, Boaventura. Democratizar a democracia. Os caminhos da democracia participativa. Porto: Edições Afrontamento, 2003.

DIAS DOS SANTOS, A. A integração 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, 2014.

DOCQUIER, F., y RAPOPORT. H. Skilled Migration: The Perspective of Developing Countries. Policy Research Working Paper, no. 3382, August. World Bank, Washington, DC, 2004.

DOMINGUES, J. Desarrollo, periferia y semiperiferia en la tercera fase de la modernidad global. Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 2012.

DURKHEIM E. Solidaridad mecánica o por semejanzas y solidaridad debida a la división del trabajo u orgánica. En: De la división del trabajo social. Libro primero. Buenos Aires: Editorial Shapire, 1893.

ECUADOR. Ministerio de Salud. Convenio entre Ecuador y Cuba fortalece el campo de la salud, de 20/11/2013. Disponible en: <<http://www.salud.gob.ec>. Consultado en noviembre de 2018, 2013.

ECUADOR. Ministerio de Salud. Ecuador firma cinco convenios de salud con Cuba, de 02/07/2014. Disponible en: <<http://www.salud.gob.ec/>. Consultado en noviembre de 2018, 2014a.

ECUADOR. Ministerio de Salud. 200 médicos de familia cubanos llegan a fortalecer centros de salud del MSP, de 06/08/2014. Disponible en: <<http://www.salud.gob.ec>. Consultado en noviembre de 2018, 2014b.

ELÍAS, Nobert. A Sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

ELIZALDE, A., THAYER, L.E y CÓRDOVA, M.G. Migraciones sur-sur: paradojas globales y promesas locales. Polis [En línea], 35. Publicado el 15 octubre 2013. Disponible en: <http://polis.revues.org/9375>. Consultado el 26 octubre 2016, (2013).

EMBAJADA DE CUBA EN GUYANA. Ministra de Servicios Públicos de Guyana y Embajador cubano dan bienvenida a 97 guyaneses que concluyeron estudios de medicina en la Isla, de 22/08/2014. Disponible en: <www.cubadiplomatica.cu/guyana/ES. Consultado en noviembre de 2018, (2014).

EMBAJADA DE CUBA EN PARAGUAY. Encuentro Gobernador del Departamento Central con el Embajador de Cuba, de 04/03/2015. Disponible en:<www.cubadiplomatica.cu. Consultado el 26 octubre 2016, (2015).

EMBAJADA DE CUBA EN URUGUAY. Cuba colabora en la enseñanza de la orto prótesis a especialistas uruguayos, de 21/06/2013. Consultado en noviembre de 2018. Disponible en: <<http://www.cubadiplomatica.cu/uruguay>, 2013.

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.

ESCOBAR, A. Anthropology and Development. International Social Science Journal 49, P.497-515, 1998.

ESPÍNDOLA, F. De los procesos de integración y desintegración social en las sociedades contemporáneas. Elementos analíticos para su consideración. México: Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR y Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, 2010.

FAN, C., STARK, O. The brain Drain, educated unemployment, human capital formation, and economic betterment. Economics of transition. Vol. 15 (4), P. 629-660, 2007.

FEATHERSTONE, M. Cultura de consumo y posmodernidad, London: Sage, 1991.

FEINSILVER, J. Médicos por petróleo. La diplomacia médica cubana. Revista Nueva Sociedad. Número 216. Julio-Agosto, 2008.

FEINSILVER, J. Fifty Years of Cuba's Medical Diplomacy: From Idealism to Pragmatism. Cuban Studies, Volume 41, P. 85-104, 2010.

FELDMAN-BIANCO, Bela. O Brasil como país de emigração: mobilizações e políticas. Em: Ferreira, Ademir et. Al (Orgs.). A experiência migrante. Entre deslocamentos e reconstruções. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

FELDMAN-BIANCO, B. 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, 2009.

FINDLAY, A. A migration channels approach to the study of high level manpower movements; a theoretical perspective. *International migration*, 28 (1), 15-22, 1990.

FINDLAY, Alan. From brain exchange to brain gain: policy implications for the UK of recent trends in skilled migration from developing countries. Geneve. *International migration papers*. N 43, 2002.

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.

FRANK, A. G. Sociologia do desenvolvimento e subdesenvolvimento da sociologia. In: DURAND, José Carlos Garcia; MACHADO, Lia Pinheiro. *Sociologia do desenvolvimento II*. Rio de Janeiro: Zahar, pp. 109-183, 1975.

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

GAILLARD, J. y GAILLARD, A. The International Mobility of Brains: Exodus or circulation? *Science, Technology and Society*, vol. 2 (2), P.195-228, 1997.

GAILLARD, J., y GAILLARD A. M. The international circulation of scientist and technologists. A Win-Loser or Win-Win Situation? *Science Communication*, Vol.20 N.1. P. 106-115. Sage Publication, 1998.

GAILLARD, J., y GAILLARD A. M. Science and technology policies in the context of international migration. Disponible en: http://www.eolss.net/ebooks/Sample_Chapters/C15/E1-30-02-04.pdf. Consultado en junio de 2015, (2009).

GAINZA, Patricia. Políticas migratorias e integração em América del Sur. Realidad del acceso a derechos políticos, económicos, sociales y culturales de las personas migrantes. São Paulo Brasil. Espacio sin fronteras. Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC), 2013.

GARCÍA CANCLINI, Néstor. El consumo cultural y su estudio en México: una propuesta teórica. En: García Canclini, Néstor (Coord.): *El consumo cultural en México*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, P. 15-42, 1993.

GARCIA, A y ANAYA, B. (2009). La política social cubana: derrame hacia otras regiones del mundo. En: SODEPAZ. *Cuba la principal protagonista de la cooperación sur-sur*. Madrid. Atrapasueños editorial.

GARMENDIA, F. La violencia en América Latina. Artículo de revisión. Facultad Medicina. 72 (4), P. 269-76, 2011

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.

GIDDENS A. The constitution of society: outline of the theory of structuration. Cambridge: Polity Press, 1984.

GIDDENS, A. Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas. Madrid. Taurus, 2000.

GIROLA, Lidia. Talcott Parsons: a propósito de la evolución social. Sociológica, año 25, número 72, P. 169-183, 2010.

GODENAU D. et. Al. Integración de los inmigrantes en España: una propuesta de medición a escala regional. España: Observatorio permanente de la inmigración-Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2014.

GOMEZ, B. L. A atual configuração política dos médicos brasileiros. Uma análise da atuação das entidades medicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. Rio de Janeiro. Universidade Federal Do Rio de Janeiro, 2016.

GONZÁLEZ, CASANOVA, P. El colonialismo interno. En sociología de la explotación. Buenos Aires: CLACSO, 2006

GONZÁLEZ, J., HERNÁNDEZ, Z. Paradigmas Emergentes y Métodos de Investigación en el Campo de la Orientación. Disponible en: <http://www.geocities.com>. Consultado en agosto de 2016, (2003).

GONZÁLEZ, L. D. Cuba y África: una sólida relación. En: Cuba principal protagonista de la cooperación Sur-Sur. Madrid: Editorial SODEPAZ-Editorial Atrapasueños, 2009.

GUBER, R. La etnografía. Método, campo y reflexividad. Buenos Aires: Editorial Norma. 2001.

GUÉDEZ, Y. Misión Barrio Adentro I: cinco años del modelo de atención primaria en salud de la república bolivariana de Venezuela. Revista de Salud Pública, (XIII) 1: 49-59, jun, 2009.

GUICHOT, V. Revisando el concepto de ciudadanía desde el multiculturalismo. Sevilla: Universidad de Sevilla. Disponible en: <http://www.hegoa.ehu.es>. Consultado en marzo de 2010, (2004).

HAMMAR, T. y LITHMAN Y. La integración de los migrantes: Experiencias, conceptos y políticas. En: OCDE. El futuro de las migraciones. Madrid: Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. P. 347-385, 1989.

HARVEY, David. La condición de la posmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio cultural. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1990.

HERRERA, E. Reflexiones en torno al concepto de integración en la sociología de la inmigración. Revista Papers, 43. P. 71-76, 1994.

HETTNE, B. Development thinking and the three worlds. Towards an international political economy of development. New York: Longman Scientific and Technical, 1990.

HOBBSAWM, Eric. Historia del siglo XX. Buenos Aires: Crítica. Grijalbo Mondadori S.A, 1998.

HOFSTEDE, G. Cultures and Organizations: Software of the Mind: intercultural Cooperation and Its Importance for Survival. New York: Mc-Graw-Hill, 2003.

HOLANDA, S. B. Raízes do Brasil. São Paulo: Editorial Companhia das letras, 1995.

IBAÑEZ, M. Procesos migratorios desde Europa Central y del Este en España: estatus jurídico, identidad social e inserción laboral. Revista CIDOB d'afers internacional, P. 84, 105-152, 2009.

ILLES, Paulo. Prólogo. En: GAINZA, Patricia. Políticas migratorias e integración en América del Sur. Realidad del acceso a derechos políticos, económicos, sociales y culturales de las personas migrantes. São Paulo Brasil. Espacio sin fronteras. Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC), 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA IPEA. Sistema de indicadores de percepção social-saúde. Rio de Janeiro, 2011.

IREDALE, R. The migration of professionals: Theory and typologies". International Migration, vol. 38 (5), P. 7-24, 2001.

JOHNSON, J. M. y REGETS. M. International Mobility of Scientists and Engineers to the US - Brain Drain or Brain Circulation? NSF Issue Brief 98-316, June 22, 1998.

KOSER, K. y SALT, J. The geography of highly skilled international migration. International Journal of Population Geography, Vol 3, P. 285-303, 1997.

KUZNETSOV, Yevgeny, y SABEL, Charles. International migration of talent, diaspora networks, and development: overview of main issues. At KUZNETSOV, Yevgeny (editor).

Diaspora networks and the international migration of skill: how countries can draw on their talent abroad. Washington. The international Bank, 2006.

KYMLICKA, WILL. Ciudadanía Multicultural. Barcelona: Editorial Paidós, 1996.

LANGDON, Esther Jean y Garnelo, L (Orgs.), Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa, Associação Brasileira de Antropologia/ContraCapa, Rio de Janeiro, 2004.

LAVENEX, Sandra. The competition state and highly skilled migration. Society. Vol. 44 N. 2, 2007.

LEAL, J. Morelva. La salud revolucionaria: El caso Barrio Adentro. Rev. Venezolana. de Economía y Ciencias Sociales, vol.13, nº 3 (sept.-dic.), P.161-174, 2007.

LOWELL, L. and GEROVA, S. Diasporas and Economic Development: State of Knowledge. Washington DC: World Bank, 2004.

LOWELL, Lindsay. y FINDLAY, Allan. Migration of highly skilled persons from developing countries: impact and policy responses. Geneva: International migration papers, 44, 2001.

LUCAS, R. International Migration Regimes and Economic Development. Stockholm: Expert Group on Development Issues, 2004.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

MAHROUM, S. Europe and the immigration of highly skilled labor. International Migration, vol. 39 (5), P. 27-30, 2001.

MAHROUM, Sami. B. Highly skilled globetrotters: the international migration of human capital. Disponible en: <http://www.oecd.org/spain/2100652.pdf>. Consultado en mayo de 2015, (1999)

MARIMÓN, N y MARTINEZ, E. Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años de Ministerio de Salud Pública. Revista Cubana de Salud Pública., vol. 36. núm. 3, (2010).

MARTÍN Inmaculada. Las misiones médicas internacionales. Disponible en: <http://www.rebelion.org/noticias/2013/2/163467.pdf>, Documento consultado en noviembre de 2017, (2016).

MARTÍNEZ P, Jorge. La migración calificada dentro de América Latina. Santiago de Chile: CEPAL, 1989.

MARTÍNEZ REINOSA, M. Las relaciones entre Cuba y Haití: un modelo ejemplar de cooperación Sur-Sur. En OSAL. Buenos Aires: CLACSO, Año VIII, N° 23, 2008.

MARTÍNEZ, J. Globalizados, pero restringidos. Una visión latinoamericana del mercado global de recursos humanos calificados, serie Población y Desarrollo núm. 56 (LC/L.2233-P), Santiago de Chile, CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas, 2005.

MARTINS, C. E. Globalização, dependência e neoliberalismo na América Latina. Rio de Janeiro-RJ: Boitempo, 2011.

MARX, Karl. El Capital. Volumen I. México: Fondo de Cultura Económica. 1973.

MEJÍAS S. YOERQUIS, DUANY M. ORGEL. J, TOLEDO F. ANA. M. Cuba y la cooperación Solidaria en la formación de médicos del Mundo. Revista Educación Médica Superior. 24 (1), P. 76-84, 2010.

MEYER, J.-B. Network approach versus brain drain: lessons from the diaspora. International Migration 39 (5): Special Issue 2, 2001.

MEYER. Jean-Baptiste y WATTIAUX. Jean, Paul. Diaspora knowledge networks: vanishing doubts and increasing evidence. International Journal on Multicultural Societies. Vol. 8. N. 1, P. 4-24, 2006.

MEYER. Jean-Baptiste y BROWN. Mercy. Scientific Diasporas: a New Approach to the brain drain. Hungary. UNESCO-ICSU. Discussion Paper N. 41, 1999.

MEYER. Jean-Baptiste. Back to the future? Brain drain and the diaspora option in Latin America. OECD Seminar on Latin America and International Migration, Santiago de Compostela, Spain, 2005.

MINISTERIO DE SALUD. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Mais Médicos- Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2015.

MIWAGIUA, K. Scale economies in education and the brain drain problem. Internacional Economic Review, vol. 32 (3), P, 743-759, 1991.

MOGHADDAM, F.M., TAYLOR, D.M. y WRIGHT, S. C. Social Psychology in cross-cultural perspective. New York: W.H. Freeman and Co. Pub, 1993.

MONDOL, L. Lenin. Políticas públicas migratorias: consideraciones preliminares para su discusión. En: ZURBRIGGEN, Cristina y MONDOL, Lenin (Coordinación). Estado actual y perspectivas de las políticas migratorias en el MERCOSUR. Uruguay: FLACSO, 2010.

MONJE VARGAS, J. A. Salud de exportación. Economía política del conocimiento, cooperación internacional y modelos alternativos de desarrollo desde la salud pública cubana. Buenos Aires: CLACSO, 2014.

MORALES RIGAU, José Manuel et al. Homicidio en la provincia de Matanzas. 1989 al 2016. Rev.Med.Electrón., Matanzas , v. 39, n. 3, p. 541-551, jun. 2017. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242017000300012&lng=es&nrm=iso>. Consultado 02 marzo de 2019.

MORLINO, Leonardo. Problemas y opciones en la comparación. In: SARTORI, Giovanni; MORLINO, Leonardo (Comp.). La comparación en las Ciencias Sociales. Madrid: Alianza, 1994.

MOUNTFORD, A. W. Can a brain drain be good for growth? Center Discussion Paper; Vol. 1995-8. Center For Economic Research. Tilburg University, 1995.

NATIONAL SCIENCE FOUNDATION/SCIENCE RESOURCES STUDIES. Science and Engineering Indicators. Arlington, VA, 1998.

NISBET, R. Historia de la idea de progreso. Barcelona: Gedisa, 1981.

OECD. International Movements of the Highly Skilled. Occasional Papers No 3, 1997.

OIT. 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. Consultado en septiembre de 2018, (2003).

OIT. 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. Consultado en septiembre de 2018, (2018).

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

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

OMS. Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional. Disponible em: http://www.who.int/workforcealliance/20090521_Kampala_Sp.pdf, Consultado en septiembre de 2018, (2008).

OMS. 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. Consultado en septiembre de 2018, (2010).

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. La OIT y la Cooperación SUR-SUR. Perú. Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe, 2014.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cooperación Sur-Sur: Experiencia de la Cooperación Triangular entre el Gobierno de la República Argentina y la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Argentina. OPAS-Ministerio de Relaciones Exteriores Comercio internacional y culto, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Datos estadísticos Programa Más Médicos para el Brasil, 2017.

ORTIZ ALBIL, J. CTT-CSS Cuadernos Técnicos de Trabajo sobre Cooperación Sur-Sur. Vol. 1. Programa Iberoamericano para el Fortalecimiento de la Cooperación Sur – Sur (PIFCSS). San Salvador, 2016.

OSORIO, J. Fuente y tendencias de la teoría de la dependencia. En: Marini Rui Mauro y Millán Mágina. La Teoría Social Latinoamericana. Tomo II, Subdesarrollo y Dependencia. México: El Caballito S.A, 1994.

PADILLA A. M. (ed.) Acculturation: Theory, models and some new findings. Boulder, CO: Westview, 1980.

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.

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública, 29 (10), P. 1927-1953, 2013.

PAREKH, Bhikhu. Repensando el multiculturalismo: diversidad cultural y teoría política, Madrid: Istmo, 2005

PARSONS T. El sistema social. Madrid: Espasa-Calpe, 1975.

PELLEGRINO, Adela. La migración calificada en América Latina. Ponencia presentada al Encuentro Iberoamericano sobre Migración y Desarrollo, Secretaría General Iberoamericana (SEGIB), Madrid, 18 y 19 de julio, 2006.

PERU. Ministerio de Salud. Convenio de cooperación técnica entre Perú y Cuba data desde 1999, de 08/04/2014. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe. Consultado en agosto de 2018, (2014).

PETROFF, Alisa. Las trayectorias laborales de los inmigrantes rumanos cualificados en Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. Tesis doctoral, 2013.

PIKKETY, T. El capital en el siglo XXI. España: Fondo de Cultura Económica, 2014.

PIRES, Rui Pena. Uma teoria dos processos de integração. Sociologia, Problemas e Práticas. Lisboa. ISSN 0873-6529. 30. P. 9-54, 1999.

PIZARRO J., CANO V. y CONTRUCCI M. Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional. CEPAL. Series de Población y Desarrollo. Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, 2014.

PNUD. Desarrollo humano. Informe 1990. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1990.

PNUD. Informe sobre desarrollo humano 2009. Superando barreras: movilidad y desarrollo humanos. Nueva York: Consolidated Graphics, 2009.

PORTES, A y RUMBAUT. Legacies: The story of immigrant second generation. University of California Press, 2001.

PORTES, A. Children of Immigrants: Segmented Assimilation and its determinants. En: Alejandro Portes (Ed): The economic Sociology of immigrants. Nueva York: Russell Sage Foundation, 1995.

PORTES, A. Teoría de inmigración para un nuevo siglo: problemas y oportunidades. En: F. MORENTE (Ed.), Cuadernos étnicas. Inmigrantes, claves para el futuro inmediato. Jaén: Cruz Roja-Universidad de Jaén. 25-60, 2000.

PREBISCH, Raúl. El desarrollo económico de la América Latina y algunos de sus principales problemas. Santiago de Chile: CEPAL, 1962.

PRECIADO CORONADO, J. La nueva gramática democrática frente a la integración 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, 2014.

QUIJANO, A. El nuevo imaginario anticapitalista. En HOETMER Raphael (Coordinador). Repensar la política desde América Latina. Cultura, Estado y movimientos sociales. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Fondo editorial de la Facultad de Ciencias Sociales y Programa democracia y transformación global, 2009.

RAGIN, Charles. The comparative method: moving beyond qualitative and quantitative strategies Berkeley: University of California, 1989.

RETORTILLO, et, al. Inmigración y modelos de integración: 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), P. 123-139, 2006.

RIBEIRO, Darcy. Las Américas y la civilización. Río de Janeiro: ECB, 1970.

RIBEIRO, G. L. Post-Imperialismo. Para una discusión después del Post-colonialismo y del multiculturalismo. En MATO, D. (Organizador). Estudios Latinoamericanos sobre cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización, Buenos Aires: CLACSO, 2001.

RIQUELME, H. La medicina nacionalsocialista: ruptura de cánones éticos en una perspectiva histórico-cultural. Polis, 10. Disponible en: <http://polis.revues.org/7572>. Consultado en abril de 2018, (2005).

RODRÍGUEZ-RAGA, J y SELIGSON, MITCHELL A. Parte II: Estado de derecho, criminalidad, delincuencia, corrupción y sociedad civil. Cultura Política de la democracia en Colombia, 2010. Bogotá: USAID, Barómetro de las Américas, Universidad de los Andes, LAPOP, Vanderbilt University, 2010.

SACHS, W. Dicionário do desenvolvimento. Guia para o conhecimento como poder. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1992.

SALAMA, P. Informe sobre la violencia en América Latina. Revista de Economía Institucional. Vol, 10, No 18, P. 81-102, 2008

SALT, J. Migration process among the highly skilled in Europe. International Migration Review, 26 (2), P. 484-505, 1992.

SANCHEZ, A, J. M. La biología humana como ideología: el racismo biológico y las estructuras simbólicas de dominación racial a fines del siglo XIX. Theoria ,61, P. 107-124, 2008.

SANTANA I. M y MARTÍNEZ C. E. La solidaridad médica cubana desde la perspectiva del programa integral de salud, 1998-2010. Documento disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spi/vol03_1_12/spi032013.htm. Consultado en mayo de 2018. (2017).

SANTOS, Miriam. Os estudos históricos sobre a imigração no Brasil. Em: FERREIRA, Ademir et. Al. (Org.). A experiência migrante. Entre deslocamentos e reconstruções. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

SANTOS, T. Imperialismo e dependência. Fundación Biblioteca Ayacucho, 2004.

SANTOS, TEOTÔNIO DOS. América Latina: democratização e ajuste estrutural. Grupo de Estudo sobre Economia Mundial, Integração Regional y Mercado de Trabalho. Textos para Discussão, Série 1 N° 23, 2002.

SARDENBERG, L.F. Panorama da diplomacia médica cubana na América do Sul. Brasília: Universidade Católica de Brasília. Escola de Negócios. Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Relações Internacionais e Diplomáticas da América do Sul, 2015.

SARMIENTO, EDUARDO. Alternativas ante la encrucijada neoliberal. Bogotá: Editorial Ecoe, 1998.

SASSEN, S. Expulsiones. Brutalidad y complejidad en la economía global. Madrid: Katz, 2015.

- SASSEN, S. *The Global City*. Princeton-New Jersey: Princeton University Press, 1991.
- SAXENIAN, A. *From Brain Drain to Brain Circulation: Transnational Communities and Regional Upgrading in India and China*. Disponible en: <http://people.ischool.berkeley.edu/~anno/Papers/scid-2005.pdf>. Consultado en junio de 2015, (2005).
- 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.
- SCHIFF, Maurice. *Brain Gain: claims about its size and impact on welfare and Growth are greatly exaggerated*. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTINTERNATIONAL/Resources>. Consultado en mayo de 2015, (2005).
- SCHOORL, J. *Information needs on stocks of migrants for research on integration*. UNECE/Eurostat Seminar on Migration Statistics. Working Paper n. ° 5 Rev. 1, 2005.
- SIMMEL, G. *La filosofía del dinero*. Madrid: Centros de estudios constitucionales, 1977.
- SIMMEL, G. *El individuo y la libertad. Ensayos de crítica de la cultura*. España: Ediciones Península, 1986.
- SMITH, P.B. y BOND, M.H. *Social Psychology across cultures*. London: Prentice Hall, 1999.
- SONATI, J.G.; VILARTA, R.; SILVA, C.C. *Influências culinárias e diversidade cultural da identidade brasileira: Imigração, Regionalização e suas Comidas. Qualidade de Vida e Cultura Alimentar*. 1ª ed. v.1, Campinas: IPES, p.137-147, 2009.
- STARK, O. *Rethinking the brain drain*. *World Development*, vol. 32 (1), P. 15-22, 2004.
- SUNKEL, Oswaldo. *El subdesarrollo Latinoamericano y la teoría del desarrollo*. México: Siglo XXI, 1973.
- TAYLOR, Charles. *El multiculturalismo y la "política del reconocimiento"*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica. 1993.
- TEXIDO, Ezequiel y GURRIERI, Jorge. *Panorama migratorio de América del Sur*. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones, 2012.
- TILLY, Charles. *Big structures, large processes, huge comparisons*. New York: Russel Sage, 1984.

TOURAINÉ, Alain. ¿Podremos Vivir juntos? Iguales y diferentes. México. Fondo de Cultura Económica, 1997.

TUBINO, Fidel. Interculturalizando el multiculturalismo. Barcelona: Monografías CIDOB, 2003.

TUNG, R. L. Brain Circulation, Diaspora, and international competitiveness. *European Management Journal*, P. 298 – 304, 2008.

URIBE UREGUI, Rafael. Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTDP). Bogotá: Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, 2009.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. Antecedentes de cooperación entre los gobiernos de Cuba y Uruguay, de 12/02/2012. Disponible en: <www2.msp.gub.uy. Consultado noviembre de 2018, (2012).

VERDUM, Ricardo. El indigenismo brasileño en tiempos de multiculturalismo. *Alteridades*, México, v. 18, n. 35, p. 33-46, jun. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo>. Consultado en febrero de 2018, (2008).

VERTOVEC, S. Circular Migration: the way forward in global policy? Disponible en: <http://www.imi.ox.ac.uk/pdfs/wp4-circular-migration-policy.pdf>. Consultado en mayo de 2015, (2007).

WALLERSTEIN, I. The development of the concept of development. The politics of world-economy. The states, the movements and the civilizations. Cambridge University Press, 1984.

WALLERSTEIN, I. ¿Hacia dónde se encamina el mundo? En HOETMER Raphael (Coordinador). Repensar la política desde América Latina. Cultura, Estado y movimientos sociales. Lima. Universidad Mayor de San Marcos. Fondo editorial de la Facultad de Ciencias Sociales y Programa democracia y transformación global, 2009.

WARD, C. Acculturation. En: D. LANDIS y R. BHAGAT (eds.), *Handbook*, 1996.

WARD, C., BOCHNER, S., y FURNHAM, A. *The psychology of Culture Chock*. East Sussex: Routledge, 2001.

WIRTH, Louis. El urbanismo como forma de vida. En: *antología de sociología de urbana*. México: UNAM, 1925

YUN-CHUNG, C. The limits of brain circulation: Chinese returnees and technological development in Beijing. Disponible: <http://www.cctr.ust.hk/articles/pdf/WorkingPaper15.pdf>. Consultado en mayo de 2015, (2007).

ZAMORA, García, Rodolfo. Economía, migración y políticas migratorias en Sudamérica. En: GAINZA, Patricia. Políticas migratorias e integración en América del Sur. Realidad del acceso a derechos políticos, económicos, sociales y culturales de las personas migrantes. São Paulo Brasil. Espacio sin fronteras. Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC), 2013.

ZARZA, M. J., y SOBRINO, M. I. Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: una revisión bibliográfica. *Anales de Psicología* 23 (1), P. 72-84, 2007.

ZURBRIGGEN, Cristina y MONDOL, Lenin (Coordinación). Estado actual y perspectivas de las políticas migratorias en el MERCOSUR. Uruguay. FLACSO. 2010.