



universität
wien

DISSERTATION

Titel der Dissertation

De prácticas y saberes médicos:
la inserción de egresados de la Escuela Latinoamericana
de Medicina en Uruguay y Chile

Verfasserin

Mag.^a phil. Natalia Picaroni Sobrado

angestrebter akademischer Grad

Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 784 307

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt:

Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin / Betreuer:

Prof. Dr. Elke Mader / Prof. Dr. Ernst Halbmayer

Agradecimientos

Muchas personas participaron y contribuyeron durante más de ocho años a este trabajo de las maneras más diversas; nombrarlas a todas resultaría muy extenso. Quiero que cada una reciba nuevamente mi gratitud a través de dos:

a Mateo, por compartir su llegada; a Juan Pablo, por compartir su partida.

Contenido

1. Introducción	11
1.1 Problematicación: abordaje, acercamiento y construcción de la temática	12
1.2 Fundamentos teórico-metodológicos	19
1.3 Investigaciones sobre el proyecto ELAM	27
1.4 Reconocimiento-desconocimiento del proyecto ELAM	29
1.5 Estructura del trabajo	32
2. Metodología	35
2.1 Situacionalidad espacio-temporal	37
2.2 Selección de contextos y definición de actores significativos	38
2.3 Metas y métodos	40
2.4 El doctorado como posibilidad de experimentación	44
3. El sistema de salud cubano, la cooperación internacional y el proyecto ELAM	47
3.1 El sistema de salud cubano y la cooperación internacional	48
3.2 El Proyecto ELAM	76
3.3 El Programa Integral de Salud y el Proyecto ELAM en el tiempo	88
4. La estructuración de una forma de ser/hacer en medicina	97
4.1 Estudiar medicina en el marco del proyecto ELAM	101
4.2 Estudios de posgrado o de no tan ordinarios glóbulos rojos	109
4.3 Aspectos destacables de la formación y su actualización en los contextos de inserción	112
5. La inserción en Uruguay y Chile o el encuentro entre maneras diferentes de ser/hacer	139
5.1 De rincones y recovecos: los contextos de investigación, el sector salud y los médicos de la ELAM	143
5.2 “Acá se hace así”: el peso de las costumbres ocupacionales y condiciones institucionales en el trabajo médico o de las posibilidades y limitaciones del encuentro entre maneras de ser/hacer	175
5.3 Médicos de la ELAM en zonas apartadas: posibilidades y limitaciones de la atención primaria	207
6. De ida y vuelta a ninguna parte: reflexiones finales	249
7. Fuentes	259
7.1 Bibliografía	259
7.2 Fuentes electrónicas	275
7.3 Fuentes audiovisuales	280
7.4 Figuras	280
Anexo I: Estudiantes egresados de la ELAM que participaron en esta investigación	281
Anexo II: Resumen	282
Anexo III: Zusammenfassung	284
Anexo IV: Curriculum Vitae	288

Nota sobre la citación del material empírico:

Utilizo las siguientes abreviaciones: e/i: entrevista individual; e/g: entrevista grupal; c/e: comunicación escrita; n/c: notas de campo. Eo: médico egresado de la ELAM; Ea: médica egresada de la ELAM.

Utilizo los códigos “EaNúmero” y “EoNúmero” para los médicos egresados de la ELAM; los número refieren a un orden aleatorio en el padrón estadístico. El material que se cita sin referencias está registrado en las notas de campo que incluyen protocolos de conversaciones informales; las notas de campo se citan específicamente sólo cuando importa el año.

De todas las demás personas citadas se aportan las referencias que se consideran necesarias en el texto, cuando una misma persona se cita más de una vez se indica que fue anteriormente citada y dónde. Las citas son anónimas porque no fue posible autorizar el uso de cada una de ellas. Las citas de personas que son fácilmente reconocibles fueron autorizadas por el autor.

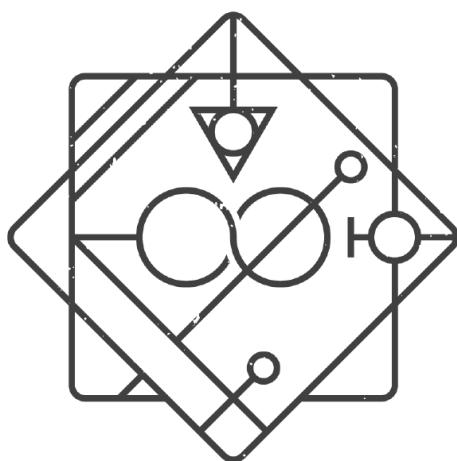
Cuando trabajos en otro idioma distinto al español se citan en español, la traducción es mía, cuando se utilizan comillas es para indicar que es una traducción más o menos exacta.

Nota sobre el uso del género lingüístico

En este trabajo utilizo el género masculino para referirme a todos los géneros. Otras variantes alargan o entorpecen la lectura de un trabajo de estas dimensiones, sobre todo para quienes no tengan el español como lengua materna. De todas maneras, cuando hablo de los estudiantes, los médicos, ellos, etc debe entenderse siempre como incluyendo todos los géneros.

Abreviaturas usadas en esta tesis

ALBA	Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América
ALCA	Área de Libre Comercio de las Américas
ALUR	Alcoholes del Uruguay S.A.
APS	Atención Primaria de Salud
ASOFAMECH	Asociación de Facultades de Medicina de Chile
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado (Uruguay)
BID	Banco Interamericano del Desarrollo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
EEUU	Estados Unidos de América
ELAM	Escuela Latinoamericana de Medicina
EUNACOM	Examen Nacional Único de Conocimiento
FEU	Federación de Estudiantes Universitarios (Cuba)
FEUU	Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (Uruguay)
FONASA	Fondo Nacional de Salud (Chile)
GES	Garantías Explícitas en Salud (Chile)
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional (Chile)
MGI	Medicina General Integral
MINEDUC	Ministerio de Educación (Chile)
MNT	Medicina Natural y Tradicional
MMH	Modelo Médico Hegemónico
MINSAL	Ministerio de Salud (Chile)
MINSAP	Ministerio de Salud Pública (Cuba)
MSP	Ministerio de Salud Pública (Uruguay)
OCLAE	Organización Latinoamericana y Caribeña de Estudiantes
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PESPI	Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (Chile)
PIS	Programa Integral de Salud (Cuba)
SEREMI	Secretaría Ministerial (Chile)
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud (Uruguay)
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud (Chile)
UDELAR	Universidad de la República (Uruguay)
UTAA	Unión de Trabajadores Azucareros de Artigas (Uruguay)



No confundir las moscas con las estrellas:
oh la vieja victrola de los sofistas.
Maten, maten poetas para estudiarlos.
Coman, sigan comiendo bibliografía.

Libros y libros, libros hasta en las nubes,
pero la poesía se escribe sola.
Se escribe con los dientes, con el peligro,
con la verdad terrible de cada cosa.

No hay proceso que valga, ni teoría,
para parar el tiempo que nos arrasa.
Vuela y vuela el planeta, ¿y el muerto?: inmóvil,
¡y únicamente el viento de la Palabra!

Qué te parece el disco de los infusos:
páginas y más páginas de cemento.
Que entren con sus guitarras los profesores
y el originalista de quince dedos.

Ése que tiene el récord y anda que te anda
descubriendo el principio de los principios.
El alfabeto mismo le queda corto
para decir lo mismo que estaba dicho.

Y al que le venga el cuero que se lo ponga
antes que lo dejemos feo y desnudo.
Bajarse del caballo. La cosa empieza
por el ser más abstracto. O el más abstruso.

Dele con los estratos y la estructura
cuando el mar se demuestra pero nadando.
[¿]Siempre vendrán de vuelta sin haber ido
nunca a ninguna parte los doctorados[?].

Fragmento del poema de **Gonzalo Rojas Victrola Vieja** (1999:135-136)
como indica el parentesis el signo de interrogación es mío

I

Introducción

Frente a la insistencia de que esto es una realidad, que estamos en estos países latinoamericanos recibiendo ese capital de recurso humano formado en la ideología, en la línea, en la que en definitiva tenemos que solucionar los problemas de salud de toda la región, resulta que esto es algo absolutamente desconocido. [...] Hay que difundir la realidad de que ya hay un montón de recursos capacitados y difundir lo que ellos hacen en la práctica y, en definitiva, el producto que generan; porque es hora de que esto se empiece a ver con respeto.

Delfina Pires (e/i 2007)

En este trabajo abordo desde la antropología la inserción de médicos formados en un proyecto de cooperación internacional en Cuba en el sector salud de dos países beneficiarios: Uruguay y Chile. En ese proceso la manera de ser/hacer estructurada a partir de la formación médica y la experiencia de vida en el proyecto Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) se encuentra con las estructuradas localmente. El proceso de inserción puede ser entendido como encuentro entre formas diferentes de pensar y actuar como médicos o de ser/hacer en medicina y constituye un campo privilegiado para la investigación de algunos de los procesos que más interesa analizar desde la antropología. Para ello seleccioné espacios concretos de inserción de egresados de la ELAM. En primera instancia, a partir de un recorte nacional considerando que el ejercicio de la medicina tiene un componente nacional sustancial en relación a habilitaciones, regulaciones, programas, guías sanitarias, infraestructura, financiamiento así como en las denominaciones, creencias y costumbres que influyen en el trabajo médico. Y, en segunda instancia, a partir de un recorte temático que refiere al registro etnográfico de experiencias puntuales de inserción en atención primaria de salud en zonas apartadas.

En esta introducción corresponde, primero, explicitar la base epistemológica de este trabajo y mi situacionalidad como investigadora ya que considero que ésta es una de las principales garantías que podemos brindar respecto de la seriedad y confiabilidad del trabajo etnográfico. Presento entonces la problematización de la temática a partir del proceso de

acercamiento académico y personal a la misma y el recorte metodológico realizado y resumo los principales presupuestos teórico-metodológicos que fundamentan mi abordaje. En segundo lugar, presento al proyecto ELAM como campo de estudio antropológico a través de un breve panorama de las principales investigaciones y publicaciones existentes y discuto el proceso de reconocimiento-desconocimiento que identifico tanto en la academia como a nivel social general que motiva algunas decisiones tomadas en la elaboración de esta tesis. Finalmente, presento y fundamento su estructura.

1.1 Problematicación: abordaje, acercamiento y construcción de la temática

En 1999 se inicia en Cuba el proyecto ELAM, un proyecto de formación de médicos financiado a través del presupuesto del sistema nacional de salud cubano como parte de sus actividades de cooperación internacional. Desde entonces, anualmente, entrega unas 1.500 becas a jóvenes egresados de la enseñanza secundaria de países latinoamericanos, caribeños, algunos africanos, de EEUU y a partir de 2008 también de Asia, el Pacífico y Medio Oriente. Las becas son gratuitas e incluyen todo lo necesario para completar la formación médica con dedicación completa. La formación comienza con uno o dos semestres de estudios preuniversitarios de nivelación, y de idioma para quienes no tienen el español como lengua materna. Después se ingresa a los estudios universitarios de Medicina (seis años) que se rigen por el Plan de Estudios de Medicina vigente en Cuba. El curso de nivelación y los dos primeros años de Medicina se desarrollan en una facultad especialmente creada para el proyecto a la que concurren sólo sus estudiantes. Para cursar los restantes cuatro años cada estudiante es asignado a una Facultad de Medicina en la cual completa su formación junto a los estudiantes locales.

El objetivo del proyecto es que sus graduados se inserten en los países beneficiarios y allí aporten a la atención sanitaria de las personas y grupos que encuentran mayores impedimentos para el ejercicio de sus derechos, en particular a la salud y la vida¹. Se asume que a través del trabajo a nivel de atención primaria de salud pueden contribuir a transformar esta situación. Los criterios para otorgar las becas favorecen, en primera instancia, a jóvenes de zonas apartadas y/o conjuntos sociales discriminados.

Hasta 2012 egresaron más de 12.000 Médicos Generales. Más de 3.000 de ellos habían completado también el posgrado de Medicina General Integral (MGI) (Medicina Familiar) que implica nueve años de formación médica entre quienes unos 800 tenían además otro posgrado médico completo, llegando así a 12/13 años de formación. Para poder ejercer su profesión fuera de Cuba deben obtener la habilitación requerida en cada país. Este proceso implica homologar sus credenciales académicas a la de los médicos formados en las universidades locales². En general gremios y corporaciones médicas se han opuesto a la homologación aunque también algunas universidades y gremios, o parte de los mismos, y algunos gobiernos la han promovido. Actualmente, en más de 32 países de la región trabajan médicos formados en el proyecto ELAM (Aguilar et al. 2010:Online).

1. No todos los egresados pueden regresar a sus países de origen: situaciones de violencia en los países beneficiarios (conflictos armados, golpes de estado) han retrasado, dificultado o impedido el regreso de algunos. Por otra parte, razones personales, como la conformación de una familia, llevan a algunos a radicarse en Cuba.

2. Al momento de la primera graduación en 2005, EEUU era prácticamente el único país beneficiario que tenía un sistema bien establecido para la homologación más o menos masiva de títulos médicos de universidades extranjeras.

Todas las investigaciones de investigadores no cubanos sobre el proyecto proponen que se trata de una manifestación o proceso contrahegemónico, es decir que tiene el potencial de transformar las formas de pensar y actuar hegemónicas, aunque no necesariamente en estos términos. Los análisis subrayan aspectos que difieren de las prácticas dominantes y plantean que pudieran/debieran ser implementados por otros actores del campo de la cooperación internacional, en especial, instituciones del país del investigador o del norte global³ para quienes aspectos de la cooperación internacional cubana o del proyecto ELAM deberían funcionar como ejemplo.

Sin desestimar estas propuestas mi perspectiva es diferente. Considero necesario tener en cuenta la historicidad de los procesos hegemónicos/contrahegemónicos lo que implica colocar los aspectos contrahegemónicos en una perspectiva de continuidad/discontinuidad respecto de las maneras de pensar y actuar hegemónicas. La formación de médicos en el proyecto ELAM manifiesta continuidad respecto de representaciones y prácticas que desde comienzos de los 60' fueron ganando hegemonía en Cuba articuladas con propuestas impulsadas por muy diversos actores (desde organizaciones de base hasta organismos internacionales) que encontraron en el marco de la construcción y mantenimiento de un sistema de salud único, de acceso universal y no orientado al lucro incluido en un sistema social que garantiza universalmente derechos económicos y sociales, condiciones de aplicación que no tuvieron en otros contextos. Son propuestas aceptadas internacionalmente, por ejemplo las sintetizadas en el concepto de “atención primaria integral” en Alma Atta, la meta “Salud para todos” de la OMS o las propuestas de promoción y prevención resumidas en la Declaración de Ottawa. En la mayoría de los contextos sólo es posible una aceptación discursiva dado que ponerlas en práctica implicaría transformaciones estructurales y socioculturales profundas que no pueden ser asumidas ni impulsadas por los actores responsables de aplicarlas. Además, en muchas oportunidades la aceptación/apropiación discursiva conlleva un vaciamiento del contenido crítico. Un ejemplo, suficientemente documentado es el paradójico efecto que tuvo la aceptación de la atención primaria a partir de la reunión en Alma Ata en 1978 por parte de la mayoría de los gobiernos latinoamericanos en un momento en que la ideología y práctica neoliberal (con sus ajustes estructurales y desregulaciones) se imponían violentamente en la región⁴.

Desde esta perspectiva, el proyecto ELAM y, particularmente, la inserción de los médicos en los países beneficiarios –que constituye el foco de este trabajo– aparece como un espacio privilegiado para observar por lo menos dos procesos centrales para la antropología. El primero tiene que ver con que los procesos y las condiciones sociales son resignificados como aspectos técnicos en el marco de los saberes profesionales, en este caso del saber médico. Los saberes técnicos (profesionales y científicos) expresan condiciones sociales, culturales, económicas y político-ideológicas de las sociedades en las cuales se constituyen y a las que constituyen. Se trata de un proceso propio de todas las sociedades y saberes. Este reconocimiento es posiblemente uno de los mayores aportes de la antropología. Por un lado, permite analizar las representaciones y prácticas de los conjuntos sociales en distintos contextos socioculturales a partir de los saberes técnicos. Por otro, abre la posibilidad de colocar analíticamente en un plano horizontal los distintos saberes que se manejan en una misma sociedad y entre sociedades o contextos socioculturales, cuestionando los procesos ideológicos que a priori otorgan mayor validez a unos que a otros. Esto es fundamental

3. En este trabajo los términos norte/sur global se utilizan para asuntos de cooperación y desarrollo internacional para los cuales este tipo de divisiones son útiles a pesar de ser problemáticas.

4. El devenir de la atención primaria es un proceso estudiado por la antropología médica que incluso forma parte de libros introductorios (cfr. Joralemon 1999) y puede considerarse conocimiento establecido. El movimiento de apropiación de la terminología crítica con vaciamiento, o transformación en sentido opuesto, de su contenido es documentado también extensamente en el campo del desarrollo y de las relaciones internacionales (cfr. Van der Velde 2006).

porque la imposición ideológica de la validez y verdad de un conocimiento y un modo de vida negando la de otros ha justificado la dominación, explotación, usurpación de la vida y del territorio de personas y grupos humanos⁵. Esa imposición se sustenta en una ideología de desigualdad, superioridad/inferioridad y estratificación social racista y clasista que está en la base de las empresas coloniales e imperiales, de los procesos de exterminio y genocidio y, en general, de la justificación y legitimación de las inequidades sociales⁶.

El segundo proceso de interés para la antropología al que nos acerca el estudio de la inserción de los egresados de la ELAM es la ya mencionada disociación entre el discurso y la acción, entre la aceptación o rechazo de ideas, conocimientos, propuestas a nivel discursivo y su negación práctica, y está íntimamente relacionado con lo anterior ya que la posibilidad de sostener a nivel discursivo concepciones que no sólo contradicen sino que incluso son incompatibles con las prácticas concretas y el sentido de la acción de los sujetos y conjuntos sociales, aporta a la construcción y mantenimiento del patrón de poder dominante⁷. No voy a analizar aquí este proceso⁸ pero interesa señalarlo en tanto indica la necesidad de buscar el significado concreto que en cada caso particular se le da a un término, una propuesta, un proceso en el contexto de las condiciones sociales en las que se desarrolla, quién lo promueve, con qué objetivo, y, sobre todo, cómo se maneja en la práctica, con qué sentido y orientación, dado que prácticamente cualquier proceso y concepto, inclusive los concebidos como cuestionamiento o crítica radical, puede ser apropiado, reorientado y utilizado por tendencias diferentes e inclusive opuestas (cfr. Menéndez 2009:193).

En este trabajo parto de una serie de presupuestos teórico-metodológicos y también de una postura filosófica, ética y política de rechazo a la inevitabilidad, necesidad u otro tipo de justificación del hecho de que la realización personal y grupal, la felicidad o la buena vida de algunas personas se sustente, directa o indirectamente, en negar a otras la posibilidad del buen vivir.

Como investigadora mi contacto con el proyecto ELAM comienza en el año 2006 a través de un trabajo de campo autogestionado de tres semanas de duración en Cuba realizado para un “módulo” del pregrado en Antropología referido a asuntos de cooperación para el desarrollo. En 1999 siendo estudiante de Psicología en Uruguay tuve noticia de que se ofrecían becas para estudiar gratuitamente en Cuba. En aquel momento –después de tres décadas

5. Respecto de “la necesaria superioridad” de los saberes que produce la sociedad liberal capitalista sobre todo otro saber como una de las dimensiones básicas (intrínsecas, indiscutidas, ideológicamente establecidas) de la idea de modernidad que se constituyó en eje central del desarrollo de las disciplinas científicas modernas ver, por ejemplo, Lander (2000).

6. Inequidades que implican que haya personas y grupos notoriamente más expuestos a sufrir abusos y vejaciones a su dignidad e incluso que esté seriamente comprometida la posibilidad misma de vivir de importantes sectores de la población mundial. Según datos aportados por la ONU en 2014 más del 30% de la población mundial vive en situación de “pobreza multidimensional” extrema, mientras más del 50% estaría en situación de “pobreza económica” y el 80% carecería de acceso a una “protección social integral” (PNUD 2014:3 y 22).

7. En la historia de la antropología se observa una oscilación entre tendencias que develan/encubren, denuncian/justifican, cuestionan/legitiman las relaciones asimétricas de poder que dan forma a la estructuración social dominante. En todo caso ha sido un proceso de interés para la disciplina y entre los aportes a su estudio la obra de Eric Wolf (1982) sigue siendo fundamental. Para este trabajo, se acepta la propuesta sobre la “colonialidad del poder” elaborada en sucesivos trabajos por Anibal Quijano (1992, 1998, 2000, 2000a, 2000b, 2007, 2009, 2010) que considera a la colonialidad desplegada a partir de los inicios de la expansión europea en el siglo XV, en las diversas formas que desde entonces ha tomado, una referencia fundamental para la constitución del patrón de poder actual. Vuelvo sobre esto más adelante.

8. Ha sido estudiado por buena parte de los trabajos sobre colonialismo en América Latina (cfr. Castro-Gómez y Mendieta 1998, Lander 2000, Moraña et al. 2008). A pesar de las importantes objeciones que pueden hacerse a algunos de los autores de esta tendencia, considero que su argumentación es fundamental en tanto apunta a la imbricación de la modernidad con la violencia colonial como factor constitutivo e inseparable de la misma y del mundo actual.

de empobrecimiento y agudización precipitada de las desigualdades sociales, de recorte de todo tipo de garantías socioeconómicas y libertades políticas en la mayoría de los países de la región– para mí, como para muchos otros jóvenes resultaba enormemente atrayente una beca total y gratuita para estudios universitarios. Sin embargo, decidí no solicitarla. Al año siguiente, viajé a La Habana para un congreso y conocí a estudiantes de la ELAM. Poco después emigré a Austria y no tuve mayor contacto con el tema hasta que en el año 2005 mi hermano solicitó y recibió una beca para la ELAM. En ese momento me encontraba cursando el ya mencionado módulo de cooperación internacional por lo que su participación en el proyecto reavivó mi interés y, luego, él me apoyó en las gestiones para concretar el primer trabajo de campo en la ELAM.

A partir de esa experiencia decidí tomar el proyecto como tema de tesis para el Magister en Antropología para lo cual desarrollé cuatro meses de trabajo de campo en Uruguay en el año 2007. La selección de este país tuvo que ver con mi interés personal pero también con características que hacían de la recepción de médicos formados en la ELAM una temática relevante así como con consideraciones teórico-metodológicas como que mi conocimiento del contexto era suficiente para buscar respuestas a las preguntas de investigación en un tiempo reducido. Por un lado, había nacido y vivido durante 20 años en ese país. Además mi madre y padre son médicos y mis dos hermanas estudiaban en la Facultad de Medicina local. Esto me posibilitaba –al igual que en Cuba la participación de mi hermano en el proyecto– distintos puntos de contacto y orientación en relación a la temática; en primer lugar, para el reconocimiento de los actores significativos y también por el “acceso directo” –a través de la observación de sus representaciones y prácticas cotidianas– a lo que conformaba el sentido común de las instituciones en las que se desarrollaba cada uno. Finalmente, mi socialización en el medio médico local incluía el manejo de un lenguaje más o menos específico, por lo menos respecto de las instituciones y actores del sector salud, y una cierta ventaja para el reconocimiento de posiciones ideológicas en las representaciones y prácticas de esos actores.

Por otro lado, esto requería un trabajo reflexivo muy importante para el cual podía apoyarme en tres factores: (1) el distanciamiento que significaban mis siete años de vida y formación en Austria, (2) la oportunidad de reconocimiento de mis presupuestos socioculturales y prejuicios que representaron y (3) algunas herramientas adquiridas fundamentalmente en mis acercamientos a la Psicología –como la triangulación, el registro de mis reacciones emocionales, psíquicas, físicas hacia personas o situaciones y de las generadas por mi– que aplicadas a la investigación antropológica permitían, por ejemplo, contextualizar lo dicho y determinar qué material tenía un potencial explicativo confiable. Lo evidente de mi implicación personal con la temática me impulsó a ir generando desde el comienzo mecanismos para controlar su influencia en los distintos niveles, desde la producción de datos etnográficos hasta el análisis que procuré y sigo procurando profundizar.

En cuanto a las características que hacían del impacto del proyecto ELAM un tema de interés local destaca que en ese momento el país contaba con una única institución formadora de médicos de la que se graduaban unos 350 médicos por año⁹. En las dos primeras graduaciones de la ELAM habían egresado 99 médicos uruguayos que representaban un porcentaje significativo de los médicos recién graduados en el país, por lo que desde una perspectiva cuantitativa era un tema relevante y, al mismo tiempo, relativamente abarcable en un trabajo de campo breve. Además, comenzaba a implementar una reforma del sistema de salud que pretendía potenciar la atención primaria y se postulaba como uno de sus obstáculos fundamentales la carencia de profesionales formados con esa orientación, que es precisamente el tipo de profesionales que forma la ELAM.

9. El promedio en los 11 años previos a mi investigación fue de 355 graduados por año. El nivel de ingresos se había mantenido por lo que era previsible que el nivel de egresos se mantuviera por lo menos en los ocho años siguientes (cfr. UDELAR 2013). La ELAM, por su parte, otorgó a partir de 1999 unas 50 becas anuales en ese país.

Mi primer acercamiento etnográfico al impacto del proyecto asumía que sería significativo sobre todo a nivel individual y del grupo doméstico de cada egresado. Las perspectivas teóricas que conocía justificaban un alto grado de escepticismo respecto de la posibilidad de que un proyecto de cooperación internacional manifestara en la práctica un impacto concordante con su objetivo general. En este caso que los médicos contribuyeran a mejorar la situación de salud y de vida de conjuntos sociales subalternos¹⁰. Sin embargo, en el trabajo de campo aparecía como dato fundamental una forma característica de pensar y actuar que se diferenciaba de la dominante en la biomedicina actual en aspectos significativos y se articulaba con manifestaciones locales de resistencia y contrahegemonía. El registro etnográfico de la labor de dos egresados de la ELAM a nivel de atención primaria en una zona apartada constituyó el centro del trabajo de campo que fue complementado con entrevistas y observación en otras. A partir del análisis de ese material postulé que la manera de pensar y actuar de estos médicos se estaba articulando con procesos que retomaban y ponían en práctica algunas críticas a la biomedicina hegemónica, sobre todo las articuladas en los 60' y 70' en torno a las propuestas de atención primaria integral. Su actuar evidenciaba un entendimiento de la salud como derecho humano, proceso social y bien colectivo. Su práctica articulaba la atención médica con procesos más amplios que escapan a lo que la asistencia médica puede abordar y requieren de la participación conjunta de una serie de actores y de la articulación del saber médico con otros saberes. Esta manera de pensar y actuar representaba una mejor base epistemológica, ética y filosófica para apoyar transformaciones positivas a nivel colectivo en el área de la salud (cfr. Picaroni 2008).

No se trata de que la misma sea exclusiva de este grupo de médicos sino que particularmente sus intereses sus puntos en común y articulaciones, reales y potenciales, con toda una línea de cuestionamiento y crítica. Reconocer, a un nivel de abstracción teórica, una forma hegemónica de pensar y actuar implica, simultáneamente, la existencia de otras formas subalternizadas (en la propia biomedicina, los saberes populares y la autoatención) y también de manifestaciones de resistencia y contrahegemonía. Éstas pueden encontrarse en tendencias teórico-metodológicas desarrolladas desde las ciencias médicas y sociales así como en propuestas de organizaciones sociales y en la práctica médica individual o grupal. En general, en relación a los médicos se observa que sus habilidades, experiencias y convicciones personales son determinantes para el desarrollo de estas manifestaciones y tendencias (cfr. Menéndez 2003:194). De manera que lo especialmente relevante en el caso de los graduados de la ELAM es que los aspectos de su manera de pensar y actuar que difieren significativamente de los hegemónicos –por ejemplo, la inclusión de las dimensiones socioeconómica, cultural y emocional en el abordaje médico o el posicionamiento más horizontal y simétrico frente a los pacientes– refieren de manera fundamental a su formación y no en primera instancia a sus posiciones y habilidades personales.

En resumen, en la formación en el proyecto ELAM identifiqué aspectos que resultan centrales para la estructuración de una manera de pensar y actuar que manifiesta diferencias significativas respecto de la actualmente hegemónica, y detenta un potencial para la articulación con propuestas de resistencia o contrahegemonía en los contextos de inserción en tanto en ellos se da un proceso de actualización de estos aspectos (ver capítulo 4). Una parte de ellos refiere a características del sistema de salud y educación cubano así como a la formación académica; otra a la experiencia de vida como estudiantes. Entre estos últimos destaca la convivencia bajo lo que un egresado define como “igualdad de oportunidades y condiciones”

10. Me refiero a la crítica postestructuralista y al análisis discursivo aplicado al desarrollo (cfr. por ej. Sachs 1992) así como a las tendencias dominantes en antropología aplicada que mostraban fuertes limitaciones referidas sobre todo a dos procesos: la burocratización y la tendencia a no incluir, ni siquiera a nivel discursivo, la causalidad de los fenómenos o procesos que pretendían combatir (cfr. por ej. Groves y Hinton 2004).

(Eo12, c/e 2007) con una diversidad importante de personas con trasfondos culturales, sociales, económicos, religiosos, políticos, ideológicos, étnicos, lingüísticos, territoriales muy heterogéneos. Algunos investigadores destacan que la ELAM es probablemente la Facultad de Medicina más grande del mundo (Kirk y Erisman 2009). Es también la más heterogénea y, a la vez, la que ofrece a sus estudiantes condiciones y oportunidades más equitativas de vida y desarrollo académico.

Entonces, en el proyecto ELAM pueden identificarse particularidades interesantes desde una perspectiva antropológica. Concretamente, la inserción de sus graduados en los países beneficiarios resulta relevante para una antropología de la salud¹¹, cuya pertinencia, siguiendo al antropólogo y médico Didier Fassin,

puede apreciarse al contemplar su capacidad de volver inteligibles los retos que sobrepasan el marco de lo que se ha convenido en llamar el sector de la salud. Puesto que si [...] la producción de la salud consiste en la traducción de las realidades sociales al lenguaje sanitario, lo que habría que detectar e interpretar son los efectos de sentido así constituidos. De hecho, estos efectos de sentido son tanto más importantes de estudiar por su tendencia a escapar del análisis mediante un doble mecanismo de opacidad. Por un lado, la salud parece siempre basarse en el consenso. En torno al cuerpo sufriente, la legitimidad de su intervención se presenta como una evidencia: ¿quién podría controvertir que se cuide a los enfermos o que se prevengan sus decesos? Por otro, la salud parece siempre asunto de especialistas. Sus discursos y sus dispositivos pretenden ofrecer soluciones técnicas para problemas concretos, independientemente de cualquier posición ideológica: ¿qué podrían hacer el ciudadano y con mayor motivo el antropólogo si son tan ajenos al saber biológico y medicinal? Es entonces a la vez contra la propensión compasiva y más allá de las apariencias técnicas que debe hacerse de la salud algo significativo. Estos mecanismos de ocultamiento no son nunca tan poderosos como cuando operan dentro de las relaciones internacionales o, más precisamente, en el despliegue local de programas globales (Fassin 2004:308).

El autor se refiere a cuestiones como la aplicación de programas contra la mortalidad materna a través de la institucionalización del parto y medidas de “planificación familiar” que tuvieron amplia aceptación internacional en la segunda mitad de los 80’ y evidenciaban una reducción de la salud a sus dimensiones biológica (referida a la reproducción) y cultural pensada en términos de obstáculos (Ibíd.:308-309). Sin embargo, considero que el despliegue local del proyecto ELAM en tanto programa global (si se acepta que una pequeña isla del Caribe pueda idear y poner en práctica iniciativas globales) representa un espacio privilegiado para hacer de la salud algo significativo y volver inteligibles los retos que sobrepasan el marco del sector salud pero que se expresan con notable claridad en él cuando se mira más allá de la propensión compasiva y de las apariencias técnicas. El despliegue local de este programa puede entenderse como un espacio de significaciones sociales que manifiestan las tensiones en las relaciones de cooperación o lucha, de complementación y competencia que enmarcan la definición y producción de la realidad actual y de las posibilidades futuras.

A partir de estas reflexiones elaboré un proyecto de tesis doctoral para continuar observando el trabajo médico en la zona del registro etnográfico inicial e incorporar otra: un

11. El campo de estudio antropológico dedicado a los procesos de salud/enfermedad/atención tiene profundas raíces en las distintas tradiciones antropológicas, sin embargo, se estableció como subdisciplina desde los 60’ en torno a la Medical Anthropology norteamericana. Entre las propuestas actuales de denominación, destaco la de una Antropología Sociocultural de la o las Medicinas –“Kultur- und Sozialanthropologie der Medizin(en)” (cfr. Dilger y Hadolt 2010)–, y la que apunta a una Antropología de la Salud (cfr. Fassin 2004). Ambas, enfatizan la superación de algunas reducciones identificadas en la Antropología Médica y la última gana cada vez más aceptación en América Latina aunque no es compartida por algunos de los referentes más destacados (cfr. Menéndez 2012: Online). Este trabajo no pretende situarse específicamente dentro de ninguna subdisciplina; utilizo ambos términos de manera más o menos intercambiable.

territorio indígena en el cual actuaran egresados indígenas de la ELAM¹². Primero porque egresados, estudiantes, docentes y trabajadores de la ELAM destacan la posibilidad de “conocer la realidad indígena del continente” como uno de los aspectos más valiosos del proyecto. El contacto con la heterogeneidad sociocultural americana significó para muchos un verdadero descubrimiento en el sentido de ver algo que había permanecido oculto. En segundo lugar, en el proyecto en sí la presencia de jóvenes indígenas fue ganando cada vez más visibilidad hasta ser definida como central. En tercer lugar, la relevancia actual de los movimientos indígenas en América y las discusiones antropológicas al respecto apoyaban esta decisión. Consideré que el territorio mapuche de Chile constituía un espacio apropiado por una serie de factores históricos, geográficos y socioculturales que garantizaban la comparabilidad y complementariedad del material etnográfico respecto del obtenido en Uruguay. En esta oportunidad un trabajo exploratorio de cuatro meses de duración en 2009 contribuyó a definir un lugar específico para la investigación y construir una base mínima de conocimiento contextual que posibilitara su desarrollo. Ese trabajo me llevó a Chiloé, un archipiélago en el sur del país y a los sectores rurales de Koñimo y Lamekura, donde se desarrolla un proyecto de salud comunitaria gestionado por una organización williche del que participan egresados de la ELAM.

La investigación en la cual se fundamenta esta tesis gira en torno al encuentro entre la manera de pensar y actuar como médicos característica de los egresados de la ELAM y la dominante en Uruguay y Chile, específicamente en Bella Unión y Chiloé, constituida localmente a partir de la interacción entre las instituciones formadoras de médicos, las instituciones sanitarias y los conjuntos sociales estratificados. En este encuentro, se expresan y actualizan los aspectos centrales de estas formas de ser/hacer así como las ideologías y condiciones sociales que las estructuran. Al mismo tiempo, representa un escenario de transformación en tanto implica adaptaciones, negociaciones, articulaciones que modifican la manera de ser/hacer de los egresados de la ELAM y tienen también el potencial de cuestionar y modificar las dominantes. Se procuró identificar aspectos que inhiben/potencian ese tipo de articulaciones y transformaciones colocando allí el foco del trabajo etnográfico¹³.

Finalmente, corresponde hacer referencia aquí al hecho de que este proyecto tuvo financiación durante tres años lo cual me permitió experimentar, conocer y reflexionar en torno al rol de la antropología observando distintas líneas de su desarrollo y manejo práctico presentes en los contextos de investigación y experimentando en torno a las posibilidades de

12. Utilizo el término “indígena” como denominación general para los grupos étnicos que trazan su presencia en el continente a las etapas previas a la conquista europea porque es el elegido por la mayoría de las personas con las que he trabajado. Para una revisión del significado de la primacía del término como articulador de identidades en torno a reivindicaciones socioculturales y políticas a pesar de su origen colonial ver Quijano (2005:Online). Soy consciente del efecto homogenizador que puede tener la utilización de éste u otro término para referirse a grupos profundamente heterogéneos. Sin embargo, es útil bajo tres condiciones: (1) aceptar como punto de partida esa heterogeneidad, (2) evitar referirlo a falsas dicotomías y (3) evitar la “ahistoricidad escencialista” que propone “la posibilidad de un sujeto social que persiste casi idéntico a sí mismo pese a los procesos económico-políticos e ideológicos dentro de los cuales constituye su subjetividad” (Menéndez 2001:14). Su uso aquí implica asumir que son grupos caracterizados por sus modificaciones históricas: “su ‘diferencia’ actual constituye una continuidad respecto del pasado precolonial o preimperialista que no es idéntica a la subjetividad precolonial o preimperialista” (Ibíd.).

13. Las preguntas de investigación se articularon en cinco niveles: (1) la manera de pensar y actuar de los egresados de la ELAM: cuáles son sus características fundamentales desde la perspectiva de los diferentes actores sociales significativos y desde una perspectiva antropológica; 2) las implicaciones de su práctica médica a nivel local, regional, institucional, comunitario, intersubjetivo: qué impacto tiene su trabajo, cómo lo perciben los distintos actores, qué procesos se relacionan con el mismo y cómo; 3) qué potencialidades y limitaciones para transformaciones positivas pueden reconocerse; 4) con qué procesos sociales más amplios se relacionan; 5) qué y cómo puede aportar la antropología al estudio de estos procesos y a esas transformaciones.

la investigación antropológica. Si bien en esta tesis no cabe profundizar sobre este aspecto, en él reside el valor que personalmente le otorgo al doctorado. Encontrar maneras de compartir este aspecto del trabajo es la tarea más importante que queda pendiente luego de esta presentación de resultados.

1.2 Fundamentos teórico-metodológicos

En este trabajo procuro relacionar, combinar, utilizar y actualizar las elaboraciones teóricas y propuestas que considero más idóneas para problematizar y abordar la temática de investigación. Asumo que es posible realizar articulaciones y que a partir de ellas se puede construir mejores explicaciones. La articulación requiere una aprehensión que posibilite una incorporación creativa lo cual implica conocer en la mayor medida posible la historia de las diferentes propuestas, las posiciones académicas e ideológicas desde las cuales fueron desarrolladas y utilizadas así como las críticas que se le han realizado y los desarrollos que motivaron en la disciplina. Que éste es un principio básico de todo desarrollo teórico contundente parece una obviedad y se trata además de algo muchas veces reafirmado. Sin embargo, ponerlo en práctica resulta más bien un privilegio en las condiciones institucionales actuales de formación e investigación. En ellas la etnografía rápida gana aceptación y se espera, casi diría se requiere, de las nuevas generaciones que nos afiliemos con celeridad a tendencias en boga produciendo numerosas publicaciones en los términos de esas tendencias sin demasiado lugar para el cuestionamiento sobre su fundamentación y utilidad.

En mi caso tuve la oportunidad de dedicarme exclusivamente al que hacer antropológico aunque por un reducido período de tiempo (durante un año, primero, y luego durante tres más a través de dos becas diferentes¹⁴). Una de mis primeras actividades consistió en procurar superar dos ausencias que consideraba fundamentales para el abordaje de la temática y que venía tratando de superar en paralelo a su construcción: la antropología latinoamericana y sus referentes actuales, con excepción de algunos autores del campo de los estudios culturales o de tendencias postestructuralistas que escriben en inglés, y la antropología médica o de la salud desarrollada en lengua castellana, portuguesa, francesa o italiana que contrastaba con la fuerza que había tenido el estudio de la antropología médica norteamericana y británica y de la etnomedicina inscrita en la tradición del espacio germanohablante.

En este proceso el encuentro con la amplia obra del antropólogo y salubrista Eduardo Menéndez fue fundamental en varios sentidos. Por una parte, comparto aspectos sustanciales de su orientación como la posibilidad de combinar tendencias teóricas¹⁵, de partir de los problemas a estudiar para definir la manera más adecuada de abordarlos, de enfocar las relaciones entre actores más que a cada uno en si mismo, de buscar lo global en lo local, de abordar simultáneamente al sujeto y la estructura, o por lo menos intentarlo, de no confundir las representaciones con las prácticas ni los conceptos e instrumentos heurísticos con la realidad respecto de la cual son construidos pero sin dejar de lado su poder constitutivo así como la relevancia que da a procesos como el racismo, los olvidos y las negaciones. Por otra, quizás lo fundamental del autor esté bien resumido en estas palabras extraídas de la presentación de su último libro:

14. La primera de la Universidad de Viena y la segunda de la Academia Austríaca de las Ciencias.

15. Respecto de las influencias que él mismo reconoce en su antropología médica ver Menéndez (2012: Online), la combinación de marxismo gramsciano e interaccionismo simbólico es fundamental para los trabajos que más utilizo.

Francamente, me impresiona darme cuenta, cuando leo a Eduardo, de cómo alguien puede circular, al mismo tiempo y sin provocar colisiones, por tantos carriles y veredas del saber antropológico, relacionando de forma dinámica autores, escuelas, teorías y métodos.

No quiero ni imaginar las horas de trabajo, asimilación y reflexión que hay detrás de este enorme bagaje de conocimientos, pero es evidente que sus textos reflejan la visión de alguien que no se deja engatusar por las modas en boga, que no se deslumbra ante la última novedad bibliográfica y sobre todo que entiende a la antropología como una tradición del conocimiento en la que los ires y venires no deben hacernos olvidar que existe, aunque de forma contradictoria y dialéctica, una continuidad no exenta, desde luego, de polémicas y diatribas.

Así que quienes pretendan ver en la obra de Eduardo una voz aislada e inconexa de la tradición antropológica están confundidos. Encontrarán en sus textos algo así como lo que él denomina un modo relacional de hacer antropología, en el que ningún concepto, ninguna teoría y ninguna aproximación metodológica tiene sentido y explicación sin tomar en cuenta la arqueología y el devenir del saber, lo que nos obliga a aceptar, con la misma humildad y nobleza con la que él lo hace, que la ciencia, y la antropología en particular, es un saber construido socialmente a lo largo de una tradición (Sariego 2009:17).

Justamente este tipo de aproximación relacional es la que considero cada vez más difícil de construir, por lo menos para doctorandos. De manera que la producción antropológica de este autor adquiere un rol fundamental para este trabajo por tres motivos: (1) la contundencia teórica y profundidad reflexiva alcanzada en una trayectoria de más de 40 años, (2) que fue elaborada en buena medida a partir de procesos de salud/enfermedad/atención y (3) que refiere en primera instancia a México pero también a Argentina y a América Latina en general sin dejar de lado las conexiones con otros contextos y los desarrollos históricos y actuales de la/s antropología/s hegemónica/s. La utilización de su obra en este trabajo es doble. Primero, como una especie de control epistemológico –para utilizar un término común en el autor– en tanto me permitió aproximarme al material empírico y bibliográfico contextualizando mi aproximación: me permitió contrastar las observaciones y reflexiones que iba realizando con lo más rico de la producción antropológica en el área¹⁶. Segundo, a través de conceptos específicos que iré discutiendo a medida que encuentren aplicación. Corresponde aquí indicar aspectos generales de su enfoque que busco poner en práctica y los rasgos generales de los tres conceptos básicos (modelos, formas y saberes), en particular, del concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH).

Lo que propone como “abordaje relacional” se fundamenta en la intención de superar “las disputas en torno al papel del sujeto y la estructura (o cultura) o de las representaciones sociales y de las experiencias” (Menéndez 2009:21) y refiere a procurar tener en cuenta los puntos de vista de todos los actores significativos en una situación dada describiendo y analizando sus relaciones a partir de articular por lo menos las dimensiones que resultan fundamentales para el problema de investigación. Esto conlleva articular los aspectos simbólicos con los económico-políticos y materiales así como lo local con lo global. Refiere a la necesidad de describir cada actor en sí mismo y sus relaciones con los demás pero, sobre todo, de “distinguir quiénes son los actores sociales que han impuesto su hegemonía, quiénes son los que ejercen su dominación, y qué relaciones de hegemonía/subalternidad, pero también de contrahegemonía o, por lo menos de resistencia, se han procesado. Y esto no solamente a nivel macrosocial, sino también microsocial, a través de las relaciones de género, de las relaciones médico/paciente, de las relaciones laborales” (Menéndez 2012:48).

16. En cierta medida lamento no haber logrado una aprehensión más acabada de las propuestas de este autor antes de la elaboración del proyecto de investigación porque implica algunas limitaciones importantes pero, a su vez, considero valioso el hecho de que mis esfuerzos de aprehensión de su enfoque hayan sido paralelos al desarrollo del proyecto en la medida en que me permitió un acercamiento desde los problemas que se iban presentando.

Además, interesa la propuesta que retoma de Becker (1969) en cuanto a que la antropología debería orientarse al estudio de lo obvio, de lo que está ahí, de lo que es evidente, de lo que vemos pero no miramos, más aún, que ocultamos, y, por lo tanto, no estudiamos (Ibíd.:35). Esto significa trabajar sobre el sentido común, sobre lo paradójico que opera en los saberes legos, técnicos y científicos e implica buscar los rituales, las relaciones sociales o los efectos de poder así como los micropoderes en los espacios, sujetos y grupos donde no se los busca (Menéndez 2009:22).

Por último, resulta central la propuesta, que desarrolla junto a René di Pardo, de abordar el saber médico en términos de representaciones y prácticas técnicas constituidas a partir de grupos de socialización y acción profesional¹⁷. Desde esta perspectiva, tres conceptos básicos corresponden a distintos niveles de abstracción: saber(es) refiere a “representaciones y prácticas organizadas como un saber que operan a través de curadores o sujetos y grupos legos”; forma(as) a “las experiencias utilizadas por sujetos y grupos” en relación a las cuales el interés fundamental consiste “en obtener las trayectorias y experiencias individuales”; modelo(s) a una construcción metodológica que procura establecer provisionalmente las características y funciones básicas de los saberes (Menéndez 2009:25).

En el marco de la identificación de diversos modelos médicos y antropológicos el autor desarrolla el concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH) (cfr. Menéndez 1976, 1985, 1990, Menéndez y di Pardo 1996)¹⁸. Se trata de “un concepto construido para dar cuenta de la institucionalización del aparato médico y del Sector Salud en términos de relaciones de hegemonía/subalternidad respecto de las ideologías y prácticas curativo-preventivas populares” (Menéndez 1990:16). En particular refiere al

conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde finales del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Durante el desarrollo de las sociedades capitalistas conviven varias prácticas y saberes de atención a la enfermedad, pero el MMH construye una hegemonía que intenta la exclusión económica y jurídica de las otras posibilidades de atención, lo cual en la práctica social se resuelve en procesos de transformación de las otras prácticas y saberes curativo-preventivos, que cada vez en mayor medida constituyen procesos derivados de las relaciones conflictivas y/o complementarias, constituidas a partir de la hegemonía obtenida por el Modelo Médico (Ibíd.:83).

17. Esta propuesta continúa toda una trayectoria socioantropológica: los conceptos de representación y práctica tienen una “honorable y discontinua historia” dentro del campo de las ciencias sociales en el cual han sido manejados básicamente en términos socioculturales y referidos a los conjuntos sociales, aunque ya Durkheim los utilizó para describir y analizar el saber de algunos tipos de técnicos teniendo en cuenta, al igual que Mauss, que ellos (magos, sacerdotes, etc) manejan y reproducen representaciones y prácticas técnicas que expresan en forma organizada las representaciones y prácticas de los conjuntos sociales. Esta orientación, utilizando o no estos conceptos pero centrándose en la descripción de representaciones y prácticas técnicas referidas al proceso de “enfermación-atención-curación”, se continuó en la antropología social británica –desde Evans Pritchard (1937) hasta Turner (1967) o Douglas (1987)– y en una parte de la antropología cultural estadounidense –desde Redfield (1941) hasta Vogt (1976). Más recientemente la producción antropológica se ha abocado al análisis de las prácticas y representaciones de sistemas médicos académicos y en particular de la medicina alopática. Además, el concepto de representación referido a este proceso fue convertido en uno de los núcleos teóricos de la antropología, sociología y psicología social francesa y canadiense (Menéndez y di Pardo 1996:53-54).

18. El Modelo Antropológico Clásico (MAC) no sólo tiene aspectos en común con el MMH, por ejemplo la ahistoricidad como rasgo estructural característico, sino también una influencia importante en su desarrollo. En este trabajo no puedo ahondar sobre este aspecto que me parece central, para ello ver Menéndez (1990) y Comells y Martínez (1993). Además, es también importante reconocer que varios rasgos del MMH son compartidos por otras formas de atención por lo menos a nivel de sus curadores y de la relación curador/paciente.

El autor aclara, en términos comunes en la época, que se trata de un proceso que “opera en los países capitalistas metropolitanos, en los países del capitalismo dependiente y en los denominados ‘socialistas de Estado’” (Ibíd.).

Un modelo es un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta a través de determinados rasgos estructurales. Para los modelos médicos se tiene en cuenta no sólo la producción teórica, técnica e ideológica de instituciones específicas sino también la participación en todas las dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (Menéndez 1990:84-85). Es un concepto que no refiere en primera instancia a los médicos sino a la biomedicina como institución que incluye a la profesión médica pero también a otras instancias, de igual o mayor peso, como la industria y los conjuntos sociales estratificados. Subrayo esto porque es una de las confusiones más comunes que identifiqué entre quienes se enfrentan al concepto sea para utilizarlo o para criticarlo.

El concepto de MMH funciona en un alto nivel de abstracción por lo cual no puede explicar cada situación históricamente determinada pero sí funcionar como referencia teórica de la misma. Se trata de un primer nivel explicativo que debe ser necesariamente articulado con la descripción y análisis de situaciones específicas (Ibíd.). Analizando las tendencias que se desarrollaron sobre todo desde mediados de los 70' hasta la actualidad, el autor identifica como sus principales características: el biologismo –su rasgo estructural dominante es la primacía de la dimensión biológica que constituye el núcleo de la formación profesional y el principio de identificación y diferenciación de la biomedicina con respecto a otras formas de atención–; la a-sociabilidad, a-historicidad y el a-culturalismo –la exclusión de estas dimensiones o su subordinación a la biológica a nivel de la intervención–; el individualismo; la eficacia pragmática –basamento de la práctica curativa en la eliminación del síntoma–; la orientación curativa –la atención individual curativa como centro de la práctica médica–; una relación médico/paciente asimétrica y subordinada (subordinación social y técnica) con exclusión del saber del paciente; la profesionalización formalizada; la identificación ideológica con la racionalidad científica como fuente de legitimación y diferenciación; el manejo de la salud/enfermedad como mercancía; una tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica (cfr. Menéndez 2009:44-47)¹⁹.

En este trabajo, la manera de pensar y actuar o la manera de ser/hacer en medicina o como médicos de los egresados de la ELAM que participaron en esta investigación que expresa su saber así como la manera hegemónica en los contextos de investigación, son propuestas metodológicamente con fines analíticos, lo cual implica un grado de abstracción, simplificación esquemática y generalización. Estos conceptos no niegan la variación al interior de los grupos sino que desde su definición misma incluyen la variabilidad personal y situacional. Además, implican que el pensar y el actuar no son idénticos y que no todos los aspectos del ser se manifiestan en el hacer; apuntan al hecho de que la acción modifica situacionalmente la representación y de que representaciones y prácticas no se corresponden ni mecánicamente ni idénticamente, por lo cual, además, es necesario registrar etnográficamente ambas²⁰.

19. Para un abordaje detallado de los rasgos del MMH ver Menéndez (1990:96-104). Una descripción breve se puede consultar en Picaroni (2008:130-133). En el presente trabajo se describen solamente aquellos rasgos y funciones que surjan como pertinentes en la elaboración del material empírico.

20. Dilger y Hadolt observan un desplazamiento en el cual se constituye una antropología de la medicina que complementa (aunque hasta al momento más bien sustituye) el interés en la representación con el interés en la praxis y la performance y, de esta manera, toma seriamente en cuenta los aspectos materiales (fundamentalmente del cuerpo y las tecnologías) (Hadolt y Dilger 2010:14). De manera similar, Menéndez observa que el desplazamiento desde la centralidad de las representaciones a la de las prácticas se da más bien a nivel discursivo ya que, en general, seguimos trabajando sobre lo que los sujetos dicen que hacen y no tanto sobre lo que hacen. De hecho las técnicas que permiten describir y analizar las prácticas, en particular la observación participante, están siendo cada vez menos utilizadas. Desde

Elaboro la manera de pensar y actuar de los egresados de la ELAM a partir del material empírico en correlación con la bibliografía y la propongo en relación a los egresados que participaron de esta investigación. Ellos fueron contactados de acuerdo a los objetivos de la misma lo cual implica un recorte fundamental. No pretendo que las características que identifiqué sean extensivas a todos los egresados. Cuando en este trabajo hablo de egresados de la ELAM me refiero a los que participaron de la investigación. Las características reconocidas tampoco son exclusivas de este grupo de médicos, al contrario, interesa especialmente el grado en que las comparten con otros actores. Los rasgos, características o procesos que refieren a la manera de pensar y actuar hegemónica son elaborados a partir de la bibliografía en referencia al material empírico. Está implícita en este marco teórico la existencia a nivel local no sólo de formas de pensar y actuar subalternizadas sino también que oponen resistencia y cuestionan la forma hegemónica.

Para explicitar otro término central –el concepto de salud– resulta útil la propuesta de Fassin. A partir de sus observaciones y discusión de algunas limitaciones de las tendencias que se han desarrollado para el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención en torno a conceptos de Foucault²¹, plantea:

Al lado de las transformaciones por la ciencia de las representaciones y de las prácticas de sí, es importante tener en cuenta las múltiples manifestaciones de las relaciones de poder en lo más profundo del ser humano, en las diferencias de la esperanza de vida entre categorías sociales o entre países, e igualmente en los múltiples dispositivos de protección y de asistencia social desplegados nacional e internacionalmente. Cuando obra en el cuerpo la gobierno-mentalidad (*gouvernementalité*), definida por Michel Foucault (1994) como “el encuentro entre las técnicas de dominación ejercidas sobre los otros y las técnicas de cada uno”, ésta se expresa tanto en las tecnologías médicas como en las políticas. De tanto enfocarse en los progresos de la biología, sea para regocijarse de las perspectivas que ofrece o, inversamente, para denunciar sus peligros, uno podría olvidar **las realidades triviales del biopoder** que revelan las políticas sanitarias y sociales así como la incorporación del orden político. Veríamos entonces reproducirse en el trabajo de análisis realizado por las ciencias sociales lo que en la producción de las reglas de acción de las sociedades ya condujo a reducir los retos morales de la intervención sobre el cuerpo a las únicas cuestiones, perfectamente fundamentadas después de todo, de la bioética (Fassin 2004:285-286)²².

Pensar el poder como relación y proponerse observar sus manifestaciones en todas partes planteando que se trata de una relación no unidireccional, ni exterior sino constitutiva de nuestro ser y del mundo social, no implica simetría en las relaciones de poder, no tiene por qué conducir a negar o dejar de lado en el análisis las asimetrías y las desigualdades sociales²³. Desde este punto de partida, y en el contexto de su reflexión entorno a las “bio-lógicas” que apoyan una definición del ser humano específicamente como ser viviente dejando de lado la preocupación por la persona y la dignidad humana, Fassin propone agrupar esas “realidades triviales” dentro del vocablo salud, y plantea que

la década del los 60' y en particular en los 80' y 90' “se genera una representación académica explícita o tácita, donde domina el isomorfismo entre representaciones y prácticas” (Menéndez 2012:48). Esto está en la base de la observación de que la complementación propuesta hasta el momento es más bien sustitución que hacen Dilger y Hadolt. El lugar que procuré darle a la observación participante en esta investigación tuvo como fin buscar superar esta situación.

21. Se refiere a la “lectura posdisciplinaria del biopoder”: una serie de estudios en torno a los conceptos de biopoder y gubernamentalidad aplicados a aspectos de la biomedicina y sobre todo de sus desarrollos tecnológicos más recientes.

22. El subrayado es mío.

23. De igual manera no se justifica colocar la materialidad exclusivamente en el cuerpo y las biotecnologías en tanto las condiciones de vida son igualmente materiales. Un análisis que se preocupe por las desigualdades socioeconómicas, la inequidad y las condiciones de vida concretas no deja de lado a priori los aspectos simbólicos, no es necesariamente reduccionista o mecanicista ni anula al sujeto. Tener en cuenta los procesos globales y sus conexiones con los locales no solamente desde el punto de vista simbólico sino también en sus dimensiones políticas, económicas e ideológicas no reduce necesariamente lo local a lo global, no deja de lado las posibilidades creativas, interpretativas y reinterpretativas humanas ni los usos estratégicos o tácticos por los actores o sujetos.

puede definirse la salud como la relación del ser físico y psíquico, por un lado, y del mundo social y político, por otro. Esto significa que es a la vez otra cosa y mucho más que el anverso de la enfermedad al que se la aproxima a menudo, o que la idea de bienestar global que las instituciones sanitarias se aseguran de promocionar. Esta relación no es una particularidad de lo viviente, preexistente en la normalidad de un orden fisiológico, biológico o sensible y conducente a hablar de buena o mala salud. Al contrario, históricamente construida, es objeto de competencias y luchas entre agentes que se esfuerzan por imponer visiones diferentes sobre lo que concierne a la salud, es decir, lo que hace falta social y políticamente tratar como un problema de salud. A su vez, esta relación determina también las prácticas ordinarias y especializadas, las formas institucionales e ideológicas del tratamiento de los desórdenes del cuerpo y de la mente. Lo que se denomina comportamientos en materia de prevención y de enfermedad, políticas de salud y sistemas de cuidados, realidades que varían en el tiempo y según los contextos nacionales o locales, representa la traducción de esta relación. Es entonces esto lo que requiere ser aprehendido, no de manera abstracta, sino mediante los objetos concretos en los cuales se realiza [...] (Ibíd.:286).

En este sentido propone una antropología de la salud que aprehenda el doble movimiento de “culturalización de la naturaleza” y “naturalización de la cultura” y de objetivación y subjetivación que está en la base de la “producción de la salud” que refiere a que los actores movilizan, intencionalmente o no, sus competencias y alianzas para imponer su propio sentido del orden de las cosas en contraposición a otros (Ibíd.:297). El estudio de los fenómenos de salud debe “evitar tanto la traba del positivismo que supondría que la salud preexiste y que el trabajo de conocimiento [...] no tiene otro objetivo que el reconocer lo que ya es, y el peligro del relativismo, que reduciría la salud a un simple efecto de convención entre agentes [...] independientemente de toda realidad material” (Ibíd.:300). Para el autor no se trata de aprehender la “línea de demarcación entre lo que depende de la salud y lo que no hace parte de ella, ni tampoco la actividad de los agentes que pretenden desplazar esa línea reformulando las cuestiones de la sociedad mediante problemas sanitarios. Antes que la operación de definición y de construcción en sí misma, son los retos que la sostienen los que nos interesan” (Ibíd.). Como dije, el encuentro de la manera de ser/hacer en medicina de los egresados de la ELAM con la hegemónica en los contextos de inserción así como con propuestas que la resisten es un espacio de expresión de esos retos, en particular, de los que refieren a la definición y reconocimiento de los agentes socialmente legitimados como curadores y de su comportamiento de rol.

El sentido que se le da al término salud en este trabajo es doble. Como instrumento analítico refiere al propuesto por Fassin. Sin embargo, también se utiliza para referir a ese estado de bienestar y bienser, a ese equilibrio que sustenta el buen vivir desde la concepción de distintos grupos étnicos que refiere, en estos u otros términos, a la totalidad de las dimensiones humanas y socionaturales en un entorno determinado y sustenta la posibilidad de realización de las aspiraciones individuales y colectivas para cuyo mantenimiento tantas personas y grupos enfrentan serias limitaciones e impedimentos estructurales.

Estas limitaciones conllevan que algunos territorios, personas y conjuntos sociales tengan más posibilidades de sufrir asaltos a su dignidad, a su autodeterminación, a su libertad y vejaciones de sus derechos incluido el derecho a la vida. En primera instancia, refieren a las desigualdades o inequidades sociales y de poder, a injusticias violentamente insertadas en la estructura del mundo actual, lo que el médico y antropólogo Paul Farmer (2003) denomina “patologías de poder” y que para él representa el mayor riesgo para la salud que enfrenta el mundo actual y con ello el mayor reto para la medicina, que podríamos extender también a la antropología. De manera que, finalmente, es necesario plantear las referencias básicas respecto de los procesos globales que enmarcan el problema de investigación.

En este sentido, las propuestas del sociólogo Anibal Quijano sirven como guía por dos razones. Primero, el nivel de elaboración teórica de su pensamiento sustenta una amplitud y diferenciación respecto de problemas, territorios, conjuntos sociales específicos mucho

mayor que las propuestas de otros autores que trabajan en torno al patrón de poder actual (mundial o global), en éste u otros términos, pero no logran una amplitud y complejidad de conexiones e interrelaciones históricas, territoriales y temáticas comparable. Segundo, y probablemente en la base de lo anterior, sus elaboraciones sintetizan una rica línea de abordaje de estos problemas a la cual la antropología ha realizado aportes significativos, de manera que resulta una buena síntesis con la que trabajar como referencia en el sentido relacional antes planteado.

Para Quijano el fenómeno del poder puede caracterizarse como un tipo de relación social que es resultado y expresión de la disputa por el control de cuatro áreas de la existencia social y sus respectivos recursos y productos: el trabajo, el sexo, la autoridad colectiva (o pública) y la subjetividad /intersubjetividad. Las relaciones de poder que se constituyen en la disputa por el control de estos ámbitos forman un complejo estructural de carácter siempre histórico y específico que él denomina “patrón histórico de poder”. El patrón de poder actual es el primero en la historia conocida con carácter y vocación global y se fue constituyendo con la expansión colonial europea. Quijano identifica cuatro elementos que se articulan para su conformación (cfr. Quijano 2000:Online):

- La colonialidad del poder que refiere a la clasificación social básica y universal de la población del planeta en torno a la idea de “raza” como la más profunda y perdurable expresión de la dominación colonial y su expansión. Esta idea y la clasificación social racista fundada en ella impregnan todas y cada una de las áreas de la existencia social y constituyen la más profunda y eficaz forma de dominación social, material e intersubjetiva, lo cual significa que son la base intersubjetiva más universal de dominación política dentro del actual patrón de poder²⁴.
- El capitalismo como patrón universal de explotación social que refiere a la articulación estructural de todas las formas de control del trabajo en torno al predominio de la forma salarial para producir mercancías para el mercado mundial.
- El estado como forma central universal de control de la autoridad colectiva y el moderno estado-nación como su variante hegemónica
- El eurocentrismo como forma hegemónica de control de la subjetividad/intersubjetividad, en particular, en el modelo de producir conocimiento. Se refiere a la perspectiva de conocimiento elaborada sistemáticamente desde el siglo XVII en Europa como expresión y parte del proceso de eurocentramiento del patrón de poder colonial/moderno/capitalista y que, posteriormente, será mundialmente admitida como la única y legítima racionalidad o, por lo menos, ganará hegemonía.

24. La mayoría de los biólogos y antropólogos ha desechado este concepto pero el mismo persista en otros ámbitos y sobre todo, conserva su fuerza como idea clasificadora. Lo que Menéndez define como “racismo intersticial” (cfr. Menéndez 2001) está sumamente presente en las sociedades latinoamericanas con implicaciones muy concretas en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana así como en las instituciones y el sector salud. Quijano plantea que en estas sociedades la colonialidad del poder no sólo estuvo y está presente en el contexto global del patrón mundial de poder sino que actúa de modo directo e inmediato en cada espacio de dominación obstaculizando los procesos de democratización de las relaciones sociales y su expresión nacional en la sociedad y el estado (Quijano 2000:Online). Aunque muchos antropólogos que hablan de etnicidad lo hacen explícitamente rechazando que el concepto sea una sustitución del de raza y destacan como diferencias fundamentales entre ambos que el primero refiere a una relación sociocultural fundamentada científicamente mientras el segundo a un atributo biológico sin fundamento científico en la actualidad (cfr. Gingrich 2001:105-106), los desplazamientos hacia posiciones racistas siguen siendo posibles y además bastante frecuentes aunque no se hable de raza (cfr. Gómez et al. 2008, Hervik y Gingrich 2011). Desde mi perspectiva, todo racismo es siempre sociocultural más allá de que apele a lo biológico, lo cultural, lo religioso, lo étnico (cfr. Menéndez 2001). Si bien es legítima la preocupación de que un uso muy extendido del término desvalorice o relativice algunas de las manifestaciones pasadas más notorias de fenómenos racistas (Hervik y Gingrich 2011:338), considero que desconocer la continuidad de procesos sociales actuales con esas manifestaciones conlleva un riesgo quizás mayor y, sobre todo, que es el problema más extendido.

Cada uno de estos elementos y la articulación entre ellos es un proceso histórico dinámico, y en buena medida ambivalente y conflictivo, del cual en este trabajo interesa particularmente el período al que refiere el término “globalización”, que se abre en los 70’. Para el autor la globalización consiste ante todo en una reconcentración de la autoridad pública mundial que en rigor es una re-reprivatización del control de la autoridad colectiva y funciona como base para la profundización y aceleración de las tendencias básicas del capitalismo, implicando también una reconfiguración del sistema de dominación política. La globalización capitalista es un proceso de carácter contrarrevolucionario en tanto es producto de la derrota de una serie de procesos, movimientos y tendencias que cuestionaron y disputaron la hegemonía del patrón de poder mundial en el período inmediatamente anterior, que ubica a grosso modo entre 1945 y 1973. Este proceso de reconcentración mundial del poder fue impulsado desde mediados de los 70’ por la crisis mundial del capitalismo y tiene su momento de aceleración desde finales de los 80’ a partir de la caída del muro de Berlín, e implica un cambio dramático respecto del período inmediatamente anterior que había estado marcado por una serie de “procesos, movimientos y conflictos [que] produjeron un escenario inequívocamente revolucionario en su conjunto, en la medida en que, aunque de modos y medidas desiguales según regiones o problemas, era el patrón de poder mundial, como tal, sea en sus regímenes de explotación o de dominación, o en ambas dimensiones, el que estaba en cuestión y en algún momento, como al final de los 60s, en efectivo riesgo” (Ibíd.).

Este proceso en América Latina y en particular en Chile y Uruguay refiere a la imposición violenta del neoliberalismo en el marco de procesos autoritarios (décadas del 70’ y 80’) y la construcción y mantenimiento de su hegemonía en los nuevos contextos “democráticos” (década del 90’ hasta la actualidad). El término “neoliberalización-globalización” (Quijano 2005) da cuenta de ello. Se trata de un proceso fundamental para este trabajo, primero, porque no es posible comprender esas sociedades en la actualidad sin tenerlo en cuenta lo que es particularmente notorio en el sector salud y en la práctica médica. En segundo lugar, porque el concepto del MMH –que sirve de referencia para caracterizar la estructura y funciones de la biomedicina actual como institución– refiere específicamente a la biomedicina que se constituye en este período en su relación dinámica con los procesos socioculturales y económicos-políticos.

El término neoliberalismo entonces no refiere únicamente a un proceso económico sino también a uno sociocultural y político fundamental en el mundo actual en tanto sintetiza aspectos básicos de su constitución en todos los niveles, desde el sujeto y la construcción misma de la subjetividad hasta los procesos financieros transnacionales. Es desde ahí que tienen sentido para mi abordaje propuestas como la de comprenderlo como “el discurso hegemónico de un modelo civilizatorio”, “como una extraordinaria síntesis de los supuestos y valores básicos de la sociedad liberal moderna en torno al ser humano, la riqueza, la naturaleza, la historia, el progreso, el conocimiento y la buena vida” (Lander 2000:11) o la de abordarlo sobre todo como un proyecto político que apunta a construir una realidad social que a su vez asume como preexistente (Lemke et al. 2000:9). En este trabajo los términos neoliberalismo, patrón global de poder, globalización o neoliberalización-globalización refieren a estos procesos hegemónicos que en las sociedades latinoamericanas, y específicamente en Uruguay y Chile, no constituyen solamente referencias abstracta a un contexto global sino que se expresan directamente en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana y muy particularmente en el de la salud²⁵.

25. Esta propuesta sin ser incompatible, es notoriamente diferente a la dominante en la antropología centro-europea y, en particular, en Austria lo cual se evidencia en el hecho de que en 2011 se publicó un “Lexikon der Globalisierung” (Kreft et al. 2011) que no incluye una entrada específica para el término neoliberalismo y en el cual las tres entradas que lo definen como concepto relevante lo hacen desde una perspectiva exclusivamente económica (Ibíd.:21,259,427). Sin embargo, su utilización en relación a diversas temáticas que aborda este interesante trabajo no se restringe a este aspecto y la conexión

Por último, los saberes científicos (en particular el conjunto de las ciencias sociales) han jugado un rol sustancial en la construcción de esta hegemonía ya que la fuerza hegemónica del pensamiento neoliberal radica en “su capacidad de presentar su propia narrativa histórica como el conocimiento objetivo, científico y universal y a su visión de la sociedad moderna como la forma más avanzada -pero igualmente normal- de la experiencia humana” (Lander 2000:12). Es necesario asumir plenamente la profunda, compleja y ambivalente imbricación de la ciencia (en particular de la antropología y la medicina) con los procesos de dominación pero sin anular las diferencias entre tendencias, orientaciones y sus usos por los conjuntos sociales; ni el potencial emancipador que puede desarrollar.

1.3 Investigaciones sobre el proyecto ELAM

Desde el surgimiento del proyecto ELAM investigadores e instituciones cubanas desde disciplinas y perspectivas diversas han dedicado considerable cantidad y variedad de estudios a asuntos relativos al mismo. En particular, las revistas Educación Médica Superior, Humanidades Médicas, Medicina General Integral, Salud Pública Internacional y la revista institucional de la ELAM: Panorama Cuba y Salud, todas ellas de libre acceso en línea, publican investigaciones así como artículos de revisión y reflexión que abarcan desde la enseñanza-aprendizaje en diversas disciplinas pasando por aspectos de la atención médica y psicológica a los estudiantes hasta los procesos de homologación de títulos a nivel regional. La producción audiovisual también es notoria. Desde la antropología, en particular, se han desarrollado una serie de investigaciones con estudiantes y docentes de la institución sobre cuestiones como las transformaciones en el manejo de los procesos salud/enfermedad/atención de los estudiantes en el transcurso de la formación o las particularidades de la enseñanza-aprendizaje de la medicina en un contexto intercultural (Díaz et al. 2006, Avila et al. 2006). Además, en los últimos 15 años el proyecto ELAM aparece en la reflexión de científicos sociales, filósofos e historiadores cubanos sobre asuntos muy diversos, en particular, en las de quienes se ocupan de cuestiones referentes a la cooperación internacional, al desarrollo y al análisis de la situación socio-política actual y sus perspectivas futuras. Algunos trabajan en la ELAM o han desarrollado trabajo de campo con sus estudiantes o egresados entre cuyos aportes destacan Fernández (2005) y Ubieta (2002, 2006).

Estas investigaciones serán utilizadas en la medida en que sean pertinentes para el abordaje de asuntos específicos ya que se caracterizan por delimitar claramente los aspectos del proyecto que abordan o por incluir al proyecto ELAM en el abordaje de otras temáticas, lo que es de gran utilidad para visibilizar desde una perspectiva histórica los procesos de continuidad/discontinuidad que lo enmarcan.

Fuera de Cuba la producción científico-social sobre el proyecto incluye fundamentalmente trabajos de investigadores canadienses, estadounidenses y australianos publicados en inglés en forma de tesis, capítulos de libros y artículos (Kirk y Erisman 2009, Huish 2008, 2008a, 2009, Anderson 2008) y en documentos audiovisuales (Field 2006,

globalización-neoliberalismo es reiteradamente evidenciada. La decisión de los editores de enfatizar la presencia y conciencia en la vida académica y cotidiana de las conexiones globales y sus implicaciones como característica central que diferencia la actual fase de la globalización (cfr. Knoll et al.:126) puede ser útil, sobre todo, para Europa. Sin embargo, para otros contextos, como las ciudades-puertos latinoamericanas en diversos momentos de su historia, las zonas de explotación minera o agrícola y, en particular, para zonas como las que son centrales para este trabajo el potencial explicativo de la propuesta que vengo desarrollando es considerablemente mayor. Mi alejamiento de las concepciones dominantes en el discurso antropológico sobre globalización no desconoce ni desecha sus propuestas sino que implica un énfasis diferente que es una decisión teórico-metodológica fundamental e intencional.

Anderson 2008). Estos trabajos destacan el potencial contrahegemónico del proyecto ELAM desde diferentes perspectivas y todos han aportado en distinta medida a esta tesis. Interesa aquí comentar la investigación del geógrafo humano Robert Huish porque se centra en el proyecto ELAM y su impacto en América Latina. Sus resultados dieron lugar a una tesis doctoral y varios artículos en revistas científicas que constituyen el antecedente más importante para este trabajo, además de mi tesis de magister.

La tesis de Huish titulada “Going where no doctor has gone before: the place of Cuba’s Latin American School of Medicine in Building Health Care Capacity for Ecuador” (2008) se publicó al mismo tiempo que la mía “Pensar y actuar la salud de manera diferente: un análisis antropológico del proyecto ELAM” (Picaroni 2008). Ambas coinciden en aspectos importantes a pesar de las diferencias en cuanto a especificidades disciplinarias, al prisma teórico utilizado y la situacionalidad de cada investigador así como al hecho de que fueron desarrolladas sin tener noticia uno del otro²⁶. En el capítulo 4, procuro señalar algunas coincidencias y diferencias con aspectos del material empírico y de las reflexiones presentadas por Huish. Si bien mi acercamiento a su trabajo fue demasiado tardío como para que influyera en el proyecto de investigación, es interesante la coincidencia en aspectos significativos en la metodología y conclusiones de dos investigaciones desarrolladas simultáneamente pero aisladas una de la otra, separadas en el espacio (Canadá-Ecuador/Austria-Uruguay) y desde una inscripción disciplinaria diferente (geografía humana/antropología sociocultural).

Ambas abordan el proyecto ELAM a través de una investigación que incluye trabajo de campo en Cuba y en un país beneficiario registrando los primeros momentos de inserción de los egresados y procurando identificar contextos en los que se pudiera desplegar el potencial crítico identificado en el proyecto. Esto refiere a algunas coincidencias teóricas relacionadas a considerar que la crítica posestructuralista y posmoderna aplicada a la cooperación internacional cubana o al sistema de salud y la formación de médicos de Cuba deja de lado las condiciones históricas y socioculturales específicas en las que se inscriben, invisibilizando su potencial contrahegemónico (Huish 2008:273-274, Picaroni 2008:39-41). En el contexto de severas limitaciones, referidas sobre todo a la hegemonía neoliberal en el manejo de la salud, ambos trabajos reconocen un potencial de transformación inherente al trabajo médico de los egresados que para poder desplegarse necesita articularse con transformaciones importantes a nivel local. Huish habla de un “éxito sorprendente” y propone:

The conclusion of this dissertation is that ELAM does well to foster the appropriate clinical skills and ethics of service for its graduates to meet the needs of their communities. This is done through an appropriate recruitment process, the building of institutional ethics, clinic-based instruction for core clinical competency, and by forming a culture of service for the public good. However, because of the overwhelming structural challenges, especially due to lack of basic infrastructure, the graduates could not administer COPC [Community Oriented Primary Care] goals in their communities – they lacked time, resources and retention strategies. [...]

While ELAM’s stated goal is to train general basic doctors to treat those in grate need, and considering the graduates were unable to expand COPC, the program should not be dismissed as a let-down. In fact, I see it as a surprising success, as it built the good sense of alternative development. ELAM has demonstrated that an alternative trend to medical education in the global South is possible. It also demonstrate an amazing interest in seeking alternatives to the current trend of what is assumed to be inevitable.

26. Recién durante una búsqueda bibliográfica en 2011 tuve noticia del trabajo de Huish dado que en los años anteriores había estado fundamentalmente dedicada al trabajo de campo en zonas apartadas y la búsqueda de bibliografía a nivel local. Por su parte, él nunca ha mencionado mis publicaciones. Ponerme en contacto con este investigador es otra de las tareas pendientes.

The large-scale formation of doctors trained in humanitarianism and cooperation rather than capitalism and competition demonstrates that the ethics of health-care service is dynamic, and that current systems are not interminably doomed to cope with physicians who do not wish to serve in economically-hobbled regions (Huish 2008:271-272)²⁷.

Para Huish el asunto fundamental es cómo crear las condiciones sociales y políticas adecuadas para que la ética institucional del proyecto ELAM pueda articularse a nivel comunitario para superar la hegemonía neoliberal en salud (Ibíd.:272). La perspectiva antropológica aplicada en el presente trabajo apunta en otra dirección que es complementaria. Más allá de la intencionalidad de los médicos de trabajar desde una ética o vocación de servicio en regiones empobrecidas –que, además, es compartida por médicos formados en otras universidades– interesa, sorbe todo, explorar la manera en que las condiciones institucionales y socioculturales se combinan en la estructuración de los saberes y prácticas médicas –que no refieren exclusivamente a la profesión médica sino también a otros actores fundamentales como la industria, las instituciones de salud, las académicas y los conjuntos sociales– sustentando y promoviendo la hegemonía neoliberal pero también, señalando, orientaciones que pueden contribuir a su superación.

1.4 Reconocimiento-desconocimiento del proyecto ELAM

Desde el comienzo de esta investigación (2006) he constatado un profundo desconocimiento y desinformación respecto del proyecto ELAM. En el año 2012 –a casi 15 años de su surgimiento, con más de 12.000 graduados y una importante producción científica de referencia– en Uruguay y Chile así como internacionalmente en la academia y a nivel social perdura un proceso de reconocimiento-desconocimiento respecto de este proyecto. Mientras algunos aspectos como el aporte que significa que los médicos trabajen en regiones y sectores discriminados o sus habilidades en atención primaria son reconocidos, las objeciones a otros tienden a anular ese reconocimiento. Tanto el reconocimiento como las objeciones se presentan como “técnicas” aunque lo que prima es carencia de rigor a la hora de investigar para emitir una opinión informada y una notoria ideologización.

Este proceso se manifiesta en una serie de comentarios que denotan resistencias a la inserción de los médicos de la ELAM en el sector salud local, regional y global registrados en muy diversos contextos y de parte de diferentes actores, especialmente, otros profesionales y trabajadores de la salud. Los más recurrentes refieren a la duración de la carrera de Medicina –muy corta: tres, cuatro años, a veces cinco– y a la capacitación –los egresados son enfermeros o promotores de salud, no médicos; están inhabilitados o no calificados para trabajar en las capitales nacionales y por eso se radican en otras zonas; su calificación técnica es inferior a la de los egresados de las escuelas nacionales. Los argumentos en relación a estas afirmaciones por lo general son circulares: los médicos de la ELAM tienen una menor “calificación técnica” porque la universidad local detenta un mayor “nivel técnico”, que estaría avalado por un, muchas veces imaginario, reconocimiento internacional²⁸.

27. En mi tesis propongo diferencias fundamentales entre el enfoque APOC (Atención Primaria Orientada a la Comunidad, inglés: COPC) al menos en algunas de sus líneas difundidas en Uruguay y la atención primaria integral propuesta por los referentes actuales de la MGI cubana (Picaroni 2008:169-176). Huish se concentra en las coincidencias entre ambos enfoques.

28. Este tipo de comentarios también aparece en notas de prensa, blogs y comunicados de instituciones no sólo de Uruguay y Chile sino de Guatemala, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Costa Rica, Panamá, Colombia, Venezuela, Brasil, Bolivia, Ecuador, Perú, entre otros. Lo interesante es que el alto nivel técnico y reconocimiento internacional de las instituciones nacionales es totalmente independiente de datos como los indicadores de salud de la población o la producción científico-médica nacional. Además, se

El proceso de reconocimiento-desconocimiento puede ser observado a partir de los dos siguientes comentarios. El primero, fue aportado por un médico del primer nivel de atención durante mi trabajo de campo. En el marco de sus reflexiones sobre el significado que para el sistema de salud local tiene la recepción de egresados de la ELAM comenta:

me decía [un docente universitario] que para un concurso les sacan [a los egresados de la ELAM] tanto porcentaje porque no son de medicina asistencial, son de medicina preventiva. Entonces, como que no tienen mucha entrada en [la ciudad capital]. Acá [en una zona apartada] es distinto, se precisa más medicina... más médicos de primer nivel y son ellos los más indicados. [...] Charlando con amigos que estudiaron en Cuba y con padres de colegas también me han consultado y me han dicho qué me parecía: si se quedaban ahí, con esos cinco o seis años de medicina preventiva o si estudiaban cuatro o cinco años más para hacer medicina asistencial. La mayoría acá son de medicina preventiva, no siguen todos los años para hacer medicina asistencial (e/i 2012).

Esta distinción entre medicina preventiva y asistencial no responde ni a la terminología ni a la estructura de la formación de médicos en Cuba, tampoco a categorías oficialmente utilizadas nacional o internacionalmente como demarcación de etapas de la formación médica²⁹. Para postular esta diferenciación el médico se basa en la carencia de aspectos preventivos y la primacía de lo asistencial en la formación local, que contrasta con las habilidades en este campo que él y otros médicos observan en egresados de la ELAM.

El segundo, se publicó en la revista *Social Science and Medicine* como reacción a un artículo de Huish titulado “How Cuba’s Latin American School of Medicine challenges the ethics of physician migration” (2009) que propone que la ELAM representa una alternativa a la ética aceptada de la migración médica dado que prepara y alienta a sus egresados a ejercer en comunidades marginadas y carentes de servicios profesionales más que a migrar hacia el Norte (Huish 2009:301). El artículo está organizado en torno a este argumento y los pocos datos que aporta sobre el currículo de la ELAM apuntan a sustentarlo. Sin embargo, a página seguida se publica un comentario de dos páginas de extensión –la mitad del espacio dedicado al artículo de Huish– del profesor de medicina y editor adjunto senior de una revista médica canadiense, Kenneth Flegel, titulado “A Cuban revolution in medical education: A commentary on Huish” (2009). Esta publicación ejemplifica excepcionalmente el proceso que quiero hacer notar al tiempo que lo reproduce desde una posición de poder.

Después de algunas consideraciones generales sobre la práctica médica y sobre el surgimiento del proyecto ELAM, el autor sostiene que el currículo de la institución está caracterizado por una especie de estrechez o especialización hacia la formación de médicos que sean capaces de enfrentar las enfermedades concretas que encontrarán en la práctica. Más aún los prepara para identificar y quizás incluso intervenir, sobre los factores sociales, culturales y económicos que determinan los índices de morbilidad que enfrentarán al graduarse y afirma:

manifiesta en relación a instituciones de un país (Cuba) que sí presenta resultados destacados en estos campos. Con el transcurso del tiempo, estas resistencias se han hecho cada vez más solapadas. Si entre 2006 y 2009 registré en Uruguay opiniones que abiertamente postulaban un rechazo al recibimiento de egresados de la ELAM por ver amenazada una posición de privilegio personal o colectiva y recurrían a la “inferioridad técnica” como justificación del mantenimiento del status quo; posteriormente, se hizo poco común registrar estas posturas abiertamente aunque subyacen a toda una serie de actitudes y comentarios como los aquí reseñados que, a su vez, aparecen postulados con más fuerza como verdades objetivas.

29. El pregrado médico en la ELAM tiene una duración de seis años y un perfil más orientado a la prevención que en otras universidades pero de ninguna manera exclusivamente preventivo. El primer posgrado que todo médico realiza en Cuba es el de Medicina General Integral, en cuyo marco la adquisición de habilidades y conocimientos en el campo de la prevención es fundamental, aunque tampoco exclusivo.

What is revolutionary about this approach to training doctors is that ELAM has abandoned the effort that continues in almost all other allopathic schools: that is a primary commitment to producing members of a learned profession, Hippocratean polymaths, before allowing them to go on to become skilled in meeting the pragmatic demands of every day practice, typically highly specialized (Miettinen & Flegel, 1992) (Flegel 2009:305).

A manera de ilustración de este punto de vista plantea que la mayoría de las “escuelas alopáticas” producen células madres que, posteriormente, pueden diferenciarse en cualquier célula especializada; mientras la ELAM produce masivamente ordinarios glóbulos rojos (lots of work-a-day red corpuscles) destinados a llevar oxígeno a dónde más desesperadamente se necesita (Ibíd.). Sostiene también que el currículo está adecuadamente orientado hacia la morbilidad y las demandas de la salud pública que los graduados enfrentarán, lo que conlleva recortes e incluso omisión de otras áreas enseñadas en las “escuelas médicas normales” como las ciencias básicas o las principales especialidades médicas (Ibíd.:306) sin incluir ninguna referencia para fundamentar estas afirmaciones ni explicitar en qué basa su conocimiento del currículo de la ELAM o si ha realizado estudios sobre formación médica en Cuba³⁰.

Ahora bien, lo que motiva a Flegel a aportar su punto de vista es una preocupación por la legitimación de los médicos egresados de la ELAM hacia el interior de la profesión médica. El autor considera que “el experimento de la ELAM” es “interesante y valiente” y sólo desea que perdure y tenga éxito (Flegel 2009:306). Para ello la institución debe superar algunas “amenazas” referidas a cuestiones como que el proceso de admisión permite que la calificación premédica de los estudiantes sea variable, algo que se equilibraría mediante una evaluación de la motivación del estudiante. Inmediatamente, sostiene que esto podría ser un enfoque práctico aceptable para el ingreso y le preocupa entonces la “falta de transparencia” del proceso. Finalmente, recomienda la aplicación de requisitos de admisión “más explícitos y standard” que protejan la reputación de la Escuela (Ibíd.:305-306)³¹.

Más allá de lo pertinente o no de esta recomendación y de las dificultades asociadas al proceso de otorgamiento de las becas –que es el que determina la admisión– o a la diferencia de preparación preuniversitaria de los estudiantes, resalta la omisión del autor respecto de cuestiones como la existencia de mecanismos para enfrentar estos problemas que son constantemente evaluados y adecuados. Los mismos van mucho más allá de una confianza en la motivación de estudiante e incluyen, por ejemplo, un curso premédico de nivelación, un diagnóstico inicial psicopedagógico y de conocimientos así como evaluaciones de seguimiento que forman parte de un “sistema de atención preferencial” al estudiante. Además, y esto es fundamental, se sustentan en más de cuatro décadas de formación universitaria, y en particular médica, de jóvenes cubanos y de otras latitudes con características similares a los que ingresan hoy a la ELAM. El reconocimiento de estos mecanismos y del proceso histórico en que se construyeron resulta imprescindible para abordar críticamente la temática, sobre todo, si se pretende realizar recomendaciones a la institución.

Lo que interesa aquí, en primer lugar, es que este tipo de comentarios, aunque diferentes, refieren a la estructuración del MMH en las representaciones de los médicos y de la población en la medida en que expresan rasgos estructurales de la biomedicina como la orientación curativa, la ahistoricidad, la asociabilidad y el biologismo³².

30. Esto parece poco probable dado que considera que el enfoque de la ELAM es novedoso, “revolucionario”, y exclusivo de la ELAM siendo que desde 1984 se aplica en todas las universidades médicas cubanas. Además, ni el artículo de Huish ni la tesis que lo fundamenta, permiten sacar estas conclusiones. Al contrario, en su tesis plantea que el currículo de la ELAM tiene una base netamente foxneriana (Huish 2008:31-33).

31. Los requisitos pueden no ser “standard” si se piensa en exámenes de ingreso de opción múltiple o pago de aranceles y matrículas, pero ciertamente son bien explícitos (ver capítulo 3).

32. En el caso del artículo de Flegel también es notoria la resignificación de posiciones político-ideológicas como técnicas.

El primero refiere a una jerarquización que ubica a lo preventivo y al primer nivel en un escalafón inferior a lo asistencial/curativo a través de considerar que requiere menos formación. En este caso esto opera aún cuando en otros momentos de la entrevista el médico reconoce lo complejo, difícil e importante del trabajo médico en el primer nivel, admira la capacidad de colegas formados en la ELAM para desarrollarlo y destaca el aporte que han significado para mejorar la atención sanitaria en la región en que trabaja. El segundo, va más allá y asume una contradicción entre la posibilidad de adquirir las habilidades necesarias para actuar ante la problemática de salud que afecta a las personas, en especial, cuando se trata de grupos subalternos –lo que requiere identificar e intervenir sobre factores sociales, culturales y económicos– y la erudición y práctica médica. Esta contraposición excluyente se plantea no entendida como resultado de un proceso histórico particular sino como algo dado, no como una limitación (auto)impuesta sino como una imposibilidad orgánica: o se es una (muy costosa, preciada, publicitada) célula madre o se es un ordinario (simple aunque vital) glóbulo rojo.

Este proceso de reconocimiento-desconocimiento del proyecto ELAM implica aceptar su relevancia a nivel discursivo a partir de desconocer su complejidad y potencial práctico y es parte de un proceso más amplio observable en la biomedicina³³. Si bien se relaciona con posiciones políticas, ideológicas y corporativas, el segundo aspecto que quiero destacar es que considero que, en parte, se sustenta en la falta de información confiable así como en mecanismos de desinformación que operan no sólo en los contextos de mi investigación sino incluso en publicaciones científicas de referencia internacional. En su base se encuentra un movimiento de descontextualización que desconoce las raíces históricas, el contexto sociocultural y la lógica que lo caracteriza y, por lo tanto, permite críticas y descalificaciones muy poco fundamentadas que actúan limitando en la práctica negando el potencial alternativo del proyecto. Entonces, a pesar de que se trata de un proceso complejo que expresa las características y condiciones socioculturales y el dominio del MMH en las representaciones de los conjuntos sociales es promovido por la falta de información confiable y contextualizada. Por eso estimo imprescindible realizar un esfuerzo descriptivo contextualizado y analítico en torno al proyecto ELAM que contribuya a incorporar plenamente en los análisis la perspectiva diacrónica y la contextualización sociocultural.

1.5 Estructura del trabajo

Esta tesis se estructura en dos momentos. El primero incluye éste y el próximo capítulo, en que presento la estructura general, el desarrollo y el diseño metodológico. En conjunto, además, de presentar la temática y su problematización cumplen la función de visibilizar los presupuestos teórico-metodológicos, académicos y socioculturales que subyacen a mi abordaje y a la metodología aplicada. Considero que ésta es la garantía más importante que podemos brindar de confiabilidad, seriedad y objetividad del trabajo investigativo y analítico en la investigación social. Desde esta base es posible controlar el efecto de estos presupuestos y puntos de partida sobre las explicaciones que construimos y, al mismo tiempo, promover tanto la comprensión de esas explicaciones como su crítica.

El segundo momento corresponde a los tres capítulos centrales en los que organizo la presentación de los resultados de mi investigación en un nivel de abstracción analítica

³³ Menéndez y di Pardo (1996) lo ha descrito en relación al proceso de alcoholización y la atención primaria de salud.

creciente a partir del material etnográfico y bibliográfico. Cada capítulo y cada apartado dentro de él, constituye una base para el siguiente en el cual se abordan y amplían, desde otra perspectiva, aspectos similares. La intención es contextualizar la discusión teórico-explicativa y dar cuenta de las conexiones temáticas y analíticas que pone de manifiesto el abordaje antropológico y que, por su amplitud, implican dejar de lado, al menos momentáneamente, otras posibilidades de análisis a partir de un recorte teórico-metodológico.

Los capítulos 3 y 4 apuntan a incorporar la perspectiva diacrónica y la contextualización sociocultural en las discusiones sobre el proyecto ELAM. En el capítulo 3 a partir de una descripción de los aspectos relevantes del sistema de salud cubano, de la cooperación internacional y de la estructura, funcionamiento y evolución del proyecto ELAM presento el contexto en que se estructura la manera de pensar y actuar, el comportamiento de rol y las expectativas como médicos de los egresados cuya incorporación en los sectores salud de Uruguay y Chile constituye el foco de mi investigación. El cuarto capítulo aborda directamente la formación médica así como la experiencia de vida que representa participar del proyecto con el fin de analizar la estructuración de una manera característica de ser/hacer en medicina. Propongo explorar este proceso desde la actualización de la formación y experiencia de vida que ocurre en Uruguay y Chile en el encuentro con otras maneras de pensar y actuar construidas, igualmente, a través de situaciones históricas particulares y respecto de las cuales el MMH sirve como marco referencial.

El quinto capítulo está dedicado al análisis de la inserción de médicos egresados de la ELAM en esos países, específicamente en Bella Unión y Chiloé. Primero describo los aparatos sanitarios de estas regiones, el proceso de homologación del título de médico y de inserción de egresados de la ELAM en el sector salud local. Luego, el análisis apunta a las transacciones conflictivas, complementarias y críticas que ocurren en ese proceso entendido como encuentro entre maneras diferentes de ser/hacer. Desde mi perspectiva teórica ese encuentro expresa, en primera instancia, las condiciones socioculturales y económico-políticas que lo enmarcan. A partir de las experiencias y reflexiones de los egresados, de otros actores y de mis observaciones propongo analizar características de las formas dominantes de ser/hacer en medicina y los cuestionamientos que genera la inserción de egresados de la ELAM. Finalmente, interesa abordar las posibilidades y limitaciones de la atención primaria a partir de las experiencias de atención sanitaria centrales para esta investigación, localizadas en tres barrios de Bella Unión y en la comunidad williche Koñimo-Lamekura. Se trata de discutir el potencial para la promoción de transformaciones que, desde diversas posiciones son consideradas deseables, necesarias e incluso imprescindibles desde hace muchos años y con renovada fuerza actualmente. Los retos que sobrepasan el sector salud, los desafíos centrales de estas sociedades, son los que las determinan.

2

Metodología

The word itself, 'research', is probably one of the dirtiest words in the indigenous world's vocabulary. When mentioned in many indigenous contexts, it stirs up silence, it conjures up bad memories, it raises a smile that is knowing and distrustful.

Linda Tuhiwai Smith (2008:1)

“Yo soy antiantropólogo”, dice una comunera mapuche que está de visita en Koñimo captando la atención de quienes aquella noche tomábamos mate en la casa en la cual yo vivía desde hacía unos seis meses y donde la comunera pasaría esa noche. La afirmación resuena activando mi capacidad de registro y, sobre todo, por su contundencia, la ilusión de escuchar una crítica a la antropología más “elaborada” que las que hasta ese momento había escuchado directamente de comuneros, una que apuntara a los usos del conocimiento antropológico más allá del comportamiento concreto de antropólogos individuales. En ese momento, su argumentación me decepcionó. Un antropólogo había estado un tiempo en su comunidad, un día, de pasada hacia otro lugar, regresó para mostrar un libro que había escrito, era bonito, con fotos e historias que le habían contado. Que volviera fue bueno, en cuanto los que estuvieron antes que él no lo habían hecho, pero, concluye: “vienen, escriben libros con lo que les decimos y después quieren vendernos sus libros: eso hacen los antropólogos”³⁴.

Por un lado, su crítica gira en torno a lo que la pedagoga Linda Tuhiwai Smith reconoce también en las comunidades maories de Nueva Zelanda. Allí el término investigación a nivel del sentido común refiere a su total inutilidad para los investigados (“nosotros” o “el mundo indígena”, escribe la autora) y utilidad para los investigadores en relación al desarrollo de carreras académicas y la conservación de sus puestos de trabajo. La investigación sería algo que nos dice cosas que ya sabemos, sugiere otras que no funcionarían e impulsa la carrera de gente que ya tiene trabajo (2008:3). Pero además, la desigualdad en la distribución de sus beneficios tiene su correlato en la desigual distribución de sus perjuicios que tienden a concentrarse en las comunidades (cfr. Vitoria et al. 2004), aunque el trabajo etnográfico en ocasiones resulte perjudicial para el investigador (cfr. Kulick y Willson 1995, Menéndez 2002).

34. Esto comentarios de comuneros sobre antropólogos fueron recogidos entre los años 2009 y 2013 en territorio mapuche y williche de Chile. Como todo relato se trata de la representación e interpretación de sucesos por parte de los sujetos. Para su análisis correspondería consultar al antropólogo, en este caso sobre su devolución del trabajo pero eso no es lo que aquí interesa.

Lo que aquí importa es que en esta crítica subyace un cuestionamiento a la asociación de las investigaciones científicas con el colonialismo y desigualdades sociales en general. Partiendo de mi experiencia de formación y vida en Austria, procurando asumir el legado de la disciplina desde uno de los centros de su desarrollo como tal y de su articulación con emprendimientos coloniales, racistas y fascistas, resultaba fundamental procurar un diseño metodológico que diera cuenta de las críticas que refieren al desigual aprovechamiento, utilidad y perjuicio del trabajo antropológico (cfr. Smith 2008; Denzin et al. 2008; Victora et al. 2004).

Por otro parte, la reflexión de la comunera pone en tela de juicio los presupuestos respecto de a quién pertenecen las investigaciones y se alinea con una serie de críticas al quehacer antropológico durante el trabajo de campo. Por ejemplo, la llegada de minibuses con profesores y estudiantes que descienden del vehículo tomando fotografías; personas que llegan acompañados de un traductor a través del cual solicitan ser recibidos para conversar y graban la conversación, toman fotos y se retiran dejando un sabor amargo: ¿quién era? ¿qué pretende hacer con lo que registró? En general, no se vuelve a saber de ellos, a veces se recuerdan algunas referencias: “aquel gallo que vino el año pasado, era holandés creo, antropólogo parece que era”. Se trata de situaciones que ponen en evidencia un tipo de intercambio que reproduce relaciones desiguales y violentas no sólo en la práctica académica sino en el contacto directo con los sujetos³⁵.

Reflexionando sobre la decepción que experimenté aquella noche al escuchar un argumento tan similar al de otras veces –que además nunca consideré banal– me doy cuenta que no lo había comprendido cabalmente. Si alguien objetiviza a otras personas, se “apropia” de sus conocimientos, relatos e imagen o confunde ser recibido con amabilidad con el consentimiento para participar/colaborar en algún tipo de proyecto: ¿qué posibilidades hay de que tenga la capacidad, o por lo menos la intención, de desarrollar diseños metodológicos y tomar decisiones respecto de la utilización del material empírico y de las herramientas de análisis e interpretación que no generen daño, que no reproduzcan las inequidades, que no perpetúen la subalternización de las personas y conjuntos sociales con quienes trabaja?

En “La parte negada de la cultura” (2002) Menéndez discute los deslizamientos entre “diferencias”, relativismo y racismo en la trayectoria de la antropología desde la perspectiva de que la negación y olvido de su propia historia –incluyendo la de la producción y uso académico de conceptos y métodos con su correlativa apropiación por parte de conjuntos sociales– son centrales para la continuidad de estos deslizamientos. Uno de los procesos de continuidad/discontinuidad que refiere a este tipo de olvidos tiene que ver con la intermitente demanda de requisitos y prácticas éticas. En distintas épocas estas demandas han resonado con mayor o menor intensidad para luego ser nuevamente olvidadas en pocos años y a veces meses. En este proceso histórico se fue normalizando el reconocimiento de que la ciencia será inevitablemente utilizada por quienes tienen los medios económicos para hacerlo: “La apropiación de la producción científica por fuerzas sociales y económicas aparece como un hecho dado, de tal manera que la reaparición actual de lo ético concierne sobre todo a que el investigador haga ‘éticamente’ su trabajo, más que a cómo serán utilizadas las investigaciones, para qué y por quién” (Menéndez 2002:28-29).

La profesionalización y burocratización del quehacer científico en todas sus ramas es condición y expresión de la orientación a entender lo ético como concerniente a un comportamiento ético durante el trabajo de campo y dejar de lado la preocupación por la utilización de la investigación, no sólo en el sentido de la información que se entrega sino

35. Si bien existen zonas y personas que no admiten un comportamiento de este tipo hay otras en las que sigue siendo posible. En varias oportunidades presencié la llegada de personas haciendo registros audiovisuales –o con la intención de hacerlo– sin que quedara claro quiénes eran, qué y para qué deseaban registrar y mucho menos qué consecuencias potenciales tenía su trabajo.

respecto de las maneras de describir y analizar así como de todas las decisiones sobre qué investigar y de qué manera (cfr. *Ibíd.*). Además, actualmente ese comportamiento ético aparece asociado al uso de formularios de consentimiento informado y otros procedimientos burocráticos, lo cual otorga aún más fuerza a la siguiente propuesta:

Para intentar superar los maniqueísmos, los olvidos, las negaciones, y tal vez el proceso de burocratización de los saberes, necesitamos desarrollar y aplicar toda una serie de dispositivos que operen desde la formulación del problema, hasta el momento del trabajo de campo, pasando por las maneras de describir y analizar/interpretar la información y/o la investigación/acción. Toda una serie de estos dispositivos corresponde a pensar y trabajar sobre la “realidad” a partir de lo “obvio”, es decir, desde una perspectiva que describe la realidad no sólo desde las características explícitas, manifiestas y evidentes, sino desde los aspectos marginales, triviales, irrelevantes y sobre todo convertidos en sentido común.

En última instancia, la intencionalidad de trabajar sobre lo local y la situacionalidad de los actores refiere a una concepción que busca, por ejemplo, descubrir y encontrar las relaciones racistas o de poder no sólo donde el racismo o el poder aparecen expresamente planteados, sino a través de los espacios de muy diverso tipo donde el poder o el racismo se desarrollan larvada y opacadamente y frecuentemente en términos no racistas ni de poder (*Ibíd.*:29).

En esta investigación además de procurar pensar y trabajar sobre la “realidad” a partir de lo “obvio”, procuré elaborar un diseño metodológico enmarcado en el respeto, la no objetivización y la no subalternización de los participantes. Esto implicó buscar perspectivas de análisis que se articulen con una filosofía de respeto por las diferencias y la autonomía personal y colectiva a partir de la consideración de que las desigualdades de poder representan inequidades e injusticias violentamente insertadas en la estructura del mundo actual que corresponde eliminar. Implicó también desechar otras.

En la introducción formulé el problema, mencioné las preguntas de investigación y presenté las perspectivas teóricas centrales para su abordaje por lo que explicitaré ahora el desarrollo del trabajo de campo y en general la manera en que obtuve los datos y cómo fueron analizados.

2.1 Situacionalidad espacio-temporal

Metodológicamente diferencio dos momentos. El primero corresponde a la investigación realizada entre 2006 y 2008 que incluyó un registro etnográfico de la inserción de médicos egresados de la ELAM en Bella Unión (Uruguay). El segundo, al período entre 2009 y 2012 que incluyó la reutilización de una parte del material empírico anterior, en particular, el mencionado registro, las entrevistas y fichas aplicadas a egresados de la ELAM. Entre 2006 y 2012 trabajé en Austria, Cuba, Uruguay y Chile y realicé trabajo etnográfico en momentos diferentes en los últimos tres países:

- En Cuba en dos instancias: en 2006 durante tres semanas especialmente en La Habana (ELAM y otras instituciones de formación); en 2009 durante un mes en La Habana (ELAM) y Cienfuegos.
- En Uruguay en tres instancias: en 2007 durante cuatro meses en Montevideo, Rocha y Bella Unión; en 2011 durante dos meses en Montevideo; en 2012 durante dos meses en Bella Unión y uno en Montevideo.
- En Chile en tres instancias: en 2009 un trabajo exploratorio durante tres meses en sectores del territorio mapuche y williche así como en bibliotecas y universidades de Temuco y

Santiago; en 2010 durante diez meses en Chiloé con algunas actividades en Santiago, Temuco y Puerto Montt; en 2011 durante tres meses en Chiloé.

Además utilicé medios electrónicos con el fin de obtener un panorama general respecto del proyecto ELAM y sus egresados en los países beneficiarios, desde EEUU pasando por varios países de América Latina, el Caribe y Africa hasta Timor Leste.

Como límite temporal tomé el mes de diciembre de 2012. En marzo de ese año completé el trabajo de campo y entre abril y agosto trabajé en el procesamiento del material. La finalización de la tesis estaba prevista para el año siguiente. Sin embargo, determinantes razones personales me llevaron a paralizar completamente el trabajo a partir de setiembre de 2012, el que pude retomar recién en abril de 2014. A pesar del tiempo transcurrido y de que mi interés por la temática implica una constante actitud de investigación, mantuve el límite temporal que había establecido por lo que sólo incorporo datos o bibliografía posterior a esa fecha cuando los considero fundamentales.

2.2 Selección de contextos y definición de actores significativos

Esta investigación refiere fundamentalmente a la experiencia, prácticas y representaciones de egresados de la ELAM y las que sobre ellos manejan o con ellos han desarrollado otras personas en dos de los países beneficiarios del proyecto: Chile y Uruguay, los cuales representan en sentido amplio los contextos seleccionados para desarrollarla. A su vez en cada uno se seleccionó un contexto específico de investigación: una zona apartada que ha recibido a egresados y tiene las características de aquellas zonas para las cuales el proyecto ELAM fue concebido. Se trata de dos zonas históricamente representadas como fronteras: Bella Unión ubicada al noroeste de Uruguay en el Departamento de Artigas; y Chiloé, un archipiélago ubicado a unos 1000 km al sur de Santiago en la X Región de Chile. Además a nivel nacional tienen la mayor proporción de egresados de la ELAM en su población médica. En ellas estos médicos destacan por su cantidad y por las funciones que cumplen pero el aspecto que tomé en cuenta para su selección fue que se desarrollara allí al menos una experiencia a nivel de atención primaria que presentara diferencias significativas respecto de lo que generalmente se hace como atención primaria a nivel nacional y regional. Esto se fundamenta en la consideración de que la atención primaria institucionalizada en la mayoría de los contextos no manifiesta en la práctica una orientación hacia la atención primaria integral aunque la reafirme en el discurso. Los espacios puntuales dentro de estas zonas que albergaran experiencias de inserción de egresados de la ELAM en una atención primaria de salud distinta a la hegemónica representan los contextos centrales de la investigación. Entonces, los contextos amplios de esta investigación son Uruguay y Chile, los contextos específicos: Bella Unión y Chiloé, y los centrales son las experiencias de atención primaria en tres barrios de Bella Unión y en la comunidad williche Koñimo-Lamekura.

La comparabilidad y complementariedad de los contextos se fundamenta en una serie de factores Uruguay, Chile y Cuba pertenecen al grupo de los primeros países en organizar sistemas de beneficencia y de salubridad con un surgimiento y evolución histórica comparable (cfr. Fuentes 2010:121) hasta que a partir de 1962 se unifica el sistema de salud cubano, mientras en Uruguay y Chile se acentúa la fragmentación que era característica. Esta bifurcación entre la perspectiva cubana, por una parte, y la uruguaya y chilena, por otra, se profundiza a partir de 1973 con las dictaduras militares en Uruguay y Chile entre cuyas consecuencias cuenta la alineación del aparato político y social al proceso de neoliberalización

promovido internacionalmente con repercusiones importantes en el ámbito de la salud. En este sentido Chile representa un ejemplo más acabado que Uruguay dado que la implementación de las políticas neoliberales fue tan exacta que se lo consideró internacionalmente –y se lo considera aún– el modelo de privatización y neoliberalización para la región (cfr. Homedes y Ugalde 2008). Chile y Uruguay representan contextos que desde los 70' están profundamente atravesados por políticas neoliberales, pero que conservan la memoria de proyectos diferentes de sociedad y de organización de la atención en salud y cuyos aparatos sanitarios actuales partieron, en buena medida, de una base similar a aquella de la cual partió el cubano. Actualmente, tanto Uruguay (a partir de 2007) como Chile (a partir de 2005) reconocen a la salud como un derecho constitucional y en ambos países se están desarrollando reformas que manifiestamente pretenden garantizar ese derecho y promover una atención primaria de salud que supere el enfoque curativo y hospitalocéntrico incorporando aspectos preventivos y de promoción para lo cual una de las limitantes fundamentales sería la carencia de profesionales formados en esta línea. La desconexión entre las instituciones formadoras de médicos y los ministerios de salud es otra de las características comunes así como la ausencia de políticas públicas respecto de los recursos humanos del sector.

Por otra parte, son importantes las diferencias en la aplicación de reformas neoliberales y en la formación médica. Mientras en Uruguay recién en 2011 egresa la primera generación de médicos formados en una institución empresarial de educación terciaria, la formación médica en la universidad estatal sigue siendo gratuita (no cobra matrículas ni aranceles) y en años recientes se registra un mayor acceso a ella de personas de estratos socioeconómicos bajos; en Chile la proliferación de facultades privadas de medicina ha sido marcada, con varias generaciones de médicos graduados en ellas y con universidades estatales que cobran aranceles equivalentes a los de las privadas y que promueven el acceso casi exclusivo de quienes hayan recibido una formación preuniversitaria privilegiada en el marco de un sistema de educación que decidida y abiertamente no es equitativo en sus diferentes niveles y mucho menos en el acceso a la educación superior médica (cfr. MINEDUC 2012).

La experiencia de atención primaria que denotara características significativamente diferentes a las hegemónicas en Chile debía ser una experiencia desarrollada en un territorio indígena y por uno o más egresados indígenas de la ELAM de la primera o segunda generación, o sea de la misma que los egresados uruguayos que actuaban en Bella Unión o de la más cercana.

En ambos países trabajé también en las capitales nacionales, provinciales y regionales y realicé breves registros etnográficos de una experiencia más de atención primaria en zonas apartadas con el fin de reconocer particularidades y similitudes en relación al material obtenido en los contextos centrales.

La manera escalonada de desarrollar el trabajo de campo permitió un primer período exploratorio de identificación de los contextos más indicados para desarrollar el trabajo etnográfico central y complementario en cada país y de los actores significativos. También permitió registrar procesos y variaciones en el tiempo realizando entrevistas con los mismos actores y observaciones en los mismos espacios en distintos momentos.

Actores significativos son todas aquellas personas relacionadas directa o indirectamente con la temática de investigación o que intervienen de alguna manera en la situación a investigar, cuyas experiencias, prácticas y opiniones son relevantes para la misma y es necesario tener en cuenta para obtener la mayor diversidad posible de puntos de vista. Esto permite controlar y contrastar puntos de vista y centrarse en las relaciones que se establecen entre los actores sociales tanto a través de sus representaciones como de sus prácticas. Dado que el universo de actores significativos resultaba demasiado amplio, realicé un recorte con el fin de obtener el

espectro más amplio posible de experiencias, prácticas y opiniones sobre la temática a través de identificar posiciones que requerían entrevistar u observar las prácticas del 100% de los actores y otras respecto de las cuales era suficiente hacerlo con algunos metodológicamente considerados representativos³⁶.

En Uruguay y Chile ordené a los actores significativos en tres grupos: 1) médicos y otros trabajadores de la salud, 2) autoridades, 3) personas de las zonas en las que están insertas las instituciones o proyectos de salud en que trabajan egresados de la ELAM. Cada uno incluye una serie de subgrupos. Además, tuve en cuenta otros grupos como estudiantes, autoridades y trabajadores de las instituciones formadoras de médicos (ELAM, otras instituciones cubanas, uruguayas y chilenas), familiares de los egresados y estudiantes de la ELAM, participantes de otros proyectos de cooperación internacional cubana y ciudadanos cubanos (representantes diplomáticos, colaboradores, ciudadanos en general)

2.3 Metas y métodos

Estructuro el trabajo investigativo a partir de cinco niveles de metas que se van incluyendo: (1) Documentar, describir y analizar la manera de pensar y actuar característica de los egresados de la ELAM en los contextos de investigación; (2) Documentar, describir y analizar el impacto local de la misma y su articulación con la manera de pensar y actuar dominante en esos contextos. Concentrarse en el encuentro entre maneras de ser/hacer diferentes a través de la observación y registro de las representaciones y prácticas en contextos específicos, procurando reflexionar sobre sus potencialidades y limitaciones; (3) Identificar factores promotores e inhibidores de transformaciones relacionadas a este encuentro y de manera general referentes a transformaciones en la manera de pensar y actuar en salud; (4) Desarrollar explicaciones que sobrepasen el ámbito específico de esta investigación articulándose con procesos sociales más generales y con los debates socioantropológicos; (5) Reflexionar sobre el rol, el aporte y las limitaciones de la antropología en el campo de la salud.

Trabajé entendiendo la labor investigativa como un proceso en espiral ascendente en el cual fui alternando períodos de trabajo etnográfico y de elaboración teórico-explicativa de los datos en confrontación con materiales aportados por la investigación bibliográfica y de archivos. Para promover esa elaboración busqué el intercambio directo de opiniones e ideas con otros investigadores y con “expertos”, que incluyeron vecinos y comuneros en general, médicos y otros trabajadores de la salud, antropólogos, otros científicos sociales y docentes universitarios, así como la participación en actividades académicas en los contextos de investigación. Para la obtención de datos empíricos utilicé una serie de técnicas y procedimientos incluyendo la observación participante y sistemática, entrevistas, conversaciones informales, investigación bibliográfica y técnicas cuantitativas.

36. Por ejemplo, entrevisté al 100% de los egresados que trabajaban en los contextos centrales, de quienes trabajaban con ellos y de las personas directamente implicadas en las experiencias de atención primaria. También de los directivos de las instituciones o establecimientos oficiales donde trabajaban estos egresados; mientras registré las visiones, opiniones y experiencias de una parte de sus compañeros de trabajo en las instituciones oficiales procurando que estuvieran representadas las distintas posiciones respecto de la actividad concreta que realizaban como de su relación con los egresados (cercana, cotidiana, lejana, esporádica) y su tipo de relacionamiento (bueno, regular, malo). De manera similar, participé del 100% de las actividades relacionadas con las experiencias de atención primaria centrales mientras que realicé algunas observaciones en las instituciones oficiales procurando registrar su diversidad.

Realicé observación participante y sistemática en todos los contextos relevantes (sala de espera, áreas abiertas de las instituciones de salud, actividades comunitarias, sociales, recreativas, profesionales, etc.) y, especialmente, en las actividades desarrolladas por médicos egresados de la ELAM como parte de su trabajo (consulta clínica, actividades de promoción, prevención y educación para la salud, reuniones, actividades de investigación, visitas domiciliarias, traslados y acompañamiento de pacientes) así como también en sus actividades cotidianas. En relación a las posibilidades de aplicación de esta técnica destacan dos aspectos que me permitieron observar desde distintas perspectivas la práctica de los egresados de la ELAM. En ambos contextos viví en casa de egresados o en el mismo alojamiento –postas de salud, juntas de vecinos, escuelas– compartiendo su cotidianeidad por períodos más o menos prolongados de tiempo en diferentes momentos (2007, 2009, 2010, 2011, 2012) así como también diez meses en la casa de una familia de la comunidad en Chiloé, lo que se complementó con períodos en los que viví en lugares sin relación directa con los egresados. Por otra parte, fui atendida como paciente por diferentes egresados en diferentes momentos y contextos.

Realicé también una cantidad importante de entrevistas semiestructuradas en profundidad, de las cuales son fundamentales las desarrolladas con 140 personas en Uruguay y Chile, un tercio de las cuales fueron entrevistadas en reiteradas oportunidades en los distintos momentos de esta investigación. Para cada grupo y subgrupo de actores significativos preparé una entrevista tipo con una serie de preguntas básicas. En oportunidades incorporé además preguntas específicas para actores particulares pero en general procuré mantener la estructura de las entrevistas para todos los actores de un mismo grupo y subgrupo. En todos los casos comencé la entrevista pidiendo una presentación del entrevistado lo más amplia posible que incluyera algunas de sus referencias socioculturales, así como su conocimiento sobre el proyecto ELAM y la cerré dejando un espacio para ideas o temas importantes que no hubieran sido abordados. Procuré que los entrevistados se expresaran lo más abiertamente posible con intervenciones que se orientaban a explorar o entender no sólo lo que se estaba diciendo sino también su trasfondo, por ejemplo, a través de profundizar en cómo se expresan en la práctica las opiniones manifestadas o la situación planteada preguntando en qué se ve, observa o manifiesta lo dicho o solicitando ejemplos concretos.

En las entrevistas, conversaciones informales y en general en relación a los datos obtenidos a partir de lo que las personas expresaban incluí en el registro no sólo lo que decían sino también cómo (silencios, gestos, risas, actos fallidos, actitud corporal). Asimismo procuré registrar cómo me veía la persona entrevistada para lo cual tuve en cuenta mi forma de presentarme y solicitar la entrevista, si ella tenía referencias sobre mí y cuáles así como lo que yo había logrado conocer sobre ella con anterioridad, durante y después del encuentro³⁷. Parte importante de lo que las personas nos dicen tiene que ver con esto, con sus relaciones con otras personas o también con situaciones que sucedieron o están sucediendo que se conocen en el lugar y no se manifiestan expresamente. En general, es posible darse cuenta que está faltando información fundamental para comprender el sentido de lo que las personas nos dicen pero es más difícil comprender qué es lo que falta; podemos darnos cuenta que nos falta conocimiento o información del contexto para entender por qué esa/s persona/s nos está/n planteando una situación determinada pero para llegar a esa información, además de una permanencia más o menos duradera en el lugar y de procurar explorar las visiones más disímiles que identifiquemos, es preciso buscar estrategias para completar

37. En oportunidades los prejuicios u opiniones que los entrevistados tienen sobre nosotros o nuestro trabajo son expresados, sobre todo luego de apagar el grabador o cuando aparece otra persona durante, antes o después del encuentro y el entrevistado se ve en situación de presentarnos o también cuando a través de una permanencia más o menos duradera en el lugar volvemos a encontrarnos en otras situaciones. Por otra parte, es común que sus impresiones nos lleguen indirectamente a través de otras personas.

nuestro conocimiento contextual. Además, procuré en todo momento hacer consciente los prejuicios que mantengo respecto de los demás y también lo que las personas me generan emocionalmente así como identificar qué provoco en ellas y utilizar esta información o su ausencia en el análisis. Lo mismo es aplicado a las observaciones y, en general, a todas las técnicas de obtención de datos empíricos.

La mayoría de las entrevistas fue individual con una duración promedio de 60 minutos y 90 para las grupales. La cantidad de personas de cada grupo entrevistadas en cada contexto de investigación es equivalente. Las decisiones respecto a quién entrevistar se orientaron según la identificación y clasificación de actores antes mencionada, la equivalencia cuantitativa no fue un criterio aplicado intencionalmente. El conjunto de entrevistas más utilizadas está compuesto por 95 médicos y otros trabajadores de la salud:

- 55 egresados de la ELAM³⁸ (5 eran también directivos de instituciones o autoridades de salud); 19 médicos no egresados de la ELAM y no directivos de instituciones de salud; 22 trabajadores de la salud no médicos y no directivos de instituciones de salud incluyendo administrativos, técnicos, profesionales, terapeutas, choferes y auxiliares de servicio
- 23 autoridades y directivos de instituciones de salud no egresados de la ELAM (entre ellos 6 médicos y 6 profesionales no médicos)
- 22 personas de los sectores en que trabajan egresados de la ELAM incluyendo referentes comunitarios, promotores de salud, pacientes en general y personas que no participan de las experiencias de salud comunitaria.

A su vez, las conversaciones informales mantenidas en contextos muy diversos y con actores de todos los grupos fueron de gran relevancia. En general, al establecer una conversación con el fin de abordar aspectos de impotencia para la investigación procuré dar a conocer lo mejor posible la razón de mi presencia en el lugar y de mi pregunta. Con muchos pacientes mantuve conversaciones de este tipo, una parte refiere a sus “carreras de enfermos” que las personas decidieron relatar al saber el motivo de mi estadía en el lugar.

Apliqué también una ficha a los egresados de la ELAM a partir de la cual elaboré un padrón estadístico con datos de 50 egresados incluyendo al 100% de quienes trabajaban en los contextos centrales de investigación e incorporando los datos obtenidos a través de una ficha muy similar aplicada en el año 2007 a todos los entrevistados que representaban el 60% de los egresados uruguayos de la primera generación y el 37% de los egresados que en ese momento residían en Uruguay. Este padrón sólo es representativo para esta investigación de la que participaron directamente un total de 55 egresados de la ELAM, los cinco a los que no se aplicó la ficha no se incluyen en los datos estadísticos elaborados. Por otra parte, se utilizó la información aportada por los institutos nacionales de estadística de Cuba, Chile y Uruguay así como por otros organismos nacionales e internacionales de estadística para obtener algunos datos relevantes y elaborar datos específicos.

También desarrollé una intensa búsqueda bibliográfica en bibliotecas y archivos presenciales y electrónicos en las principales bibliotecas de Viena, Santiago, Montevideo y La Habana así como en los contextos específicos de la investigación. Para búsquedas electrónicas utilicé principalmente el buscador de revistas electrónicas de la Universidad de Viena para el acceso a publicaciones del norte global. En Latinoamérica, y en general en el sur global, hay una importante cantidad de revistas electrónicas libres así como bases de datos, hemerotecas y bibliotecas virtuales. Entre ellas fueron relevantes el sitio Infomed y el Campus Virtual de Salud Pública de Cuba que ofrecen listados completos y actualizados de todas las publicaciones

38. 40 radicados en Uruguay y 15 en Chile. Es el único grupo en el cual hay diferencias importantes entre la cantidad de entrevistados en cada contexto. Esto se debe a la incorporación de las 24 entrevistas desarrolladas en 2007.

cubanas del campo de la salud y acceso a la mayoría de ellas incluyendo revistas, libros y audiovisuales. La búsqueda de bibliografía giró en torno al proyecto ELAM en general y la antropología de la salud así como a temas identificados como relevantes en el movimiento teórico-empírico, entre los principales: cooperación internacional, atención primaria, formación médica e interculturalidad.

La documentación y registro del material obtenido a partir de la aplicación de todas estas técnicas dio como resultado un conjunto de datos en forma de notas de campo, transcripciones de entrevistas y conversaciones, protocolos de conversaciones informales y de observación sistemática, registro fotográfico y audiovisual, padrón estadístico, material bibliográfico y copias de documentos diversos. Para el procesamiento de la información utilicé métodos de análisis cualitativo, leyendo y releendo la totalidad del material e identificando temas y categorías recurrentes buscando comprender las coincidencias y divergencias y estableciendo conexiones entre los distintos materiales empíricos y teóricos. No todos estos temas serán abordados en este trabajo que se estructura en torno a las posibilidades y limitaciones del encuentro entre maneras de ser/hacer diferentes y las articulaciones entre las mismas desde un enfoque relacional.

Entendiendo la calidad científica de una investigación como la garantía de su consistencia y coherencia a partir de un trabajo inductivo en el cual las ideas explicativas desarrolladas surjan a partir de los datos y no sean impuestas a ellos, se utilizaron estrategias para garantizar la confiabilidad de la investigación elaboradas a partir de Mayan (cfr. 2001:27-28) y Silverman (cfr. 2001:219-255) y ampliadas en el sentido de controles epistemológicos de Menéndez (cfr. 2009:, 2012:). Aunque la mayoría ya han sido mencionadas interesa aquí presentarlas esquemáticamente: **Mantener la responsabilidad e interés** en el trabajo lo cual implica creatividad, sensibilidad, flexibilidad y compromiso con el trabajo inductivo entendido no como ausencia de presupuestos e hipótesis sino como su reconocimiento explícito para permitir el desarrollo de explicaciones distintas a las que podíamos anticipar; **procurar coherencia metodológica** en el sentido de que los métodos sean adecuados al problema a abordar; **trabajar con una cantidad y calidad adecuada** de actores significativos; **análisis en espiral de los datos**: movimiento circular entre recolección, evaluación/procesamiento, corroboración e interpretación buscando garantizar la consistencia entre el material empírico y su interpretación en un movimiento de pensamiento teórico crítico-reflexivo; **corroborar ideas**, pensamientos e interpretaciones con las personas en base a cuyas experiencias, relatos o prácticas las mismas fueron elaboradas así como con personas externas y otros investigadores; **crítica de fuentes**: respecto de la literatura científica y de los datos primarios procuré conocer lo mejor posible el trasfondo desde el cual las personas escriben o hablan; **reflexionar en todo momento** respecto de la posición personal y de implicaciones

En el transcurso de esta investigación procuré mantener una actitud de respeto y no subalternización de las personas durante el trabajo de campo, en el manejo de la información y para su análisis, intentando reflexionar sobre las implicaciones de las retóricas y teorías. Una evaluación profunda del para qué y por quién de la utilización de las investigaciones que desarrollamos, requiere de experiencia y tiempo para pensar, producir y entregar los resultados a aquellos con quienes hemos investigado de una manera significativa para ellos y/o desarrollar otras formas de retribución no monetaria. En este sentido, otra de las posturas manifestadas en la conversación que cité al comienzo de este capítulo en la que una comunera se declara “antiantropólogo” es interesante. Allí otra comunera expresa que en su comunidad han tenido buenas experiencias con antropólogos que han ayudado en situaciones concretas y manifiesta: “ojalá en cada comunidad hubiera un antropólogo, que viviera ahí”. Considera que esto sería muy difícil porque sería “muy caro” pero sería bueno porque los antropólogos son personas que “saben de muchas cosas, han estado en muchas partes” y pueden transmitir sus experiencias para ayudar a las comunidades a orientarse ante problemáticas diversas. Para

ella no se trata solamente de mediar ante situaciones como la delimitación de territorios ni de contribuir directamente a que el Estado o las empresas no expropian los recursos biológicos, socioculturales, ambientales, históricos, etc. sino además de aportar a la reflexión hacia el interior, digamos, pero justamente desde nuestra exterioridad. Para cerrar este capítulo interesa incluir la manera en que procuré brindar una retribución a los participantes de esta investigación.

2.4 El doctorado como posibilidad de experimentación

El privilegio que significó que mi proyecto de investigación fuera financiado conllevó la responsabilidad de procurar elaborar una metodología que apuntara a superar las principales críticas a la antropología provenientes de la misma disciplina y de otros ámbitos. Procuré tener en cuenta los cuestionamientos desarrollados por las tendencias post, los realizados a esas tendencias y los anteriores, elaborados sobre todo en las décadas de los 50' y 60'. Además, ocupó un lugar sustancial la experimentación en torno a qué podía aportar como antropóloga y cómo no reproducir en mi trabajo los aspectos criticados.

Si bien el proyecto de investigación incluía como una de sus metas reflexionar sobre estos temas quedaban excluidas algunas de las recomendaciones que se hacen desde las propuestas de decolonización de las metodologías, como la de que las comunidades definan las temáticas y métodos de investigación (cfr. Smith 2008) ya que el proyecto había sido completamente definido por mí desde mi corta experiencia.

A modo de un primer control epistemológico, me propuse discutir en profundidad todos los aspectos del proyecto de investigación (tema, preguntas, metas, metodología, pertenencia de los materiales recogidos, modos de devolución y de utilización del material, potenciales beneficios y perjuicios) con los participantes centrales, es decir las comunidades en las cuales se desarrollara el centro del trabajo etnográfico incluidos los egresados de la ELAM que allí trabajaran. Esta discusión funcionó como base para la decisión de participar, o no, en la investigación. El mismo tipo de discusión pero apuntando al enriquecimiento del proyecto fue desarrollada con antropólogos e investigadores locales. Apliqué esto con diferencias en ambos contextos.

Por otra parte, procuré conocer el trabajo de antropólogos e investigadores que trabajaron anteriormente allí así como los principales desarrollos de la antropología local y regional. Procuré además contactar y conocer personalmente a esas personas lo que fue posible en dos oportunidades con dos antropólogos mapuche a quienes también se les presentó y pidió su opinión sobre el proyecto de investigación. Además, fueron de gran relevancia los contactos establecidos con tres grupos de investigadores. En Chiloé, con la Unidad de Salud Colectiva del Servicio de Salud local conformada por un médico, una antropóloga, una trabajadora comunitaria y una referente williche todos con experiencia de trabajo en distintas zonas de Chiloé incluyendo Koñimo-Lamekura. En Bella Unión con parte del equipo de Extensión Universitaria de la UDELAR, compuesto sobre todo por agrónomos y sociólogos con experiencia de trabajo en la zona. Y también en Uruguay, con el Grupo de Antropología y Salud de la UDELAR compuesto por antropólogos, psicólogos, sociólogos, médicos y enfermeros con experiencia de trabajo de campo en otras zonas del país. En Cuba sólo realicé este tipo de intercambios con médicos, algunos con formación en ciencias sociales, pero procuré revisar todo material publicado respecto del proyecto ELAM desde las ciencias sociales y médicas.

En Uruguay presenté y discutí el proyecto de investigación con los egresados de la ELAM con los que ya había trabajado. En Bella Unión también discutí el diseño metodológico con algunas personas de la comunidad y otros actores recibiendo algunas críticas importantes así como opiniones respecto del trabajo de tesis anterior. Durante el trabajo de campo en Bella Unión en 2012 me alojé en una residencia de Extensión Universitaria de la UDELAR, un lugar que respondía mejor a los objetivos de esta investigación que el alojamiento en casa de egresados de la ELAM que había utilizado en 2007, en particular debido a los cambios en la situación de los egresados en la zona (ver capítulo 5). El trabajo en Uruguay siguió los parámetros usuales negociando individualmente o con pequeños grupos su participación en la investigación. Mi retribución consistió básicamente en el compromiso de entregar esta tesis que es el resultado final del trabajo.

En Chile fue posible llevar a cabo una propuesta que originalmente estaba planeada para ambos contextos³⁹ y consistía en desarrollar paralelamente a mi investigación otro trabajo a modo de retribución definido directamente por los grupos que estuvieran organizados en torno a la atención sanitaria o por la organización social que consideraran más pertinente a la cual correspondía también asignarme un lugar donde vivir. Esto se aplicó tanto en el marco del trabajo exploratorio en 2009 como, con mayor intensidad y duración, durante el trabajo etnográfico en 2010.

La propuesta que presenté al equipo de salud de la comunidad williche consistía en realizar mi investigación viviendo en la comunidad y desarrollando tareas que me fueran asignadas, las que también cumplirían la función de experimentación respecto de las posibilidades y limitaciones del trabajo antropológico en ese territorio. En 2010 viví la mayor parte del tiempo en la casa de una familia del sector. Entre las tareas que me fueron asignadas, en primer lugar, destaca la de realizar talleres con niños y jóvenes de la comunidad en torno a diversas formas de expresión (pintura, escritura, poesía, fotografía y audiovisual) que tuvieron lugar todos los fines de semana durante seis meses como parte del proyecto de salud comunitario. En segundo lugar, con igual frecuencia y por un lapso similar de tiempo coordiné encuentros de yoga y relajación con mujeres. Ambas actividades apuntaban a aprovechar aspectos de mi trayectoria personal que no tenían que ver necesariamente con la formación antropológica. En tercer lugar, se me propuso desarrollar una investigación sobre sanadores de la zona que derivó en una publicación (Picaroni 2011) que incluye relatos sobre aspectos de la vida y labor de sanadores del sector elaborados en base a entrevistas y que fueron corregidos con los entrevistados. Finalmente, entre estas actividades incluyo una propuesta mía basada en la apreciación de que la experiencia de salud comunitaria estaba en un momento que requería de reflexión y reorientación en aspectos fundamentales. Con la intención de contribuir en este aspecto propuse realizar un documental a partir de material que había recogido para mi investigación e incorporando material nuevo en la medida en que fuera necesario. El mismo se desarrolló como proyecto conjunto con el equipo de salud y con participación de un cineasta y fue presentado en la comunidad en diciembre de 2010 y que fue reeditado en 2012 y presentado en otros ámbitos.

Las implicaciones de esta metodología son amplias y van desde la evidente necesidad de mayor tiempo para el trabajo de campo hasta la de intensificar las reflexiones sobre nuestra situacionalidad e implicaciones personales en el contexto de investigación y cómo éstas influyen en la recolección, elaboración y análisis del material empírico. Aunque la diferencia

39. Entre el final del trabajo de campo en Chile en 2010 y el desarrollo del trabajo de campo en Uruguay (2011-2012) tuve que atender asuntos burocráticos referentes al doctorado que incluyeron un cambio de plan de estudios que conllevó que tiempo, energía y recursos que debían haber sido aplicados a la investigación fueran dedicados a esos asuntos. Eso implicó un retraso de más de seis meses en la continuación del proyecto que impidió aplicar la metodología propuesta y que explica la diferencia entre el tiempo dedicado al trabajo de campo en ambos contextos.

entre la metodología aplicada en ambos contextos no fue intencional, la posibilidad de haber realizado en uno una etnografía convencional y aplicando en el otro esta metodología de trabajo en paralelo, retrospectivamente enriqueció el trabajo⁴⁰.

40. En tres oportunidades he procurado presentar algunas de estas reflexiones en contextos académicos: en dos congresos, uno en Europa y uno en Chile, y en esta tesis. Al primero finalmente no pude concurrir; en el segundo el espacio para discusión de las ponencias fue tan reducido que no se generó ningún intercambio o reflexión. En esta tesis, decidí no incorporar el epílogo que quería dedicar a esta discusión por razones de tiempo y espacio. De manera que se trata de otra de las tareas relevantes pendientes.

3

El sistema de salud cubano, la cooperación internacional y el proyecto ELAM

En estos cincuenta años, en los cuales nuestros enemigos critican siempre el inmovilismo cubano, en este país ha habido una dinámica social, política y económica mucho más movida que en el resto del mundo que nos rodea. Desgraciadamente, no siempre movida, o casi nunca movida a nuestro favor; quiero decir, movida mayormente, con un acento muy fuerte, a través de adversidades; las que nos han venido de afuera y las que nos han venido de adentro.

Aurelio Alonso, 9 de marzo de 2012, La Habana

Conferencia inaugural del III Encuentro de
Crítica e Investigación Joven «Pensamos Cuba»

En un trabajo anterior presenté el proyecto ELAM desde la perspectiva de la cooperación internacional (Picaroni 2008:65-129). Discutí también visiones críticas sobre el concepto y la práctica del “desarrollo” y de la cooperación internacional y procuré proponer un concepto de desarrollo que fuera útil para la comprensión de este proyecto (Ibíd.:29-42). Tanto en los contextos de esta investigación como internacionalmente en la academia y a nivel social domina un proceso de reconocimiento-desconocimiento del proyecto ELAM que implica aceptar su relevancia a nivel discursivo a partir de desconocer su complejidad y potencial alternativo. En la base de este proceso está un movimiento de descontextualización que desconoce las raíces históricas, el contexto sociocultural y la lógica que lo caracteriza y, por lo tanto, permite críticas y descalificaciones muy poco fundamentadas. Este capítulo apunta a incorporar la perspectiva diacrónica y la contextualización sociocultural para lo cual propongo una descripción que aborda los aspectos que más confusión generan a observadores externos y los que resultan de interés para comprender la estructuración de una manera de pensar y actuar. Con este fin primero presentaré un panorama general sobre el aparato sanitario cubano, con énfasis en las transformaciones que a partir de los 60’ dieron lugar al Sistema Nacional Unico de Salud que representa el contexto en el cual se estructura la manera de pensar y actuar, el comportamiento y las expectativas de rol de los médicos egresados de la ELAM.

Uno de los aspectos que destaca en la constitución de este sistema de salud es la relevancia que se le dio a la cooperación internacional desarrollada desde comienzos de los 60'. El proyecto ELAM debe ser entendido en el marco de lo que en Cuba se denomina cooperación internacional, solidaridad internacional o internacionalismo⁴¹ que constituye, al mismo tiempo, un principio fundamental de las instituciones locales y el pilar de las relaciones internacionales del país. Como principio de la salud pública cubana está en la base del Programa Integral de Salud (PIS), uno de los programas más representativos de un nuevo momento de la cooperación cubana que marcó el final del siglo XX y comienzos del XXI y del cual forma parte el proyecto ELAM. Finalmente, estimo necesario describir aspectos generales del funcionamiento del proyecto así como de la dinámica del PIS y del proyecto ELAM a través de más de una década.

3.1 El sistema de salud cubano y la cooperación internacional

Por la sola discusión
entre los dos presidentes
consideraban las gentes
terminada la misión.
No saben que la razón
del trabajo solidario
cargado de humanitario
amor por la población
no sabe de religión,
de color, ni de contrarios.

Gonzalo Estévez Torriente
Médico cubano participante en la
campana contra el dengue en El Salvador, año 2000
En: Torre et al. (2005:253)

En su primera visita a Cuba como secretario general de Naciones Unidas, Ban Ki-Moon visitó la ELAM ofreciendo allí dos breves discursos, uno dirigido a los estudiantes y otro al público en general que comienza así (2014a:Online):

41. Este término denota la relación con el pensamiento marxista que postula el internacionalismo proletario. Sin embargo, las influencias filosóficas del concepto en Cuba van mucho más allá incluyendo pensamientos y prácticas surgidas en el marco de la confrontación con las distintas variantes de colonización en toda América durante más de 500 años que son anteriores, y muchas veces contrapuestas, al estado-nación. En particular, el pensamiento de José Martí es un referente fundamental. Entre sus ideas más influyentes cuentan las de “unidad en la diversidad” que refiere al reconocimiento de la diversidad como parte constitutiva fundamental de las sociedades y “patria como humanidad” que refiere a la necesidad de un pensamiento global que abarque una preocupación constante por las implicaciones globales de los procesos locales considerando que patria es la porción de humanidad que se tiene más cerca y no más, ni menos, que eso (Martí s/f[1885]:468). Para una revisión del pensamiento martiano en relación a este concepto ver Toledo (2005:Online). Para una crítica al internacionalismo en su imbrincamiento con el estado-nación ver Waterman (1992, 2010:Online).

Thank you for welcoming me to this extraordinary school.

There are many things I could say here at ELAM, but the most important is simply Muchas gracias.

Thank you for your outstanding contributions.

Thank you for leading the way on South-South cooperation.

Thank you for being on the frontlines of global health.

ELAM does more than train doctors. You produce miracle workers.

I have seen it for myself.

As Secretary-General of the United Nations, I travel to many difficult places. Desperate places hit hard by earthquakes, hurricanes or other natural disasters. Remote places of deep deprivation. Forgotten places far off many people's radar of concerns.

And so many times in these different communities - I have seen the same thing.

Doctors from Cuba - or doctors trained in Cuba helping and healing.

Continua mencionando actividades concretas de cooperación y algunas de las características generales de la cooperación cubana, como la de estar desde antes de las crisis o catástrofes, enfrentar las mismas y permanecer “mucho después de pasada la tormenta”. Saluda también al sistema de salud cubano que considera un modelo para muchos países del mundo y menciona algunos programas concretos de cooperación y algunos lugares en los que se desarrollan, finalizando, luego de hacer mención a la Operación Milagro –un programa para la restitución de la visión a personas con enfermedades operables– con la siguiente afirmación: “You have helped them to see - but you have also given the world vision – a vision of generosity, solidarity and global citizenship” (Ibíd.). Este discurso da lugar a una serie de interrogantes que me parece importante compartir para dejar planteadas algunas cuestiones que no pueden ser abordadas en profundidad en este trabajo pero que es fundamental considerar.

Como ha sido ampliamente estudiado por distintas disciplinas y corrientes teóricas, el concepto y la práctica del desarrollo (y subdesarrollo) jugó un rol central en la configuración del mundo en la segunda mitad del siglo XX. La estrategia de cooperación para el desarrollo se convirtió en una de las principales herramientas de continuación de la dominación colonial (cfr. Sachs 1992, Escobar 1995, Ferguson 1996, Ribeiro 2007). El “campo de poder del desarrollo” (Ribeiro 2007) abarca visiones y posiciones políticas que van desde el interés en la acumulación de poder económico y político hasta un énfasis en la redistribución e igualdad. Las Naciones Unidas cuentan entre los actores con más poder para influenciar la configuración y tendencias de este campo que, claramente y en un proceso que abarca ya mucho más de medio siglo, se ha orientado hacia el primero de los polos, es decir hacia la acumulación de poder económico y político hasta tal punto que el antropólogo Gustavo Lins Ribeiro propone entender al desarrollo como “la expansión económica adorándose a si misma” (2007:176-177).

Teniendo en cuenta estas consideraciones y los procesos históricos que conformaron este campo de poder: ¿puede esperarse que a comienzos del siglo XXI “la generosidad, la solidaridad y un sentimiento de ciudadanía global” inspiren algo más que los discursos de la ONU? Y si no: ¿qué utilidad tendría esta “visión” que Cuba brinda al mundo? ¿Está Cuba verdaderamente en la vanguardia de lo que la ONU denomina “ciudadanía global”? Teniendo en cuenta que “global” en el lenguaje institucional, y en el de no pocos académicos, significa algo así como la garantía de impunidad para la intervención y coerción planetaria de parte de los poderes económico-político-militares dominantes en expansión: ¿las actividades de cooperación en salud cubanas sirven para mantener la relación desigual de poderes en el

orden internacional? Considerando los procesos que las intervenciones de la ONU promueven o cristalizan en países como Haití⁴²: ¿qué significa que la ELAM produzca “miracle workers”? En definitiva: ¿cómo interpretar estas palabras del alto funcionario de la ONU?

En un libro dedicado a Africa Carlos Tablada et al. (2007) presentan “el complicado tablero planetario actual” y con fines analíticos agrupan a los actores más relevantes en Norte y Sur. Lamentan tener que incluir a la ONU entre los actores del Norte ya que consideran que debería ocupar “un lugar especial, alejado de cualquier polo o hemisferio que correspondería a un consistente órgano de justicia a favor de la igualdad y en todo caso inclinado hacia los más necesitados” (Tablada et al. 2007:238). Titulan el apartado dedicado a la institución: “La ONU: ser o no ser”, y plantean que “en la ONU se observa una especie de colonización por parte de los más fuertes, y sus bases y objetivos se encuentran ante el peligro de ser pisoteados hasta la anulación dados los intereses intervencionistas y dominantes que se esconden tras aparentes razones antiterroristas y humanitarias” (Ibíd.:244). Pensado desde esa disyuntiva el fervor del Secretario General hacia la ELAM podría referir a que el internacionalismo cubano ha aportado cristalizaciones que alimentan la posibilidad de que una justicia a favor de la igualdad oriente las acciones de los actores en el campo de las relaciones internacionales y del desarrollo. Al menos una parte de las actividades cubanas expresan de manera excepcional los principios e ideas que los organismos internacionales sustentan a un nivel discursivo pero que no suelen aparecer en la práctica de los principales actores en el campo de poder del desarrollo. Considero que la cooperación internacional cubana expresa visiones y posiciones que son parte de este campo pero que no reflejan completamente las orientaciones dominantes y, por lo tanto, requieren para su comprensión y análisis la elaboración de enfoques que tengan esto en cuenta.

La solidaridad internacional quedó definida como principio de la salud pública cubana en el contexto de las profundas transformaciones que caracterizaron los primeros años de gobierno revolucionario y como tal ha sido constantemente reafirmado, discutido y transformado a lo largo de más de medio siglo⁴³. La cientista social Maria Elena Macias subraya que la política de salud y el sistema de salud cubano “constituyen partes integrantes de profundas transformaciones sociales en general, de cambios en las concepciones ético-políticas de cómo dirigir los procesos sociales” (Macias 2005:Online). La política de salud debe ser comprendida en relación con la política social, la educacional y la científico-tecnológica con las cuales conforma “una tríada programática encaminada al primero de los objetivos: crear las bases para un proyecto social más justo y equitativo” (Mejías et al. 2010:79)⁴⁴.

42. Respecto del papel de la ONU y de las políticas de desarrollo internacional en Haití ver Jean-Jaques Anil (2008).

43. En 1992, el cientista social Peter Waterman declara la muerte del internacionalismo proletario y el nacimiento de la solidaridad global que puede ser desglosada en cinco componentes: identidad, sustitución, reciprocidad, afinidad y complementariedad. Una solidaridad que brinde espacio a todos estos aspectos excede cualquier interpretación unidimensional (1992:52-54). El autor propone que el término es usado muy ligeramente y que es un concepto insuficientemente teorizado, lo cual ha sustentado usos contradictorios y “practices of paternalism, of group self-interest, of political manipulation, militarism, and of social, cultural and regional/racial domination”, por lo que es necesario especificar los usos en términos de los componentes mencionados (Waterman 2010:Online). La solidaridad desde la perspectiva cubana incluye todas esas dimensiones y agrega otras como la restitución, que Waterman también reconoce (cfr. Waterman 2010). Pero se distancia de esta concepción al incluir la posibilidad de entenderla y practicarla como una actitud básica que no requiere justificarse en ninguno de ellos. Aquí radica una de las diferencias centrales entre el uso del término en Cuba y otros usos como, por ejemplo, el que actualmente forma parte de algunas concepciones multiculturalistas que identifican una tensión entre la solidaridad y la diversidad (cfr. Goodhart 2011).

44. Las vicisitudes, avances y reveses en la construcción de este proyecto a los largo de más de 50 años han sido muchas y muy complejas, sobre lo cuál existe abundante literatura, pero no es el tema de este trabajo.

Es importante destacar este aspecto porque suele estar ausente en los análisis, lo que subyace a deficiencias en las explicaciones teóricas respecto del internacionalismo y/o del sistema de salud cubano, incluso en las más elaboradas (cfr. Macías 2005:Online). Al mismo tiempo, lo importante para esta tesis es que es fundamental para reflexionar sobre las limitaciones para la “exportación” de programas, políticas o propuestas concretas desarrolladas en y para ese país porque en la medida en que el contexto de aplicación no comparta las bases filosóficas, ideológicas, socioculturales e históricas que las fundamentan –por ejemplo, el compromiso con la universalidad o con la incorporación de los aspectos socioeconómicos en los asuntos definidos como sanitarios– podrían tener un efecto contrario al que tuvieron en Cuba⁴⁵.

Aquí radica uno de los desafíos para los egresados de la ELAM en su proceso de inserción: el significado de las actividades técnicas debe ser analizado en relación a su sentido y orientación y, sobre todo, a sus efectos prácticos. Esto es muy importante para el presente trabajo dado que estos médicos desarrollan su práctica médica cotidiana en contextos muy distintos al de su formación en los cuales deben reconsiderar su visión respecto de medidas y programas sanitarios en relación a las condiciones de esos contextos. La descripción y discusión del sistema de salud cubano y la cooperación internacional que ofrezco a continuación apunta a poner de manifiesto las complejidades de esta tarea.

3.1.1 El sistema de salud cubano: aspectos destacables⁴⁶

En las investigaciones sobre el sistema de salud se da mucha importancia a las etapas previas a 1959 señalando, por ejemplo, que en la segunda mitad del siglo XIX La Habana presentaba una de las mayores cifras de médico por habitantes del mundo (Beldarraín 2009:63) o que Cuba fue el primer país en elevar los servicios de sanidad y asistencia hospitalaria al status de Secretaría o Ministerio (en 1909) (Torre et al. 2005:39-40, Rojas 2009:34) y otros aspectos que dan cuenta del temprano proceso de consolidación de la hegemonía médica. De acuerdo al médico y antropólogo Enrique Beldarraín este proceso se da en el siglo XIX y va acompañado por esfuerzos de parte de los médicos por “asfixiar las prácticas de la medicina popular” con campañas de despresigio hacia sus practicantes. De manera que ya a inicios del siglo XX la biomedicina implantó su saber y su práctica desde una posición de fuerza “para mantener el espacio profesional y la fuerza politicosocial que alcanzó en el siglo anterior” (Beldarraín 2009:63-65)⁴⁷.

⁴⁵. Como propone Farmer las condiciones bajo las cuales se aplican programas con muy buenos resultados en Cuba no son equiparables a la de la mayoría de los demás países de la región. Analizando el programa cubano de VIH-SIDA y comparándolo con un programa del gobierno de EEUU para la reclusión compulsiva de migrantes haitianos con VIH en la base militar de Guantánamo en los 90', el autor concluye que ambos muestran continuidad con políticas aplicadas con anterioridad por los respectivos gobiernos. El primero, con políticas que apuntan a garantizar derechos económicos y sociales a los ciudadanos y con ello protección en contra de abusos y vulneración de sus derechos humanos; mientras el segundo denota continuidad con políticas que tienden a vulnerar esos derechos. Las medidas aplicadas en el programa cubano no serían recomendables en otros contextos porque podrían derivar en abusos de poder, violación de derechos y profundización de la dominación respecto de ciertas poblaciones (cfr. Farmer 2003:51-90).

⁴⁶. La descripción se apoya en el trabajo de un grupo de profesores de la Sociedad Cubana de Salud Pública titulado “Salud para todos: sí es posible” (Torre et al. 2005), se trata del resumen más completo que conozco sobre la construcción de este sistema. Además, recorro a trabajos de la antropología médica local y a literatura específica sobre algunos aspectos. Utilizo mis notas de campo y entrevistas directamente sólo como complemento pero fueron fundamentales para la selección de los aspectos a destacar.

⁴⁷. El autor habla de “medicina científica” o “sistema médico científico u occidental” pero prefiero usar el termino biomedicina porque resulta más apropiado para este trabajo siempre y cuando se tenga en cuenta que se trata de una biomedicina distinta a la actual. Por otra parte, mantengo la denominación “medicina popular” que utiliza el autor.

Una parte sustancial de la población no tenía acceso a esta medicina, cuyos representantes estaban asentados básicamente en la ciudades y dedicados a la atención de las capas más adineradas, y mantenía saberes y prácticas subalternizadas en el proceso de hegemonización (cfr. Beldarraín 2006, 2009). En términos generales, según de la Torre et al., la medicina institucionalizada en la primera mitad del siglo XX se caracterizaba por que “la atención médica estaba disponible para los que podían pagarla a un nivel variable, pero, en general, aceptable. Los que carecían de recursos económicos tenían que utilizar los servicios públicos, insuficientes y mal dotados. La población rural carecía, en general, de asistencia médica. Estaba ausente de la práctica médica el enfoque social, preventivo y epidemiológico” (Torre et al. 2005:43).

Para el abordaje de la atención sanitaria hacia finales de los 50’ es importante el impacto del período de lucha armada (1956-1958)⁴⁸. Para quienes luego estarían al frente de distintas instituciones sociales y de gobierno representó un acercamiento y conocimiento directo de las condiciones de vida así como de los saberes y prácticas de la población rural. Además, la atención sanitaria a la población campesina en los “territorios liberados” se constituyó como “práctica de la lucha revolucionaria” en contra de la visión de benevolencia o caridad dominante hasta entonces. Esto permitió profundizar ideas y acciones (sobre tipos de servicios requeridos, formas de organización, ubicación, etc.) que fueron básicas para la construcción del sistema de salud (Ibíd.:43)⁴⁹.

Una de las primeras medidas fue el establecimiento del Servicio Médico Social Rural: a partir de enero de 1960 se ofreció a todo médico graduado un contrato para trabajar a tiempo completo en áreas rurales por un período determinado⁵⁰; la mayoría (318 de 330) lo aceptó ya que era obligatorio para acceder a cargos médicos estatales y ofrecía “un salario estimulante”. En los años 70’, todos los recién graduados realizaba este servicio (Rojas 2003:Online). También en 1960 se registra la primera actividad de cooperación internacional en salud: el envío a Chile de profesionales y donaciones ante un fuerte terremoto. Salvador Allende⁵¹ se encontraba en La Habana cuando se produjo el sismo y acompañó, después, parte de las acciones de los colaboradores en las zonas afectadas. Al año siguiente ofreció una charla en la que expuso algunas de sus reflexiones sobre esa experiencia, destacó que había observado en Cuba “la genuina preocupación e interés de los dirigentes” así como “la generosidad anónima del que entrega lo que le hace falta” en relación a las donaciones que hacían individual y anónimamente los ciudadanos, y, después, cómo los colaboradores “entregaban minuto a minuto su capacidad y calor humano para darle amparo y protección al campesinado explotado de las tierras chilenas”. Esto representaba un “símbolo de esta Cuba nueva” (Allende 1961 en Torre et al. 2005:242).

Interesa destacar que el valor simbólico de las acciones ya era tematizado así como su relevancia para las transformaciones sociales que se proponían. Ambas instancias, la cooperación y el servicio médico rural, continuaron su desarrollo y diversificación permitiendo dentro y fuera de Cuba un enfrentamiento a realidades sociales que eran desconocidas para la

48. La “Lucha de Liberación Nacional” (1956-1958) liderada por el “Ejército Rebelde” con el fin de derrocar la dictadura impuesta en 1952 bajo el mando de Fulgencio Batista termina con la huida de Batista del país y la proclamación del Triunfo de la Revolución el 1 de enero de 1959.

49. Las implicaciones de la “vida en las montañas” en las luchas anticoloniales de la época fueron tematizadas desde un punto de vista analítico por Fanon (1952, 1961). Para ahondar en particular en el caso cubano y el significado del contacto con la población rural para el desarrollo de ideas sobre el quehacer médico consultar Guevara (1960, 1960a).

50. Este período fue primero de seis meses, después un año y, finalmente, dos años. El Servicio Médico Social se mantiene hasta la actualidad.

51. Médico chileno, referente de la medicina social en la primer mitad del siglo XX, que había sido Ministro de Salud y sería diez años después Presidente, hasta su muerte en el marco del golpe de estado militar en 1973.

mayoría de los médicos. Sara Perelló, graduada en 1953, fue una de las primeras médicas que participó de una “misión internacionalista”⁵² (Argelia, 1963) plantea:

A nosotros, como médicos, nos hizo crecer como humanos. Nos permitió ver la función que debemos tener los doctores, pues la mayoría fuimos formados en el capitalismo, con otras enseñanzas y otros conceptos muy alejados de los que propugna la Revolución.

Nos sentimos más crecidos, más humanos, más útiles, que nuestra carrera tenía un sentido más elevado del que le habíamos dado (Lopez 2005:Online).

Al mismo tiempo comenzaron a acceder a los estudios universitarios personas de sectores sociales que anteriormente no lo hacían, lo cual tuvo un impacto importante en el tipo de profesional médico y su comportamiento de rol⁵³. En las entrevistas con egresados de la ELAM son tematizadas con mucha frecuencia diferencias entre el comportamiento de rol que observaron desde sus primeros contactos con médicos en Cuba y el que conocían hasta entonces, o que reconocen actualmente en los lugares en que trabajan. Se trata de un aspecto que por ahora alcanza dejar planteado a través de la siguiente reflexión:

Cuando llegué a Cuba noté que los médicos, la gente que está involucrada en la medicina, era mucho más accesible. Una cosa que a mí me causa malestar es que acá [en Chile] los profesionales, generalmente, son personas que vienen de una familia con posibilidades, tienen recursos, vienen a atender y la gente los mira hacia arriba y algunos igual promueven eso; uno también podría haber tenido esa actitud.

Hay dos extremos: el del prepotente que dice “ah no, yo soy profesional, soy médico y soy mejor que el resto de la gente. ¡Qué me viene a decir a mí ese paciente!”, y el otro, que está por otro tipo de trato pero ve a la comunidad como “pobre gente...”, ve la salud como caridad, más que como obligación o como derecho de la gente. Eso me molesta igual. En Cuba es distinto porque el médico, la gente que se forma de médico o de otras profesiones relacionadas a la salud, es gente de la misma comunidad [...]. Entonces, eso me impresionó mucho: que los médicos eran una persona más, eran otra persona. Claro, hay un cierto respeto, la gente lo respeta al médico pero no es una actitud digamos sumisa (Eo20, e/i 2011).

En 1961 con la integración de todos los servicios e infraestructura disponibles al Ministerio de Salud Pública (MINSAP) comenzó la creación del Sistema Nacional de Salud, un sistema único, integral y descentralizado, financiado por el Estado para la atención de toda la población con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal). Se incluyó además la industria médico farmacéutica (importación, producción y distribución de fármacos, equipos e insumos) y el sistema de formación de recursos humanos (Rojas 2009:144), lo cual a largo plazo resultó fundamental y marca una de las principales diferencias

52. Los paralelos entre el lenguaje médico y militar no son en absoluto particulares de la medicina o de la cooperación internacional cubanas. Si bien se trata de un tema interesante no será discutido en este trabajo. Para el caso de la ELAM queda de manifiesto en la referencia a sus egresados como “ejército de batas blancas”. Expresiones similares como “cuerpo de batas blancas” han sido recientemente utilizadas por organismos internacionales en el marco de la “lucha contra el ébola”. Algunos paralelos y diferencias entre el lenguaje médico y el militar, y entre la medicina y el ejército, son discutidos en Sinclair (1997).

53. El concepto de comportamiento de rol es importante para este trabajo: “los médicos, en cuanto profesionales, necesitan representar el rol de médico ante los pacientes, dentro del medio profesional y en las instituciones en las que trabajan”, es decir que “necesitan construir una cara que represente ante los demás (y ante sí mismos) que son médicos” lo cual opera espontáneamente pero debe ser referido a un comportamiento de rol aprendido que “debe ser ejercido, necesariamente, en cuanto afirmación de la identidad profesional. Ver Goffman 1970, 1989, Freidson 1978.” (Menéndez y di Pardo 1996:73). A pesar de que esto implica estabilidad y continuidad en las representaciones y prácticas de rol, como todo proceso social debe ser comprendido en su dinámica y en sus ambivalencias y contradicciones. El proceso que se dio en Cuba respecto del comportamiento de rol médico en la segunda mitad del siglo XX manifiesta continuidades/discontinuidades respecto de los desarrollos locales y globales en relación a la profesión médica y está en la base del comportamiento aprendido por los egresados de la ELAM.

respecto de otros arreglos estatales para la atención en salud en la región. La salud se definió como un derecho de la población y una responsabilidad del Estado que debía asegurar a toda la población por igual una atención de salud basada en “una sólida base científica, con orientación preventiva y participación social en la definición y solución de los problemas de salud” (Torre et al. 2005:45-46). El internacionalismo como “forma solidaria de dar y recibir ayuda” se incorporó como principio de la salud pública, lo que representó una de las principales diferencias respecto de la salud pública soviética (Rojas 2009:143)⁵⁴.

La atención primaria, entendida como “el sistema básico de atenciones de salud con la tecnología apropiada y con la participación activa de la población” pasó a ser el eje del modelo de salud cubano (Torre et al. 2005:47). Francisco Rojas⁵⁵ reconoce a partir de la década de los 60’ un movimiento local de atención primaria en salud respecto del cual el servicio médico rural constituyó el primer programa significativo junto a la alfabetización y el fortalecimiento del sistema educacional (2003:Online). Lo distintivo es que el Estado asumió una función central respecto de la puesta en práctica de las concepciones de atención primaria que incorporaban en ese momento históricas propuestas de cambios filosóficos profundos en el manejo de los asuntos sociales y de salud.

“La unidad más original y de mayor significación del nuevo sistema de salud” fue el “policlínico integral” que incorporó además de las consultas externas “las de prevención y, más adelante, en su perfeccionamiento, las de promoción y rehabilitación. Por tanto, a esta unidad correspondían todas las acciones de salud, sobre las personas y el ambiente, excepto la hospitalización, en el mismo territorio donde residía la población atendida. El hombre y su medio constituían su ámbito de trabajo” (Torre et al. 2005:49).

En los primeros años del gobierno revolucionario abandonaron el país cerca de la mitad de los médicos, que en 1958 eran 6.286. La cantidad de profesionales y técnicos disponibles era insuficiente por lo cual se propuso la formación acelerada de recursos humanos. El perfil médico estaba marcado por una especialización temprana: en el último año de la carrera el estudiante se orientaba hacia una especialidad básica realizando un “internado vertical” en medicina interna, obstetricia o pediatría. Se aspiraba a que hubiera un pediatra para la atención primaria de la población infantil; un médico general o internista para los adultos; y un gineco-obstetra para las embarazadas. A cada uno se le asignó un consultorio en el policlínico en donde se conservaban las historias clínicas de los pacientes. Esto simplificó la utilización de ese documento, eliminando los extravíos y la necesidad de solicitar turnos con anticipación: el paciente concurría directamente a la consulta de su médico (Ibíd.:52)⁵⁶.

Una primera revisión importante del modelo tuvo lugar en 1976. La comisión ministerial creada para ello planteó que:

Tradicionalmente, nuestros médicos han sido formados casi exclusivamente en el hospital, con una franca tendencia a convertirse en técnicos de la enfermedad y con poco entrenamiento en los aspectos sociológicos, psicológicos e higiénico-epidemiológicos. Esta formación hospitalaria conlleva generalmente una subvaloración de la atención primaria que se lleva a efecto en el policlínico. Además, durante las últimas décadas se ha producido una exagerada tendencia hacia la especialización, lo cual si bien ha logrado determinados avances en algunos aspectos, por otra parte ha deformado en la práctica médica la concepción del hombre integralmente considerado y desenvolviéndose en un

54. Los principios rectores de las actividades en salud son: carácter estatal y social de la medicina, accesibilidad y gratuidad de los servicios, orientación profiláctica, aplicación adecuada de los adelantos científicos y técnicos, participación de la población y colaboración internacional (MINSAP 1996 en de la Torre 2005:47).

55. Médico perteneciente a la generación de graduados que inició el servicio médico rural. Es también salubrista y doctor en Ciencias Médicas. Referente de la salud pública cubana.

56. Las historias clínicas y los tiempos de espera constituyen aspectos respecto de los cuales los egresados de la ELAM encuentran diferencias sustanciales en los nuevos contextos (ver capítulo 5).

medio donde la salud está sometida a los efectos de factores de muy variado carácter (MINSAP 1977 en Ibíd.:50-51).

Por lo cual para “producir un cambio esencial en la calidad de la atención médica, capaz de vincular los servicios al pueblo y adecuarlos al sistema social” proponen el “policlínico de la comunidad” que “constituirá el primer eslabón de la atención a la salud de la población, quedando articulado con el segundo escalón o nivel secundario (hospitalización y consultas de especialidades), y con el nivel terciario (especialista y servicios hospitalarios provinciales o nacionales más selectivos)” (Ibíd.:51). Además se propuso que una parte de la formación de los especialistas básicos se desarrollara allí incorporando profesores a los policlínicos (Ibíd.:55). Lo que considero fundamental destacar es que la intersectorialidad y la articulación con los niveles secundarios y terciarios constituyen el modelo de atención primaria cubano; es parte de este modelo la articulación entre la función de referencia, asesoría, prevención y promoción de salud de los médicos con las funciones curativas, tanto a nivel primario como de la medicina especializada y altamente especializada. Este aspecto es frecuentemente dejado de lado en los análisis que tienden a enfatizar el papel de la atención primaria pero de manera poco relacionada con otros niveles y formas de atención.

En el contexto del proceso desarrollado en los 60' y su revisión hacia finales de los 70' se comprende que Torre et al. afirmen que “cuando se celebró la reunión de Alma-Atá (sic), en Cuba la atención primaria estaba consolidada como el primer nivel de atención de los servicios de salud en todo el país” (Ibíd.). Lo cual representa una excepción en el contexto regional, fundamentalmente, si se tiene en cuenta la articulación antes mencionada.

La declaración de Alma Atta (OMS 1978) “sintetizó y convirtió en propuesta político-técnica las experiencias, discusiones y proyectos que se venían desarrollando durante las décadas de los sesenta y setenta”. Tanto a nivel técnico como político los estados americanos fueron reconociendo esta estrategia, que además a nivel internacional fue convalidada en sucesivas declaraciones en la década posterior. A pesar de que en los 80' se afirmó continuamente que la atención primaria constituye el eje de la intervención sanitaria, el proceso técnico-político condujo a “establecer en la práctica concepciones diferenciales” de atención primaria. La atención primaria integral había sido propuesta simultáneamente como intervención técnica y como concepción filosófica del proceso salud-enfermedad-atención apuntando a “incluirlo dentro de las condiciones técnicas, económico-políticas y culturales que lo condicionan, pero no sólo como referente técnico, sino con la intencionalidad de incluir estos factores en las propuestas de acción” y teniendo como eje central el reconocimiento del papel de la sociedad civil en este proceso” (Menéndez y di Pardo 1996:25).

Esa declaración junto a la meta de la OMS “Salud para Todos en el año 2000” signaron la aceptación internacional de una serie de críticas a la biomedicina y propuestas de transformación que incluían cambios filosóficos profundos. Sin embargo, a partir de allí siguieron un camino paradójico. La atención primaria integral fue rápidamente considerada demasiado ambiciosa, inalcanzable y sin urgencia. Se realizó una distinción entre atención primaria integral y selectiva. Esta última pasó a denominarse “atención primaria” en casi todos los contextos aunque proponía una serie de intervenciones biomédicas verticales, restringidas a un número de enfermedades y poblaciones “en riesgo”, que poco tenían que ver con la propuesta inicial y que dejaban totalmente de lado los aspectos filosóficos y político-económicos que le eran centrales (cfr. por ej. Ibíd.:21-26, Joralemon 1999:76-77, Cueto 2004). Además, al mismo tiempo la ideología neoliberal fue ganando terreno en el campo de la salud y en las organizaciones internacionales, incluidas la OMS y la OPS, que en los 90' se alinearon a las propuestas de los organismos financieros internacionales que pasaron a ser sus principales fuentes de financiamiento. Junto con las fundaciones privadas, que también ganaron o recuperaron cada vez más protagonismo, propugnaron la supremacía

del mercado en la organización de la prestación de servicios de salud y los mecanismos de ajustes estructurales incluyendo la desestructuración de los sistemas públicos de salud (y de educación, transporte, previsión, vivienda, etc). En este proceso, la mayoría de los gobiernos de la región y las organizaciones internacionales se alejaron definitivamente de la declaración de Alma Atta, sus principios y metas así como de las posiciones defendidas en décadas anteriores (cfr. Waitzkin 2011:2-8, 64-66).

En Cuba el camino fue diferente. La introducción de la docencia y las investigaciones en el policlínico comunitario a partir de 1976 fortalecieron la valoración de la atención primaria. En lugar de considerar los planteamientos de Alma Atta como demasiado ambiciosos se procuró adoptarlos ampliamente en busca de una atención integral para todos de acuerdo a las necesidades de cada uno, una propuesta que reafirmaba en aspectos sustanciales el camino seguido en los 20 años anteriores, al tiempo que permitía una crítica profunda de aquellos aspectos que no habían aportado a fortalecer el protagonismo central de las personas y conjuntos sociales en los procesos de salud/enfermedad/atención. Así en 1984 se establece el modelo cubano de medicina familiar⁵⁷ que representa un cambio sustantivo en cuanto a la organización de la atención de la salud y la formación médica. Félix Sansó⁵⁸ reconoce cuatro factores que convergen para ello: los cambios del cuadro epidemiológico, la insatisfacción de la población con los servicios de salud, las reflexiones derivadas de la epidemia de dengue hemorrágico de 1981 y la voluntad política de desarrollar una táctica que pudiera dar cumplimiento a las metas de la OMS de salud para todos en el año 2000 (2005:Online). A lo que habría que agregar la cantidad de profesionales de la salud formados hasta la fecha que incluía más de 21.000 médicos (Torre et al. 2005:56).

En este contexto se implementó un nuevo plan de estudios de Medicina que apunta a formar un médico que al graduarse pueda asumir la atención primaria integral de toda la población (sin distinciones de edad ni sexo) lo que lleva a que la familia entera se relacione con un mismo médico. La cercanía entre médico y grupo doméstico procuraba facilitar el rol de referente, apoyo y asesor en los procesos de salud/enfermedad/atención así como el acompañamiento en los contactos con otras instancias sanitarias. Además, este profesional estaría capacitado y entrenado para desarrollar junto a sus pacientes acciones en relación al medio, para lo cual resultaba fundamental que se radicara en la zona y continuara desde allí su formación. El modelo contempla también el trabajo en centros educacionales y laborales. Los graduados de este nuevo plan de estudios –que en términos generales es el mismo que guió la formación de los estudiantes de la ELAM– trabajarían durante un año como médico de familia y continuarían durante tres años la especialización en Medicina General Integral (MGI). Posteriormente, podrían continuar en esta especialidad o hacer otra diferente (Torre et al. 2004:57). En 1986 se graduaron los primeros 19 especialistas en MGI (Sansó 2005:Online). En 2012, había 13.419 de estos especialistas: un médico de familia cada 771 habitantes (MINSAP 2013:122).

Este modelo lleva al médico a residir en el sector donde trabaja atendiendo a toda la población junto a un enfermero y, de ser posible, un psicólogo, procurando prevenir enfermedades y promocionar la salud. Idealmente se contempla que un consultorio trabaje con 120 familias, en la práctica hay entre 150 y 200 familias por consultorio⁵⁹. Incluye también

57. Inicialmente se utilizó la problemática denominación “modelo del médico y la enfermera de la familia” aunque desde un comienzo tanto hombres como mujeres se incorporaron a este modelo en cualquiera de las dos funciones.

58. Médico de la primera graduación de especialistas en esta área. Referente actual de la medicina familiar cubana.

59. Si bien la cifra ha ido variado, hasta 2004 se consideraba que solo en ocasiones excepcionales había superado a los 1000 habitantes por consultorio (Torre et al. 2005:57). Con la expansión y consolidación del PIS algunos consultorios han tenido que encargarse de una población mayor. Un egresado de la ELAM plantea que sobre todo a nivel de los pueblos y municipios pequeños se nota la ausencia de los médicos

la creación de Grupos Básicos de Trabajo compuestos por pediatra, internista y ginecoobstetra que trabajan en labores de docencia, interconsulta y supervisión con entre 15 y 20 consultorios de familia. Las interconsultas con otras especialidades así como los exámenes paraclínicos (de laboratorio, rayos X, electrocardiogramas, etc.) se realizan en el policlínico con el cual los consultorios mantienen una estrecha relación (Torre et al. 2005:58). El Médico General Integral se apoya en el Análisis de la Situación de Salud y la dispensarización de la población y dedica parte importante de su tiempo a “hacer terreno” que implica visitas a los hogares, instituciones, centros laborales y otras actividades de investigación cuali-cuantitativa así como acciones específicas fuera y dentro del consultorio orientadas a la promoción de la salud, como la creación de círculos de abuelos y otros grupos –de adolescentes, diabéticos, embarazadas, etc.– y toda una serie de actividades organizadas y definidas con la comunidad de la que el médico pasa a formar parte (cfr. Sansó 2005:Online)⁶⁰.

Por otra parte, en 1996, se crea el Servicio de Urgencias de la Atención Primaria con ambulancias para el traslado expedito de personas a hospitales u otros centros asistenciales, y, posteriormente, el Sistema Nacional de Urgencias Médicas para la atención integral de las urgencias de un municipio en coordinación con las diferentes unidades asistenciales y las ambulancias básicas. De esta manera “se dio un nuevo paso en el perfeccionamiento de la atención primaria. Desde su establecimiento como nivel básico de los servicios, se ha logrado una elevación continuada de los niveles de salud a la población, utilizando tecnologías de bajo costo con servicios accesibles en todo el territorio nacional” (Ibíd.:60). Aunque en un comienzo se dio prioridad a las especialidades básicas y a programas especiales con el transcurso del tiempo se fue ampliando y perfeccionando la red de servicios disponibles:

Actualmente, todas las especialidades médicas y quirúrgicas tienen servicios en la red. Su extensión y número depende de la morbilidad de las respectivas enfermedades y del costo y complejidad de los medios diagnósticos y de tratamiento. Siempre que se requiere, se realizan interconsultas con las unidades de más jerarquía y, cuando es necesario, se coordina la remisión de los pacientes. La mayor parte de las especialidades tienen un Centro de Referencia Nacional que introduce los procedimientos de avanzada y atiende a los pacientes de mayor complejidad. En 1984, se elaboró un plan de desarrollo para cada especialidad.

Algunos de estos servicios, que tienen un alto costo de funcionamiento, como las redes oncológica, cardiológica o nefrológica, fueron afectados severamente por la crisis económica de los años 90, pero actualmente, aunque persisten las causas principales que produjeron el deterioro económico, están en fase de revitalización y persiguiendo objetivos más elevados.

La información que se origina en la red de servicios fluye desde el consultorio del médico de la familia hasta las unidades de nivel nacional. Departamentos de estadísticas en policlínicos y hospitales, y en las direcciones municipales y provinciales, recogen y envían a la Dirección Nacional de Estadísticas los indicadores fundamentales de salud, lo que permite evaluar los resultados del trabajo, corregir deficiencias y disponer de datos confiables para perfeccionar el sistema (Ibíd.:74).

En un análisis de los primeros 20 años del modelo de medicina familiar Sansó concluye que “la atención médica se volvió mucho más personalizada, más accesible, con un enfoque preventivo (del cual no siempre somos conscientes) y una mayor proyección social” y que se obtuvieron importantes avances en varios sentidos entre los que destaca el “descubrir

que participan de los programas internacionalistas: se alargan los tiempos de espera, a veces los médicos de familia no conocen las casas de sus pacientes, no pueden visitarlos a todos. La sobrecarga laboral representa un punto de insatisfacción con esta especialidad para los médicos y si bien la población en general apoya las actividades de cooperación también exige que se mantenga la atención personalizada a la que estaban acostumbrados (e/i 2007).

60. Para un análisis crítico de la evolución del modelo ver Sansó (2005).

que se disfruta menos de diagnosticar la enfermedad que de evitarla” (2005:Online). Sin embargo, este “modelo revolucionario” se desarrolló en un contexto adverso debido a la crisis económica y su repercusión social, las dificultades para replicarlo a nivel de todo el país y “la falta de capacidad de adaptación del sistema de salud a los cambios necesarios” y derivó nuevamente en insatisfacción de parte de la comunidad y del equipo de salud (Ibíd.). El autor identifica cuatro fases del desarrollo de este modelo entre las que interesan las dos últimas: perfeccionamiento metodológico (junio de 1994 hasta el 2002) y nuevo impulso a la atención primaria de salud (a partir de 2002). Esta última es paralela a una reorganización del sistema de salud para mejorar la calidad y satisfacción, en cuyo marco “el próximo paso del sistema de salud cubano en el permanente camino a la comunidad debiera ser el de fortalecerse en su condición de sistema y rescatar el espacio de la comunidad en la solución de sus problemas de salud” (Ibíd.). Este nuevo impulso a la atención primaria implica tres elementos interrelacionados: el fortalecimiento político, ideológico, ético y moral de los trabajadores; un proceso de transferencia tecnológica desde los niveles secundario y terciario hacia el nivel primario de atención (policlínicos y consultorios) sin precedentes en el país ni en el mundo; la desaparición gradual de la brecha que separa a los niveles de atención y una reestructuración del sistema en base a subsistemas ambulatorio, hospitalario y de urgencias regidos todos ellos por los principios de la atención primaria en salud cubana (García 2006:Online)⁶¹. Lo que da cuenta de las transformaciones a partir de las concepciones iniciales sobre atención primaria.

Como parte del mismo proceso hacia finales de los 80’ se enfatizó también la conservación de la salud, su sentido positivo y su vinculación con otros sectores “como los de educación y cultura, el ejercicio físico, la práctica de deportes, la educación nutricional y otras” (Torre et al. 2005:63). Durante los 90’ se mantiene el énfasis en la prevención y promoción. En 2002 se crea una Comisión Nacional de Salud y Calidad de Vida con el objetivo de coordinar acciones, identificar y abordar áreas específicas de intervención, entre ellas: tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, alimentación no saludable (cultura alimentaria), accidentes, calidad atmosférica, ambiente laboral, calidad del agua, residuales líquidos y residuales sólidos (Ibíd.:64). A inicios de los 90’ también se apunta al perfeccionamiento de la vigilancia epidemiológica incluyendo los eventos propios del sistema de salud, componentes demográficos, sociales y económicos. Las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud, en el nivel nacional, provincial y, progresivamente, en los municipios, se dedican a la búsqueda activa de información en un sistema de alerta-acción que busca detectar rápidamente afectaciones ambientales que puedan constituir un riesgo en salud así como evaluar la percepción de la población y de los profesionales sobre las acciones tomadas (Ibíd.:69-70).

Al mismo tiempo, desde comienzos de los 80’ se inició un “trabajo de rescate de la medicina tradicional” que desemboca en el establecimiento de una nueva especialidad médica, la Medicina Tradicional y Natural (MNT) (Morón y Jardines 1997) que incorpora técnicas y conceptos desarrollados en otras tradiciones médicas así como a partir de los saberes populares locales para su uso a través del sistema de salud, sus profesionales y técnicos así como de forma autónoma. Como motor sustancial de su puesta en marcha se reconocen las recomendaciones de la OMS⁶², el interés de un grupo de profesores y estudiantes

61. Un médico formado en la ELAM que comenzó en 2005 el posgrado de MGI comenta sobre este proceso: “ahora lo que se está haciendo es reestructurando el sistema de salud, se están construyendo policlínicos muy buenos, cada municipio, por más chiquito que sea, tiene su policlínico y un centro de rehabilitación y medicina alternativa. El policlínico con rayos X, laboratorio, electro, ultrasonido, cuerpo de guardia, medicina alternativa, están muy buenos, muy buenos y se piensa en concentrar la atención médica ahí” (Eo15 e/i 2007).

62. La propuesta de atención primaria integral incluía la necesidad de establecer procesos de intercambio entre el saber popular y profesional y de respeto e incorporación de las costumbres, los saberes y los recursos locales incluidos recursos terapéuticos o médicos (cfr. OMS 1978). A partir de allí la OMS desarrolló una línea de trabajos, declaraciones y posiciones sobre medicinas alternativas y complementarias (OMS 1978a) de fuerte impacto en muchos países. Si bien hay similitudes entre

por el tema⁶³ y el proceso social amplio de “crítica a los dogmatismos en todas las esferas de la sociedad” (Toro y Trapero 2007) que se estableció formalmente en 1986 como “proceso de rectificación de errores y tendencias negativas”⁶⁴. Entre los errores en la construcción del sistema de salud destaca la exclusión de los planes de estudio de contenidos sobre plantas medicinales y otros recursos naturales así como la percepción extendida entre algunos profesores de “los aspectos tradicionales como simple oscurantismo en un contexto mítico-mágico, negando la realidad del uso de muchos remedios tradicionales que hacía nuestra población por considerarlos útiles, independientemente del acceso garantizado a los servicios de salud” (Morón y Jardines 1997:36). Con la intención de revertir esta situación a partir de 1987 “las universidades médicas cubanas toman como área priorizada la medicina tradicional, con una atención particular en plantas y acupuntura, en las actividades de investigación, formación de recursos humanos, asistencia médica y producción” (Ibíd.:37). En medio de este proceso, Cuba entra en una profunda crisis económica y social que se conoce como “período especial”. La desintegración de la Unión Soviética y del bloque socialista europeo entre 1989 y 1991 significó para Cuba la pérdida del 80% de su comercio exterior, junto a la baja productividad nacional y el recrudecimiento del bloqueo económico, impuesto por los EEUU pero con consecuencias para el intercambio comercial o de otro tipo con casi todos los demás países, generó una conmoción importante de la economía (Becerra y Pino 2005:102-105). Entre sus impactos sobre el sistema de salud destaca la disminución de la disponibilidad de medicamentos y posibilidades de utilizarlos, factor que promovió el impulso que a partir de 1993-94 se le dio a la MNT desde el Estado y las instituciones médicas.

Para este trabajo resalta que a partir de 1990 se incluyeron los contenidos y habilidades de la MNT en los currículos del pregrado de las profesiones de la salud (Medicina, Estomatología, Enfermería y Tecnología de la Salud) integrándolos al plan de estudios en las distintas asignaturas. En Medicina, en las asignaturas de Farmacología y Toxicología se imparten los principios básicos y en Terapéutica la aplicación clínica de los productos naturales; en Anatomía los contenidos básicos de la acupuntura y en diversas disciplinas clínicas –por ejemplo, en la estancia (rotación) en Antestesiología de Cirugía y en MGI– se desarrollan habilidades clínicas en relación al uso de la acupuntura y de las plantas medicinales (Morón y Jardines 1997:38-39). Los egresados de la ELAM destacan este aspecto de su formación más allá de que algunos lo profundizaron más que otros (ver capítulo 4). En

los procesos desarrollados en Cuba y en otros países, también hay diferencias importantes. Entre ellas el hecho de que ni la comercialización ni la profesionalización de sanadores no médicos y la medicalización de sus formas de atención aparecen en primer plano en Cuba como sí lo han demostrado varios autores para otros contextos. Por otra parte, se rechaza el uso de los términos “complementario” o “alternativo” en favor de una “perspectiva integradora” que reconoce las limitaciones de todos los recursos terapéuticos conocidos y apunta a una utilización combinada de los procedimientos y técnicas de acuerdo a las necesidades de cada paciente (MINSAP 1999:18).

63. La acupuntura y otras técnicas se venían desarrollando al menos desde los comienzos de los 60' en particular por parte de médicos que habían entrado en contacto con medicinas asiáticas a través de actividades de cooperación internacional (MINSAP 1999:8). La relación entre MNT y cooperación internacional persiste, se expresa, por ejemplo, en que para puestos médicos en contextos indígenas se procura enviar especialistas en MNT porque su formación les permitiría desenvolverse mejor y por el valor formativo que tendría para ellos (Ubieta 2006:Online).

64. Así se denominó el llamado a la sociedad cubana a debatir y realizar una crítica profunda al modelo institucional existente desde inicios de los 70' y que a esa altura se encontraba, de acuerdo al politólogo y jurista Julio Cesar Guanche, en “crisis terminal”. Este proceso a la vez que recuperó corrientes de pensamiento y amplios debates que habían influido fuertemente en los 60', reinnauguró la “posibilidad de pensar la revolución desde Cuba” con un amplio efecto en el desarrollo científico y social del país (Guanche 2008:114). En general, las ciencias sociales, políticas y humanas actuales reconocen este momento (mediados de los 80') y la recuperación de tendencias críticas y debates que lo caracterizó, como fundamental para comprender la actualidad cubana. La crisis económica de la década posterior, habría actuado como limitante del proceso pero también la reflexión impulsada habría sido un soporte y orientación en esa crisis.

el internado, explica una de ellos “teníamos que recetar siempre algo verde, como se le dice allá, medicina natural, para que nos acostumbráramos a usarla. Yo trato de seguir haciéndolo acá [en Uruguay], trato de usar remedios caseros que son efectivos y al paciente no le salen caros” (Ea22 e/i 2007). También los pacientes en Uruguay y Chile destacan el fortalecimiento de actividades de autoatención⁶⁵ a través del uso de remedios caseros, plantas medicinales, ejercicios y otras técnicas algunas de las cuales se conocían pero habían dejado de usarse a favor del uso de medicamentos alopáticos (ver capítulo 5).

Durante la década de los 90' se fueron estableciendo regulaciones y reglamentaciones para la práctica y promoción de la MNT que fue definida operacionalmente como todas aquellas formas que adquiere la práctica médica contemporánea que no son propias de “la conocida Medicina Occidental” (MINSAP 1999:5). Lo tradicional no se opone a lo moderno ni a lo científico y no se considera estático sino en continuo perfeccionamiento. La MNT refiere a formas de atención diferentes a las biomédicas dominantes, destacando en especial las derivadas de otras tradiciones académicas y procurando reforzar y conservar la visiones y prácticas de las medicinas populares (Rodríguez et al. 2000:74; Morón y Jardines 1997:40). Este proceso se continuó más allá de la crisis económica⁶⁶ y con renovado impulso desde 2002. El nuevo Programa para el Desarrollo y la Generalización de la Medicina Tradicional y Natural (2011) define a la MNT como el “conjunto de modalidades, técnicas o procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores, validados científicamente, por la tradición y por investigaciones, que están integrados al Sistema Nacional de Salud”⁶⁷. De acuerdo a este documento el resultado más significativo del desarrollo alcanzado hasta el momento es el “haber materializado, de forma estable y escalonada, la integración de los recursos de la MNT a los Servicios de Salud, con una amplia cobertura tanto en la Atención Primaria de Salud (APS), como en la atención hospitalaria”, así como contar con centros especializados –Centros para el Desarrollo de la MNT– y los servicios de rehabilitación integral “lo que impacta de forma positiva en la eficiencia y calidad de los servicios de salud y permite un trabajo más integrador con la comunidad, en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Ofrece además una variante de solución menos dañina y más eficiente desde el punto de vista económico, por el ahorro de medicamentos químico industriales y se reportan menor cantidad de reacciones adversas” (MINSAP 2011a).

Es un proceso muy interesante desde una perspectiva antropológica que en esta investigación se aborda exclusivamente a partir de la actualización de la formación médica en el encuentro con otras formas de ser/hacer en medicina en Uruguay y Chile. Entre las propuestas de análisis del proceso de incorporación de la MNT, interesa la de Beldarraín que lo considera una corriente de rescate de técnicas anteriormente consideradas “no científicas” algunas de las cuales se habían empleado antes pero habían caído en desuso “arrasadas y aplastadas por la medicina científica oficial” que amplió la visión de los profesionales médicos

65. El concepto de autoatención refiere a las representaciones y prácticas que las personas y grupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud sin intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando pueden ser la referencia de la actividad (Menéndez 2003:198) (ver capítulo 5).

66. Hasta 1993 se reconoce un período de crisis y asimilación del impacto externo y a partir de 1994 uno de adaptación, transformación y recuperación (Becerra y Pino 2005:102-105).

67. En particular las diez “modalidades” aprobadas a través de la Resolución Ministerial 261 del año 2009 “para la asistencia médica, docencia e investigación científica en los servicios de salud de todo el territorio nacional” son: Fitoterapia; Apiterapia; Medicina Tradicional Asiática (acupuntura, implantación de Catgut, estimulación sobre los puntos acupunturales con fármacos, luz, temperatura, mecánicos, ultrasónicos, eléctricos, magnéticos, microsistemas de la Medicina Tradicional Asiática); Ozonoterapia; Homeopatía; Terapia Floral (sistema floral terapéutico de Bach); Hidrología Médica (aguas mineromedicinales, minerales, peloides, clima); Helio Talasoterapia; Ejercicios Terapéuticos Tradicionales; y Orientación Nutricional Naturalista (MINSAP 2009). En el mismo documento se establece el procedimiento para incorporar “nuevas técnicas y modalidades”.

al tiempo que fue bien recibido por parte de la población: “el elemento cultural del rescate de técnicas que en otro momento se practicaban tiene un valor positivo” (2009:67-68)⁶⁸. Y también pensar esta incorporación como parte del proceso de expansión de la biomedicina que constata Menéndez a nivel internacional, que incluye la incorporación y subalternización de otras formas de atención en el marco de su institucionalización (cfr. Menéndez 2003:193). Sin embargo, hay que tener en cuenta que en otros contextos la expansión es paralela a una mercantilización que supedita el uso de determinadas técnicas a las posibilidades de pago de las personas. En Cuba, se mantiene la intención de garantizar el acceso universal de manera que más que verse restringido el uso de ciertos recursos por el proceso de expansión hacia ellos de la medicina oficial y la industria farmacéutica local, se constata la posibilidad de acceso equitativo y utilización a nivel de la autoatención ya que se acompaña de la promoción e información sobre la preparación y uso de remedios caseros así como sobre las bases conceptuales de distintos saberes médicos. Además, y quizás esto es lo fundamental, de acuerdo a varios egresados y ciudadanos cubanos, se observa en la práctica una ampliación de las posibilidades de elección de tratamientos y formas de abordar los procesos de salud/enfermedad/atención para los pacientes⁶⁹.

La crisis económica de los 90’ también significó un fuerte desgaste de la infraestructura y los equipos médicos pero uno de los impactos más importantes a nivel social fue la aparición de un conjunto creciente de desigualdades, entre las que destaca la desigualdad en los ingresos. Las transformaciones del mercado de trabajo conllevaron una marcada diferencia en la remuneración económica entre los trabajadores del sector estatal y los del sector de la “nueva economía” que reciben parte de su sueldo en dólares. Esto disminuye o invierte el valor asignado a la educación y la preparación profesional en las compensaciones (Uriarte 2002:25-33). Algunos analistas consideran que el deterioro del poder adquisitivo real del sueldo médico junto al deterioro de los servicios hospitalarios marcado por la falta de recursos materiales representó la mayor limitación en este período (Garfield y Holtz 2000:126-127). Por otra parte, Sansó, plantea que “la crisis material ha conducido a que el propio personal de salud desnaturalice en una u otra medida su función” en el contexto de un “deterioro generalizado de los valores morales a nivel social” (Sansó 2005:Online).

Se han dedicado muchas medidas a contrarrestar el efecto de la comparativamente baja remuneración del trabajo profesional, sin embargo, persisten las desigualdades que comenzaron a incrementarse con la crisis de los 90’. El proceso de “revitalización del internacionalismo” (Ubieta 2006) que tiene lugar a finales del siglo XX y comienzos del XXI debe ser entendido en el marco del reposicionamiento de Cuba en un cambiado contexto internacional, de las adaptaciones de su modelo económico y sus implicaciones sociales. El PIS, el programa de cooperación del que forma parte el proyecto ELAM, es una de las primeras y más potentes señales del comienzo de este proceso.

Finalmente, cabe destacar dos aspectos más. Por una parte, el desarrollo de la investigación desde una perspectiva que prioriza la solución de los problemas que afectan más severamente a la población local desde la realidad, las capacidades técnicas y económicas locales, junto a la producción nacional de medicamentos, vacunas y tratamientos diversos. Macías habla de un “modo de producción de conocimientos basado en valores sociales” que

68. Esta “apertura” de los médicos cubanos constatada también en análisis internacionales (cfr. por ej. Dresang et al. 2005) no implica la inexistencia de posturas diversas. Mientras hay consenso sobre lo relevante que fue el impulso a la MNT en el período especial y la necesidad de continuar su incorporación y desarrollo dentro del sistema de salud, el debate en torno a la manera de hacerlo es intenso. Además, algunas modalidades son ampliamente aceptadas mientras otras son cuestionadas por carecer de “sustento científico”. Una de las manifestaciones más recientes del debate en torno a la científicidad de la MNT se desarrolló en 2013 en los números 1 y 3 del volumen 39 de la Revista Cubana de Salud Pública (ver en especial los aportes de Rojas et al. 2013, García 2013, Silva et al. 2013 y Rojas et al. 2013a).

69. En Mennel (2012) se discute la variedad de técnicas utilizadas en los procesos de salud/enfermedad/atención en Cuba.

es característico del sistema de salud cubano. Una de las especificidades de este sistema es el haber cambiado la dirección de la información entre industria farmacéutica y profesión médica: “la industria farmacéutica le pregunta a los médicos cuáles son las prioridades para cubrir las necesidades de la población” (Macías 2005:Online).

Por otra, el lugar que se le asigna a la autoatención. Torre et. al. reflexionan sobre este tema en relación a uno de los primeros y más emblemáticos avances: la rápida reducción de la mortalidad infantil. El énfasis temprano en la atención infantil y la rápida ampliación de los servicios para brindar atención a niños en los 60’ conllevó que la permanencia de la madre (u otro familiar) en las salas de pediatría se convirtiera en una norma de aplicación general lo que tuvo un profundo impacto ya que su capacitación para desenvolverse en estos servicios tuvo beneficios tanto en el ámbito hospitalario como en las atenciones en el hogar. La elevación de los conocimientos para el cuidado de la salud de los hijos y la superación de la escolaridad de las mujeres y de la población en general fueron elementos fundamentales para la rápida reducción de la mortalidad infantil (2005:75).

En resumen, el modelo de atención primaria de Cuba debe ser considerado en el contexto general de la creación de una red de servicios muy amplia y que posibilita una interrelación constante entre niveles de atención e instituciones y también entre formas de atención incluyendo la autoatención, la atención biomédica (que incluye la atención psicológica) y la atención brindada en general por médicos u otros profesionales o técnicos con formación en MNT que incluye algunas posibilidades de atención basadas en formas no biomédicas.

Retomando el planteamiento de Beldarraín sobre la hegemonía médica en Cuba que a partir de 1959 fue ampliamente reforzada, se trata de una “hegemonía con fuerza y desde posiciones de fuerza [...] impulsada y desarrollada por el Estado, apoyada con una voluntad política realmente sin precedentes en la región”. Este proceso dio como resultado “una sociedad con elevados conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad, que sabe y que además está acostumbrada a acceder en todo momento y lugar a servicios de salud que representan a la ‘medicina científica’, que es la hegemónica” (2009:61). Lo cual, por otra parte, “ha incidido directamente durante muchos años en detrimento de los pequeños remanentes de la medicina popular, heredadas en las diferentes regiones del país de los siglos anteriores y de los diversos componentes étnicos y culturales de nuestra población” (Beldarraín 2006:6). Por su parte, investigaciones antropológicas en torno a la atención institucionalizada del parto en hospitales cubanos ponen de manifiesto que la hegemonía médica ha implicado también procesos de pérdida de conocimientos o de autonomía. En estas investigaciones las autoras reconocen desconocimiento, falta de información y falta de autonomía de las mujeres y sus parejas durante el parto y concluyen que “es perentorio buscar alternativas basadas en modelos asistenciales no hegemónicos para la atención del parto, en concordancia con las preferencias individuales” (García et al. 2012:1901)⁷⁰. Este tipo de investigaciones contribuyen a lo que Beldarraín identifica como el reto actual para la medicina y la antropología cubanas:

70. Algunos autores han criticado la medicalización del parto como defecto del sistema de salud cubano (por ej. Feinsilver 1993). Sin embargo, se trata de un proceso que refiere a la posición hegemónica mundial de la biomedicina y que difícilmente puede ser interpretado sin tener esto en cuenta. Como espero haber evidenciado, la hegemonía biomédica en Cuba ha seguido un camino diferente más por la puesta en práctica de perspectivas y propuestas aceptadas internacionalmente que por el enfrentamiento u oposición a lo aceptado a nivel internacional. De todas formas, la atención del parto parece ser uno de los aspectos que está sufriendo transformaciones importantes y además que depende fuertemente de los sujetos y grupos que se hagan cargo de la misma. Un egresado de la ELAM me comentaba que en su primer rotación por gineco-obstetricia se había llevado una muy mala impresión de esa especialidad por el ambiente en la sala de parto; unos años después en el mismo hospital había cambiado parte del equipo y el área estaba a cargo de otra persona, el ambiente en la sala de parto y la atención del parto había cambiado de tal manera que decidió hacer esa especialidad.

“el diseño y desarrollo de un nuevo paradigma donde se imponga el análisis holístico del fenómeno salud-enfermedad, tanto en la comunidad, como fenómeno colectivo, como en las personas, como fenómeno individual” (Beldarraín 2009:59-60)⁷¹.

3.1.2 La cooperación internacional cubana en salud y el surgimiento del proyecto ELAM

En este capítulo me propongo brindar un panorama general de las actividades de cooperación en salud de Cuba que enmarcan el proyecto ELAM para luego reflexionar sobre la racionalidad que las sustenta. La selección de los aspectos que menciono se basa en el material etnográfico y apunta a dar una visión de la amplitud y complejidad de este tema así como de sus profundas implicaciones para la estructuración de una manera de ser/hacer como médicos en los egresados de la ELAM.

En general se diferencian dos modalidades de cooperación según se organice antes catástrofes, accidentes, epidemias u otros sucesos puntuales más o menos imprevistos que afectan a otro/s país/es o a partir del interés por abordar una situación más o menos establecida manifestado por un gobierno u organización. La primera incluye donaciones, asistencia profesional y técnica, elaboración de planes de contingencia y control de epidemias, entre otras actividades y, en general, responde a una solicitud de colaboración a la comunidad internacional. La segunda, se fundamenta en el establecimiento de convenios intergubernamentales o interinstitucionales con los servicios de salud de un país. Ambas modalidades se vienen desarrollando desde comienzos de los 60' y están íntimamente relacionadas entre sí y con otros campos de cooperación. Dado que la salud es entendida desde una perspectiva integral, la asistencia por lo general incluye las áreas de alfabetización, deporte, recreación y formación. Como en el caso del PIS, la asistencia ante una emergencia (dos huracanes que afectaron en 1998 la región centroamericana y caribeña) puede dar inicio a la cooperación con un país, con el cual luego se establecen convenios. Por otro lado, cuando una emergencia acontece en un país en el que ya existían programas de cooperación, el personal y los recursos disponibles se vuelcan a atenderla como en Haití en 2010, inmediatamente después del terremoto los colaboradores que se encontraban en la zona comenzaron a organizar la atención a los heridos⁷². También se establecen diferenciaciones de acuerdo al modo de financiación: íntegramente cubana, en base a gastos compartidos o con una compensación monetaria o en bienes. También en relación a este aspecto la cooperación cubana es profundamente dinámica y manifiesta gran flexibilidad de acuerdo al momento histórico y contexto geográfico en que se desarrolla.

3.1.2.1 Asistencia ante catástrofes

Como ya se mencionó la primera actividad de este tipo se realizó en 1960 y consistió en el envío de una brigada médica y donaciones a Chile para las regiones afectadas por un fuerte terremoto. En 1970 se registra ante un terremoto ocurrido en Perú la primera oportunidad en que se asiste a un país con el que no se mantienen relaciones diplomáticas, enviando 40 trabajadores de la salud y donando seis hospitales rurales. En 1972 se envía a Nicaragua personal médico y paramédico, alimentos y medicamentos ante un terremoto acaecido

⁷¹. Entre otras investigaciones recientes destacan las de Artiles sobre género y modelos médicos (2005), las de García et al. (2010, 2012, 2012a) sobre parto y nacimiento en Cuba así como algunas sobre prácticas de sanación no biomédicas (Domínguez 2012) y su interrelación con el sistema formal de salud (Marrero y Rosario 2013). También diferentes aspectos de la atención en salud en el marco del proyecto ELAM han sido abordado por la antropología cubana (Díaz et al. 2006, 2006a, 2006b).

⁷². Sólo en las primeras 24 horas después del terremoto, médicos cubanos habían realizado 1000 cirugías y atendido por lo menos 1650 personas. En comparación, la asistencia médica estadounidense, que llegó unos días después y permaneció durante siete semanas, realizó en total 843 cirugías y atendió a 871 personas (Kirk y Kirk 2010:168).

en Managua; en esta oportunidad no sólo no se mantenían relaciones sino que el gobierno cubano se oponía firmemente al de Somoza (Torre et al 2005:245).

A partir de 1981, se ha colaborado en el control y prevención de epidemias de dengue en México y muchos países de Centro y Sudamérica, pero ya en los 60' se habían realizado acciones de control de epidemias en Africa.

Además, es importante destacar la asistencia ante accidentes o catástrofes ocasionadas por el hombre. En los 60' se recibieron refugiados argelinos para ser atendidos en Cuba y profesionales cubanos participaron en programas especiales de atención a quemados por napalm en Vietnam. Posteriormente en esta área destaca la creación de un extenso programa de atención a personas expuestas a contaminación ambiental por sustancias radioactivas que se inaugura en marzo de 1990 recibiendo a los primeros 139 niños ucranianos afectados por el accidente nuclear de Chernobil (1986, Ucrania). El programa incluye atención médica altamente especializada, atención primaria de salud, atención psicológica y un plan de rehabilitación para las personas afectadas por desastres nucleares. Aunque surgió justamente en un período de recesión, antesala de una fuerte crisis económica e implicaba la utilización de tecnología costosa, el desarrollo intensivo de la investigación, formación y alocación intensiva de personal capacitado en muy diferentes áreas, nunca fue suspendido y continúa aún funcionando⁷³. En el año 2010 había atendido a más de 25.000 personas, niños y adultos provenientes mayormente de Ucrania pero también de Rusia, Bielorusia, Armenia, Moldavia y Brasil (Hernández y Contreras 2011). El mismo corresponde a la categoría propuesta por Kirk y Kirk de “secretos mejor guardados del mundo”⁷⁴: mientras por su magnitud, calidad, seriedad, profundidad, resultados y continuidad en el tiempo es sin duda una de las iniciativas más destacadas desarrolladas a raíz de los sucesos de Chernobil, es ignorado no solo por los medios de comunicación sino también por buena parte de la literatura sobre cooperación en salud.

El hito reciente más destacable en relación a la atención ante catástrofes es la formación del Contingente Internacional de Médicos Especializados en Situaciones de Desastre y Graves Epidemias Henry Reeve conocido como Brigada Henry Reeve. Se trata de una estructura permanente multidisciplinaria especializada en desastres naturales y epidemias que nuclea a unos 10.000 profesionales incluyendo médicos de la ELAM y representa la institucionalización de la medicina de desastre en Cuba (Marimon y Martinez 2010:387)⁷⁵. Kirk y Erisman plantean que Cuba es probablemente el único país del mundo que cuenta con un cuerpo médico especializado en emergencia de esta magnitud (Kirk y

73. Un resumen del funcionamiento inicial del programa se encuentra en Dotres et al. (1995:Online). En Lorenzo (2005) se puede consultar algunas de los desarrollos científicos que el mismo ha impulsado, en este caso en psicoterapia. Por otra parte el desarrollo de la medicina nuclear cubana es adjudicable fundamentalmente a este programa (Field 2006).

74. Kirk y Kirk califican a la asistencia cubana ante el terremoto de 2010 en Haití como “uno de los secretos mejor guardados del mundo”. Analizan la presencia que tuvo en los medios de comunicación norteamericanos y relacionan su magnitud y calidad con la de otros aportes internacionales. La presencia mediática de la colaboración cubana fue mínima aunque se trató del aporte internacional más significativo (cfr. Kirk y Kirk 2010).

75. Se denominó Henry Reeves en honor a un estadounidense que había luchado por la independencia cubana de España porque fue constituida con el fin de asistir a las zonas más afectadas por el paso del huracán Katrina por los EEUU a fin de agosto de 2005. El gobierno de los EEUU no aceptó la colaboración ofrecida, que incluía los servicios de 1556 profesionales de la salud equipados con todo lo necesario para asistir a la población y varias toneladas de donaciones. De todas formas, la brigada se mantuvo y hacia fines de ese mes se inauguró oficialmente como estructura permanente de respuesta ante situaciones de desastre o emergencia. Menos de un mes después desarrolló su primer labor ante el terremoto ocurrido en Pakistán. Hasta el año 2009, aproximadamente 5.000 cooperantes habían participado en asistencia ante catástrofes en Pakistán, Guatemala, Bolivia, Indonesia, Sri Lanka, México, Perú y China (Marimon y Martinez 2010:261). En el 2010, se asiste también ante los terremotos de Haití y Chile.

Erisman 2009:178), a lo que agregaría su heterogeneidad cultural, la rapidez con la que puede ser movilizado y el enfoque de la asistencia que se brinda, que va mucho más allá de la asistencia médica limitada a la labor técnica asistencial o normativa. La misma incluye el cuidado de los aspectos emocionales así como de los ambientales y otras afectaciones a través no solamente de asistencia psicológica sino también de actividades culturales y recreativas, con participación de recreadores y artistas en las brigadas de colaboración.

La asistencia ante el terremoto en Haití es la primera oportunidad en que participan masivamente egresados de la ELAM incluyendo más de 700 médicos formados en Cuba de 27 países diferentes⁷⁶. Su respuesta ante el llamado del gobierno cubano muchas veces es citada como ejemplo del compromiso de estos médicos con los valores y principios de la salud pública cubana (Audiovisuales ELAM 2012). Por otra parte, el acontecimiento puso en evidencia, por lo menos para los casos de Uruguay y Chile, las profundas diferencias entre la concepción internacionalista cubana y las tendencias dominantes en el sector salud de estos países a través de situaciones como la negativa de empleadores de permitir a los médicos alejarse por un período de tiempo de su puesto de trabajo (aunque lo hicieran solicitando vacaciones no pagas). Entre quienes se encontraron ante esta situación, algunos renunciaron al puesto y otros a la participación en el la asistencia.

3.1.2.2 Cooperación por convenio

La cooperación a través de acuerdos intergubernamentales o interinstitucionales es la más extendida tanto en relación a la cantidad de países que abarca como al número de colaboradores y a la variedad de acciones que incluye: asistencia, trabajo en hospitales y centros de salud, formación, asesoría, estadísticas, higiene comunal, laboratorio y otros aspectos técnicos así como investigación y desarrollo de las capacidades locales (Torre et. al. 2005:254).

Esta modalidad se inaugura con la llegada a Argelia en mayo de 1963 de una brigada médica compuesta por 55 personas, incluyendo al ministro de salud y los colaboradores a los que luego se sumarían tres integrantes más (Lopez Blanch 2005:Online). Durante dos años brindaron asistencia a la población distribuidos por distintas partes del territorio argelino así como asesoría a la universidad de Argel (Mejías et al 2010:80). En los 60' los principales receptores fueron países africanos, la colaboración incluía ayuda militar y civil y era financiada por Cuba, negociando en algunas oportunidades recursos materiales o financieros con organismos internacionales o con otros países. Hay que tener en cuenta que en los 60' todos los países americanos, a excepción de México y Canadá, rompieron relaciones diplomáticas con Cuba pero los países africanos, caribeños y asiáticos que dejaban de ser formalmente colonias y los gobiernos americanos que procuraron cierta independencia respecto de las políticas estadounidenses, solían (re)establecer las relaciones⁷⁷. Durante los 60', 70' y hasta mediados de los 80' la cooperación se dirigió fundamentalmente a regiones y países inmersos en procesos anticoloniales⁷⁸.

76. Haití, Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Estados Unidos, El Salvador, Guatemala, Honduras, Líbano, Malí, México, Nicaragua, Nigeria, Panamá, Paraguay, Perú, República Árabe Saharaui Democrática, República Dominicana, Santa Lucía, Uruguay y Venezuela.

77. Por ejemplo, el gobierno de la Unidad Popular en Chile alcanzó a concretar algunos intercambios formales, por ejemplo, becas de estudio para chilenos en Cuba, que fueron abruptamente interrumpidos a raíz del golpe militar de 1973.

78. Hasta 1985, se había desarrollado colaboración por convenio con Argelia, Tanzania, Viet Nam, Angola, Benin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Congo, Etiopía, Guinea Bissau, Guinea Conakry, Guinea Ecuatoria, Libia, Mali, Mozambique, República Árabe Saharaui, Sao Tomé, Seychelles, Somalia, Uganda, Yemen del Sur, Zambia, Laos, Camboya, Irak, Guyana, Nicaragua, Granada y Jamaica (Torre 2005:254). En este período los principales receptores fueron Argelia, Angola, Etiopía y Nicaragua (Martínez y Marimón 2012:59).

En cuanto a formación de recursos humanos hay dos grandes modalidades: colaboración con instituciones de formación locales existentes o en creación y becas para estudiar en Cuba. La primera facultad de Medicina fundada en el exterior con colaboración cubana se inauguró en 1975 en Yemen siendo una de las cuatro facultades de la recién inaugurada Universidad de Aden. Su fundación formaba parte de un convenio que incluía un intercambio mucho más amplio. Para su creación se brindó entrenamiento a personal yemenita en La Habana y se envió a Aden un grupo de docentes cubanos. Además, se adoptó el plan de estudios cubano con algunas modificaciones y adaptado a las condiciones locales (Rosell 2006:Online). En 2007 en esa misma facultad se inauguró con docentes cubanos el primer Doctorado Curricular en Salud Pública. En 2010 había 14 docentes cubanos en las facultades de medicina, estomatología y farmacia de esa universidad. Resalta también el desarrollo de investigaciones y publicaciones conjuntas en revistas científicas internacionales, árabes y latinoamericanas (cfr. Hattab y Acosta 2004). También se participó en la fundación de facultades de medicina en Guyana y Etiopía (1984), Guinea Bissau (1986), Uganda (1988) y Angola (1992). A partir de 1998 la creación de facultades de medicina en el exterior pasa a formar parte del PIS. Ya en el marco de este programa se fundan facultades en Guinea Ecuatorial (1998), Gambia (2000), Haití (2001), Eritrea (2003) y Timor Leste (2005) (Mejías et al. 2010).

El otorgamiento de becas para estudiar en Cuba se inicia aún más tempranamente y cobra mucha fuerza en los 70'. Los primeros estudiantes llegaron desde Guinea, Congo, Vietnam, Chile y Angola (CIEM 2004:117). Entre 1976-77 se otorgaron más de 2.000 becas a angolanos para estudiar en Cuba (Concepción 1987:21-22). Desde entonces la presencia masiva de estudiantes extranjeros ha sido constante. Un funcionario de la embajada cubana en Uruguay reflexionado sobre el impacto del Proyecto ELAM en la población cubana y cómo son percibidos sus estudiantes recuerda que entre finales de los 70' y en los 80' hubo más estudiantes en la Isla de la Juventud que los que participan ahora del proyecto ELAM⁷⁹. Al mismo tiempo en La Habana y otros lugares de Cuba estudiaban palestinos, saharauis y jóvenes de otras regiones: "entonces es una larga historia de convivencia con los pobres de este mundo que para los cubanos son uno más", concluye (e/i 2007).

Hasta 2009 se habían formado en especialidades universitarias y técnicas en Cuba más de 47.500 personas provenientes de 126 países distintos, incluyendo 3.528 médicos (Aguilar et al. 2010:10). Sumando los 8.500 graduados del proyecto ELAM hay más de 12.000 médicos de otros países formados en Cuba hasta 2009. Estos antecedentes necesariamente tienen que ser tenidos en cuenta para entender la base desde la cual se encara la formación de médicos en el marco del proyecto ELAM y para comprender la estructuración de una manera de ser/hacer en medicina y la constitución de un comportamiento de rol particular entre médicos y profesores de Medicina en Cuba en un proceso de más de cincuenta años.

En 1998 el PIS se constituye en una forma de organizar la asistencia que representa la estructuración de la experiencia acumulada a través de los años a la vez que expresa una reactivación o revitalización del internacionalismo incluyendo ahora centralmente a la

79. El Municipio especial Isla de la Juventud es un islote ubicado al sur de la Provincia de La Habana que desde 1975 lleva ese nombre en honor a los jóvenes mayoritariamente africanos que cursaban allí sus estudios. Los programas incluían desde la formación primaria hasta completar la secundaria y luego terciaria, técnica o universitaria debido a que habían surgido a partir del recibimiento de niños namibios huérfanos a raíz de un ataque del ejército sudafricano a un campamento de refugiados en Angola. Los programas de estudio se fundaron con participación de maestros africanos procurando enseñar las lenguas, historias, geografías, etc. de las regiones de las cuales provenían los estudiantes (González 2008:32). Para un interesante resumen de las relaciones con África y su significado para Cuba ver el trabajo de González "Impacto de África en Cuba: cincuenta años" (2008) o también el de Álvarez "La enseñanza de la historia de África en Cuba. Aproximación a sus presupuestos teóricos y metodológicos" (2008).

región de las Américas y el Caribe. El paso de dos fuertes huracanes por el Caribe funcionó como disparador de esta reestructuración que puede ser entendida como “revitalización del internacionalismo” (Ubieta 2006). En respuesta a la solicitud de asistencia por parte de los gobiernos de los países afectados se concreta el envío de personal de salud a Guatemala, Nicaragua, Honduras, República Dominicana y Haití para la atención de las zonas más afectadas por los huracanes. A raíz de esta experiencia se elabora y propone a estos mismos gobiernos un programa integral de salud que apunta a mejoras a corto, mediano y largo plazo a partir de actividades en dos áreas complementarias: prestación de servicios y formación/capacitación de recursos humanos. En un análisis de los primeros 10 años del programa, Yíliam Jiménez, que fue directora de la Unidad Central de Cooperación Médica del MINSAP plantea que

la concepción del programa es común con el movimiento del voluntariado mundial: ofrecer ayuda gratuita a los países más pobres, carácter voluntario de la prestación de servicios, personal con conocimientos necesarios para realizar la labor destinada, no remuneración financiera del trabajo, cumplimiento de las reglamentaciones establecidas respecto a las leyes y los códigos de moral del país donde prestan la ayuda, no involucrarse ni realizar ninguna labor de tipo religioso o partidista (2010:Online).

Sin embargo, ya desde la postulación de los principios generales se evidencia una diferenciación respecto de otros actores en el campo de la cooperación internacional. Los tres principios generales que lo orientan son (MINREX 2002:Online): (1) envío gratuito por el tiempo que sea necesario de profesionales y técnicos dedicados especialmente a la atención primaria; (2) prestación de servicios en zonas rurales y, en general, donde su labor no interfiera con la de los galenos del país en cuestión, con previa presentación de la documentación que acredita el nivel profesional de los colaboradores; (3) prestación de servicios a la totalidad de la población sin distinción de razas, credos o ideologías, sin mezclarse en asuntos de política interna y respetando las leyes y costumbres de los países.

En primer lugar, el eje de la asistencia lo componen personas –profesionales y técnicos de la salud– que trabajarán directamente con otras personas –habitantes de las zonas a las que sean asignados. Se apuesta a que los medicamentos y equipos técnicos sean donados por otros países aunque en la práctica muchas veces son donados por Cuba. De todas formas, tanto a nivel discursivo como en la práctica el programa se fundamenta en la centralidad de los colaboradores y de quienes reciben la colaboración. Se asume que en la práctica cotidiana irán gestionando en conjunto al menos una parte de los recursos (medicamentos, tecnologías, insumos, otros profesionales y técnicos) necesarios y consiguiendo apoyo para desarrollar actividades específicas de acuerdo a las situaciones que vayan enfrentando⁸⁰. Además, un aspecto que resalta especialmente es el hecho de que no se ponen condiciones al receptor, más allá de la de procurar que la labor de los colaboradores no interfiera negativamente con la de los profesionales locales y que se respete el principio de la salud pública cubana de brindar atención universal. No se establece un límite de tiempo de acuerdo a necesidades propias, se plantea la voluntad de que la colaboración se mantenga por el tiempo que sea necesario para el receptor proponiendo mecanismos para disminuir la necesidad de colaboración externa. Uno de ellos es el área de formación que se orienta a garantizar la sostenibilidad del programa entendida como la posibilidad de que los colaboradores sean relevados en sus tareas por personal de salud local. Las primeras iniciativas fueron la creación de la ELAM y de la Facultad Caribeña de Medicina⁸¹ en 1999 y la fundación de una facultad en Gambia en el año 2000.

⁸⁰. Algunos autores consideran que la centralidad del capital humano en las actividades de cooperación cubana la diferencia sustancialmente de otras (cfr. Kirk 2012, Kirk y Erisman 2009, Feinsilver 1993).

⁸¹. Fundada simultáneamente para acoger a estudiantes haitianos y, posteriormente, también de Mali y Djibouti.

Resumiendo, en el contexto de asistencia sanitaria ante una catástrofe natural que afecta a la región geográfica de la cual forma parte Cuba se propone un amplio programa de cooperación en cuyo marco surge un proyecto de formación de médicos. En un principio fue pensado para los países afectados ya que procuraba brindar a jóvenes de sus sectores más postergados la posibilidad de estudiar Medicina para que una vez graduados relevaran al personal cubano. En noviembre de 1998 éstas eran las características de la idea oficialmente presentada a la comunidad científica cubana. En un lapso de aproximadamente seis meses el programa de formación de médicos centroamericanos se transformó en un proyecto científico-pedagógico que incluía prácticamente a todos los países de la región y que se transformaría en la escuela de medicina probablemente más grande (cfr. Kirk y Erisman 2009:52) y más heterogénea del mundo actual.

3.1.2.3 Modalidades según su financiamiento

Un estudio del Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (2004) sostiene que la cooperación cubana “no persigue el lucro sino que se otorga como expresión de un principio de solidaridad y, en la medida de lo posible a partir de costos compartidos” (Ibid:117). Una revisión histórica pone de manifiesto que Cuba ha sufragado todos los gastos de gran parte de la colaboración (cfr. CIEM 2004, Kirk y Erisman 2009, Marimón y Martínez 2010). En 1977, se inaugura una modalidad que se denomina “cooperación compensada” e implica que el país interesado retribuye los servicios recibidos, o una parte, con un pago material que puede ser monetario o en bienes⁸². En los 90’ estos programas adquieren mayor significación pasando de cinco países con convenios de este tipo a principios de la década, a 35 hacia el final (Torre 2005:259), en general una parte de los servicios se brindan sin compensación⁸³. Existen además las variedades de cooperación multilateral, en las que Cuba participa en programas internacionales como los del Grupo de los 77 o de las Naciones Unidas. así como de cooperación triangular, en la que participa un tercero que puede ser otro país, un organismo internacional o una ONG que aporta recursos materiales o financieros.

Kirk y Erisman proponen diferenciar estrictamente los contratos de cooperación compensada del resto de las actividades cubanas de colaboración que son la mayoría y en las que no media un factor comercial. Consideran que habría que distinguir entre “programas de ayuda” y “programas de contratación de servicios”. Plantean que toda una escuela de explicación del internacionalismo cubano desde la academia norteamericana que denominan “escuela de la ganancia económica” comete el error de considerar algo que sólo es válido para los programas compensados –el interés comercial como principal motor– como extensible a todas las actividades de cooperación (Kirk y Erisman 2009:85). La discusión que hacen de esta escuela es mucho más completa pero lo que me interesa destacar es que si bien, como

⁸². Según Gonzalez la demanda de programas de cooperación por un número creciente de países africanos es lo que motiva el surgimiento de esta modalidad. Angola era el único país africano con posibilidades de pago. Sin embargo, “(e)l nuevo arreglo duró muy poco tiempo, porque después del acceso al poder de la administración Reagan en 1981, la intensificación de la guerra devastó la economía angolana y Cuba regresó a la antigua práctica de sufragar todos los gastos de la misión” (Gonzalez 2008:31).

⁸³. Por ejemplo, el Programa Integral de Cooperación con Venezuela, uno de los más importantes, incluye cooperación en diversas áreas en el marco de un convenio firmado en octubre del año 2000 en el cual se establece que los bienes y servicios brindados por Cuba serán pagados por Venezuela en el valor equivalente al precio de mercado mundial en petróleo y sus derivados, exceptuando los servicios médicos, especialistas y técnicos de la salud para prestar servicios en lugares donde no se disponga de ese personal, que Cuba ofrece gratuitamente en un sistema de gastos compartidos (Gobierno de Cuba y Gobierno de Venezuela 2000:Online). Esto no ha evitado que se establezca en Venezuela y a nivel internacional la percepción de que como explica un colaborador: los médicos internacionalistas “somos barriles de petróleo” (Ubieta 2006:Online). Kirk y Erisman consideran que la ecuación “Cuban Doctors for Venezuelan Oil” es el ejemplo más común de simplificación excesiva de los medios de comunicación (2009:155). Sin embargo, la misma también encuentra difusión en la academia (cfr. Feinsilver 2008).

ellos proponen, considerar a la ganancia económica como motor central es incorrecto para la mayoría de los programas, la relación entre cooperación compensada y no compensada es actualmente demasiado compleja como para permitir una separación estricta basada en este aspecto.

La venta de servicios ha ido ganando terreno en la economía cubana a partir de las reestructuraciones económicas de comienzos de los 90'. Desde mediados de esa década las exportaciones de servicios cobran cada vez más valor en relación a las de bienes a partir del turismo y de la prestación de servicios profesionales y científicotecnológicos. En el año 2005 la exportación de servicios supera a la de bienes y la brecha se amplía desde entonces. Para el año 2010 mientras el turismo alcanzó el 18% y el comercio de bienes el 31%, el rubro "otros servicios" representa el 51% del total de las exportaciones cubanas, el 80% de los cuales corresponden a salud, educación y deporte (Pico 2012:7). La prestación de servicios profesionales como sector de las exportaciones se ha desarrollado, principalmente, en países de América Latina, África y Asia, y se realiza, sobre todo, a cuenta del traslado de profesionales cubanos al exterior. Para algunos analistas este proceso demuestra la relación dialéctica que existe entre lo económico y lo social: la capacidad surgida a raíz de la cooperación en términos de personal capacitado y tecnología para atender los aspectos sociales ha devenido en un activo para el país (García y Anaya 2007:46)⁸⁴. Hacia final de 2011 el marco de la "actualización del modelo económico" se crea una empresa Comercializadora de Servicios Médicos⁸⁵. Si bien, este proceso supera el límite temporal de esta investigación corresponde mencionarlo y señalar que existe el antecedente de la comercialización de servicios médicos en el período especial, incluyendo servicios asistenciales y de formación en Cuba a ciudadanos de otras nacionalidades, que hacia el final de la década de los 90' perdió impulso en favor de programas gratuitos de atención y formación (cfr. por ej. Kirk y Erisman 2009:48-49). Entonces, me parece necesario observar la evolución del proceso a la luz de los antecedentes históricos, antes de sacar conclusiones apresurados sobre el significado de la creación de esta empresa.

Estos desarrollos han impulsado diferentes análisis. Los economistas Fresneda y Delgado (2013) proponen analizar el fenómeno de exportación de servicios profesionales en términos de migraciones y desarrollo. Distinguen dos modalidades de flujos migratorios orientadas a compensar parcialmente la limitación relativa del consumo y los "exiguos mecanismos de movilidad social": la migración económica, salida de población en edad laboral que busca mecanismos de movilidad social allende las fronteras; y la exportación de servicios intensivos, intercambio de fuerza de trabajo calificada por divisas. Ambos con consecuencias negativas de mediano y largo plazo (Ibíd.:162). En relación a la exportación de servicios consideran que:

La peculiar funcionalidad de la exportación de servicios intensivos para los profesionistas involucrados estriba en que, aunque migran temporalmente, siguen siendo una importante fuerza laboral para la isla, al adquirir en el exterior otros ingresos y facilidades para obtener bienes para la familia. Se trata de un proceso masivo que de manera ostensible ha coadyuvado a que, paradójicamente, esos sectores experimenten procesos relativos de movilidad social y alcancen un cierto estatus asociado a su profesión (Ibíd.:177).

84. La economista Nieves Pico puntualiza que este proceso se ha desarrollado "sin renunciar a los principios de solidaridad e internacionalismo" (Ibíd.:8) lo cual se manifiesta en programas como el PIS, el programa de alfabetización "Yo sí puedo", la constitución del contingente Henry Reeve y la Operación Milagro financiados por Cuba o bajo la modalidad de gastos compartidos (Pico 2012:25).

85. La Comercializadora de Servicios Médicos SA (SMC) creada en octubre de 2011 es una "entidad estatal creada para fomentar las relaciones de cooperación en la esfera de la salud entre Cuba y el mundo. Permite a personas de otras latitudes, cuyos municipios, organizaciones o países hayan establecido un convenio con la entidad, el acceso a servicios de salud de elevada calidad" y también a personas que soliciten los servicios individualmente (SMC:Online). Los convenios hasta el momento existentes comienzan a canalizarse a través de esta empresa.

Esta estrategia institucional “contrasta radicalmente con los programas de trabajadores temporales promovidos por las principales potencias capitalistas bajo la égida de la globalización neoliberal” en el sentido de que esta fuerza de trabajo se inserta al mercado laboral internacional a través de condiciones definidas por la sociedad de origen, sin una exposición a condiciones laborales deshumanizadas y que “permite aprovechar, hasta cierto punto y con un limitado impacto en el desarrollo económico endógeno, el enorme potencial en recursos humanos calificados con que cuenta Cuba. Al mismo tiempo, ello posibilita compensar, aunque ineficazmente y de una manera coyuntural, las distorsiones que representan círculos viciosos en la economía” (Ibíd.:179). Y concluyen que

si bien Cuba pareciera estar disociada aún de las redes globales de capital monopolista inherentes a la globalización neoliberal, su fuerza de trabajo paulatinamente se va insertando tangencialmente en ellas, con previsibles impactos negativos para su desarrollo. No debe perderse de vista que la migración entraña una nueva modalidad de intercambio desigual para la isla, en virtud de que aspectos clave de la formación y reproducción de su fuerza de trabajo acaban por ser transferidos a otros contextos (Ibíd.:180)

Se trataría, en el fondo, de “aportes” o traspasos netos de la sociedad de origen a las sociedades receptoras que, en el mediano y largo plazo, se traducen en una transferencia de excedentes y en una pérdida potencial de recursos y capacidades para el desarrollo propio (Ibíd.:169). Si bien comparto la intención de los autores de contrarrestar las visiones que consideran a la migración como portadora de beneficios para la sociedad de origen y problemas para la receptora así como las que pretenden que la migración cubana es condicionada por factores políticos –ambas muy extendidas en la academia internacional– considero que para el caso de los servicios profesionales en el marco de convenios intergubernamentales o programas de integración regionales, es necesario incluir en el análisis sus raíces históricas y la racionalidad subyacente a su desarrollo actual. Los beneficios y perjuicios de estas actividades aparecen así en un plano distinto al económico-monetario. Por esto, procuraré aportar una perspectiva antropológica sobre la temática.

3.1.2.4 Reflexiones sobre la racionalidad del internacionalismo cubano actual

Siempre dije que cuando terminara la carrera iba a hacer alguna misión, con Cuba, no con otra institución, porque ¡tanto esfuerzo hacen! Será publicidad política y todo lo que quieras pero lo logran, lo hacen, trabajan y lo hacen. Cuando tenga la especialidad probablemente voy a ir a Haití o a donde esté la misión cubana. Me gustaría mucho, aunque sea por un tiempo. Entonces, justo comenté eso [en el cuarto médico de un hospital en Uruguay], que me gustaría ir, y todas [las médicas que estaban presentes] se me quejaron, a todas les pareció una locura. Una me dijo “¡te vas a agarrar una peste!” –una doctora me dijo eso, yo no lo podía creer– y la psiquiatra me dijo “¡ay, te vas a deprimir mucho!”, también me dijeron: “igual no vayas porque total, no vas a arreglar nada”. Y yo las miraba, porque, en realidad, en lo que todas estaban de acuerdo es en que yo estaba loca [...] Excepto dos doctoras que me dijeron “¡qué bueno!”, me tiraron para adelante, me estimularon; y una de ellas me preguntó “¿y por qué querés ir?”, “no sé, porque es un país que me conmueve, me conmueve que pasen esas cosas, seguramente no pueda cambiar el sistema de salud en Haití pero algo por alguien voy a poder hacer, me voy a sentir bien”.

Y lo que me dijo ella fue: “¡qué bueno!, casi ningún médico nuevo se conmueve con nada”.
(Egresada de la ELAM, graduación 2011, e/i 2012)

A partir de 1998 comienza un proceso de revitalización del internacionalismo cubano (Ubieta 2006) que incluye reorganización, revisión, ampliación y creación de programas,

entre los cuales el PIS, el programa de alfabetización Yo sí puedo y la Operación Milagro son los más destacados. Sin dejar de lado otras regiones, la colaboración se orienta con especial fuerza hacia Latinoamérica y el Caribe. Este proceso forma parte de una “inflexión en la política social cubana” a través de nuevos programas sociales (García y Anaya 2007:3). Se trata de cerca de doscientos programas que se articulan bajo la consigna “batalla de ideas” y van desde la continuación de los estudios terciarios para jóvenes que los habían abandonado pasando por amplias transformaciones de la enseñanza primaria, secundaria, técnico-profesional y artística o el “combate a la corrupción” hasta el abastecimiento de productos de uso casero a precios asequibles y la denominada revolución energética (Ubieta 2006a:Online, Guanche 2009:Online). Estos programas buscan “mitigar y finalmente eliminar los estragos de la crisis [económico-social] y de las medidas implementadas para la recuperación, que impactaron negativamente en el ámbito social, al generar una diferenciación no sustentada en los resultados del esfuerzo propio” (García y Anaya:44). Algunos autores plantean que representan la “estrategia de relegitimación socialista de la Revolución” en tanto apuntan hacia su responsabilidad con la sociedad cubana en su conjunto, sin exclusiones de ningún tipo, promoviendo niveles crecientes de integración cultural, social y política (Alba en Guanche 2008:166-167).

El PIS y el proyecto ELAM forman parte integral de este conjunto de programas que conforman la batalla de ideas y, por tanto, apuntan a los objetivos mencionados. En este sentido Enrique Ubieta⁸⁶ plantea que

Revitalizar el internacionalismo es una clave importante de nuestra sobrevivencia, no solo en el tablero geopolítico mundial, también en el interno. Las revoluciones de Cuba, Venezuela, Bolivia y de cualquier otro país, con sus propias características, solo tienen una alternativa: tejer una red de apoyos internacionalistas que combata la red de apoyos transnacionales del poder imperialista. Introducir a los pueblos dentro de los pueblos: porque esta nueva forma de colaboración (de integración) es entre pueblos, aunque los acuerdos se firmen entre gobiernos. Revitalizar el internacionalismo es revitalizar la solidaridad, el humanismo revolucionario, base indiscutible del socialismo (Ubieta 2006:Online).

Hay dos aspectos centrales aquí. Por un lado, se trata de un enfrentamiento (batalla, combate) en el plano de la legitimación y de las ideas, en un plano cultural en el cual se encuentran visiones del mundo diferentes que pugnan por predominar en un contexto dado. En la base de esta propuesta está la idea de que, para algunos autores cada vez en mayor medida, el destino de los conjuntos sociales se decide a nivel de las conciencias individuales y de los imaginarios colectivos. En este sentido, el internacionalismo cubano parece querer oponer el proceso actual de “mercantilización de las conciencias” del que da cuenta Quijano (2009, 2010)⁸⁷. Por otro lado, la manera de llevar a cabo ese enfrentamiento es “introducir a los pueblos dentro de los pueblos” creando redes a nivel del contacto persona a persona entendido como un contacto entre iguales, más allá de las instituciones y los gobiernos. Lo que se plantea es que esa batalla se decide en las relaciones humanas concretas en los contextos de colaboración reales. Colocar el centro de nuestra atención en las personas que interactúan en los programas de colaboración resulta fundamental desde una perspectiva antropológica, ya que permite observar las relaciones concretas en cada contexto particular incluyendo

86. Filósofo cubano que ha dedicado varios años al estudio del internacionalismo cubano actual realizando trabajo de campo prolongado en los contextos en que se desarrolla, incluyendo Haití, varios países centroamericanos y Venezuela.

87. Para Quijano se han experimentado cambios dramáticos en la relación entre capital y trabajo: “el cambio de la base misma del capital no es más la compra y venta de la fuerza de trabajo, sino el control de nuestra subjetividad, el control de nuestras mentalidades; y por eso la lucha principal de este momento es quién y cómo logra controlar mejor nuestras cabezas” (Quijano 2009:4). La estructura del momento actual necesita crecientemente del control de las mentalidades, de la información y del pensamiento; por lo tanto, requiere la mercantilización de las conciencias, no de la fuerza viva de trabajo (Ibíd.:4-5).

cómo ese contexto influye en las mismas y se ve influenciado por ellas. Sin embargo, ésta no es la perspectiva más utilizada por quienes procuran aportar explicaciones teóricas sobre el fenómeno que, en particular desde la academia norteamericana, se interpreta en términos de “diplomacia médica”⁸⁸.

La mayoría de los autores no aporta definiciones y en cierta medida podríamos decir que se ha establecido acríticamente el uso de este término como sinónimo de cooperación internacional cubana en salud. En general, quienes lo utilizan ponen en primer plano el interés del gobierno cubano por posicionarse a través de estas actividades en el campo de las relaciones internacionales. A partir de allí las interpretaciones pueden encontrar en la ganancia económico-material, ya sea en términos de dinero o de capital simbólico⁸⁹, el núcleo explicativo del fenómeno o en términos de soft power, en el sentido de una ganancia de influencia en el arena internacional que garantizaría la soberanía efectiva del país (Kirk y Erisman 2009)⁹⁰.

Ahora bien, el interés por el internacionalismo cubano en términos de diplomacia médica resurge en la academia norteamericana durante los 90’ (cfr. Mascias 2005:Online). En la década siguiente, durante la administración de George W. Bush (2001-2009) fue ganando terreno la “diplomacia médica”⁹¹ en el marco de renovadas llamadas a utilizar la ayuda para el desarrollo como manera de promover los intereses de seguridad estadounidenses declarando al humanismo como arma de guerra en el marco del “new american way of war” (Brigety 2008). Desde esta perspectiva, las actividades de ayuda para el desarrollo o humanitaria, incluidos los servicios médicos, requerirían de más presencia del ejército y de coordinación precisa entre militares y civiles ya que su objetivo principal debe ser claramente definido como un objetivo estratégico que apunte a favorecer los intereses de los EEUU, la seguridad nacional y, sobre todo, el poder nacional (Ibíd.:19-23). En este contexto una preocupación central es garantizar que los “proyectos humanitarios” a corto y largo plazo sean verdaderamente efectivos como arma de guerra, que sirvan a los “intereses estratégicos” que los motivan, en especial, para ganar acceso e influencia en “zonas estratégicas” para lo cual es necesario cuantificar, monitoriar y medir su resultado (Bonventre 2008). Los servicios médicos se enmarcan en “operaciones de estabilidad” u “operaciones médicas de estabilidad” que son una “misión militar central” del ejército de los EEUU (Departamento de Defensa 2009). El “humanismo” aquí es un arma en el marco de una batalla que no es solamente ni en primera

88. En un artículo reciente también autores cubanos han usado este término (cfr. Pérez 2013:Online) que ha ganado cada vez más notoriedad y aceptación internacional, convirtiéndose en un campo de estudio, actualizado como “diplomacia en salud global”. Sin embargo, en general, su uso es más bien cuestionado por autores cubanos (cfr. Macias 2005).

89. La aplicación más consecuente y documentada de la teoría bourdiana del capital es la de Feinsilver (1993, 2008, 2010). Para una crítica detallada a sus planteos ver Macias (2005:Online) o también Kirk y Erisman (2009:171-172).

90. Las distintas posiciones desde esta perspectiva se pueden consultar el muy completo trabajo de los profesores de relaciones internacionales John Kirk y Michael Erisman (2009). Una crítica al uso del concepto de soft power y las perspectivas teóricas dominantes en relaciones internacionales para la cooperación internacional cubana en Espinosa (2004). Kirk y Erisman eligen la perspectiva del soft power articularla con consideraciones ideológicas y filosóficas.

91. Thompson, ex Secretario de los Servicios de Salud y Humanos de EEUU (2001-2005), considera que él acuñó ese término (Iglehart 2004:264). Sin embargo, para las actividades de cooperación cubana en salud venía usándose desde hacía bastante tiempo (cfr. Feinsilver 1993). Según Katz et al. fue introducido en los EEUU por Peter Bourne, asistente de la presidencia para asuntos de salud, en 1978 (2011:505). Algunos trabajos reconocen a Cuba como precursor del campo que actualmente se establece como disciplina (Feldbaum y Michaud 2010, Adams et al. 2008). Lo cierto es que tanto en 1978 como en 2004 las actividades internacionalistas cubanas despertaban fuertes reacciones en el seno del gobierno estadounidense (cfr. Kirk y Erisman 2009).

instancia “batalla de ideas”. Los especialistas en salud global Feldbaum y Michaud sostienen que si bien las raíces del involucramiento militar estadounidense en actividades de salud y desarrollo son complejas, estas acciones se ven influenciadas por la percepción de que “la competencia utiliza la diplomacia médica”. La competencia está representada en primera instancia por Cuba, de manera que, por ejemplo, las misiones de los barcos hospital del ejército estadounidense fueron diseñadas, al menos en parte, para contrarrestar las actividades cubanas de larga data de “diplomacia en salud” (2010:3)⁹².

Por todo lo expuesto, considero de gran importancia investigar estos desarrollos y, en particular, el del campo de la “diplomacia en salud global”⁹³ pero este ejercicio no necesariamente aporta a la comprensión del proyecto ELAM y de los demás programas cubanos en la primera década del siglo XXI. Una posibilidad de interpretación no muy común en la literatura pero que puede resultar más esclarecedora es pensar en términos de procesos de hegemonía/subalternidad y considerar a los programas en cuestión como promotores de una lógica contrahegemónica o de resistencia respecto de la mercantilización e instrumentalización de la carencias y catástrofes para beneficio de los poderes económico-militares dominantes. En el caso de la cooperación médica, esto tiene además profundas raíces en la tensión que ha existido en la profesión médica desde sus orígenes entre lo que Sinclair denomina “idealismo” y “economía” que refiere a que junto a una disposición mercantil en el “habitus médico” también existe una disposición anti-mercantil y que la profesión incluye una dimensión empresarial y vocacional (Sinclair 1997:64-65).

La posibilidad de que las actividades internacionalistas cubanas a través de sus objetivos específicos (brindar atención médica, educación, alfabetizar, etc.) alcancen el impacto social amplio al que apuntan ((re)legitimar la revolución), depende en gran medida de la coherencia entre el enunciado y la acción por lo cual orientarlas a objetivos estratégicos o económicos propios minaría esa posibilidad. Una egresada reflexionando sobre la cooperación cubana manifiesta:

creo que tiene varios objetivos, pero sobre todo hay que tener bien en cuenta la parte solidaria y la parte humana de lo que los impulsa a hacerlo. También hay fines políticos y creo que también hace que la gente conozca Cuba, lo que hacen, lo que son, porque el hecho de que un médico se inserte en un pueblito y hable de lo que hace Cuba y la gente vea lo que él profesionalmente, y después en la parte humana, puede hacer; como que se van tirando pequeños hilos, creo que fue un poco también lo que se hizo con la ELAM (Ea20 e/i 2007).

Aquí aparece nuevamente al idea de redes (hilos) que proponía Ubieta, para quien el internacionalismo cubano actual representa “uno de los actos sociales y políticos más revolucionarios, más innovadores, de la contemporaneidad” (Ubieta 2006:Online):

Primero, porque es una acción inobjetable, profundamente humanista, que no se sustenta en el dinero; segundo, porque es una enseñanza –en torno a las capacidades del socialismo,

92. En 2007, fue muy publicitada la primer gira por Latinoamérica y el Caribe del USNS Comfort, un barco hospital de la marina estadounidense que visitó en un lapso de cuatro meses doce países permaneciendo algunos días o semanas en los puertos para, entre otras actividades, brindar asistencia médica.. Según Kirk y Erisman el objetivo era “ganar las mentes y los corazones de los latinoamericanos y caribeños” compitiendo con las actividades cubanas (Kirk y Erisman 2009:186-187). En 2011 se repitió la gira que se llamó Continuing Promise y visitó cinco países. Para 2013 se planeaba otra pero fue suspendida por recortes presupuestarios (US Navy 2013:Online). Además de estos esfuerzos por competir con las actividades cubanas, el gobierno estadounidense desarrolla iniciativas para minar la capacidad de cooperación en salud de Cuba. El Programa Cuban Medical Professional Parole vigente desde 2006 procura promover la desertión de profesionales médicos cubanos mientras se encuentran en actividades internacionalistas (cfr. Ersiman 2012).

93. Muy interesante sería profundizar sobre la influencia de las interpretaciones académicas sobre el internacionalismo cubano en la conformación de este campo y en las prácticas concretas de “asistencia humanitaria” estadounidenses.

a la diferencia que marca la voluntad política–, que llega directamente a la conciencia de las masas, sin discursos, por encima de cualquier campaña mediática; tercero, porque es una escuela de capacitación científica, política y humana para los médicos y maestros internacionalistas. Cuba está reciclando a sus revolucionarios. No mediante becas de estudio en escuelas del primer mundo, sino situando a sus especialistas en los barrios más pobres, y en las zonas más intrincadas del Tercer Mundo.

El proyecto ELAM sitúa en Cuba a personas provenientes de esas zonas, lo cual también aporta a ese “reciclaje”. Un estudiante cubano de una provincia que en 2001 comenzó a recibir estudiantes de la ELAM, propone:

Conocer otras culturas, conocer otras formas de ver muchas cosas, de ver la medicina, de ver cuestiones políticas, cuestiones sociales, de saber, más allá de las noticias, cómo era la cultura de otros países, cómo se vivía en otros países: fue pienso la mejor experiencia de la ELAM. [...] Creo que el intercambio cumplió con todo; más allá de graduarse como doctores, las relaciones creo que mejoraron en todo sentido porque la información que teníamos era por los medios de prensa, pero vivir eso, vivir con estudiantes que realmente venían o porque les gustaba la medicina o porque no tenían oportunidades de estudiar en su país, [...] vivir así la realidad latinoamericana fue muy enriquecedor (e/i 2007).

No es un proceso lineal, la variedad de experiencias que pueden desarrollarse en los barrios y zonas intrincadas de otros países así como en las universidades o en cualquier lugar de Cuba es importante y no necesariamente promueve un “reciclaje revolucionario” ni un intercambio positivo o enriquecedor. Factores socioculturales, políticos e ideológicos entre los cuales la perspectiva del observador no deja de ser sustancial influyen en el desarrollo y valoración de las experiencias concretas. Por ejemplo, recientemente un profesor propone que la presencia de estudiantes extranjeros en las universidades cubanas es un factor de distorsión y pérdida de valores para los estudiantes y médicos jóvenes locales (cfr. Serra 2013:644). De cualquier manera, la visión del internacionalismo como escuela denota continuidad con una línea de pensamiento en torno al beneficio para Cuba de las actividades internacionalistas expresada ya a comienzos de los 60’ en pronunciamientos de Fidel Castro y Ernesto Guevara (cfr. Castro 1962, Guevara 1965), por ejemplo, pero que además reaparece continuamente en las reflexiones de los colaboradores desde su surgimiento hasta la actualidad. Pablo Resik, médico graduado en 1957 que fue jefe de la brigada en Argelia, propone:

La misión tuvo una profunda significación en cuatro aspectos. **El humano:** al dar esa ayuda con un sentido de fraternidad, de humanismo, comprender la necesidad que tenía ese pueblo y brindarle nuestro aporte desinteresado. A mí me dejó con una gran satisfacción interna, con la felicidad de dar, que es mucho mayor que la de recibir. **El político:** conociendo a Argelia y su situación, pudimos comprender en la práctica lo que fue el colonialismo para las grandes masas del pueblo argelino. **El cultural:** para muchos de los participantes fue la primera salida al exterior, y aprendimos cosas en un medio muy diferente al nuestro, con un clima desértico, sahariano. Diferencias culturales relativas al idioma, la comida, costumbres, religión, hábitos. **El científico:** nos ayudó a completar nuestra formación profesional, pues trabajamos en un medio extraño, con tremendas dificultades, no con las posibilidades técnicas que teníamos en Cuba, y con enfermedades nuevas que no conocíamos (Lopez 2005:Online)⁹⁴.

Estos cuatro aspectos aparecen constantemente en las reflexiones de colaboradores en una enorme variedad de contextos geográficos e históricos, lo cual sustenta el planteo de Torre et al. respecto de las consecuencias de la aplicación del internacionalismo como principio por más de cuarenta años para el sistema de salud cubano, que resumen en las siguientes enseñanzas (2005:282): (1) Actuar sistemáticamente sosteniendo que el paciente es lo primero, (2) apoyarse, frente a circunstancias adversas, en los valores morales que hacen posible la revolución, (3) conocer que en cada momento y lugar el ser humano es el problema central, no el dinero, los programas o la tecnología, (4) identificarse con su origen de clase

94. El subrayado es mío.

revolucionaria: hoy los médicos cubanos son hijos de obreros, de campesinos, de trabajadores de la ciencia o el arte, (5) saber que el desarrollo de los servicios de salud no depende sólo de los recursos financieros, (6) comprender que el desarrollo no viene necesariamente del Norte, (7) aceptar que las alianzas Sur-Sur son posibles.

En un artículo sobre formación de médicos Mejías et. al. (2010) van más allá y plantean que la cooperación no representa un elemento que permite perfeccionar el quehacer universitario sino una “necesidad vital” ante el peligro de “pérdida de la identidad” que representa la globalización neoliberal. El planteamiento de Ubieta respecto de que se trata de una “acción inobjetable, profundamente humanista, que no se sustenta en el dinero” apunta en esta misma dirección. Como vimos, gran parte de las objeciones al internacionalismo cubano parten de considerar a la ganancia económica como su motor central, algo de lo cual el autor es totalmente consciente. En su libro “Venezuela reblede: solidaridad vs dinero” (2006) discute, por ejemplo, el papel del incentivo económico para los colaboradores y muchas de las objeciones que distintos actores realizan a los programas de cooperación en un país en el cual las relaciones con Cuba, en general, y los programas de cooperación médica, en particular, suscitan fuertes reacciones⁹⁵. De manera análoga a lo que sucede respecto de las objeciones que se le realizan al proyecto ELAM en referencia a la calidad profesional de sus egresados, un examen detallado aporta más conocimiento sobre la posición ideológica desde la cual se objeta, que sobre aquello que se pretende objetar. Lo que interesa destacar es que el sentido “desinteresado y no mercantil de la colaboración”; el “compartir lo que se tiene”; el “dar sin esperar nada a cambio” son aspectos fundacionales del imaginario internacionalista cubano. Al mismo tiempo, sirven de demarcación respecto de otros actores y, por lo tanto, resultan centrales para el aporte que estas actividades significan en el campo de la identidad⁹⁶.

Como dije antes, entre quienes ponen en primer plano a la ganancia económica hay visiones que alertan sobre consecuencias desfavorables a mediano y largo plazo. Ahora bien, más que en el sentido de una transferencia de excedentes y una pérdida potencial de recursos y capacidades para el desarrollo endógeno (Fresneda y Delgado 2013:169) considero que las consecuencias, tanto desfavorables como favorables, se juegan sobre todo a nivel del proceso de mercantilización de las subjetividades y mentalidades. Esto quiere decir que el hecho de que la ganancia económica se convierta en el motor central de la colaboración para los

95. Esta cita de un médico que llevaba dos años trabajando en Venezuela, presenta resumidamente algunas de ellas. Interesa en este trabajo porque se realizan objeciones muy similares a la inserción de egresados de la ELAM en Uruguay y Chile, y también porque muchos egresados han participado en programas en Venezuela. Ante el cuestionamiento del entrevistador: “dicen que los médicos cubanos están aquí por los beneficios materiales que reciben”, el médico propone:

Eso es complejo, en un inicio nosotros éramos una especie de quinta columna del comunismo más radical que veníamos a importar la revolución, se decía que íbamos a lavarles el cerebro a los venezolanos, que íbamos a establecer una red de espionaje, todo eso se fue desmontando, porque de momento agarran y ven al espía que, por ejemplo en mi caso personal, digamos el espía va a misa los domingos, oye misa como siempre he oído misa en Cuba, yo no tengo problema con eso, lo seguiré haciendo toda la vida, y de momento la gente dice “¿pero, tú eres católico, hay católicos en Cuba?”, sí, yo soy católico, y estoy ahí, “¡qué cosa más rara!”. Bueno, esa historia de los quinta columnistas, se cae. La otra historia virulenta de que no somos médicos, se cae. La que no ha logrado caerse, es que nosotros somos barriles de petróleo, esa no ha logrado caerse, es decir, que nosotros le servimos a Fidel Castro para que se mantenga en el poder, porque nosotros somos la moneda de cambio por unos barriles de petróleo, y en el otro sentido somos unos pobres infelices que venimos huyendo del comunismo donde no tenemos nada, entonces la gente agarra así y te mira la mano y te dice “¿y ese reloj, dónde se lo compró?”, ah, ese lo traje de Cuba, “¿en Cuba hay eso?” (Ubieta 2006:Online).

96. Otros factores de demarcación son la no injerencia en asuntos políticos internos, el no supeditar la ayuda a ningún tipo de condiciones que favorezcan los intereses propios, el que sea destinada a la totalidad de la población sin distinciones de raza, etnia, religión, ideología, etc. y la centralidad del ser humano en la relación de colaboración.

colaboradores individuales, para los conjuntos sociales o para el gobierno, puede minar las ganancias que históricamente han estado asociadas a estas actividades. Entonces, es a nivel de la capacidad de resguardar a la salud, la educación, el deporte, la ciencia, el arte como bienes colectivos y derechos ciudadanos universales y de avanzar en la construcción de una sociedad basada en la solidaridad, la justicia social y el respeto donde debe buscarse el impacto de los programas internacionalistas actuales. De manera que es importante investigar, por ejemplo, hasta qué punto la migración temporal de personas desde y hacia Cuba funciona como oportunidad de crecimiento humano, científico, cultural y político en el sentido en que muchas de ellas reflexionan sobre su experiencia, y de qué manera interactúa este aspecto con el beneficio económico ya que es allí donde se juega la posibilidad de que la cooperación internacional promueva una lógica que pueda actuar como contraparte del proceso actual de mercantilización de las conciencias.

3.2 El Proyecto ELAM

En setiembre de 1999 comienzan sus estudios 1.933 jóvenes que habían completado la secundaria en Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay o Venezuela. Representan casi el 37% de los estudiantes que comienzan ese año la formación médica superior en instituciones cubanas y lo hacen en una institución especialmente creada con el fin de recibirlos: la ELAM, ubicada al noroeste de La Habana⁹⁷. Simultáneamente, en la ciudad de Santiago de Cuba se inaugura la Facultad Caribeña de Medicina para acoger a estudiantes provenientes de Haití, Mali y Djibouti⁹⁸. En la ELAM los estudiantes completan un curso premédico de nivelación (uno o dos semestres) y el Ciclo de Ciencias Básicas (dos años). Para el Ciclo de Ciencias Clínicas (tres años) y el Internado Rotatorio (un año) cada estudiante es asignado a una de las facultades de medicina de Cuba en la cual completa su formación junto a los estudiantes locales en las instituciones docentes-asistenciales del sistema nacional de salud en las distintas provincias del país. En el año 2000 ingresa la segunda generación que incluye a estudiantes provenientes de México, EEUU, Cabo Verde, Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial y Nigeria. Hasta 2007 los estudiantes provenían de 28 países, incluyendo los hasta aquí mencionados y Jamaica. A partir de ese momento, se sumarán jóvenes provenientes de cada vez más países caribeños y africanos pero también de Medio Oriente, Asia y el Pacífico (ver capítulo 3.3).

En el año 2005 se produce la primera graduación, 1.498 estudiantes, 77,5% de quienes ingresaron en 1999, completan los requisitos académicos y reciben el título de Doctor/a en Medicina. Desde entonces, anualmente se gradúa una generación de aproximadamente 1.500 médicos generales básicos, denominación que representa el título de grado en Medicina. A partir de 2005 se ofrece a los egresados becas para estudios de posgrado.

Aquí doy una visión general del funcionamiento del proyecto incluyendo sus objetivos, las características y gestión de las becas, su financiamiento, algunas características de los estudiantes y un resumen de sus resultados. Una descripción actualizada y enfocada fundamentalmente a la experiencia de los egresados que participaron de esta investigación que se orienta a aportar la información que considero mínima para discutir este proyecto.

⁹⁷. Las instalaciones de la que hasta entonces fuera una academia naval se transformaron en el campus universitario que hoy es la ELAM. Su primer rector fue el Dr. Juan Carrizo Estévez, quien hasta entonces era rector del Instituto de Ciencias Médicas de La Habana.

⁹⁸. Ambos proyectos están muy emparentados y en ocasiones se habla de Proyecto ELAM para hacer referencia a ambos, en las cifras de estudiantes y egresados que aquí se presentan están incluidos los estudiantes de esta facultad.

3.2.1 Objetivos

La meta concreta del proyecto es formulada en dos variantes: (1) Formar Médicos Generales Básicos orientados a la atención primaria en salud y con una elevada preparación científica, humanista, ética y solidaria, capaces de actuar en su entorno para satisfacer las necesidades de la región y contribuir al desarrollo humano sostenible (ELAM s/f:Online). (2) Formar Médicos Generales Básicos con un elevado nivel científico-tecnológico, basados en los principios más profundos del humanismo, con predominio de la ética médica matizada por los conceptos de la solidaridad humana, el internacionalismo y la integración (Olivera y Santos 2006).

Como se dijo a partir de 2005 se incorpora la oferta de becas para estudios de posgrado respondiendo a la lógica de la especialización médica en el país. El objetivo específico en relación a este momento es formar médicos generales integrales (especialistas en MGI), y luego, médicos especialistas en diversas ramas de la medicina (internistas, cirujanos, pediatras, ginecoobstetras, anestesiólogos, geriatras, etc. etc. etc.) manteniendo las características mencionadas en la segunda cita. Se trata entonces de formar médicos con ciertas características que tienen que ver con la concepción dominante en Cuba sobre este profesional, construida en un proceso histórico de continuidad/discontinuidad respecto de las perspectivas (Becker et al. 1961) y disposiciones (Sinclair 1997) que estructuran la profesión médica en el marco de la institución biomédica y sus rasgos estructurales y funciones (Menéndez 1978, 1996)⁹⁹.

Ahora bien, sus objetivos generales, los beneficios que se espera alcanzar a través de la formación de médicos a nivel social, el impacto social amplio a mediano y largo plazo al cual el proyecto pretende contribuir, no aparecen formulados resumidamente. Un análisis de toda la literatura y materiales de archivo a los que pude acceder desde sus inicios hasta el año 2006 permite distinguir tres procesos a los que se pretende contribuir. No representan metas planteadas a priori sino que se fueron desarrollando en paralelo al proyecto (Picaroni 2008:76):

Contribuir a la integración latinoamericana en dos sentidos fundamentales: (a) promoviendo el intercambio y la comunicación entre jóvenes provenientes de diferentes países y de diferentes grupos étnicos y sociales, basándose en la convicción de que la diversidad étnica y cultural del continente es un factor de enriquecimiento tanto a nivel personal como colectivo; (b) “demostrar lo que unidos podemos alcanzar” (Castro Ruz 1999) en el sentido de generar conciencia de las potencialidades políticas, sociales y económicas de una América Latina unida en la diversidad: unidad para la solución de problemas comunes, sobre la base de ciertos principios comunes, pero respetando la autodeterminación de cada pueblo y enriqueciéndose de los aportes de cada uno (cfr. Fernández Díaz 2005).

Contribuir al desarrollo sostenible a través de contribuir a una mejora de la situación de salud considerada –junto a la educación y la cultura– pilar fundamental del mismo. En especial, se pretende que los médicos formados en este proyecto brinden sus servicios en lugares apartados o que no cuentan con suficiente personal de salud y que puedan contribuir a la organización de las comunidades para que éstas puedan detentar su derecho a la salud. Se pretende además que su manera de entender la medicina y actuar como médicos funcione como inspiración y motivación para otros profesionales locales para impulsar un cambio a nivel nacional y regional que se exprese en una mejora de los sistemas de salud locales (cfr. Castro Ruz 1999).

Contribuir a un cambio en la manera médica de pensar y actuar en relación a la salud: contribuyendo a crear una “conciencia verdaderamente humana de la medicina” (Castro Ruz 1999) que centre su atención en la salud del ser humano desde un paradigma biopsicosocial, integral y holístico; y rechace y pueda contrarrestar la mercantilización y la biologización de este campo del saber y la práctica (cfr. Espinosa 2005:Online).

⁹⁹. Un proceso que no pretendo analizar aquí pero algunos de cuyos aspectos más relevantes se abordaron antes en este capítulo.

Se asume que los médicos a través de su actuación, de su práctica médica en lugares específicos fuera de Cuba pueden contribuir a estos procesos. Mi investigación pone de manifiesto que en algunos contextos la práctica de los egresados se va articulando con transformaciones que apuntan en el sentido de estos procesos o tiene el potencial para hacerlo. Ahora bien, los desafíos y limitaciones son amplios y serán, en parte, abordados en este trabajo.

3.2.2 Características y gestión de las becas

Anualmente se destina una cantidad específica de becas de estudio a cada país participante. En Uruguay y Chile en el período de tiempo que abarca este trabajo se ofrecieron unas 50 becas por año. Las personas que cumplen con los requisitos para ser elegibles presentan su postulación ante la representación diplomática cubana en su país de residencia que es la responsable final de la gestión de las becas. En algunos países, la postulación puede realizarse por medio de organizaciones sociales.

La beca es total y gratuita, incluye la formación académica (con participación en todas las actividades curriculares y extracurriculares); acceso a todo el material de estudio requerido y a todo el material disponible en las bibliotecas digitales y presenciales; alojamiento (en residencias estudiantiles); alimentación; vestimenta (uniforme, zapatos y túnica) así como materiales de aseo personal, sábanas y toallas; atención médica y odontológica; un sueldo mensual¹⁰⁰; traslado desde el aeropuerto a la universidad (y a otras actividades de formación, recreación, etc.); visa y legalización de la documentación solicitada en el consulado cubano. El traslado desde el país de origen a La Habana y el regreso al país de origen después de la graduación corre por cuenta del estudiante¹⁰¹. En una entrevista con tres egresadas de la primera generación se da el siguiente diálogo, que refleja características importantes de la beca (e/g 2007):

Ea19: Nuestra generación éramos todos gente grande, la mayoría gente que trabajaba y estudiaba acá y sabía el sacrificio que es trabajar todo el día para irte a la facultad de noche, mucha gente. Entonces, te dan la oportunidad de ir, poder estudiar, estar solamente para eso. Muchos, como seis o siete éramos enfermeros: trabajábamos, y estudiábamos cuando se podía.

Ea17: Lo que te permite estudiar allá, en aquel contexto, en aquel ambiente, con aquella gente, no lo podés estudiar acá. No tenías ni que preocuparte por la comida, ibas al comedor y pronto. Te levantabas y tenías el desayuno y todo así, ahora hasta la ropa les lavan, o sea que ni siquiera perdés tiempo en eso. Te dan todo para que vos te dediques a estudiar, lo único que te exigen es que tu espacio lo tengas ordenado.

Ea18: Es un paternalismo pero que vos lo agradecés. Son grupos de 25 personas o menos, en histología y embriología tenés un microscopio con un juego de láminas para vos, decías: “¡no puede ser!” sentadito ahí con tu microscopio; son cuatro o cinco por mesa de

100. Este sueldo (estipendio) es de 100 pesos cubanos, un poco mayor que el de los estudiantes locales que es de 70 pesos.

101. El gobierno cubano, otros gobiernos y organizaciones sociales han gestionado pasajes sin costo o a precio reducido. En algunas oportunidades el gobierno cubano ha asumido el costo del traslado a Cuba, por ejemplo, para el total de uruguayos becados en 1999 ya que una parte importante no hubiera podido hacer usufructo de la beca. Esta generación de becados es central para esta investigación. Cuando el estudiante no consigue financiar el viaje la beca puede ser aplazada hasta el año siguiente. Para comprar los pasajes de avión un mecanismo bastante extendido consiste en juntar el dinero necesario con apoyo de redes sociales o de organizaciones. Mientras algunos estudiantes viajan todos los años fuera de Cuba en las vacaciones de verano, muchos lo hacen sólo una vez en el transcurso de la carrera y otros ninguna. En general, viajan hacia sus países de origen o a países más cercanos a Cuba con otros estudiantes; algunos trabajan en las vacaciones.

anatomía; un profesor y un ayudante para 20 personas, nadie se pelea con nadie. No es sólo en la ELAM, es en todas las facultades cubanas.

Ea17: Los salones están abiertos las 24 horas, vos podés ir a estudiar a la hora que quieras, los libros los tenés en tu cuarto, no tenés ni que preocuparte por sacar fotocopias: empieza el semestre y levantás tu juego de libros para todas las materias y cuando termina los devolvés y así. El primer día te dan el cronograma con toda la temática del año.

Ea18: ¡Es una cosa que no la podés creer! Eso es lo que más valoré.

Ea17: En Matanzas fue un poco distinto, hubo que compartir libros pero en tu cuarto estaba, sólo tenías que organizarte, había otras provincias que eran igual que en La Habana.

Ea19: A parte el horario de clases y todo es bastante extenso y te dan todo para que vos estuvieras para estudiar. Hasta el ómnibus que te lleva y te trae a la facultad, al hospital, lo tenés en la puerta.

En primera instancia, las becas se ofrecieron a los gobiernos de cada país que respondieron con distintos grados de interés: el de Guatemala aceptó el ofrecimiento y propuso que el 50% de las becas fuera otorgado a jóvenes indígenas, lo cual se amplió a otros países; el de Uruguay rechazó el ofrecimiento por estimar que el país no necesitaba más médicos de los que formaba¹⁰² a raíz de lo cual la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU) decidió asumir tareas de difusión, asesoramiento y recepción de las solicitudes. Recién a partir del año 2005 instituciones estatales uruguayas comenzaron a participar del proceso. También el gobierno chileno prefirió desligarse de la gestión, el Partido Comunista, una organización mapuche y otras organizaciones sociales y políticas participaron en la difusión y gestión de las becas¹⁰³.

En resumen, en algunos países fueron organizaciones estudiantiles, sociales o partidos políticos las que colaboran con las misiones diplomáticas en la difusión y gestión de las becas mientras en otros también instituciones estatales. Estas variantes tienen implicaciones diferentes pero en general y en especial para Uruguay y Chile es característica la falta de planificación y seguimiento por parte de los gobiernos y las autoridades de salud locales. Esto debe entenderse en el contexto de la falta de planificación en la formación y gestión del personal de salud que caracterizaba a los aparatos sanitarios de la región (cfr. OPS 2005).

Las maneras de enterarse de la existencia de estas becas son sumamente diversas, al igual que las motivaciones para postular. Algunas personas estaban buscando activamente una oportunidad de estudiar, otros tenían contacto más o menos directo con alguna de las organizaciones gestoras. La radio funcionó en muchos casos como portadora de la información. En países con presencia de médicos cubanos, ellos funcionaron como fuente directa de información y motivación así como a partir del año 2000 lo hicieron los becados

102. En los 90' y durante la primer década del siglo XXI, la situación en cuanto a registro de profesionales en el país no permitía contar con datos confiables sobre cantidad de médicos pero en el seno de esa profesión se había establecido un discurso sobre "plétora de médicos" (cfr. Lazarov 2007) aunque al mismo tiempo otras voces advertían sobre la falta de especialistas que las políticas de formación estaban generando y la extremadamente desigual distribución regional.

103. Los intereses de las organizaciones sociales y políticas así como de los gobiernos son variados al igual que sus capacidades para recibir a los egresados e incorporarlos en proyectos propios. Para el caso de Chile las críticas a la modalidad de entrega de postulación a través de organizaciones políticas refieren a la adjudicación de becas a jóvenes con méritos en la organización pero sin un interés particular por la medicina; y respecto de las organizaciones mapuche a una sobrerrepresentación de personas cercanas a organizaciones urbanas con menor representación de sectores con otras formas de organización. En Uruguay la gestión a través de la FEUU significó una fuerte representación de estudiantes de la universidad local entre los becados. Sin embargo, jóvenes chilenos sin relación con partidos políticos u organizaciones mapuche así como uruguayos sin contacto previo con la universidad han participado masivamente del proyecto, lo cual tiene que ver con su continuidad en el tiempo y la presencia que fue adquiriendo a nivel social, en particular en las regiones y grupos a los que apunta.

y desde el 2005 los egresados de la ELAM. Esto resulta fundamental para alcanzar a los grupos sociales a los que apunta el proyecto. De todas maneras, aún en 2007 representantes de la embajada cubana en Uruguay consideraban que la información sobre la posibilidad de solicitar una beca para la ELAM no alcanzaba a todas las personas y lugares que debiera alcanzar.

La selección de los participantes está a cargo de la misión diplomática cubana en el país de residencia del postulante y se orienta a favorecer “a quién más lo necesite y a quién más nosotros, a lo mejor de manera a veces muy subjetiva, pensamos que son los muchachos que de verdad van a regresar y van a ayudar a la gente más necesitada” (encargada de la selección, e/i 2007). Se privilegia a personas procedentes de zonas y/o grupos con dificultades de acceso a la atención médica porque se considera que ellos tendrían una mayor disposición para trabajar en esas zonas. Se busca la representación equitativa de hombres y mujeres. En algunos países un porcentaje determinado de las becas es distribuido entre hombres y mujeres indígenas y/o afrodescendientes. El proceso tiene varias etapas, entre ellas la presentación de una serie de documentos y una entrevista personal.

Los requisitos básicos para solicitar la beca son haber completado el ciclo de estudios que habilita a realizar estudios universitarios y no tener más de 25 años de edad al presentar la solicitud¹⁰⁴. La documentación requerida incluye: formulario de solicitud con un apartado sobre datos personales y otro con información socioeconómica; certificado de finalización de los estudios secundarios; notas de la secundaria; certificado de nacimiento; certificado de salud¹⁰⁵. En la entrevista se procura conocer más sobre las condiciones de vida del postulante y su motivación para solicitar la beca.

En dos momentos (2007 y 2012) realicé entrevistas con encargados del proceso de selección en Uruguay. En el año 2007 la entrevistada había participado en tres selecciones, el entrevistado en 2012 sólo había participado en una. Coinciden en que se trata de un proceso sumamente difícil que implica una gran responsabilidad dado que si bien hay parámetros objetivos y requisitos que deben cumplir los postulantes, en la decisión final hay también un “componente subjetivo” (e/i 2007). Reflexionando sobre la complejidad del proceso, la entrevistada comenta que algunas personas habían expuesto como motivación para solicitar la beca el deseo de ganar mucho dinero. Esto no los inhabilita para recibirla en tanto cumplan con los requisitos necesarios y se estime que su nivel socioeconómico les impide o dificulta estudiar en el país. Esta aspiración se considera “natural” en contextos de “mercantilización de la medicina” y se estima que durante la formación pueden encontrar otros incentivos para trabajar como médicos (e/i 2007). Una egresada observa:

Mucha gente fue con la idea de ‘soy médico y pongo un consultorio privado y me enriquezco’ y allá se dio cuenta, porque vio cómo se trabajaba allá y aprendió otras cosas, que no es así, que eso no es medicina. Esas ideas cambiaron solas, es decir ayudó el entorno pero nadie nos obligó a decir yo tengo que ir por acá y no por allá. El hecho de haber tenido contacto con un sistema social en el que la salud era algo que tenía que llegarle a todo el mundo y que no tenía que ser algo lucrativo a mucha gente le hizo cuestionarse muchas cosas (Ea20 e/i 2007).

104. Se han hecho excepciones en torno a este límite de edad. Para los EEUU el límite de edad son 30 años.

105. Que incluye prueba de VIH y de embarazo. Una representante de la embajada cubana en Uruguay comenta que había recibido e-mails de personas que consideraban este requisito como discriminatorio, sin embargo se relaciona con las posibilidades de las residencias estudiantiles y las condiciones de vida allí. En relación al embarazo entran en consideración aspectos como que el estatus legal del aborto en Cuba difiere del de la mayoría de los países en la región. De todas formas ha habido excepciones en cuanto a este requisito. Corresponde también mencionar que quedar embarazada y decidir tener un hijo/a durante los estudios no representa una imposibilidad para completarlos. En general, se hace una pausa de un año después del nacimiento antes de retomar la carrera.

Al tiempo que otro egresado confirma: "valoró ahora más lo humano que cosas materiales, yo era un consumista perdido, no valoraba tanto la formación. Siempre quise estudiar pero lo veía más por el tema de poder llegar a algo: de la nada llegar a algo pero lo veía más por el lado material. Allá cambió todo, ahora lo veo por el lado personal, de enriquecimiento personal". Sin embargo, a pesar de que esta experiencia es compartida por muchos plantea "no todos somos lo que ellos quieren que seamos, hay mucha gente que va que está para la plata, que no valora todo aquello que aprendió" (Eo15 e/i 2007).

También se tiene en cuenta el éxito académico en la enseñanza preuniversitaria ya que se pretende evitar la deserción estudiantil pero tampoco este aspecto puede verse linealmente: un estudiante que en el contexto local no logró buenas calificaciones puede obtener buenos resultados en otro donde tendrá la posibilidad de dedicarse exclusivamente a estudiar y se le brindará apoyo para el logro de buenos resultados académicos y para su desarrollo personal integral (encargada de la selección e/i 2007). Es importante destacar que no es condición para recibir la beca una afinidad hacia el gobierno cubano. Si bien una parte de los postulantes tiene una orientación política por la militancia en organizaciones, partidos políticos, movimientos sociales o una simpatía difusa hacia Cuba; una parte importante de los becados, tenía cuando mucho una opinión sobre ese país formada a partir de los medios de comunicación y, en algunos casos, una opción y/o militancia política en partidos de derecha que incluía una visión "anticomunista y anti-Cuba" (Eo6 e/i 2012).

Las selecciones han sido uno de los aspectos más discutidos tanto dentro como fuera de Cuba. Por ejemplo, la Federación de Estudiantes Universitarios (FEU) de Cuba cuestionaba que las mismas no garantizaban que los egresados actuarán en favor de la atención de salud a los más humildes y de mejoras en los sistemas de salud de los países del Sur y no potenciando los esquemas de la medicina mercantil o migrando a países del Norte. Un ciudadano cubano residente en Uruguay que en 2007 mantenía una visión crítica de este tipo cinco años después plantea

Aunque yo en su momento pensaba que el objetivo en cuanto al porcentaje de médicos de la ELAM que verdaderamente se comprometiera con la salud del pueblo tenía que ser mucho mayor [a las expectativas de los ideólogos del proyecto y, en particular, de Fidel Castro quien habría dicho que no pretendía ni siquiera un 50%], ahora me parece que no es así porque he visto el trabajo de unos pocos, que ha ayudado a muchos. Entonces, me parece que se cumplió el objetivo de la Escuela Latinoamericana (e/i 2012).

Esta investigación se centra en dos contextos en los cuales egresados de la ELAM actúan a nivel de la atención primaria de salud en zonas apartadas o sea acorde a los objetivos del proyecto pero propone que su realización depende de muchos factores entre los cuales las intenciones y motivaciones de los médicos no representan necesariamente los principales o, por lo menos, no son suficientes¹⁰⁶.

3.2.3 Financiamiento

En el período que abarca esta investigación la financiación del proyecto ELAM fue estatal, derivada del presupuesto de la Educación Médica Superior que depende del presupuesto del Sistema Nacional de Salud (Carreño y Salgado 2005a:Online). Organizaciones no gubernamentales y sociales, como las que participan en la gestión de las becas y las agrupaciones de padres y también algunos gobiernos colaboraron con donaciones que, en general, incluyeron materiales para los estudiantes o equipamiento para la institución.

¹⁰⁶. Una visión desde fuera de Cuba sobre el impacto del proyecto en cuanto a su objetivo general en Huish (2008 y 2009); desde Cuba y desde la ELAM misma en Audiovisuales ELAM 2012).

A partir 2010 se desarrolla una revisión de las actividades de cooperación internacional y se buscan nuevas formas de financiación (ver capítulo 3.3). En el marco de ese proceso a partir de 2013/14 dos cambios son relevantes. Primero, a partir de ese año académico los estudios de posgrado en una segunda especialidad para egresados de la ELAM comienzan a tener un costo establecido que el estudiante puede cubrir personalmente o a través de alguna institución que lo financie (cfr. SMC 2013). La especialidad en MGI continúa siendo gratuita para el estudiante. Segundo, en un artículo publicado con motivo de los 15 años de la institución se sostiene que “desde hace poco tiempo existe una nueva modalidad de convenio mediante la cual el gobierno de los países paga a Cuba la carrera de sus estudiantes. Mientras, para ellos y su familia sigue siendo sin costo alguno. Están insertados en esta variante Chad, Angola y Sudáfrica, a la que se están sumando otras naciones” (Rodríguez y Fariñas 2014:Online). También estos estudiantes una vez graduados “tienen derecho a hacer de forma gratuita su primera especialidad”. Las autoras señalan, además, que “el entorno étnico, que antes se veía privilegiado por las culturas indígenas, ahora tiene mayor presencia africana” (Ibid.). Para el mantenimiento del proyecto en un período de crisis económica parece apuntarse a la modalidad de financiación por convenio pero esto sobrepasa el límite temporal de esta investigación.

3.2.4 Algunas características de los becados

El estudiantado de la ELAM es sumamente heterogéneo tanto en relación a su procedencia territorial y lingüística dentro de los países así como étnica y socioeconómica pero también en cuanto a sus creencias y afiliaciones religiosas, políticas y sus trayectorias culturales e ideológicas. Esto no desconoce algunos factores homogeneizantes entre los cuales el más importante es haber completado la educación formal preuniversitaria. No cuento con estadísticas precisas actualizadas pero presentaré algunos aspectos generales. La exposición no representa toda la variedad de experiencias de vida que confluyen en la ELAM pero si en gran medida en esta investigación.

Las experiencias e historias de vida (individuales y colectivas) previas propias y del grupo de pares (los demás becados) así como las compartidas durante la formación influyen en la estructuración de una forma de ser/hacer como médico. El hecho de que los estudiantes no sólo comparten la vida académica, el entrenamiento médico y algunos espacios de encuentro sino también la vida cotidiana en residencias estudiantiles acentúa la relevancia de este factor y su influencia en la formación¹⁰⁷. Al mismo tiempo, resulta central para este trabajo el hecho de que estas trayectorias actúan en el contexto de la inserción laboral posterior a la graduación acercándolos/alejándolos de los médicos formados localmente. Por lo cual resulta fundamental conocer algunas características de los estudiantes.

Estadísticas oficiales de la ELAM indican una representación de hombres y mujeres equitativa, una posición socioeconómica mayoritaria “de origen humilde” siendo la mayoría hijos de campesinos y obreros y la autoadscripción a cerca de 100 grupos étnicos diferentes (cfr. Olivera y Santos 2006). Una investigación conducida por tres antropólogas que trabajaron con 249 estudiantes de segundo año en el curso académico 2005/06 aporta datos más precisos¹⁰⁸. Los participantes provenían de 17 países diferentes, el 78,4% de una zona urbana y el 21,6% de una rural; 56% eran mujeres y su edad media de $20,6 \pm 2,15$ años. El 78,4% dijo

107. Entre los estudios sociológicos y antropológicos clásicos sobre formación de médicos que problematizan el proceso de transformación de los estudiantes en médicos y fundamentan esta afirmación cuenta Merton et al. (1957), Becker et al. (1961), Sinclair (1997).

108. Se trata de una investigación sobre atención de salud y fueron encuestados los estudiantes que en un período determinado de tiempo concurrieron al consultorio o hospital de la institución.

ser de “clase media”, el 20,6% de “clase baja” y 2 personas de “clase alta” (0,8%). Un 75,6% refirió poseer alguna creencia y/o practicar alguna religión: católica (76,3%), cristiana (8,6%), evangélica (7,1%), pentecostal (3,5%) y otras religiones incluyendo yoruba, musulmana, testigos de Jehová y adventistas del séptimo día (4,5%). El 12,8% manifestó pertenecer a un grupo étnico incluyendo “aymara, quechua, kacqchiquel, maya, inca, quiché, mocovi, lenca, misquito, mapuche, peati, yuzuru kariri, wayuu y ngobé” (Avila et al. 2006).

En el marco de mi investigación apliqué una ficha para la obtención de algunos datos a 50 becados (24 hombres y 26 mujeres) que representan el 91% del total de participantes de esta categoría. 39 fueron entrevistados en Uruguay y 11 en Chile. Entre las nacionalidades además de Uruguay y Chile cuenta Perú, El Salvador y Brasil (con una persona cada uno) y Alemania (una persona con doble nacionalidad); entre los de nacionalidad chilena cuatro son mapuche (8%). Su edad media de ingreso a la ELAM fue de 20 años, ubicándose en los extremos una persona que ingresó con 17 y otra con 31 años.

Respecto al nivel de educación formal en las familias, el 40% (20 personas) son el primer universitario de sus familias y el 28% (14) manifiestan que sólo hay universitarios a nivel de su misma generación (hermanos/primos). El 32% reconoce personas con estudios terciarios o universitarios en generaciones anteriores y nueve (18%) tienen padre/madre con ese nivel de formación de los cuales cinco son profesionales universitarios del área de la salud: dos médicos (padres de un mismo egresado), una licenciada en enfermería (madre de dos egresadas), una odontóloga y una psicóloga. Entre las ocupaciones¹⁰⁹ de las madres la más común es la de ama de casa (37%) seguida por la de auxiliar de servicios o empleada doméstica (8,8%) y docente (8,8%). Entre los padres las más comunes son obrero (13,3%), trabajador rural (11,1%) y policía o militar (11,1%)¹¹⁰.

Volviendo a la generalidad de los becados de la ELAM es importante tener en cuenta que el 100% tiene una historia personal de 11-12 años de escolarización aunque en condiciones diversas. Se trata del factor importante que representa la limitación más importante para participar del proyecto, sobre todo, para la población a la que apunta, muy especialmente, la de zonas rurales apartadas. La segregación educacional en América Latina se da con mucha fuerza en los niveles previos a la universidad y es especialmente marcada en zonas rurales. Para este trabajo interesa sobre todo la situación a finales del siglo XX y comienzos del XXI cuando comienzan sus estudios los médicos que actúan en los contextos centrales de investigación. El informe de la CEPAL de 2002 aborda la deserción escolar y plantea que para el año 2000 en promedio alrededor del 37% de los jóvenes de 15-19 años de 18 países latinoamericanos¹¹¹ no terminaba el ciclo escolar secundario, con marcadas diferencias entre zonas rurales, superior al 40%, y urbanas, en torno al 20% (CEPAL 2002:103). Además, en 11 de estos países en las zonas urbanas al rededor del 60% o más de los jóvenes que desertaban pertenecía al 25% de los hogares de menores ingresos. Este grupo incluye a Chile (57% del total de desertores) y Uruguay (63%). El país con mayor deserción escolar era Honduras, uno de los contextos que inspiró el surgimiento del proyecto. En el documental ¡Salud! un estudiante de quinto año relata (Field 2006):

Yo soy originario de una comunidad de la Mosquitia hondureña que [...] es una de las comunidades más inaccesibles de la zona de las comunidades garífunas. En mi comunidad

109. Por un error cometido en la impresión de cuestionarios, faltan datos sobre este punto “ocupación de los padres” de cinco egresados, los porcentajes se elaboraron en este caso sobre un total de 45.

110. Por otra parte, un egresado es hijo de un detenido desaparecido y los padres de cuatro fueron exiliados en la dictadura militar; tres de los egresados nacieron en el exilio y uno se exilió junto a sus padres.

111. Ordenados de mayor a menor tasa de deserción escolar urbana son: Honduras, Guatemala, México, Venezuela, Nicaragua, Uruguay, Paraguay, El Salvador, Costa Rica, Ecuador, Panamá, Colombia, Brasil, Argentina, Rep. Dominicana, Perú, Chile y Bolivia. Todos son beneficiarios del proyecto ELAM.

sólo existía hasta sexto grado y tú tienes que emigrar hacia otras partes para hacer séptimo, octavo, noveno, que nosotros le llamamos ciclo común. En la madrugada salíamos de la casa, como a las tres de la mañana, para llegar al colegio antes de las siete de la mañana, poder obtener nuestras clases y luego retornar: cuando nosotros terminábamos a las cuatro y cinco de la tarde caminábamos nuevamente hacia la comunidad [...]. 40 estudiantes cursando mi sexto grado, caminábamos todos los días una cantidad de aproximadamente 13 a 16 [para realizar el ciclo común] [...]. Lograron ingresar a su bachillerato aproximadamente unos tres estudiantes de esos. Y estamos en la universidad, posiblemente, dos, en este nivel, ahora¹¹².

Según el informe antes citado, en Honduras la tasa de deserción para zonas rurales en 1999 –año en que él ingresó a la ELAM– era de 76% (CEPAL 2002:105) pero la situación que plantea, habla de que sólo un 5% de los jóvenes que comenzaron con él los estudios primarios finalizaron el bachillerato, ubicando en 95% la deserción en su comunidad y generación. Aquí utilicé el ejemplo de una persona proveniente de una comunidad garífuna hondureña por representar Honduras y en particular la Mosquitia el tipo de regiones a las cuales apunta el proyecto ELAM; además, según la CEPAL, Honduras pertenecía al grupo de países con los mayores niveles de deserción escolar así como al grupo de menor porcentaje de jóvenes provenientes del 25% de los hogares de menores ingresos que completan el ciclo de estudios secundarios (menor a 15%) y fue uno de los contextos que motivaron la puesta en marcha del proyecto ELAM, pero también en Uruguay y Chile se registran situaciones comparables. Entonces, la limitación fundamental del proyecto ELAM para posibilitar que estudien Medicina jóvenes provenientes de zonas apartadas y/o de grupos particularmente discriminados, es el hecho de que esas zonas y grupos se caracterizan por una alta tasa de deserción escolar en la enseñanza primaria y secundaria. Es decir que sólo un reducido porcentaje completa los estudios secundarios y es elegible para participar del proyecto que, por otra parte, manifiesta una capacidad importante para alcanzar justamente a esos jóvenes.

De los egresados entrevistados, el 10% provenían de sectores rurales y la mayoría para cursar el bachillerato o la totalidad de los estudios secundarios se había tenido que trasladar a zonas urbanas. Entre quienes provenía de zonas urbanas o suburbanas la mayoría pertenece a pueblos pequeños o ciudades menores (66%). En ciudades con facultades de medicina vivía un 24% de los entrevistados.

Una diferencia sustancial entre los contextos de esta investigación la representa el hecho de que un porcentaje significativo de los egresados de la ELAM uruguayos estudiaba medicina al momento de solicitar la beca (39%, 15 personas) mientras que entre los chilenos sólo uno (9%) estudiaba esa carrera pero lo hacía justamente en Uruguay país al que se había trasladado con ese fin.

Por lo menos un 17% del total de los becados uruguayos de la primera generación estaba estudiando o había estudiado medicina en la universidad local y la tendencia a que estudiantes de medicina de la UDELAR sean becados para la ELAM se mantuvo. En relación a esto hay dos aspectos importantes. Primero, la mayoría de los becados no contaban con recursos económicos que les garantizaran completar la carrera, que tiene un índice de abandono muy alto, y además no podía dedicarse exclusivamente a estudiar. Segundo, una parte de los estudiantes, docentes y egresados de la Facultad de Medicina de la UDELAR mantenía una visión crítica respecto de muchos aspectos de su funcionamiento. La insatisfacción con la formación que estaban recibiendo y la reflexión sobre el aporte que podría representar formarse en Cuba jugó un papel importante. Además, 13% (5 personas) había completado ya una carrera técnica en el área de la salud (auxiliar de enfermería) y trabajaba en ella; tres de ellos además estudiaban. De manera que el 52% (20) cursaba o había completado estudios técnicos o universitarios en el área de la salud antes de recibir la beca.

112. El bachillerato, denominado Bachillerato en Ciencias y Letras, que es el último nivel de la educación media hondureña tiene una duración de dos años, para realizarlo se trasladó a una ciudad.

En cambio, ninguno de los egresados chilenos estudiaba Medicina ni otra profesión del área de la salud en Chile. Tres recibieron la beca enseguida de completar la secundaria (27%) y cinco estudiaban a nivel terciario (45%) pero la mayoría carreras que no les interesaban y no referentes al área de la salud, sólo uno estudiaba Medicina pero en Uruguay. Una becada había completado una carrera terciaria y trabajaba en su profesión y otro egresado trabajaba como albañil. En Chile, al costo de las carreras universitarias y, en particular, de la de Medicina, se suma el hecho de que el ingreso y los beneficios estatales para su financiación están supeditado al más alto rendimiento en exámenes que privilegian a quienes hayan recibido una formación preuniversitaria enfocada a este objetivo (MINEDUC 2012:xiii-xv)^{113 114}.

En resumen, la mayoría de los egresados consideraba muy difícil o imposible graduarse como médicos en sus países debido a factores socioeconómicos entre los que destaca el costo de los estudios y segregaciones en las etapas previas a la universidad. Una beca total de las características de la ELAM resultaba sumamente atrayente tanto para jóvenes que deseaban ser médicos como para otros que no tenían una inclinación particular hacia esa profesión pero desean completar estudios universitarios, a veces con la ilusión de que esto representara una oportunidad de movilidad social, un futuro de mayores ingresos económicos y prestigio social o más feliz al desarrollar un trabajo que les satisficiera. Por otra parte, existe una motivación profesional que refiere a formarse como médico en un contexto donde estimaban que el enfoque de la medicina sería diferente al dominante en sus países y más cercano a sus convicciones personales y los prepararía mejor para los retos que se planteaban afrontar desde su quehacer profesional, en particular, cuando veían a la medicina como una posibilidad de ayudar a mejorar las condiciones de vida de sectores sociales o grupos étnicos desfavorecidos. Cabe destacar que en la mayoría de los casos esta estimación se basaba más en un supuesto que en información y conocimiento real sobre el sistema cubano de salud y formación.

La gama de motivaciones para participar del proyecto es amplia y en general son una serie de aspectos los que llevan a postular pero las tres ya mencionadas (ser médico, ser profesional universitario, recibir una formación médica diferente) son las que aparecen con más frecuencia como fundamentales. Hay dos más que interesa mencionar. Una, es la posibilidad de ampliar horizontes, conocer otros lugares y culturas, que fue una motivación central, en especial, para personas que nunca habían salido de sus regiones, que son la mayor parte de los becados. Este es un aspecto importante a tener en cuenta para pensar la diversidad cultural en el marco del proyecto ELAM. La otra, el interés por Cuba, su historia, su sociedad, su cultural, su revolución y su significado para América Latina que fue una motivación fundamental sobre todo para personas con un cierto nivel de formación política o social.

Otro aspecto importante para pensar la diversidad cultural en el proyecto ELAM es la representación de pueblos originarios y negros entre los estudiantes, tanto a través de personas que se reconocen como pertenecientes a uno, hablan su idioma, provienen de

113. En Chile existen universidades privadas y estatales pero ambas cobran aranceles a sus estudiantes. Para el año 2012 el arancel anual promedio para la carrera de Medicina fue de \$4.924.805 pesos (aprox. 10.000 dólares), siendo el más alto de 6.264.000 correspondiente a una universidad privada y el más bajo de \$3.477.800 correspondiente a una estatal. Las estatales además del pago de estos aranceles limitan el ingreso a través de un proceso de selección que exige los más altos promedios entre notas de la enseñanza secundaria y de una Prueba de Selección Universitaria (PSU).

114. Uno de los egresados chilenos con quienes trabajé pero a quien no apliqué la ficha obtuvo el mejor puntaje de su región en esa prueba en la cual fue el único joven proveniente de un establecimiento municipal de educación secundaria de su región que obtuvo puntajes destacados, mientras el 62% no alcanzó el puntaje mínimo para postular a la universidad (Diario Austral 2003:Online). Tanto sus calificaciones de la enseñanza media como en esta prueba le permitían postular a estudiar Medicina en una universidad local para lo cual hubiera recibido apoyo económico ya que se trataba de un joven mapuche proveniente de una familia de bajos ingresos y el estado ofrece los beneficios de ayudas estudiantiles con mejores condiciones en estos casos (cfr. MINEDUC 2012:xv).

comunidades o participan en organizaciones indígenas o negras en sus localidades, como de otros que a partir de su experiencia en la ELAM se reconocen como pertenecientes a un grupo étnico. Con el tiempo y a través de la acción de distintos grupos que ya estaban organizados en sus países o regiones o que se organizaron en la ELAM, la participación indígena aparece cada vez más como un aspecto central del proyecto¹¹⁵. La mayoría de los estudiantes y egresados, incluyendo los que se definen como pertenecientes a pueblos indígenas, destacan como uno de los aspectos más enriquecedores la posibilidad de conocer lo que denominan “la realidad indígena del continente”. Esto constituyó un verdadero des-cubrimiento, en el sentido de ver y enfrentarse a algo que había permanecido oculto para ellos, y una oportunidad única de intercambio de experiencias, posiciones, visiones con las cuales difícilmente habrían entrado en contacto de otra manera. Finalmente, también es relevante el aspecto religioso, si bien las religiones cristianas son las más representadas para los países americanos y caribeños junto con religiones afroamericanas, el islam ocupa un lugar importante entre los estudiantes así como también, la participación de personas que se definen como ateos o no pertenecientes a una religión.

Entonces, la amplitud del espectro socioeconómico¹¹⁶, ideológico, lingüístico, étnico y religioso de los estudiantes es una característica que diferencia a esta facultad de Medicina de otras en la región y en el mundo y que es fundamental considerar en relación tanto a la estructuración de una manera de pensar y actuar como médicos (ver capítulo 4) como a los factores que influyen en el encuentro con otras en Uruguay y Chile (ver capítulo 5).

3.2.5 Resultados

Aquí apporto algunos datos sobre egreso de médicos (resultados específicos); en el próximo apartado procuraré abordar los resultados generales y el impacto regional con énfasis en los contextos de investigación desde una perspectiva histórica.

Los datos exactos de ingreso y egreso de las dos primeras generaciones (ingreso 1999 y 2000; egreso 2005 y 2006) indican que se graduaron –en el tiempo mínimo de estudio– en promedio el 75% de quienes ingresaron a la carrera seis años antes. La equivalencia entre ingreso de hombres y mujeres se mantiene en el egreso. La mayor parte de los estudiantes que se retrasan lo hacen uno o dos años por pausas relacionadas a situaciones familiares. También los casos de reprobación y repetición del año académico se dan en general en el primer o segundo año. La deserción de estudiantes se concentra en esta etapa, una parte refiere a cambios de carrera, es decir personas que fueron becadas para la ELAM pero que obtuvieron en Cuba una beca para otra carrera, sobre todo en el área de tecnología médica como fisioterapia o laboratorio (aprox. 5% de los becados) (cfr. Picaroni 2008:114). Probablemente esta situación se ha mantenido en el tiempo con un 75-80% de estudiantes que completan la formación en el tiempo mínimo de estudio, equivalencia entre hombres y mujeres y una parte que completa con una diferencia de uno o dos años la formación por pausas o por repetición de un año académico, y otra que cambia de carrera.

115. En algunos documentos sobre todo en los primeros años se habla de “etnias” o “grupos étnicos”, actualmente se utiliza más bien la expresión “pueblos o naciones indígenas u originarios/as”, que es la designación oficial que promueve el movimiento estudiantil de la ELAM a través de su Secretaría General de Pueblos y Naciones Indígenas.

116. Esta amplitud excluye a los más adinerados de las sociedades, que representan a un porcentaje muy reducido de los latinoamericanos, según algunas estimaciones un 2%. Cuando se inicia el proyecto ELAM en 1999 se calculaba que en casi todos los países el porcentaje de personas “bajo la línea de la pobreza” rodeaba el 40% de la población para las zonas urbanas, el 60% para las rurales y que el 85% de la población tenía un acceso al patrimonio menor que el nivel medio de la sociedad (Franco 2003, Franco y Sáinz 2000:59). Por otro lado, los sectores más empobrecidos de las sociedades son también aquellos que cuentan con un menor porcentaje de jóvenes que terminan la secundaria, lo cual restringe en términos cuantitativos sus posibilidades de acceso al proyecto.

Hasta el año 2012 habían egresado más de 12.000 médicos generales básicos con el título de Dr/a. en Medicina¹¹⁷; 3.226 médicos generales integrales (especialistas en MGI) con un total de nueve años de estudios y dos títulos académicos; y 844 especialistas en una segunda especialidad¹¹⁸ (Anestesiología, Pediatría, Cirugía General, Epidemiología, Medicina Interna, Dermatología, Medicina Natural y Tradicional, entre otras) con un total de 12 o 13 años de estudios médicos, según la duración de la especialidad realizada, y tres títulos académicos: médico general básico, médico general integral y anestesiólogo, pediatra, cirujano, dermatólogo, etc..

En relación a los datos sobre egresados de la ELAM a partir de 2007 es pertinente hacer una diferenciación entre lo que denominaré proyecto ELAM en sentido amplio y en sentido estricto. Los datos arriba aportados refieren al proyecto ELAM en sentido estricto que es la modalidad de formación que se presenta en este trabajo. A partir de 2007 se inicia el Nuevo Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos que recibe cerca de 4.000 estudiantes, más del doble que la ELAM, e incluye la inauguración de una nueva ELAM en Venezuela con unos 450 estudiantes. A partir de esta fecha las cifras oficiales sobre estudiantes y egresados de la ELAM incluyen a los participantes de estos otros programas que tienen objetivos similares y utilizan a veces las instalaciones o la capacidad docente de la ELAM pero funcionan de diferente manera. Esto tiene sentido desde la perspectiva de las instituciones de cooperación médica pero no para este trabajo ya que si bien las experiencias de los estudiantes y egresados tienen puntos en común, son también muy divergentes. Denomino proyecto ELAM en sentido amplio al total de estos programas. En este sentido es que se habla de más de 21.000 egresados de la ELAM hasta 2012 (cfr. MINREX 2014:Online) e incluso 24.838 (Santana y Martínez 2013:10) o se indica que en ocho graduaciones (hasta 2012) egresaron 20.786 médicos de 74 países (ELAM 2012:Online).

Por otra parte, en cuanto al rendimiento académico, el 65% de las dos primeras generaciones obtuvo un índice académico destacado (4-4,75) y el 12% el reconocimiento denominado “título de oro”. Los resultados académicos del proyecto ELAM son cuantitativa y cualitativamente comparables a los de los estudiantes cubanos (Olivera y Santos 2006) a pesar de que el nivel inicial de conocimientos es muy diferente tanto al de los estudiantes cubanos como entre los estudiantes de la ELAM. Como explica un egresado comparando su experiencia como estudiante de Medicina en Uruguay y en Cuba, además de la diferencia que implica el hecho de que los grupos de clases son reducidos en Cuba y muy masivos en Uruguay: “el apoyo y la dedicación de los profesores en alguna medida implica también la diferencia entre el porcentaje de graduados y lo que se llama muerte académica; son variables que no se citan pero que son las que pueden inclinar la balanza” (Eo14 e/i 2007)

117. Para calcular cuantos egresados tiene el proyecto ELAM en las ocho graduaciones sucesivas entre 2005 y 2012 (ingreso entre 1999 y 2007) tomé como punto de partida el dato aportado por el rector y la vicerrectora de la ELAM de más de 8.500 graduados hasta 2009 (Carrizo y González 2012:5) y elaboré el total de graduados para los años 2010, 2011 y 2012 a partir del 98% de quienes cursaban el sexto año de la carrera en los cursos 2009/10, 2010/11 y 2011/12 (MINSAP 2010, 2011 y 2012). El dato obtenido de esta manera es compatible con un estudio detallado de la información contenida en los Anuarios Estadísticos sobre estudiantes de la ELAM, sobre estudiantes extranjeros en Cuba y sobre cantidad total de médicos graduados por año. A partir de 2007 estos anuarios incluyen estadísticas exactas sobre los estudiantes del proyecto ELAM teniendo en cuenta el año académico que cursan y en qué universidad lo hacen pero en las estadísticas de graduación de médicos no diferencia a los egresados del proyecto ELAM.

118. Según datos aportados por Heidi Soca, Vicerectora Docente de la ELAM, en una entrevista a un diario nicaragüense (AFP 2013:Online) que son coherentes con las informaciones que a través de mi investigación he recogido.

3.3 El Programa Integral de Salud y el Proyecto ELAM en el tiempo

En 2012 se publicaron resultados de una investigación sobre el Programa Integral Salud desarrollada por dos salubristas del MINSAL (Santana y Martínez 2013:Online) quienes distinguen tres etapas en la evolución de este programa a cuya área de formación de recursos humanos pertenece el proyecto ELAM. Las autoras distinguen estos tres momentos desde la perspectiva de la prestación de servicios, propongo que a cada uno corresponden momento del proyecto ELAM y que están relacionadas con cambios en el contexto sociopolítico y económico de Cuba, la región y el mundo.

3.3.1 Etapa 1: Promoción y extensión de servicios de salud / Formación de médicos generales

En un primer momento (1998-2004), desde la perspectiva de la prestación de servicios, el énfasis estuvo en la promoción y extensión de servicios de salud basados en la atención primaria y, desde la de formación de recursos humanos, en la formación de médicos en la ELAM. Muchos países se incorporaron al PIS a través de convenios intergubernamentales pero la mayoría de los que participan de la ELAM lo hicieron con independencia de sus gobiernos a través de ciudadanos particulares u organizaciones sociales. En 1999 una parte de los gobiernos de la región no había reanudado aún las relaciones diplomáticas con Cuba o mantenía una distancia considerable con el gobierno de ese país; en cambio, las relaciones de organizaciones y movimientos sociales con el gobierno y/o la sociedad civil cubana eran fluidas y fueron en definitiva determinantes para cumplir el objetivo de los ideólogos del proyecto de que todos los países de Nuestra América estuvieran representados (cfr. Castro Ruz 1999a). El número de países participantes del PIS teniendo en cuenta su área de formación asciende a 47 (ver tabla 1). Chile y Uruguay pertenecen al grupo de países que se incorporan sin convenios y sin apoyos gubernamentales para los estudiantes lo que tiene una serie de implicaciones para la recepción de los egresados (ver capítulo 5).

El Proyecto ELAM se establece como paradigma de la formación de médicos para la región. Las acciones fundamentales apuntan a promover el proceso formativo y establecer a la ELAM como una institución reconocida nacional e internacionalmente. El valor simbólico y político-ideológico de este emprendimiento se hace cada vez más patente; prácticamente todo visitante internacional oficial que recibe el estado cubano visita la ELAM. Además, Fidel Castro –como jefe de estado cubano y fuerza motora del emprendimiento– visita varias veces la institución y se dirige en reiteradas oportunidades a los estudiantes. Una parte de ellos no tenía referencias sobre el país en el que se encontraba ni sobre su jefe de estado pero incluso quienes sí se van dando cuenta sobre la marcha de la magnitud y relevancia del emprendimiento del cual forman parte. Se va dando un proceso de identificación de los estudiantes con la ELAM en el que, además de la relevancia que desde la dirigencia política se le da a la institución, influye también el compromiso cotidiano de sus directivos y trabajadores, el contacto con otros estudiantes, con ciudadanos cubanos y el propio proceso de formación y estudio.

En setiembre del año 2001 se da la primera “descentralización”: los estudiantes que completan los dos primeros años son distribuidos por las distintas Facultades de Medicina del país aumentando así su interacción con el estudiantado, el profesorado y la población cubana. Su presencia en Cuba se hace cada vez más notoria al tiempo que se va consolidando el apoyo nacional al proyecto, que no había surgido exento de críticas.

En esos años no había certeza respecto de cuáles serían los mecanismos para que los graduados pudieran ejercer su profesión en los países beneficiarios. Si bien las acciones en Cuba y en los países beneficiarios giraron fundamentalmente en torno a la formación médica y a la vida cotidiana de los estudiantes y la institución, se fueron desarrollando también acciones tendientes a promover la futura inserción laboral. Por ejemplo, organizaciones de padres y familiares de estudiantes que se conformaron en los distintos países y las organizaciones gestoras de las becas procuraron intercambiar sobre el tema con instituciones académicas locales. También los estudiantes y directivos de la ELAM sostuvieron conversaciones con instituciones académicas, embajadas y representantes políticos de los distintos países que visitaban Cuba incluyendo, para los casos de Uruguay y Chile, ministros de salud y futuros gobernantes.

Tabla 1: Países Participantes del PIS según año y condición de incorporación

	CONVENIO	SIN CONVENIO	OTRO*
1998	Guatemala, Haití, Honduras		
1999	Belice, Gambia, Paraguay, Nicaragua	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela	Mali, Djibouti
2000	Cambodia, Ghana, Guinea Ecuatorial, Mali**, Zimbawe, RASD, Ecuador**, Venezuela	Mexico, EEUU	Cabo Verde, Guinea Bisau, Nigeria
2001	Eritrea, Namibia, Burundi		
2002	Burkina Faso, Lesotho		
2003	Botswana, T Chad		
2004	Gabón, Nauru, Sierra Leona, Tanzania, Timor Leste		
Total	30	15	5

* Estudiantes de estos países ingresaron en el año que se indica en la ELAM pero desconozco en qué modalidad lo hicieron. ** Concretaron convenios pero ya participaban de la ELAM.

Elaboración personal a partir de Base de Datos de la Unidad Central de Cooperación Médica (en Santana y Martínez 2013:11) y datos recogidos en el trabajo de campo.

3.3.2 Etapa 2: Desarrollo y consolidación / Homologación de títulos y formación de posgrado

Un segundo momento de consolidación del programa (2005-2009) en relación a la prestación de servicios se caracteriza por el envío de nuevos especialistas en distintas áreas, como epidemiología, nefrología, fisioterapia, neurología, MNT y anestesiología, que complementan el trabajo en la atención primaria (Santana y Martínez 2013:12). En el área de formación resalta el hecho de que comienzan a egresar anualmente médicos de la ELAM. La formación de los estudiantes en Cuba continúa pero el énfasis recae en los procesos de homologación de títulos en los países receptores y en las oportunidades laborales y de

formación de posgrado para los egresados. Más allá de la capacidad de formar médicos, pasa a primer plano la capacidad de esos médicos para aprovechar su formación. Para ello el primer desafío es la homologación de los títulos.

Santana y Martínez consideran que en esta etapa se apreció un importante reconocimiento del trabajo de las brigadas médicas cubanas, que potenció las relaciones políticas entre Cuba y otros países citando como ejemplo la apertura de una sede diplomática en Honduras, así como también el trabajo de médicos cubanos en islas del pacífico (Ibíd.:13). Los procesos políticos y sociales en la primera década del siglo XXI y, en particular, los de integración en el marco de lo que el economista Claudio Katz (2006) denomina el “rediseño de América Latina” potenciaron las relaciones entre Cuba y los países de la región¹¹⁹. Para el proyecto ELAM esto significó una mayor participación de instituciones gubernamentales en la gestión de las becas y en la recepción de los egresados.

En este sentido, debe tenerse en cuenta que iban afianzándose procesos que comenzaron hacia finales de los 90', procesos electorales dieron lugar a gobiernos que no respondían directamente a los grupos que se habían mantenido en el poder, con breves interrupciones, durante toda la historia de las repúblicas. Aunque se registraron el mismo tipo de maniobras para interrumpir esos gobiernos que cada vez que habían ocurrido situaciones similares, durante el período que estamos tratando las mismas no prosperaron¹²⁰. En este contexto, los programas de cooperación cubanos en muchos casos contribuyen a dar respuesta inmediata a reclamos históricos –salud y educación– de los ciudadanos, mientras que respuestas estructurales permanecían bloqueadas por grupos de poder o directamente no formaban parte de los programas de gobierno. Al mismo tiempo, las iniciativas de cooperación e integración levantan resistencias y apoyos diversos poniendo de manifiesto la heterogeneidad de las sociedades latinoamericanas entre y dentro de los conjuntos sociales estratificados que las componen.

Desde sus inicios el internacionalismo ha sido valorado por sus aspectos formativos pero en 2005 se inician las maestrías en el exterior, convirtiendo a las misiones formalmente en espacios académicos y de investigación para los médicos internacionalistas incluyendo a los egresados de la ELAM. A éstos además se les ofrece la posibilidad de continuar su formación en Cuba. Como expuse antes, el sistema de salud cubano se apoya en un desarrollo fuerte de la atención primaria, en la interrelación de los niveles de atención y en la accesibilidad de toda la población a cualquier tipo de atención que requiera y esté disponible. La especialización de médicos egresados de la ELAM es, entonces, tanto un complemento como una proyección a futuro del proyecto. Además, responde al reconocimiento de que sin la voluntad política de realizar profundas transformaciones sociales, los esfuerzos realizados no darán los frutos deseados (cfr. Farmer en Field 2006) así como de la magnitud de las dificultades que enfrentan los recién graduados en sistemas de salud muy diferentes al cubano y en contextos en los que aún cuando cuentan con apoyo político o en especial en estos casos, las resistencias corporativas son muy fuertes. En muchos casos además, los egresados se enfrentarán a un alto grado de desamparo socioeconómico y profesional lo cual no representa el contexto ideal para la iniciación laboral.

En este período con el fin de lograr un acercamiento a los contextos de su futura inserción laboral se inicia la modalidad de internado en las misiones cubanas para una parte de los estudiantes de sexto año de países en que las mismas están bien consolidadas (primero Guatemala, Honduras y Haití, luego también Venezuela y Timor del Este). Al mismo tiempo,

119. El rechazo a la propuesta norteamericana del ALCA en Mar del Plata en 2005, el nacimiento del ALBA, Petrocaribe y otras iniciativas regionales determinan el contexto para la cooperación internacional cubana en este período.

120. Con la excepción del derrocamiento del presidente haitiano en 2004 y considerando al golpe de estado del 2009 en Honduras como correspondiente al período que sigue.

la ELAM amplía su inserción y reconocimiento internacional a través de relaciones bilaterales y multilaterales con otras instituciones. Hacia el final de este período es cofundadora de The Training for Health Equity Network (THEnet), un movimiento de escuelas comprometidas con una transformación de la educación de los profesionales de la salud que apunte a la equidad que incluye instituciones de Australia, Bélgica, Canadá, Cuba, EEUU, Filipinas, Nepal, Sudáfrica y Sudan (THEnet s/f: Online).

En esta etapa se suman 21 países al PIS incluyendo algunos que ya mantenían otras relaciones de cooperación con Cuba y Jamaica que comienza a participar del proyecto ELAM (ver tabla 2): 5 de los países que comenzaron participando en el proyecto sin convenio concretan acuerdos formales (Bolivia, Perú, El Salvador, Guinea Bissau y Djibouti), sumándose a los tres que ya lo habían hecho en el período anterior (Venezuela, Ecuador y Mali) y a los que comenzaron su participación con convenios (Guatemala, Nicaragua, Haití y Paraguay).

Figura 2: Países incorporados al PIS según año y condición de incorporación

	CONVENIO	SIN CONVENIO	OTRO*
2005	Bolivia**, Dominica, Guinea Bissau**, Guinea Conackry, Guyana, Rwanda, Swazilanda		Jamaica
2006	Kiriati, San Vicente, Santa Lucía		
2007	Djibouti**, Etiopía, Nicaragua**, Surinam**, Ucrania		
2008	Salomón, Vanuatu, Tuvalu, Perú**, Congo, Laos		
2009	Sao Tomé, Seychelles, Nauru**, El Salvador**		
Total	25		1

* Estudiantes de estos países ingresaron en el año que se indica en la ELAM pero desconozco en qué modalidad lo hicieron. ** Concretaron convenios pero ya participaban de la ELAM. *** Renuevan Convenio
Elaboración personal a partir de Base de Datos de la Unidad Central de Cooperación Médica (en Santana y Martínez 2013:14) y datos recogidos en el trabajo de campo.

En los países beneficiarios del proyecto ELAM comienza el proceso de recepción de grupos de ciudadanos de muy diversas características socioeconómicas y culturales provenientes de distintas regiones de los territorios nacionales, incluyendo zonas apartadas y grupos poblacionales con índices generales muy bajos de educación formal, que completaron en el exterior sus estudios y regresan con uno o más títulos universitarios y la intención de ejercer la profesión médica, en particular en el marco de la salud pública, continuar su formación y actuar en docencia e investigación.

Se trata de un proceso novedoso en varios sentidos. En las décadas anteriores la mayoría de estos países ahora receptores, habían actuado como formadores de médicos, y otros profesionales, que emigraban en porcentajes considerables sobre todo hacia Europa y

EEUU^{121 122}. Además, es un proceso de signo opuesto a las políticas neoliberales de exclusión social y segregación socioeconómica en la educación, que habían causado estragos en países cuyas universidades históricamente habían asumido un compromiso con la justicia social. Al mismo tiempo, se trata de médicos formados en el marco de un sistema único de salud, de acceso universal y equitativo, único en la región, y cuyo convencimiento respecto de las bondades de un sistema no mercantil de salud va a contramano de las reformas impuestas en casi todos los países en los 80' y 90' que enmarcan la formación y actuación profesional de los médicos locales. Por último, el hecho de que el país receptor no hubiera realizado una inversión en la formación de estos profesionales también se contrapone con la muy arraigada costumbre de utilizar recursos públicos, estatales o colectivos para el beneficio privado, personal e individual. Estos son algunos de los aspectos que considero contribuyen a comprender el hecho de que los gobiernos, las universidades y las instituciones sanitarias de Chile y Uruguay no hayan logrado establecer un plan de recepción, incorporación y aprovechamiento de los médicos formados en la ELAM en los casi siete años transcurridos entre el inicio del proyecto y la primera graduación y tampoco en lo sucesivo.

En este período el foco está en la homologación de títulos¹²³ y los procesos de habilitación para ejercer la medicina pero, sobre todo al comienzo, con un sentido restrictivo más que con la intención de incorporación productiva y considerándolo un asunto de interés particular de los médicos más que de interés social¹²⁴. La recepción es distinta en los diferentes países pero en mayor o menor medida en todos ellos se encuentran apoyos y resistencias. Las resistencias provienen, fundamentalmente, de agrupaciones médicas, académicas y de organizaciones políticas que comienzan a poner en duda la calidad profesional de los egresados manifestando como preocupación central garantizar la calidad de la atención en salud que se brinda a la población, procurando a veces restringir el ingreso de estos médicos al sector salud local ya que, en general, los egresados de la ELAM fueron percibidos como competencia, en el sentido de que una mayor oferta de profesionales haría bajar las remuneraciones (Aguilar et al. 2010:Online) pero, sobre todo, y aunque este aspecto no se explicita, las reticencias tienen que ver con un miedo a la transformación del status quo¹²⁵. De todas formas el asunto se plantea, en primera instancia, en términos del interés colectivo por garantizar la calidad

121. Chile representa una excepción ya que la atención a la salud sobre todo en las instituciones estatales ya dependía del recibimiento de profesionales formados en universidades extranjeras.

122. Un trabajo interesante sobre el recibimiento de médicos formados en el extranjero en Alemania que tiene puntos en común con el de los médicos de la ELAM en sus propios países es el de Schnepf (2013). Esta temática está siendo abordada por parte de antropólogos médicos en ese país. Lamentablemente, mi acercamiento a estos trabajos es muy reciente como para poder profundizar aquí desde una perspectiva comparativa, lo cual sin duda daría interesantes frutos.

123. La homologación de un certificado, título, grado o diploma de educación superior obtenido en el extranjero refiere a su aceptación por parte de las autoridades competentes “y el otorgamiento a sus titulares de los derechos de que gozan las personas titulares de un certificado, título, grado o diploma nacional con respecto al cual se considera comparable el certificado, título, grado o diploma extranjero. [...] constituye el reconocimiento de la capacidad técnica de su titular y conlleva los derechos y obligaciones del titular del certificado, título, grado o diploma nacional cuya posesión se exige para el ejercicio de la profesión de que se trate” (Aguilar et al. 2010:Online).

124. Tres médicas cubanas desarrollaron en el marco del Programa de Líderes de Salud Internacional de la OPS una investigación sobre los procesos de negociación para la homologación de títulos y la inserción laboral en los 32 países de la región con egresados de la ELAM (Aguilar et al. 2010:Online). Es la única investigación de este tipo de la que tengo noticia. Algunos de sus resultados se discuten en éste y en el próximo apartado.

125. Más desde una perspectiva empresarial que profesional pero muchos empresarios de la salud son también médicos con lo cual gozan de apoyos corporativos incluso entre sus empleados. Por otra parte, en varios países las remuneraciones del sector público son bajas y se manifestó que la presencia de egresados de la ELAM contribuiría a mantener esta situación. Esta crítica parece fuera de lugar en tanto no se acompañe de una preocupación por las causas de la situación –que se relaciona con la existencia de un sector privado sustentado en recursos públicos– y su eliminación.

académica de los médicos que atienden a la población y el interés individual del egresado de la ELAM como ciudadano por ejercer su profesión. Más adelante en este período algunas organizaciones sociales definirán el asunto en términos del interés colectivo de contar con estos médicos¹²⁶.

Ahora bien, mientras en muchas oportunidades las dudas respecto de la calidad profesional de los egresados se sustentan en prejuicios político-ideológicos y/o refieren a la estructuración del MMH en las representaciones de los médicos locales, hay que tener en cuenta que una parte importante de los egresados provienen de sectores sociales que en la mayoría de los países no tienen, al menos hasta este momento, acceso a la formación universitaria, sobre todo, en Medicina. Además, muchos son más jóvenes que el promedio de los graduados de las universidades locales y, en general, no manejan los mismos códigos de lenguaje, vestimenta, trato al paciente o a los compañeros de trabajo que los profesionales locales. Esto contribuye a la falta de identificación de los médicos locales hacia los egresados de la ELAM y a que sean percibidos como un elemento extraño. A su vez son recibidos como “nuevos aires” (médica uruguaya, e/i 2007) por quienes cuestionan las condiciones dominantes, lo cual conlleva la generación de grandes expectativas en torno a su incorporación y las transformaciones que la misma promovería. Como argumento en el capítulo 5 muchas veces estas expectativas no tienen en cuenta las limitaciones estructurales ni socioculturales para esas transformaciones por lo que desembocan en desilusión por parte de médicos locales y de directivos de instituciones de salud que habían colocado en la esfera de responsabilidad de los egresados de la ELAM el impulso de profundos cambios que requieren de un proceso social mucho más amplio.

Los procesos señalados ponen de manifiesto la heterogeneidad social y la diversidad de posiciones al interior de las academias, los gobiernos, los gremios y la sociedad en general en las que juegan un papel intereses opuestos, contradictorios y complementarios que se relacionan con intereses de clase, así como posiciones y proyectos de futuro diversos y divergentes.

En definitiva, en este período surgen toda una gama de posiciones en contra y también a favor de la homologación de los títulos y de la inserción en los sistemas de salud locales para lo cual se van definiendo procedimientos y generando mecanismos que permiten a los egresados ejercer su profesión. Entre estos procedimientos cuentan la concreción de convenios de homologación recíproca de títulos entre Cuba y otro país, la realización de exámenes de conocimientos médicos o de complementación, el cumplimiento del servicio social establecido en cada país y el pago de cuotas de tramitación y afiliación. En las discusiones sobre el tema suele no tomarse en cuenta que las modalidades que requieren exámenes pagos, cursos complementarios, un internado rotatorio o un servicio social no remunerado, representan un obstáculo económico para muchos egresados de la ELAM que no cuentan con medios para sustentarse más allá de lo que ellos mismos puedan generar desde el momento en que regresan a sus países, después de prácticamente siete años de vivir en el extranjero y, en general, sin ningún tipo de ahorros. Para muchas familias incluso costear el pasaje de avión de los recién graduados es un desafío económico importante que implica contraer deudas. Además, más allá de los aranceles y pagos directos por exámenes, tramitación u otros requisitos el proceso de homologación implica un costo de traslado, sellos, timbres, fotocopias, estadía y alimentación en ciudades, etc. que debe enfrentarse sin poder trabajar o trabajando sin recibir sueldo, lo cual coloca a los egresados en una situación sumamente

126. En Chile y Uruguay registré oportunidades en las que organizaciones sociales incluyendo gremios estudiantiles y médicos, o parte de los mismos, han brindado consecuentemente su apoyo para la homologación e inserción laboral de los egresados de la ELAM desde la perspectiva de tener en cuenta tanto sus derechos como ciudadanos así como el derecho de la ciudadanía en general a contar con estos profesionales.

compleja ante la cual algunos consiguen trabajos en otras áreas que les permiten costear los gastos de vida y de homologación del título hasta poder ejercer como médicos, otros optan por la migración intra- o internacional. Este mismo tipo de obstáculos se replican en relación a las posibilidades de realizar cursos de formación continua, perfeccionamiento o estudios de posgrado sobre todo en los primeros años posteriores a la graduación.

De parte de las autoridades de salud, educación y académicas por lo menos de Uruguay y Chile en la mayoría de los casos no hubo una comprensión plena del hecho de que al menos una parte de los egresados son personas sin los recursos económicos con los que cuentan, de una u otra manera, los médicos recién graduados locales y sin redes de apoyo en los contextos urbanos en los que se realizan los trámites y requisitos de homologación, las actividades formativas y los estudios de posgrado¹²⁷. Existe a nivel de los estados y las academias una dificultad notoria para conciliar el hecho de que personas de sectores sociales que son considerados “vulnerables” y para los cuales suelen existir programas especiales para formación terciaria en los que el Estado invierte sumas importantes de dinero, se gradúen como médicos sin costo para el Estado o las instituciones nacionales.

Por otra parte, algunos gobiernos comienzan a incorporar a los egresados de la ELAM en programas de salud, entre ellos el primero es el venezolano¹²⁸. Varios países, como Bolivia, Ecuador, Uruguay, Argentina y más recientemente Brasil, han comenzado a implementar programas sanitarios con la intención de ampliar la cobertura de servicios a toda la población lo que ha abierto oportunidades de trabajo a médicos jóvenes en general. En el caso de Chile ciertos municipios históricamente carentes de profesionales han encontrado en los médicos de la ELAM una opción para dar respuesta a esa situación. Algunos egresados han participado en la elaboración de proyectos en conjunto con otros actores como en el caso del Proyecto de Salud Comunitario Williche en Chiloé. Por otro lado, también organizaciones sociales y comunitarias, a veces con financiamiento internacional, han brindado oportunidades laborales a los egresados. Por último, cabe mencionar la participación de egresados de la ELAM en las “Misiones de Paz” de las Naciones Unidas, algo que para Uruguay es notorio.

Entonces, a lo largo de este período los médicos de la ELAM han encontrado diversas formas de inserción laboral, en condiciones más o menos favorables según el caso, en no pocas oportunidades marcadas por un alto grado de precariedad laboral pero en otras con cierto respaldo político y social, y en buena medida en aquellos contextos para los cuales el proyecto ELAM fue concebido a través de programas impulsados por los gobiernos nacionales o municipales, la cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales u organizaciones sociales diversas así como organizaciones internacionales. También una parte se ha insertado laboralmente en instituciones privadas o emigrando a países “importadores” de profesionales en busca de mejores salarios, mejores condiciones laborales y de posibilidades de formación de posgrado¹²⁹. Hacia el final de este período en todos los

127. Esta situación va cambiando en la medida en que los egresados de la ELAM se van organizando y generando redes de apoyo para las nuevas generaciones.

128. Cuando en 2005 se graduaron los primeros 51 médicos venezolanos de la ELAM se constituyó el “batallón 51” para otorgarles expeditamente las acreditaciones necesarias y un puesto de trabajo en el marco de la extensión de la “Misión Barrio Adentro” a todo el territorio nacional. La convocatoria se amplió a egresados de la ELAM de países en los que no tuvieran posibilidades de inserción. Las “misiones sociales” se crearon como mecanismos paralelos ante la imposibilidad de realizar reformas exitosas, en este caso, del sistema de salud. En el programa Barrio Adentro si bien participan desde el comienzo médicos formados en Venezuela el grueso de los profesionales y técnicos los aporta Cuba. Para los egresados de la ELAM la oferta incluye la posibilidad de realizar la especialización en MGI. El 17,5% de los egresados uruguayos de las graduaciones 2005 y 2006 la aceptaron. Entre ellos, dos participantes de esta investigación que coinciden en que se trató de una experiencia muy enriquecedora en un contexto de fuerte oposición política hacia los programas de salud gubernamentales.

129. Según un dato aportado en el año 2012 por un colaborador cubano, el gobierno cubano estimaba en

países, los médicos formados en la ELAM han logrado homologar sus títulos de médico general o están enfrascados en los procesos de homologación que van quedando establecidos. La homologación de títulos de especialista plantea aún un desafío.

3.3.3 Etapa 3: Redimensionamiento / Inserción en los sistemas de salud latinoamericanos

A partir de 2010 en el marco de una nueva etapa de crisis económica se comienza un redimensionamiento del PIS que implica la optimización de los recursos y la disminución de los gastos por parte de Cuba. Se negocia con gobiernos y autoridades sanitarias de los países beneficiarios para que asuman algunos de los gastos, entre ellos el estipendio e incentivo económico al colaborador y, en los países donde hay graduados de la ELAM y brigada médica, la posibilidad de que los primeros relevaren a los segundos (Santana y Martínez 2013:16)¹³⁰.

En relación al proyecto ELAM se cuenta ya con mecanismos establecidos para la homologación de los títulos así como con oportunidades de formación de posgrado diversas en Cuba, en las misiones cubanas, en las instituciones de cada país e internacionalmente. El foco pasa a estar en la inserción de los médicos en distintos niveles y funciones en los sistemas de salud receptores, en organizaciones internacionales y como colaboradores en las actividades de cooperación. Como dije antes, a partir de 2013/14 los estudios de posgrado en una segunda especialidad comienzan a ser pagos. Por otra parte, el Nuevo Programa de Formación de Médicos crece notoriamente en relación al proyecto ELAM en sentido estricto, que reduce la cantidad de becas al menos para algunos países de la región. En esta etapa lo central es la inserción laboral de los egresados.

La investigación mencionada en el apartado anterior concluye que de manera general los recursos humanos formados en la ELAM no son aprovechados adecuadamente por los países (Aguilar et al 2010:Online). Este trabajo se propone explicar algunos de los factores que determinan esta situación. Una parte tiene que ver, como proponen Aguilar et al., con la falta de seguimiento de los estudiantes en Cuba por parte de instituciones académicas y sanitarias de los países beneficiarios que se enmarca en una falta de planificación general en la formación de profesionales y técnicos de la salud (cfr. OPS 2005). Otra parte, con falencias que identifican a nivel de la ELAM en la preparación de los estudiantes para enfrentar los procesos de homologación e inserción laboral relacionadas con que la institución no cuenta en todos los casos con información exhaustiva respecto de estos procesos y no existe un plan de preparación para enfrentarlos ni una metodología que permitan identificar los factores críticos de éxito para poder generalizarlos (Ibíd.)¹³¹. Desde la perspectiva de este trabajo, es necesario también tener en cuenta otros factores socioculturales y político-económicos, relacionados por ejemplo con la prevalencia del MMH en las representaciones y prácticas de las instituciones sanitarias (ver capítulo 5).

De cualquier manera este período se caracteriza por la inserción de médicos de la ELAM en los sistemas de salud locales y a nivel internacional. Destaca la ya mencionada primera participación masiva en la asistencia ante el terremoto en Haití en 2010 donde su presencia

menos de un 10% el porcentaje de médicos de la ELAM que se encontraba en esta situación, migración hacia el Norte (e/i 2012).

130. Las autoras plantean que se toman una serie de medidas orientadas a “reorganizar, compactar y regionalizar los servicios médicos que brindan las brigadas médicas, sin dejar de brindar el apoyo solidario, en correspondencia con el proceso que se llevaba en el Sistema Nacional de Salud” (Santana y Martínez 2013:15).

131. EEUU y Pakistán son excepciones ya que los estudiantes son monitoreados por instituciones locales y las informaciones precisas respecto de los procesos de homologación e incorporación al sector salud local han permitido desarrollar programas especiales de preparación para los estudiantes (Aguilar et al. 2010:Online).

fue verdaderamente importante tanto en términos cuantitativos como por las funciones que algunos asumieron. Ante el terremoto en Chile ese mismo año, parte de los egresados de la ELAM se organizaron para contribuir a la atención de emergencia en la zona más afectada que recibió también colaboradores cubanos de la Henry Reeves. A partir de este momento cobra cada vez más notoriedad la participación de egresados de la ELAM en esta estructura. En Chile han permanecido activos ante situaciones de emergencia en todo el territorio nacional.

Por otra parte, este nuevo período se caracteriza por una presencia cada vez más significativa de graduados de la ELAM en funciones de dirección y gestión dentro del sector público de salud y hay una tendencia a que algunos pasen a desempeñar funciones no sólo en los centros de salud locales sino también a nivel regional o provincial¹³².

Asimismo, aumenta su presencia en las instituciones académicas y sanitarias a partir de dos desarrollos. Por un lado, cada vez más egresados de la ELAM cursan estudios de posgrado en instituciones locales; algunos comienzan a ejercer como especialistas en los niveles secundarios y terciarios o a aportar desde ese rol a programas desarrollados por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. En 2010/11 completan su segunda especialidad las primeras generaciones que retornan a sus países de origen con tres títulos académicos otorgados por universidades cubanas. Esto significa nuevos procesos de homologación aún más arduos que los referidos al título de médico general y que, en algunos casos, nuevamente se resuelve por medio de la migración a países en donde sus títulos de posgrado sean reconocidos. Hasta 2012, no se había avanzado demasiado en relación a la homologación de las especialidades médicas ni en Chile ni en Uruguay. Por otro lado, también se va consolidando su participación en docencia, que había comenzado en el período anterior, tanto a nivel de la atención primaria y secundaria desde sus puestos de trabajo como a través de cargos docentes en universidades e instituciones académicas. También comienzan a registrarse con mayor frecuencia en publicaciones médicas artículos de autoría de egresados de la ELAM.

En lo referente al contexto internacional este período se inicia con una renovada ofensiva de grupos político-económicos que cristaliza en dos golpes de estados exitosos (Honduras 2009, Paraguay 2012) contra gobiernos que no representaban cabalmente sus intereses, así como la intensificación de los intentos de desestabilización económica, política y social en Venezuela y de la ocupación militar de Haití, por poner algunos ejemplos de los más evidentes del proceso que quiero hacer notar a nivel de los estados. El mismo tiene su correlato en la intensificación de la represión de iniciativas comunitarias y autónomas así como de organizaciones sociales, campesinas, indígenas y estudiantiles en varios países de la región de los cuales México está brindando algunos de los ejemplos más notorios. En definitiva, el contexto regional en general aparece menos propicio a proyectos que lleven por el rumbo de consolidar a la salud como derecho ciudadano, algo que sería fundamental para que pueda desarrollarse le potencial que el proyecto ELAM encierra (Farmer en Field 2006). Entonces, al mismo tiempo que se va registrando una capacidad cada vez mayor en términos cuantitativos –cantidad de egresados– y cualitativos –formación, preparación, experiencia– en relación al aprovechamiento de los profesionales formados en la ELAM, las iniciativas de resistencia y transformación para la construcción de sociedades más democráticas y equitativas atraviesan, además de las dificultades, limitaciones, errores y contradicciones propias de cada una, una oposición nacional e internacional renovada y que va sumando éxitos al menos en algunos contextos.

¹³². Esta tendencia se aprecia en la región en general pero no he profundizado sobre este aspecto ni siquiera en los contextos de investigación dado que requeriría la elaboración de una metodología específica. Abordarlo plantea una línea de investigación importante para el futuro.

4

La estructuración de una forma de ser/hacer en medicina

Anyway, you should know how lucky, how happy and how fortunate a people you are,
being trained in this most advance medical school in the world.
Ban Ki-Moon (2014)

Secretario General de Naciones Unidas dirigiéndose a estudiantes de la ELAM

Lo que en este trabajo denomino el ser/hacer o pensar y actuar como médicos parte de una serie de presupuestos teóricos. En primer lugar, desde una perspectiva antropológica el trabajo y la formación médica son entendidos como actos sociales, más precisamente, como hechos sociales institucionalizados (cfr. Menéndez y di Pardo 1996:49), es decir inseparables del contexto sociocultural en el cual se construyen y que construyen.

Para Menéndez y di Pardo el trabajo médico asistencial “no constituye una actividad científica, sino una actividad técnica saturada de procesos sociales, económicos e institucionales” (Ibíd.) y esto más allá de que los médicos opinen que su actuar es científico. Como argumento en este capítulo aunque en algunas oportunidades el trabajo médico puede entenderse como científico en la medida en que incorpora la investigación en particular social, sigue siendo una actividad saturada de procesos sociales, económicos e institucionales porque la ciencia en sí lo es. De todas maneras, parto de asumir que:

La profesión médica construyó una racionalidad técnica acerca del proceso salud-enfermedad-atención que se expresa a través de sus representaciones y prácticas. Esta racionalidad no es equivalente a la racionalidad científica, la cual tiende a cosificar a los sujetos y a los grupos sociales como consecuencia de su lógica de investigación, ni a la racionalidad de los conjuntos sociales que ideologiza los procesos de salud-enfermedad-atención dada la necesidad de producir significaciones socioculturales para manejar el padecimiento, sino a la conjunción de las características de ambas (Ibíd.:52).

La construcción de esta racionalidad tiene que ver con varias instancias entre las cuales destacan (1) “el papel articulador que cumple la profesión médica entre la producción científica, la producción farmacológica y el saber de los conjuntos sociales sobre sus

padecimientos”; (2) “la situación conflictiva y contradictoria entre la presencia intrínseca de lo social en una parte de las representaciones y prácticas técnicas, y la necesidad profesional de excluirla”; (3) los procesos transaccionales que se establecen necesariamente entre médicos y pacientes y las funciones técnicas, ideológicas y económicas que cumplen las instituciones médicas (Ibíd.).

Esta racionalidad puede ser analizada en un nivel de abstracción que remite al Modelo Médico Hegemónico (MMH) teniendo en cuenta que respecto de procesos específicos la misma puede operar como expresión del modelo o como proceso particular con racionalidad propia y con características no necesariamente compatibles con la totalidad de sus rasgos y funciones (Ibíd.:52-53). Estos rasgos y funciones son propuestos como elementos provisorios modificables a partir de las situaciones históricamente determinadas dentro de las cuales opera el saber médico. De manera que el modelo no puede explicar la especificidad del funcionamiento de prácticas y representaciones que operan en un grupo en un contexto particular pero sirve como marco metodológico referencial para su organización e interpretación. No puede explicar cada situación históricamente determinada pero sí funcionar como referencia teórica de la misma, como primer nivel explicativo que debe ser necesariamente articulado con la descripción y análisis de situaciones específicas (Menéndez 1990:85). Desde estas consideraciones organicé la descripción sobre el sistema de salud cubano y la cooperación internacional procurando sentar las bases para comprender la construcción de la hegemonía médica a través de circunstancias históricas particulares en el contexto en el cual se estructura la manera de pensar y actuar de los egresados de la ELAM¹³³. En este capítulo, exploro específicamente este proceso desde la actualización de la formación médica que ocurre en el encuentro con otras maneras de pensar y actuar en el sector salud de Uruguay y Chile construidas igualmente a través de situaciones históricas particulares y respecto de las cuales el MMH servirá como marco referencial.

Dado que la biomedicina se caracteriza por su constante, aunque intermitente, modificación y cambio que incluye transformaciones técnicas y científicas pero también cambios en sus formas dominantes de organización e intervención técnica, económica, social y profesional, es preciso recordar que en relación a las tendencias que se desarrollaron desde los 60' y, sorbe todo, 70' hasta la actualidad Menéndez distingue como características principales del MMH el biologismo, la a-sociabilidad, a-historicidad y a-culturalismo, el individualismo, la eficacia pragmática, la orientación curativa, una relación médico/paciente asimétrica y subordinada con exclusión del saber del paciente, una profesionalización formalizada, la identificación ideológica con la racionalidad científica, el manejo de la salud/enfermedad como mercancía, la tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez 2009:44-47). Estos rasgos tienen un desarrollo histórico particular en el proceso en el cual ganó hegemonía este modelo que implicó la subalternización (pero no desaparición) de alternativas a cada uno de ellos¹³⁴.

Menéndez propone agrupar las funciones que cumple el modelo en tres categorías: (1) las curativas, preventivas y de mantenimiento, (2) las de control, normalización, medicalización y legitimación, y (3) las de orden económico-ocupacional¹³⁵. Dentro del primer grupo de funciones, las curativas y preventivas son las más evidentes, directas y

133. Abordar con mayor profundidad esta temática sobrepasa los límites de este trabajo. Si bien algunos antropólogos cubanos utilizan el concepto de MMH no conozco ningún trabajo que se dedique a indagar desde este enfoque teórico el proceso de constitución de la hegemonía médica en Cuba.

134. La evolución histórica del MMH y las relaciones de hegemonía/subalternidad con otros modelos y tendencias que fue constituyendo se puede consultar en Menéndez (1990:87-96).

135. Importa tener en cuenta algo que a veces es dejado de lado: no sólo la biomédica sino la práctica curativa y preventiva en general en todas las sociedades cumple funciones de mantenimiento, normalización, control y legitimación que no son a priori negativas.

centrales de la práctica médica, el personal de salud se identifica casi exclusivamente con ellas pero también los conjuntos sociales básicamente identifican la práctica médica con la función curativa. Sin embargo, el mantenimiento es igualmente fundamental y refiere tanto al mantenimiento de la estructura social (por ejemplo, a través de medidas sanitarias de los estados para paliar los efectos de situaciones sociales como la desigualdad, la explotación, la pobreza y el sistema productivo) como al mantenimiento de situaciones de vida, incluso algunas que atentan contra la vida individual o colectiva (1990:104-105).

El segundo y tercer grupo de funciones se expresan a través de las actividades curativas y preventivas. Este proceso es el que permite que la práctica médica las lleve a cabo ya que no aparecen manifiestamente como control o normación sino como actos técnicos. Esto implica una opacidad y no conciencia que facilita su reproducción ideológica a través de la práctica y el saber médico. Las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación deben ser pensadas para las relaciones estado/conjuntos sociales, con lo cual adquieren diversas formas según cómo sean estas relaciones. Investigaciones sociológicas y antropológicas, sobre todo desde los 70', documentan cómo la práctica médica trasmite pautas de comportamiento consideradas correctas (norma) conjugando el control y la legitimación de las conductas individuales y grupales para lo cual el proceso de medicalización resulta central. Para este trabajo, importa tener en cuenta que estas funciones "tienden a radicar en la subjetividad procesos y consecuencias que deben ser buscados en la estructura, o por lo menos en las relaciones estructura/sujeto" (Ibíd.:106). Es decir que operan un proceso de opacamiento respecto de la determinación económico-política de ciertas enfermedades que complementa las funciones de mantenimiento para la reproducción de una cierta forma de organización de las relaciones sociales y económico-productivas (Ibíd.:107-108).

Las funciones económico-ocupacionales refieren a las industrias de la salud y la enfermedad e incluyen no sólo la producción y comercialización de medicamentos, tecnología médica y servicios o la generación de empleo sino también a los productores de enfermedad: las consecuencias negativas generadas para la salud colectiva por un desarrollo económico que no incluye estos costos en su proceso productivo (Ibíd.:109). El acento en lo curativo y secundarización de lo preventivo característica del MMH debe ser pensada en relación a esto.

La práctica médica a través del conjunto de estas funciones contribuye en forma significativa a la reproducción socioideológica y económica pero lo hace sobre todo a través de la identificación y utilización eficaz de las prácticas curativas y restitutivas y, en menor medida, de las preventivas (Ibíd.: 110). Volveré sobre estos aspectos en la medida en que adquieran relevancia para la reflexión respecto del material empírico, en este capítulo y el próximo.

Lo central por ahora es que el saber médico puede ser abordado en términos de representaciones y prácticas técnicas constituidas a partir de grupos de socialización y acción profesional. Este saber necesita producir representaciones y prácticas técnico-ideológicas a partir del rol técnico que el médico necesita representar para lograr la legitimación técnica y el establecimiento de un campo común de reconocimiento y acción con los pacientes, sin lo cual no es posible pensar en intervenir sobre la enfermedad así como tampoco tratar al enfermo. Ese comportamiento de rol redefine como técnicas una parte de las representaciones sociales colectivas. En la práctica es donde la representación se realiza y se modifica, la representación establece una guía para la acción, la cual se resuelve en la actuación (Menéndez y di Pardo 1996:54-55). Esto es fundamental para mi abordaje. Propongo, en primera instancia, que la manera de pensar y actuar de los egresados de la ELAM se estructura en el marco de su formación¹³⁶, de su trabajo como estudiantes de medicina en las instituciones de salud

¹³⁶. Que tiene la particularidad de fomentar desde el inicio de los estudios un contacto cercano y fluido con pacientes y con el rol de médico que va ganando cada vez más presencia durante los seis años.

cubanas, de las costumbres institucionales y de la resignificación de las representaciones y prácticas socioculturales locales.

En este capítulo procuro evidenciar las particularidades de la formación que considero fundamentales para la estructuración de una manera de ser/hacer que si bien tiene puntos en común con la dominante en los contextos de inserción también presenta diferencias significativas. Primero, describo la formación. Luego, discuto algunas coincidencias con las tendencias dominantes a nivel internacional y, finalmente, abordo aquellos aspectos fundamentales para entender las especificidades de la manera de pensar y actuar de los egresados, para lo cual me apoyo en la actualización de la formación que tiene lugar en el proceso de inserción en instituciones de salud en Uruguay y Chile.

Es necesario hacer aquí una especificación metodológica. Los trabajos más destacados sobre la formación médica en sociología y antropología se basan en trabajo etnográfico con estudiantes y algunos han sido desarrollados por médicos que antes o después de su acercamiento etnográfico completaron ese proceso¹³⁷. Mi discusión parte de la observación de las prácticas y representaciones de los médicos en contextos diferentes al de su formación, más específicamente, de la actualización de aspectos de su formación en esos contextos. Este enfoque se fundamenta en la aceptación de que las disposiciones básicas que se constituyen durante la formación académica y entrenamiento médicos son en términos generales las mismas que caracterizan la práctica y representaciones de los médicos, inclusive muchos años después de la graduación, siendo propias de la profesión y no exclusivas de los estudiantes (Sinclair 1997). También tiene que ver con mi recorte metodológico ya que la formación interesa en tanto se actualiza en los contextos de inserción en los cuales continúa el proceso de constitución de un saber médico. El concepto de saber “refiere a un nivel de abstracción mayor que el de representación y práctica técnica a los que, en cierta forma, sintetiza”. Remite a “la articulación que opera el médico en términos funcionales-intencionales” entre el conocimiento científico-técnico aprendido en su proceso formativo universitario; el conocimiento y las técnicas obtenidas a partir de su trabajo profesional; las costumbres ocupacionales incorporadas en las instituciones médicas; y la apropiación y resignificación técnica de las representaciones y prácticas sociales medicalizadas (Menéndez y di Pardo 1996:57-58).

Este análisis puede resultar de utilidad para quienes se interesen en transformar la educación médica en una dirección que apunte a mejorar la satisfacción de los profesionales y de la población con el ejercicio de la medicina. Esto es urgente, al menos en Uruguay y Chile, ya que la autoridad, legitimación y prestigio del médico están siendo cuestionados en contextos marcados por violencias estructurales y simbólicas que atraviesan la sociedad y se expresan fuertemente en el campo de la salud. Son cada vez más comunes situaciones de “maltrato”, violencia verbal y física de pacientes hacia médicos y viceversa o entre trabajadores de la salud así como denuncias y demandas judiciales hacia los médicos por parte de pacientes y de otros trabajadores. La judicialización de la profesión médica es un tema importante que menciono aquí sólo en la medida en que se relaciona con una observación de los egresados de la ELAM común a ambos contextos de investigación: los pacientes son “muy demandantes, muy exigentes”.

En general los egresados consideran que las personas han desarrollado esta actitud como forma de acceder a la atención de sus problemas de salud y que los responsables del descreimiento y desconfianza de la población son los médicos y las instituciones sanitarias: “creo que es una falta nuestra como médico, a veces trabajás tanto que llega un momento que

137. Entre los trabajos clásicos más destacados sobre el tema cuentan Merton et al. 1957, Becker et al. 1961, Mumford 1970, Miller 1970, Sinclair 1997.

ya estás..., lo tratás a veces medio como que su dolor no importa tanto y claro, sin decirlo así [...]. Yo trato de no hacerlo pero reconozco que algunas veces me debe pasar y el paciente te lo hace notar” (Ea2 e/i 2012). Al mismo tiempo, lo que se exige no es necesariamente lo adecuado, lo oportuno o lo mejor y muchas veces puede ser contraproducente: “lamentablemente se está dando en Uruguay que el paciente está muy... muy descreído, siempre quiere que le hagan lo último de lo último que salió, que dijo el vecino y a veces tiene razón pero a veces él no sabe por qué”. Esto contrasta con su experiencia de formación en Cuba: “allá lo que veía es que el paciente va dispuesto a que vos lo atiendas, no te exige [...] sabe que si hay que hacer una placa se le va a hacer, si no, no; sabe que se le va a hacer todo lo que necesite” (Ibíd.). Esto tiene que ver con que, como explica otra egresada esta vez desde Chile, hay “toda una red de salud que está pendiente de ese paciente” que a su vez “es más autónomo y responsable” que la mayoría de los pacientes en su contexto de inserción (Ea26 e/i 2011). Aquí está el punto clave de mi reflexión, no estoy planteando un lamento por la autoridad cuestionada del médico sino observando que este cuestionamiento no va acompañado de un aumento de la autonomía de las personas o los conjuntos sociales y mucho menos de un proceso de desubalternización en tanto se da en contextos donde lo dominante ha sido el cuestionamiento a la legitimidad de la racionalidad cultural y social de los grupos respecto de sus procesos de salud/enfermedad/atención y a las estrategias para el cuidado de la salud por ellos desarrolladas. Contextos que además no promueven la apropiación del saber médico por parte de las personas/conjuntos sociales y en los cuales la relación con curadores de cualquier tipo es cada vez más mercantil (en un amplio, complejo y abigarrado mercado terapéutico transnacional) al tiempo que no se garantiza el cuidado del entorno socionatural. Lo que se observa en estos contextos es que al aumentar la dependencia de las posibilidades de pago y de acceso a información y conocimiento confiable para el manejo de los procesos de salud/enfermedad/atención, se acentúa el papel que juegan los privilegios/desventajas territoriales, socioeconómicos y culturales, o sea las desigualdades sociales. El cuestionamiento a los médicos que trabajan en las instituciones oficiales tiende más bien a promover este proceso.

Los aspectos de la formación médica en el marco del proyecto ELAM que destaco en este capítulo señalan potenciales aportes del encuentro entre maneras diferentes de pensar y actuar en el proceso de inserción en el sector salud de Uruguay y Chile. En el próximo capítulo procuraré abordar también las limitaciones de la práctica médica en esos contextos.

4.1 Estudiar medicina en el marco del proyecto ELAM

Presento aquí aspectos académicos y no académicos de la formación junto a las condiciones de vida en cada momento de la carrera y las especificidades del perfil del egresado. Esto complementa lo expuesto en el capítulo anterior con el fin de sustentar el análisis sobre aspectos destacables de la formación que constituye el centro de este capítulo.

4.1.1 Estructuración de la carrera y plan de estudios¹³⁸

A grandes rasgos, el proceso consta de tres etapas: diagnóstico inicial y preparatoria de idioma, curso premédico y carrera de medicina. Al llegar a Cuba, los estudiantes son evaluados en relación a su nivel de conocimientos en ciencia y humanidades (diagnóstico inicial) con el objetivo de obtener un pronóstico de desempeño en base al cual brindarle apoyo para el mejor rendimiento académico. En la institución funciona un sistema de atención personalizada y seguimiento al estudiante que incluye atención psicológica y psicopedagógica, horarios

¹³⁸. Una descripción más precisa se puede consultar en Picaroni (2008:78-82).

de consulta con los docentes fuera del horario de clases, grupos de estudio guiados y ayuda para la preparación de exámenes. Además, durante toda la formación funciona un sistema de evaluación continua que apunta hacia una incorporación plena de los contenidos fundamentales procurando evitar un aprendizaje superficial enfocado exclusivamente a aprobar exámenes.

Los estudiantes cuya lengua materna no es el español reciben entrenamiento intensivo en ese idioma que es el idioma en que se imparten las clases y en el que se comunicarán con la mayoría de sus pacientes y docentes durante la formación. Además, toda una serie de actividades extracurriculares (cursos de comunicación y radiodifusión, por ejemplo) así como la distribución en las residencias y grupos académicos con estudiantes que tengan como lengua materna el español apuntan a promover la su expedita adquisición y manejo¹³⁹.

También antes de comenzar Medicina, se realiza un curso de nivelación con el fin de que todos los estudiantes tengan un nivel aceptable de conocimientos básicos para iniciar la carrera, incluye las asignaturas: Biología, Química, Español, Física, Matemáticas, Temas de Nuestra Historia¹⁴⁰, Introducción a las Ciencias de la Salud e Información Científica. Su duración es de un semestre y representa la etapa inicial de la formación y el período de adaptación al nuevo entorno y a la vida académica, al tiempo que permite un diagnóstico más certero del nivel de conocimientos de los estudiantes en base al cual desarrollar estrategias científico-pedagógicas diferenciadas (Olivera y Santos 2006)¹⁴¹.

En general estas instancias se desarrollan en las instalaciones de la ELAM. El área docente cuenta con cuatro edificios con aulas, laboratorios especiales (idiomas, computación, prácticas biomédicas y preclínicas), laboratorios multidisciplinarios y Centro de Informática Médica (bibliotecas). El horario docente es de 8:15 a 16:35. Los estudiantes dedican, en general, varias horas diarias al estudio independiente y tiene acceso a las aulas de la institución las 24 horas. El área de residencia estudiantil consta de siete edificios divididos en pisos que a su vez se dividen en dormitorios (con un promedio de diez a 16 personas por dormitorio). A su ingreso los estudiantes son asignados a un dormitorio de hombres o de mujeres y a un grupo académico, cerca de 25 personas a cargo de un profesor guía. Estos grupos siempre incluyen estudiantes de muchas delegaciones mientras que para la distribución en dormitorios se han utilizado mecanismos distintos (por delegación, por grupo académico o elección personal). El recinto alberga también un hospital; un área deportiva (canchas de béisbol, fútbol, básquetbol, voleibol, etc.), áreas recreativas y de encuentro (un teatro, varios anfiteatros, el polígono o Plaza de las Naciones y el salón de protocolo). Se cuenta con teléfonos en los dormitorios para recibir llamadas y centro telefónico para la comunicación con el exterior, servicio de correo, una sucursal del Banco Popular de Ahorro, una sucursal para cambios monetarios, comedor, cafeterías, peluquería y tienda.

139. Tim Anderson estudia la participación de jóvenes timorese en el proyecto ELAM y destaca este aspecto proponiendo que contrasta fuertemente con otras iniciativas que pretenden contribuir a la formación universitaria de timorese, en Australia por ejemplo, pero consideran que los estudiantes se las arreglarán por sus propios medios para aprender el idioma inglés. El autor plantea que éste es uno de los aspectos de los programas de cooperación cubanos que deberían servir de ejemplo en el campo de la cooperación internacional (Anderson 2008:12).

140. Materia así denominada en evidente alusión a la categoría martiana de Nuestra América.

141. Los mecanismos que confluyen en ese sistema de atención personalizada al estudiante resultan de central importancia teniendo en cuenta los muy diversos niveles de conocimientos y preparación previa y las dificultades asociadas al cambio profundo que significa su radicación en Cuba. En particular, quienes en sus países se vieron más desfavorecidos en el acceso a una educación de calidad destacan que si bien el comienzo de la carrera les resultó muy difícil, el apoyo, dedicación y ejemplo de los docentes y de otros compañeros sumado al hecho de poder dedicarse exclusivamente al estudio y el acceso irrestricto a todo el material necesario, les permitió superar sus dificultades iniciales.

Una vez aprobado el curso premédico, comienza la carrera de Medicina. La Facultad de Ciencias Médicas de la ELAM¹⁴² se rige por el mismo plan de estudios que todas las demás facultades cubanas con algunas modificaciones entre las que destacan dos. En lugar de la asignatura Filosofía y Salud en la ELAM se dicta Historia y Medicina I y II; y en lugar de Preparación para la Defensa¹⁴³, cursos de Mitigación de Desastres. Como dije antes este plan de estudios se implementó como parte de un proceso de transformación y una de sus características más destacables es que estructura a la MGI como disciplina rectora. Evaluaciones de su implementación consideran que representa un “salto cualitativo” en la enseñanza de la atención primaria y la salud pública a estudiantes de pregrado, que ha permitido importantes avances en relación a la comprensión e integración de la dimensión social de la medicina (cfr. Rojas 2003a:Online) y aportando a mejorar la situación de salud de la población cubana (cfr. Pernas et al. 2001). Del hecho de que la medicina familiar, la salud pública y algunos contenidos de ciencias sociales tengan mayor presencia que en otros planes de estudio de Medicina no debe inferirse que los contenidos biomédicos hayan sido reducidos¹⁴⁴.

Las modalidades docentes incluyen conferencias, seminarios, práctica de laboratorio, clases teórico-prácticas, talleres, demostración práctica, trabajo independiente y educación en el trabajo a través de las denominadas estancias que son instancias formativas en los escenarios laborales reales (Carreño y Salgado 2005a:Online). El promedio de estudiante por docente varía de acuerdo a la modalidad oscilando desde 3-4 estudiantes por docente hasta grupos de 25-30 estudiantes. Para las conferencias pueden reunirse varios grupos.

La carrera de Medicina se estructura siguiendo el modelo clásico en tres etapas: Ciencias Básicas, Ciencias Clínicas y Práctica Preprofesional o Internado Rotario. El ciclo de Ciencias Básicas tiene una duración de dos años. El primer semestre comienza con una etapa introductoria de una semana de duración y un curso de cinco semanas de Introducción a la MGI que se realiza en un consultorio de medicina familiar: un grupo reducido de estudiantes es asignados a un consultorio a cargo de un médico de familia. El resto de las asignaturas básicas son impartidas en la ELAM y se corresponden a las asignaturas que son impartidas en la mayoría de las facultades de medicina, si bien incluyen también Historia y Medicina, Inglés y Preparación Física y Deportes. El cuerpo docente de la ELAM consta de destacados profesores, muchos de ellos son profesores invitados que pertenecen a otras instituciones académicas y científicas del país. Desde el comienzo se pretendió que fuera una institución de excelencia científica y se tuvo en cuenta el desafío que la misma planteaba. La infraestructura de la institución incluye medios técnicos, de apoyo a la enseñanza y de investigación que para nada son comunes al resto de universidades latinoamericanas (microscopios para cada estudiante, todos los libros de texto a disposición durante todo el semestre, etc).

142. Miembro del Movimiento de Universidades por la Salud de Cuba y del Consorcio Iberoamericano de Universidades Promotoras de Salud (desde 2001), del Directorio de Facultades de Medicina de la Organización Mundial de la Salud (desde 2003), de la Unión de Universidades de América Latina (desde 2004), de la “Training for Health Equity Network” (desde 2008).

143. Desde 1975 esta asignatura forma parte de todos los planes de estudios de las universidades cubanas con un núcleo central de contenidos comunes y otros específico para cada profesión; se orienta a la preparación para situaciones de desastre naturales o bélicos y al manejo de los planes de defensa civil del país.

144. La comparación con el plan de estudios de Medicina de la UDELAR que estuvo vigente hasta 2008 muestra que la carga horaria de la carrera en Cuba (9.094 horas curriculares) es mayor que en Uruguay (8.000) donde dura dos años más y que la formación en la ELAM dedica más tiempo no sólo a los contenidos médico-sociales sino también a los biomédicos. Lo mismo se observa respecto de la formación intrahospitalaria. Si bien el plan de estudios de la ELAM contempla actividades en consultorios de médico de familia y fuera del hospital, la formación intrahospitalaria sigue siendo central, la ELAM dedica 392 horas más al internado rotatorio que la UDELAR (cfr. Picaroni 2008:82).

La segunda parte de la carrera, Ciencias Clínicas, tiene una duración de tres años y se cursa en una de las restantes Facultades de Medicina de Cuba y en los hospitales, policlínicos y consultorios docentes de las ciudades en las que se ubican. A los estudiantes les corresponde una residencia estudiantil (beca) que comparten con los estudiantes cubanos provenientes de zonas diferentes a las ciudades en las que se ubican las universidades. Esto implica una inserción plena en el sistema de salud que presenta diferencias regionales a pesar de la distribución territorial equitativa de recursos humanos, materiales y tecnológicos que lo caracteriza. El proceso de integración a la vida académica y cotidiana local puede resultar en muy variadas experiencias¹⁴⁵.

El Internado Rotatorio (un año), se realiza en las mismas instituciones en donde se realizaron los estudios clínicos y consta de cinco estancias en unidades docentes del sistema de salud que corresponden a Medicina Interna, Pediatría, Ginecoobstetricia, Cirugía y MGI, o sea que incluye las cuatro rotaciones por las especialidades básicas que son comunes a la mayor parte de los planes de estudio de Medicina en Latinoamérica y una quinta rotación por MGI.

Finalmente, el examen estatal es una forma de certificación para la carrera de Medicina que se instauró en el curso 1998-99 y se realiza anualmente en paralelo en todas las facultades del país. Consiste en una evaluación teórico-práctica de la competencia del futuro profesional con el objetivo de comprobar que posea los conocimientos y habilidades requeridas para el ejercicio profesional (cfr. Carreño y Salgado 2005, Pernas et al. 2001:19).

4.1.2 Actividades extracurriculares y formación integral

La formación se complementa con una variedad de actividades extracurriculares y de extensión universitaria que son de gran relevancia para la estructuración de una manera de ser/hacer como médicos¹⁴⁶. Dentro de las actividades extracurriculares de carácter docente destacan las orientadas a fomentar la investigación y la actividad científica: organización de jornadas y foros, desarrollo de proyectos de investigación, preparación y publicación de artículos o presentaciones científicas. En el marco de mi trabajo de campo revisé varios proyectos de investigación de estudiantes y egresados de la ELAM y participé directamente en uno. Interesa destacar el valor otorgado a la actividad investigativa no solamente biomédica sino, sobre todo, a la investigación social como parte de la labor médica.

A partir del segundo año los estudiantes pueden obtener la calidad de ayudante en una disciplina básica y a partir del tercero en una disciplina clínica o quirúrgica. Bajo la tutoría de un docente realizan actividades de profundización en esa área que incluyen la adquisición de habilidades prácticas. Todos los egresados entrevistados concuerdan en que el interés, el esfuerzo, la dedicación y la habilidad que el estudiante demuestre determina hasta dónde puede llegar su formación como ayudante. Algunos adquirieron conocimientos, experiencias y habilidades en áreas de alta especialización como la cirugía estética, la anestesiología o la acupuntura.

Las actividades de extensión incluyen actividades organizadas por los propios estudiantes en sus países de origen que se desarrollan durante las vacaciones, llamados Trabajos Voluntarios o Brigadas Estudiantiles de Salud. Durante el curso académico

145. Las provincias representadas entre los médicos que participaron de esta investigación incluyen Pinar del Río, La Habana, Matanzas, Cienfuegos, Sancti Spiritus, Ciego de Ávila, Granma y Santiago de Cuba. La mayoría de los egresados uruguayos estudiaron en Matanzas y Pinar del Río, la mayoría de los egresados chilenos en Granma, en la ciudad de Manzanillo, y una parte también significativa en Cienfuegos.

146. Para un descripción más completa ver Picaroni (2008:84-91).

preparan un proyecto a desarrollar en sus vacaciones que incluye actividades de promoción y prevención y representa un acercamiento al futuro contexto de inserción muy valorado por ellos así como por la población que participa o apoya las actividades y por profesionales locales incluyendo autoridades y docentes. Más allá de que las actividades –por ejemplo, charlas sobre higiene bucal o enfermedades prevalentes de la zona– puedan no diferir sustancialmente de lo que otros estudiantes o profesionales de la salud realizan, hay algunos aspectos destacables. En primer lugar, se desarrollan en zonas de las que provienen al menos una parte de los estudiantes y tienen carácter autogestionado con participación directa de vecinos u organizaciones sociales locales que aporta una experiencia importante de gestión conjunta con la comunidad. En segundo lugar, el hecho de que entre los estudiantes haya algunos que conozcan la zona, su geografía, su modo de vida, la problemática que enfrenta, hablen el idioma local y sean reconocidos como vecinos o comuneros marca una diferencia significativa para la población en comparación a otras actividades que pueda desarrollar el aparato sanitario local.

A nivel de las actividades extracurriculares no docentes se ofrece una gama de actividades artísticas, deportivas y recreativas (dibujo y pintura, fotografía, danza, música, teatro, literatura, radio, cine, deportes, artes marciales, etc.). También hay actividades organizadas por grupos de estudiantes: encuentros de discusión, muestras de fotografía o cine, talleres, etc. A partir de una propuesta de los estudiantes de las primeras generaciones se establecieron las Noches Culturales o Galas: cada delegación nacional o grupo representado en el proyecto, organiza presentaciones que pueden incluir aspectos geográficos, históricos, demográficos, políticos, sociales, religiosos, étnicos, culturales, culinarios, entre otros. Se trata de importantes eventos autogestionados por los estudiantes con la intención de promover el intercambio cultural¹⁴⁷. Otras actividades extracurriculares organizadas por los estudiantes incluyen seminarios o talleres y encuentros de discusión sobre temas particulares, por ejemplo, prácticas médicas utilizadas en sus comunidades, situación de grupos étnicos en los distintos países o celebraciones de ciclos dentro de calendarios distintos al gregoriano, por citar algunas. Su impacto en cuanto a capacidades de organización, relaciones humanas, intercambio de vivencias y conocimientos que se establecen tanto en su preparación como a través de su desarrollo es un aspecto muy valioso. En general, los egresados destacan la importancia que tuvo la posibilidad de desarrollarse en ámbitos muy diversos a través del acceso que tuvieron a actividades culturales y científicas, lo que algunos denominan una formación social amplia que, como veremos más adelante, consideran un aspecto importante también en su actuación profesional.

4.1.3 Organización estudiantil

Como venía planteando hay toda una serie de actividades gestionadas por los estudiantes que tienen que ver con varios niveles de organización más o menos formales que funcionan entre ellos a través de encuentros, juntas, asambleas y reuniones. Las distintas delegaciones y generaciones tienen formas propias de organización y encuentro. Para el funcionamiento de una institución que en promedio está constituida por unos 3.000 a 3.500 estudiantes sin duda es necesario un grado importante de organización estudiantil. Esquemáticamente la misma incluye cuatro niveles: 1) delegación nacional, 2) subdelegaciones definidas por haber recibido la beca a través de una organización o movimiento social o por características comunes de un colectivo, 3) estructura organizativa formal de la ELAM que

¹⁴⁷. Las galas las organiza una delegación para dar a conocer sobre su país o pueblo pero puede contar tanto con el apoyo de estudiantes de otras delegaciones como de la embajada del país y/o de otras personas e instituciones. En 2006 tuve la oportunidad de presenciar una que incluyó danzas, músicas, poesías y audiovisuales preparados con fines informativos y giró en torno a distintos aspectos con énfasis en la diversidad territorial, sociocultural y étnica.

nuclea al conjunto de estudiantes y 4) FEU como parte de la organización de estudiantes cubanos. También participan de la Organización Continental Latinoamericana y Caribeña de Estudiantes (OCLAE).

La estructura organizativa estudiantil formal de la ELAM cuenta con una Comisión Ejecutiva, una Junta de Naciones y las Secretarías Generales con la función de representar al estudiantado y participar en los asuntos de la vida institucional. Las secretarías generales que abordan temáticas específicas eran ocho en 2006 y diez en 2009, una de Género y otra de Comunicaciones habían sido incorporadas a las ya existentes de Asuntos Académicos, Beca y Disciplina, Medio Ambiente, Derechos Humanos, Pueblos y Naciones Indígenas, Deportes, Cultura, y Brigadas Estudiantiles de Salud (Olivera y Santos 2006, Audiovisuales ELAM 2009). Es decir que los estudiantes trabajan en torno a una diversidad de temáticas, algunas relacionados con la vida estudiantil y académica y otras de corte más general. Uno de los representantes estudiantiles en el año 2009 planteaba:

yo pensaba que iba a llegar acá y que todos iban a tener un proyecto social fuerte, que la gente iba a venir acá a formarse con un sentido de pertenencia hacia los pueblos muy importante, no es que no se de pero no es tanto como lo idealizaba. Entonces, uno aquí tuvo la necesidad, y es lo que estamos haciendo, de trabajar a nivel de ELAM lo que es la concienciación, la discusión política, la discusión sobre medicina como una medicina a ciencia y conciencia no en el discurso sino que en la práctica, en los trabajos voluntarios. [...] Nosotros vemos que como estudiantes extranjeros, como estudiantes cubanos nacidos en el extranjero, tenemos que cambiar la mentalidad de que acá venimos a formarnos seis años y después nos vamos y, entonces, recibamos todo lo que nos dan y crezcamos todo lo que podamos como individuos, sino que también cada día nuestro acá debe ser un aporte. Nosotros no es que vamos a llegar en seis años y decir: “bueno, ahora voy a trabajar socialmente”; si uno no trabaja todos los días socialmente es muy difícil que llegue a trabajar socialmente cuando las condiciones son adversas. Acá tenemos las condiciones para trabajar y entonces debemos trabajar, debemos hacer revolución acá cada día, hablando en conjunto con la FEU, la Federaciones Estudiantil Universitaria, con la UJC [Unión de Jóvenes Comunistas], con las autoridades de la escuela, aprovechar las oportunidades, los espacios que da Cuba (e/i 2009).

Cuando los estudiantes dejan la ELAM además de mantener sus organizaciones a nivel de delegación y subdelegación pueden pasar a formar directamente parte de la FEU, lo que propone desafíos importantes. Pensando en sus experiencias en este ámbito un egresado plantea:

La forma de manejarse políticamente de ellos [los estudiantes cubanos], es un tema complicado por que parten de concepciones políticas distintas, de formas organizativas, electoral y representativa de su democracia que es distinta y formas de trabajo distintas. La gente está acostumbrada a trabajar de otra manera. Es un pueblo, en general, con mucha cultura y mucho sentido político, todo el mundo [...] pero tienen una forma de trabajar que es muy distinta a lo que es en el sur. ¿Cómo te explico? Todas las organizaciones políticas, allá en Cuba, van en función de mejorar las condiciones del país, por ejemplo, todas las organizaciones estudiantiles, todas las organizaciones de masa, todas las organizaciones que no tienen que ver con estructuras estatales, allá, van en apoyo al estado, a la nación, en realidad; acá [se refiere en particular a Uruguay], todas esas estructuras van en contra del estado; acá los estudiantes lo que hacen es protestar y los partidos opositores protestan y todas las organizaciones lo que hacen es protestar, protestar, protestar. Entonces, es en contra. [...] Eso es muy distinto. Obviamente, la forma de trabajar de una organización que no va en la contestación y en la contrapartida de lo que se está haciendo, no puede ser la misma, no puede manejarse de la misma manera (Eo 1 e/i 2007).

En el marco de su contacto con las organizaciones sociales cubanas fue conociendo también su historia, entendiendo por qué pasan las cosas, por qué en un momento dado son de una manera: “Entonces, pasé de un momento de ser muy crítico con la forma de trabajar de ellos por considerar que muchas cosas no eran correctas, a comprender los por qué, a analizar

que de todas formas en mi concepción están mal, pero después volver a comprender que es un proceso que lo tienen que cumplir y solucionar internamente y en lo que pueda voy a dar una mano, y que de eso se trata el avance” (Ibíd.).

Varios egresados más plantean haber aprendido a sumarse, a aportar críticamente desde la perspectiva del construir y, sobre todo, a escuchar e indagar sobre la manera en que la situación actual se fue estructurando como base para superarla desde sus experiencias a nivel de organización social en Cuba. Por otra parte, un estudiante cubano propone en torno a la participación de los estudiantes del proyecto ELAM en la FEU: “hay muchos estudiantes que ayudaron mucho, incluso creo que aportaron mucho en las organizaciones estudiantiles en Cuba. Al ser partícipes de esas reuniones, de las asambleas, intercambiar criterios y mostrar verdaderamente la cara de Latinoamérica a través de sus propias anécdotas, hicieron un gran aporte. Creo que fue bastante enriquecedor y le aportó mucho al movimiento estudiantil” (e/i 2007).

4.1.4 Perfil del egresado

El currículo de la ELAM apunta a formar un médico general básico de amplio perfil orientado a la atención primaria de salud y que sea capaz de atender los problemas del individuo, la familia, la colectividad y el medio ambiente (cfr. Rojas 2003b:Online). Este médico está capacitado para (ELAM 2002):

- Prestar atención medica integral a niños, adolescentes, adultos, mujeres embarazadas y ancianos en el aspecto individual, así como a las familias y a las instituciones de atención a grupos especiales de la sociedad, mediante las acciones de promoción y prevención.
- Detectar e informar las afectaciones negativas del ambiente y del hombre así como ejecutar acciones inherentes a las profilaxis higiénico-epidemiológica, comunal, de los alimentos y del trabajo.
- Ejecutar acciones administrativas de acuerdo a la organización de la salud publica. Movilizar los recursos del sistema en el cumplimiento de la actividad de la atención medica integral.
- Participar activamente en la información necesaria a la población y la educación para la salud de las personas, la familia y la comunidad.
- Aplicar el método científico al diagnostico y solución de los problemas de salud de las personas, la familia y la comunidad.

Este perfil oficial, aparece además reflejado claramente en las representaciones de los egresados. Una egresada que trabaja en Uruguay plantea que con el proyecto ELAM:

se pretende contribuir a mejorar la salud de las poblaciones en todo sentido, no sólo en el biológico: es formar un médico general que no esté sólo para atender patologías, sino que esté inserto en el barrio, que sepa prevenir, que converse, que conozca su población, que se interese por los problemas de esa región o de esa comunidad e intente resolverlos; no sólo atender a cada uno por separado. Por ejemplo, en el caso del dengue [...] tenés que hacer promoción y prevención del dengue en tu población, es decir: “vecino, compañero, vamos a evitar estas cosas, vamos a evitar los recipientes ¿que le parece?” Cosas así, cosas sencillas: enseñarle a la gente en qué horario el mosquito pica, protegerse a esa hora, que cuiden a los niños, son cosas sencillas. Eso lo hacen allá y te das cuenta que resulta y esa es la función del médico: estar inserto en esa comunidad, esa región y tratar de resolver los problemas desde la base, desde la raíz, evitar que llegue la enfermedad (Ea18 e/g 2007).

Otro, que al igual que ella antes de recibir la beca había estudiado varios años Medicina en la universidad local propone que la labor del médico en atención primaria:

es siempre una investigación científica, siempre, como la concebimos nosotros, porque vos tenés que estar constantemente investigando lo que es tu población y dentro de eso

actuando para solucionar los problemas. Dentro de esta concepción el trabajo del médico va más allá de la atención desde el punto de vista de lo profesional y su conocimiento técnico; el médico es un integrante de la comunidad –no porque viva ahí sino porque participa– y muchas veces más que nada es una guía y un vínculo entre la problemática y la zona, y los que se deben hacer cargo; porque muchas veces –esto es una cosa que acá no se entiende en la carrera de Medicina– las soluciones a los problemas de salud no pasan por lo que vos puedas hacer como médico, ni lo que se resuelva en el hospital sino por atacar a quien tenga que hacerse responsable de ciertas cosas y solucionarlas. Un ejemplo, gráfico y concreto: si un barrio es un basural y ninguna de las calles tienen pozo, ni tiene zanjones, o está el agua estancada y no tiene saneamiento, ahí tenés setecientos mil problemas de salud que no los va a resolver la gente. La labor tuya como médico, en este caso, es recolectar los datos, justificar y demostrar cuál es el problema de salud, cuál es la responsabilidad y cómo se puede hacer para solucionarlo. Y con eso que vos sacás en conjunto con la comunidad, ir al lugar o a la persona que tenga que encargarse y resolverlo. Entonces, tu función va mucho más allá y se pasa ampliamente de lo que es la atención médica y el recetar medicamentos. Entonces, el médico adquiere otro rol que no es el rol que se entiende acá de la Medicina (Eo1 e/i 2007).

Se trata de un perfil de actuación más amplio que el hegemónico que incluye pero sobrepasa a la atención médica individual curativa o paliativa a través de la prescripción de un tratamiento –que en general es la prescripción de medicamentos–, centro de la actividad médica actual (Menéndez 2003:196). En los contextos de investigación las limitaciones del médico para una actuación de este tipo son en gran medida institucionales pero también la formación se centra en la atención médica individual curativa o paliativa en una simbiosis con la situación institucional que lleva a reproducirla. Los egresados de la ELAM han incorporado en su formación una concepción, expectativa y experiencias concretas en cuanto a su función profesional que contrasta fuertemente con las de las instituciones en las cuales se insertan. Muchos consideran que lo que los médicos hacen allí es “poner parches”, manteniendo y reproduciendo un sistema centrado en la enfermedad que es profundamente nocivo para la sociedad en su conjunto así como para el paciente y médico individual.

Menéndez plantea que para la mayoría de los médicos la atención primaria integral no expresa la complejidad de su saber (Menéndez 1990:116). Para los egresados de la ELAM sucede que la labor curativa individual a través de la prescripción de medicamentos alopáticos no expresa la complejidad de su saber. El entendimiento del rol y la labor del médico expresado y, bajo ciertas condiciones, practicado por egresados de la ELAM en los contextos de la investigación implica que el médico puede ayudar a las personas a cuidar y atender su salud individual y colectivamente actuando como intérprete-mediador: procurando entender el saber construido por las personas y grupos en su diario vivir y funcionando como mediador estratégico con los poderes científico, político y económico para apoyar el elevamiento de la calidad de vida y salud (Granda 2004:Online). El proyecto ELAM capacita a sus participantes para articular constructivamente criterios de dirección e iniciativas de base y, simultáneamente, lo global y lo local desde una base ética de equidad (cfr. Picaroni 2008:178-180).

4.2 Estudios de posgrado o de no tan ordinarios glóbulos rojos

Cuando se publicó el comentario discutido en la introducción en torno al enfoque “revolucionario” de la ELAM que produciría médicos tempranamente especializados para abordar la problemática de salud concreta de poblaciones marginalizadas (glóbulos rojos ordinarios) en lugar de formar miembros de una profesión clásica, “eruditos hipocráticos” (células madre que después puedan diferenciarse en cualquier célula especializada para responder a las demandas de una práctica médica altamente especializada) (Flegel 2009:305) ya existía una importante cantidad de egresados de la ELAM que estaban cursando estudios de posgrado en diversas especialidades médicas. En ese momento, la mayoría lo hacía en Cuba pero algunos también en lo que Flegel denomina “escuelas alopáticas normales”.

La primera especialidad que todo médico completa en Cuba, MGI, es una “especialidad generalista” y uno de sus aspectos centrales es aprender a enfrentar las situaciones concretas de salud de cualquier población abordando también los aspectos sociales, económicos, culturales que la determinan con lo cual, utilizando la metáfora de Flegel, los especialistas en MGI serían ordinarios glóbulos rojos. Sin embargo, podría pensarse que los tres años de estudio-trabajo en la formación de posgrado cubren las “omisiones de contenidos típicos” a nivel de las ciencias básicas o las principales especialidades médicas que asume el autor (Ibíd.:306) y proponerse que recién a partir de allí estos médicos estarían en condición de especializarse en cualquier otra rama, o sea en igualdad de condiciones con los egresados de las “escuelas alopáticas normales”. Sin embargo, el hecho es que ya en 2005 egresados de la ELAM inmediatamente después de graduarse como médicos generales continuaron su formación no sólo por el camino promovido por estas escuelas, formándose en una rama especializada, sino también dentro de ellas: accediendo a puestos de formación en procesos altamente competitivos. Las limitaciones para seguir este camino tienen que ver más con los procesos de homologación y los sistemas de formación de posgrado a los que se enfrentan fuera de Cuba que con su formación médica¹⁴⁸.

Todos los egresados que participaron en este trabajo tenían la intención de especializarse si bien una parte de ellos consideraba que es positivo trabajar primero como médico general en atención primaria por lo menos durante un año. Aún antes de graduarse la mayoría había desarrollado un interés particular por una o más áreas y había comenzado a adquirir, a través de ayudantías, habilidades prácticas y conocimientos teóricos específicos superiores a los requeridos por el currículo. Además, las rotaciones por especialidades como parte de la formación clínica, sobre todo, en el marco de la formación intrahospitalaria resulta determinante en el sentido del contacto directo con la práctica médica especializada no sólo en las cuatro ramas básicas (Pediatría, Ginecoobstetricia, Cirugía, Medicina Interna) sino en muchas otras en las que, además, tienen la posibilidad de profundizar de manera extracurricular. Es así que entre ellos existía desde el pregrado la intención de formarse en áreas tan diversas como Otorrinolaringología, Gastroenterología, Anestesiología, Traumatología, Dermatología, Reumatología, Oftalmología, Neurología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Fisiatría, Medicina Intensiva, Geriatria, Medicina Tradicional China o Psiquiatria, pero, además, con conocimiento teórico y práctico específico. Por otra parte, en algunos casos cuando se establecen fuera de Cuba especialidades que consideraban su vocación dejan de resultarles atractivos por diversos motivos como que no concuerdan con la forma en que las mismas se

¹⁴⁸. Esto no desconoce ni las virtudes de un sistema de inicio en la vida laboral que permite trabajar continuando la formación académica y asumir las responsabilidades del trabajo médico con el respaldo de tutores y supervisores; ni el hecho de que la especialización en MGI constituye una oportunidad ideal para cubrir las deficiencias de formación individuales que pudieran haberse acumulado en el pregrado.

desarrollan en el medio local –“en Geriatria lo que veías es que iban y sedaban a los ancianos [...]; no hacen ni terapia educacional ni nada de eso, no hacen seguimiento de la tercera edad, es todo como ir poniendo parches y así no es como está encarado allá”–, por considerar que no van a poder desarrollarse profesionalmente en ellas ya que aprecian un corporativismo muy fuerte donde ciertas personas o grupos controlan y restringen las posibilidades de desarrollo profesional –“acá Cirugía es un gremio muy cerrado, muy machista también, yo vi que me iba a frustrar”– o por considerarlas inaccesible desde el punto de vista de sus posibilidades de financiarla –“yo quería hacer Neurología, es una especialidad que yo sé que no la puedo pagar, conozco mis limitaciones y sé que es casi imposible que yo sea neurólogo un día”.

En Uruguay las especialidades médicas para ciudadanos uruguayos en la UDELAR no tienen costo de matrículas ni aranceles. La primera egresada de la ELAM que inmediatamente después de graduarse como médico en Cuba comenzó en Uruguay una residencia (formación de posgrado con un sueldo mensual) lo hizo en la especialidad de Traumatología y Ortopedia. Regresó a Uruguay en agosto de 2005 y se abocó a preparar la prueba de ingreso accediendo a uno de los cinco puestos que se ofrecían ese año para esa especialidad. En relación a la influencia de su formación de pregrado en Cuba en su formación de posgrado en Uruguay plantea: “yo la elección la hice allá [...] haber estado rotando dos veces allá en la especialidad de Traumatología fue lo que me decidió, me gustó Traumatología, entré a alguna cirugía [...] así que eso, en primer lugar, la elección” (Ea2 e/i 2012). A partir del segundo año como residente comenzó a trabajar como ayudante en esa área y desde ahí toda su práctica médica se desarrolló en ella.

Una médica especialista con muchos años de experiencia laboral y en docencia universitaria en Uruguay se refiere espontáneamente a este caso cuando le pido reflexionar sobre el aporte que significa para el país la recepción de egresados de la ELAM¹⁴⁹: “tenemos nosotros acá una Traumatóloga que es una chica bárbara [...] ella se quedó en Montevideo y se presentó al residentado: ¡entró al residentado! Porque es todo un logro, es pelear también contra la concepción de que saben menos que los demás, y mujer en algo quirúrgico, esa juntó todo: cubana, mujer, le faltó ser negra, nada más, porque de verdad tenía todo” (e/i 2012). Lo que plantea esta entrevistada es que este caso tiene el potencial de desmontar una serie de prejuicios, en particular, el referente a la formación académica inferior de los egresados de la ELAM (o en la variante de Flegel tempranamente especializada hacia una medicina orientada a poblaciones vulnerables), además, de prejuicios de género en torno a ciertas especialidades, en particular las quirúrgicas.

Por su parte, la egresada a la cual se hace referencia considera que ni en el contexto de su formación ni en su vida laboral ha sido discriminada (“dejada de lado”): “ni por ser mujer, ni por haber estudiado allá sentí nada, o sea fue una inserción creo que normal” plantea, aunque si constató desde el momento mismo de su llegada al país en “un recelo” que se expresaba en comentarios que afirmaban que los médicos que estudiaron en Cuba no estarían “bien formados” ante lo que se cuestiona: “no sé cómo evaluaban si estábamos bien formados o no, porque recién habíamos llegado”. Este tipo de comentarios aún se mantienen –“a veces escuchás eso que es más bien como cuando se corre una voz popular: [...] como ya alguien dijo, ya está, todos dicen esas cosas que no son así pero a alguien se le ocurrió decir”– y en oportunidades ella plantea a la persona que los realiza: “estás hablando por ahí puntualmente de una persona o que te parece o porque se equivocó en un diagnóstico pero no es que ese que vino de Cuba se equivocó, te equivocás vos también, se equivoca el que estudió acá, porque equivocarnos, nos equivocamos todos” (Ea2 e/i 2012). Consultada respecto de qué respuestas ha recibido identifica dos variantes:

149. Observaba que, en primer lugar, no ha habido una política de estado para la recepción o incorporación de esos médicos con lo cual cada uno ha buscado formas individuales, entre las cuales a modo de ejemplo, comenta este caso.

Me dicen: “no, claro, si tenés razón, todo el mundo es diferente”, pero igual le gustó el comentario para hacerlo. Después, gente que me compara a mí, por ejemplo, con otro compañero. Y a mí, en realidad, tampoco nadie me conoce, tampoco saben bien, lo que pasa es que por ahí les caí bien, tienen un buen concepto de mí, pero de mí en Medicina no tienen ni idea, no saben, porque yo nunca trabajé en Medicina General. Me dicen: “si porque vos viniste bien formada” (Ibíd.).

Esta segunda variante, el recurso a la excepcionalidad del interlocutor, es muy común en las reacciones ante personas o situaciones que no encajan en las categorías que sustentan actitudes discriminatorias por razones de género, clase, raza, territorio, etc. y muy utilizado cuando se tiene un vínculo personal con alguien que es adscrito a un conjunto respecto del cual se sostienen este tipo de actitudes y prejuicios (extranjeros, migrantes, mujeres, negros, indios, etc). Lo que permite este mecanismo es reafirmar la construcción de un otro como referente colectivo distinto e inferior, por lo menos en algunos aspectos, a pesar o más allá de que la misma no sostenga el contraste con la realidad concreta que se enfrenta. O sea, transformar a ese caso en una excepción al común de su grupo confirma la regularidad con la que ciertas características aparecen respecto de ese grupo.

Sin embargo, ella no es el único glóbulo rojo que se comporta como célula madre, para utilizar la metáfora de Flegel. La rápida homologación de títulos en Uruguay y el hecho de que la universidad, también en el posgrado, es gratuita para ciudadanos uruguayos, ha dado lugar a que una parte de los egresados de la ELAM se incorporen al sector salud local por el camino promovido por la universidad y la academia local para los médicos recién egresados, que consiste en comenzar la formación en una especialidad médica inmediatamente después de la graduación. Seis (30%) de los egresados de la ELAM entrevistados en Uruguay siguieron ese camino¹⁵⁰. Ahora bien, no todos los que desean seguir ese camino logran hacerlo. Aclaro además que no estoy diciendo que sea el camino ideal sino solamente constatando que existe como expectativa, como opción concreta y que las limitaciones para seguirlo no tienen que ver con las características de la formación de pregrado sino más bien con las limitaciones que imponen los sistemas locales de homologación de títulos y/o de formación. Para el caso de Uruguay juega un papel importante la posibilidad de sustentarse económicamente en la capital nacional o viajando con regularidad a ella para preparar la prueba de ingreso –que se prepara en base a un sistema de “encares” ofrecidos por las distintas Cátedras, todas ubicadas allí–, entre otros aspectos que incluyen también los escasos puestos que se ofrecen¹⁵¹.

Sin embargo, estas limitaciones pueden ser superadas como evidencia el caso de otro egresado de la ELAM que accedió directamente a una residencia al llegar al país habiéndose radicado en el interior y en una situación económica difícil. En esta oportunidad en una rama con la cual no había tenido contacto estrecho en su formación:

Yo más o menos en Cuba algo había visto, pero no teníamos una relación directa con la Oncología y la Radioterapia en si, en el sentido de que era un especialidad y no teníamos ni siquiera una rotación por ella; sí veíamos pacientes oncológicos en la parte de Medicina Interna y en la parte de MGI también. Nosotros cuando hacíamos una relevación de lo que era la población nos encontrábamos con pacientes oncológicos, a mí siempre me interesó mucho. Cuando llegué a la Cátedra acá a ver de qué se trataba me recibieron con los brazos abiertos (Eo6 e/i 2012).

150. Considerando a uno que ingresó a una residencia después de haber trabajado un año como médico general y sin contar a los cuatro que hicieron el posgrado en MGI en Cuba o Venezuela. Como ya expliqué la muestra de esta investigación no es representativa, el dato es interesante porque ninguno de ellos fue contactado por el hecho de haber accedido directamente a estudios de posgrado.

151. La situación ha ido cambiando, por lo menos algunas Cátedras desde hace aproximadamente cinco años han desarrollado esfuerzos por promover la formación de especialistas dadas las importantes carencias que las políticas restrictivas habían generado (ver capítulo 5).

A partir de allí, preparó la prueba de ingreso:

Yo llegué en setiembre del 2007, en octubre del 2007 di la prueba para la residencia, la primera prueba y la segunda en diciembre y quedé en el lugar. Era un lugar sólo para todo el país en esa especialidad y quedé yo. Eso era otro de los ejemplos, a veces cuando alguien decía que no estábamos bien formados o algo así: yo quedé en un lugar donde era un lugar sólo para la especialidad, así que tan mal formados en relación a lo que se pretende acá no estamos (Ibíd.).

Entonces, el enfoque de la ELAM no es tan revolucionario como para haberse desecho de la tradición médico-universitaria; el currículo se mantiene dentro de ella¹⁵². Las particularidades de la formación se concentran en aspectos que más que alejarla de la practicada en otros contextos por un enfoque o por contenidos específicos (o su carencia) u otras características no aceptadas internacionalmente, la distinguen, primero, por desarrollarse en un contexto que permite la aplicación de ciertas consideraciones éticas, filosóficas y epistemológicas reconocidas a nivel discursivo también por las vertientes hegemónicas en medicina pero que no suelen ser practicadas. Y en segundo lugar, porque en el marco de un sistema de salud como el cubano, los desarrollos técnicos, tecnológicos y científicos coherentes con el conocimiento científico y humanístico contemporáneo encuentran mejores condiciones de aplicación que en contextos neoliberales. Los aspectos innovadores de la formación en el proyecto ELAM, que actualmente marcan un quiebre con muchas escuelas de medicina y contribuyen a estructurar una manera de pensar y actuar que en ciertos contextos puede resultar contrahegemónica, hay que buscarlos en la formación entendida en sentido amplio, en la experiencia total que representa participar del proyecto ELAM.

4.3 Aspectos destacables de la formación y su actualización en los contextos de inserción

A partir de la observación directa de la práctica médica de egresados de la ELAM y de conversaciones/reflexiones con el espectro de actores significativos constaté una manera de pensar y actuar característica que en aspectos importantes resultaba diferente a la dominante en el entorno. A su vez, presentaba diferencias notorias con la descrita por la antropología médica local y la producción teórica internacional. Menéndez (1990, 2003, 2005) observa que el desarrollo de habilidades, conductas y opiniones diferentes y a veces contrapuestas a las hegemónicas en el personal de salud se sustentan más bien en convicciones, sensibilidades y habilidades individuales. En este caso, el hecho de que se dieran consistentemente en un grupo de profesionales recién egresados indicaba un desarrollo sistemático durante la formación. De manera que lo particularmente interesante respecto de esta forma de ser/hacer en medicina, es que las diferencias –referidas a la forma de concebir la salud y el proceso salud/enfermedad/atención, la valoración del rol del médico y de la medicina, la forma de relacionarse con los pacientes– guardan relación directa con la formación. Procurando llevar esta observación a un plano teórico-explicativo identifiqué diez aspectos que promovían esta manera de ser/hacer (cfr. Picaroni 2008:129-195). En la presente investigación verifiqué,

¹⁵². Como ya dije, Huish ubica al currículo de la ELAM netamente en la tradición flexneriana. Observa que mientras ciertas recomendaciones del informe Flexner fueron ampliamente incorporadas en las escuelas norteamericanas otras no fueron tan aceptadas, como las de promover el aprendizaje activo, la solución de problemas y el pensamiento crítico. Para el autor, el currículo cubano se caracteriza por la incorporación de estas sugerencias “enfaticando el desarrollo de habilidades científicas junto a una ética de servicio” (Huish 2008:32-33). Otros autores destacan que procura incorporar también las críticas que se han hecho a la formación médica estructurada a partir del informe Flexner (cfr. Lugones y Pichs 2005:Online).

actualicé, corregí y profundicé algunas de las observaciones previas manteniendo en términos generales la conclusión de que esa forma de ser/hacer puede abrir una brecha para la construcción de alternativas al MMH. Puede aportar a la creación de un saber y una práctica médica que se acerque a algunas propuestas antropológicas reconociendo la importancia de la racionalidad cultural y social, de las estrategias para el cuidado de la salud que han desarrollado los conjuntos sociales y del grupo doméstico o comunal como primer nivel real de atención, comprendiendo la importancia de la apropiación pragmática del saber médico por parte de los conjuntos sociales y aceptando el rol fundamental de los profesionales como facilitadores de este proceso (cfr. Picaroni 2008:206).

En primer lugar, hay que tener en cuenta que la experiencia de formación incluye la formación académica en las universidades y el entrenamiento en las instituciones sanitarias cubanas, con contenidos transmitidos intencionalmente o no (respecto a los roles profesionales y la forma de representarlos, por ejemplo) y, simultáneamente, la vida en la ELAM y en la sociedad cubana como migrantes temporales con un estatus especial. En segundo lugar, que esta experiencia debe ser comprendida en relación a las vivencias previas así como la forma en que la misma se actualiza en los contextos de inserción como médicos, dando cuenta del encuentro con otras formas de ser/hacer.

Una anécdota permite acercarse a este proceso de actualización. Un equipo de antropólogas desarrolló en la ELAM una serie de investigaciones sobre la atención de la salud de los estudiantes y las modificaciones en el curso de su vida en Cuba (cfr. Àvila et al 2006:Online) en la discusión de sus resultados mencionan que algunos estudiantes en los primeros meses no acudían al médico, aunque consideraban requerirlo, por no contar con recursos económicos. Esta situación, como plantean las autoras, demuestra desconocimiento respecto de la gratuidad del sistema de salud cubano pero a mi entender refiere, sobre todo, a la naturalización de sus experiencias previas. En mi trabajo de campo registré una situación análoga pero inversa: un egresado antes de graduarse había estado sometándose a un tratamiento odontológico que hubiera completado en el correr de los meses posteriores a su graduación. Luego de graduarse partió hacia su país en donde dos años después aún no había terminado el tratamiento, ya que no tenía una cobertura de salud que lo incluyera ni el dinero para pagarlo de manera privada concluyendo que debía haber permanecido en Cuba hasta completarlo. Por supuesto que el médico no desconocía que en su país el acceso a la atención médica no tenía las mismas características que en Cuba, sin embargo, la anécdota habla de un grado de naturalización respecto de sus experiencias allí así como de una revalorización de las mismas en el nuevo contexto.

Utilizo una separación artificial (analítica) entre formación académica y experiencia de vida con el fin de ordenar la reflexión sobre asuntos que en la realidad son indivisibles y se encuentran íntimamente interrelacionados. En primera instancia, presento aspectos que refieren más bien a la formación académica, definida como la que tiene lugar en espacios académicos o docente-asistenciales con transmisión intencional y no intencional de contenidos y comportamientos médicos. Estos aspectos fueron desarrollados desde el material empírico y complementados con literatura específica para lograr una mejor comprensión de las actitudes, opiniones y acciones registradas en el trabajo de campo y son los que orientaron la exposición sobre el sistema de salud cubano y la estructuración de la carrera¹⁵³. En una segunda instancia, se abordan aspectos destacables desde la perspectiva de la experiencia de vida amplia que significa participar del proyecto ELAM. Si bien éstos ya habían sido tenidos en cuenta en trabajos anteriores (Picaroni 2008, 2008a, 2009) en

153. Aquí los presento en buena medida desde su fundamentación teórica ya que en un trabajo anterior presenté con bastante detalle el proceso de elaboración desde el material empírico (Picaroni 2008:132-197). Los organizo además de manera diferente y enfatizo su actualización en los contextos de inserción.

el transcurso de esta investigación fueron ganando relevancia tanto para comprender la estructuración de la manera de ser/hacer de los egresados como en relación a los aportes que sobre la temática pueden hacerse desde una perspectiva antropológica.

4.3.1 Formación académica

Desde el punto de vista curricular la formación de médicos en Cuba y específicamente en la ELAM es comparable a la formación en otros contextos regionales, si bien incluye transformaciones que internacionalmente son reconocidas como necesarias e incluso imprescindibles pero que en contextos neoliberales encuentran enormes obstáculos (cfr. OMS 2008). En este sentido y en algunos otros, presenta peculiaridades que no necesariamente son exclusivas de la ELAM.

4.3.1.1 Formación social, medicina general integral y orientación hacia la atención primaria integral

En el capítulo 3 expuse la constitución del sistema de salud cubano y de la hegemonía médica en ese país desde la perspectiva de que los cambios institucionales, culturales y económicos/políticos afectan al saber médico. Para Menéndez dentro de las modificaciones y cambios que caracterizan a la biomedicina en tanto institución y proceso social, destacan especialmente los referidos a sus formas dominantes de organización e intervención técnica, económica, social y profesional (Menéndez 2003:191-192). Los tres aspectos que distingo en este apartado son cambios organizativos y técnicos fundamentales en la formación médica y profundamente interrelacionados.

A nivel discursivo en el ámbito internacional existe acuerdo sobre la necesidad de generar un cambio de paradigma que aleje a la medicina de un enfoque biologicista-reduccionista y centrado en la enfermedad hacia una visión más abarcadora del ser humano centrada en la salud. A partir de finales del siglo XVII la visión reduccionista-biologicista fue ganando hegemonía en paralelo a una reestructuración de las relaciones de producción y dominación en la conformación del capitalismo industrial¹⁵⁴ que significó que otras visiones fueron subalternizadas. La antropóloga Leticia Artilles considera que en América Latina el perfil de salida de los profesionales de la salud responde a dos grandes ámbitos: la atención médica, entendida como el conjunto de acciones que emprende el médico y el personal de salud para preservar, recuperar o mantener la salud del individuo, la familia y la comunidad; y la atención de salud, que incluye todas las formas sociales de dar respuesta a las necesidades en materia de salud de la población (2005:Online). Distingue dos grandes paradigmas en la formación de recursos humanos en salud:

- **El modelo médico hegemónico**, que se corresponde con el ámbito de la atención médica y se caracteriza por una concepción de la salud biológica, clínica e individual con un enfoque curativo centrado en la enfermedad, medicalización de los procesos, práctica “tecnologizada” y una cultura medicocentrista que expropia al paciente del acto diagnóstico, la orientación y la toma de decisiones.

- **El modelo médico social**, que se corresponde con el ámbito de la atención de salud y se caracteriza por una concepción social, epidemiológica y comunitaria de la salud con un enfoque humanista que integra la biología y las relaciones sociales del paciente, dirigido hacia la prevención, la promoción de la salud y el logro de un estado de bienestar, así como al rescate de los procesos naturales y al involucramiento del paciente como sujeto activo en el acto diagnóstico, la orientación y la toma de decisiones.

El modelo de formación académica que prevalece en la mayoría de los países latinoamericanos se corresponde con el modelo médico hegemónico. En Cuba, se ha

¹⁵⁴. Para el desarrollo de esta hegemonía y en general de los rasgos estructurales del MMH ver por ej. Menéndez (1990:87-103), Comells y Martínez (1993:7-23), Sinclair (1997:39-71).

desarrollado un enfoque teórico-metodológico dirigido a la atención médica integral, lo que se refleja en el actual currículo de Medicina y en los objetivos terminales del médico general básico. Tal condición hace que la plataforma de formación académica en Cuba privilegie el modelo médico social en la formación de los recursos humanos en salud (Ibíd.)¹⁵⁵.

A partir de allí reconoce en esta prevalencia del modelo médico social el ámbito adecuado para la comprensión de los procesos sociales que se constituyen en determinantes de las inequidades, entre ellas las de género que ocupa un lugar sustancial porque transversaliza a otras inequidades constituyéndose en una sinergia negativa en las formas de vivir, enfermar y morir por causas prevenibles. Propone un “modelo médico social generizado” como manera de responder a lo que considera la demanda perentoria en nuestra América: “un abordaje integral de la salud a partir de las reales inequidades de territorio, clase, etnia, raza y género”. Asumir el modelo médico social como eje de la formación académica se sustenta en tres aspectos (Ibíd.):

- El aporte teórico-metodológico de la incorporación de las Ciencias Sociales como la Antropología, la Sociología y la Psicología en los currículos académicos de los profesionales de la salud, los prepara para un manejo integral del paciente en sus 2 vertientes como individuo, producto único de la combinación de genes en su interacción con el ambiente (sujeto de atención médica) y como persona, producto de la totalidad de sus experiencias a lo largo de la vida y de sus relaciones sociales y con el ambiente en general (sujeto de atención de salud).
- La certeza acerca de lo imprescindible que resulta incorporar un diagnóstico clínico y epidemiológico integral que haga visible la relación existente entre los aspectos sociales, psicológicos y emocionales con los procesos biológicos.
- El necesario desarrollo de habilidades en el uso de técnicas de investigación de las Ciencias Sociales como herramientas metodológicas de la intervención comunitaria.

La formación académica en relación a estos tres aspectos y la sensibilidad hacia los procesos sociales que determinan las inequidades (la formación social) es el primer aspecto que considero destacable y se relaciona con la prevalencia del modelo médico social en la formación y la incorporación de “contenidos sociomédicos” en el currículo de formación del pregrado, que en el currículo de la ELAM específicamente representan un 18% de la carga horaria total.

En segundo lugar, destaca la orientación hacia la atención primaria integral en la formación enmarcada en una orientación general del sistema de salud cubano. Con diferencias marcadas entre momentos históricos pero en general en un proceso de continuidad desde los 60’ se ha desarrollado una concepción de atención primaria sustentada en los mismos pilares que se consideraron su fundamento en Alma Atta: compromiso político y social, participación real de la comunidad, intersectorialidad, universalidad. Más allá de las dificultades para ponerla en práctica los principios de atención a la comunidad y el entorno, integralidad, basamento en las necesidades de la población, participación popular real, accesibilidad y atención en equipos multidisciplinarios se han mantenido y ampliado en estrecha relación con la atención secundaria especializada y terciaria altamente especializada (García 2006:Online). Específicamente para los estudiantes de la ELAM se considera que la rotación por la atención primaria desde el inicio de la carrera es determinante para poder aprender a enfrentar las muchas tareas “que se deben llevar adelante para cumplir con lo que debe ser un pensamiento permanente: salud para todos” y que “es vital para que busquen enfoques interdisciplinarios e integrales de la salud” entendida como estado natural y derecho del ser humano desde una concepción de la salud y la enfermedad como producto social (Lugones y Pichs 2005:Online). Un 16% de la formación se desarrolla en escenarios reales de atención primaria, proporción mayor en comparación al currículo de otras universidades a pesar de

155. El subrayado es mio.

que el peso de la formación intrahospitalaria sigue siendo muy fuerte (cfr. Picaroni 2008:142). Los egresados refieren a este aspecto de la formación como interiorización: “la inserción a la atención primaria en todos los años de la carrera, que uno allá tiene boca para criticar, decía por qué tanto tiempo estoy aquí en el consultorio, no haces nada, vas a tomar la presión y después uno se da cuenta que fue lo que te dejó la visión esta de la atención primaria que la tenés incorporada” (Ea4 e/i 2012).

Al mismo tiempo, como tercer aspecto íntimamente relacionado con los otros dos, la estructuración de la MGI como disciplina rectora de la formación debe ser entendida en el marco de un proceso de cambio conceptual amplio en la medicina desde el pensamiento patocéntrico y reactivo hacia uno sanocéntrico y proactivo, del monocausal, mecanicista y reduccionista hacia uno holístico y del tratamiento clínico estacionario estrechamente especializado hacia uno ambulatorio e integral que implica también el “rescate” del método clínico y la superación de la aparatodependencia del médico (cfr. Thielmann 2005:Online y Rojas 2003a:Online). La importancia de la medicina general (familiar) en la formación y práctica médicas es otro concepto ampliamente reconocido que ha sido puesto en práctica de manera muy limitada. Las instituciones médicas en Cuba desarrollaron un modelo propio de medicina familiar cuyos componentes esenciales de acuerdo al libro de texto que utilizaron los egresados en su formación son (Rigol et.al. 1994:175-177)¹⁵⁶:

Integralidad: considera la unidad de los aspectos preventivos y curativos así como de lo biológico, lo psicológico, lo social y las condiciones del ambiente físico en interacción con el individuo y su colectividad.

Atención sectorizada: al médico y su equipo de trabajo es asignada un área de salud en la cual debe responsabilizarse por todo lo relacionado con el proceso salud-enfermedad de las personas que la conforman.

Vinculación con los distintos niveles de la organización como procedimiento que establece la interrelación con todas las instituciones y servicios relacionados con la atención de la salud para garantizar a la población la aplicación de todos los recursos existentes en medicina según las necesidades y con óptima utilización de los mismos.

Continuidad: el médico y su equipo de trabajo atienden al grupo de personas a ellos asignadas a lo largo del tiempo y en los distintos lugares en que se requiera, incluyendo acompañarlas a otras instituciones de salud para aportar datos relevantes y recibir información que garantice la continuidad del tratamiento y/o rehabilitación del paciente.

Atención dispensarizada: agrupamiento registro y control periódico de los pacientes sanos y enfermos. Es responsabilidad del equipo de salud el mantenimiento de un sistema de información básica de salud de todos los habitantes de su área.

Trabajo en equipo: las acciones de salud son tanto en la teoría como en la práctica interdisciplinarias y requieren del trabajo en equipo y de un equipo de trabajo cuyos integrantes operen en armonía y con unidad de propósitos, con la amplitud y flexibilidad suficientes para incorporar nuevos miembros y modificar funciones según lo requiera la tarea a desarrollar.

Participación activa de las masas: el médico y el equipo deben trabajar en íntima relación con las personas y las organizaciones que las agrupan obteniendo su participación activa¹⁵⁷.

156. Los incorporo a partir de este texto porque en una forma muy similar constituyen parte central de las representaciones de los egresados. Además, he registrado distintas instancias de su puesta en práctica en Uruguay y en Chile y, sobre todo, del conflicto que genera no poder practicarlos.

157. En la literatura más reciente se habla de “participación social o comunitaria” y no se considera que el médico o equipo de salud deba lograrla sino que: “para solucionar cualquier problema de alcance comunitario se requiere que su identificación y estrategia de abordaje sean generadas por la propia comunidad en la cual el equipo de salud se inserta como asesor técnico” (Sansó 2003:263-264). Entre los contenidos curriculares específicos la concepción de participación comunitaria junto al Análisis de la Situación de Salud y la investigación como parte integral de la labor del médico resultan de gran relevancia. Los mismos fueron abordados con cierta extensión en Picaroni (2008:171-180).

La actualización y reflexión sobre estos aspectos de su formación junto a la búsqueda por parte de los médicos de profundizarlos en los contextos de inserción es lo que les otorga su significado concreto en la práctica. Al respecto un egresado que llevaba varios años trabajando en una zona apartada de Chiloé, evaluando la formación que recibió en Cuba comenta:

Yo en mi formación aprendí muchas cosas porque me entrené mucho en el ámbito hospitalario, de lo que menos pesqué fue de esto, los ramos estos de MGI y todas esas cuestiones no las pesqué para nada, y es lo que llegué a hacer acá en realidad. Ahora acá, si te das cuenta, yo trabajo con muy pocos recursos tecnológicos son más bien recursos clínicos. Entonces, esas son las fortalezas de la educación que recibí, el tema de que le dan mucho a la parte clínica, mucho al valorar al paciente ya de entrada. También la valoración del tema bio-psico-social que no se queda en un discurso sino que uno lo introduce, y aquí llega a aprender otras cosas ya con el tema bio-psico-social-espiritual y todo lo demás. Pero no es un tema que se queda en un simple discurso sino que uno lo integra y te crea ciertas sensibilidades, te despierta ciertas sensibilidades. Y, también, te ayuda a trabajar con la gente que es más pobre, con la gente que le cuesta comunicarse un poco más, con la gente cuyo acceso a la educación ha sido un poco más limitado, te facilita un poco más la llegada (Eo23 e/i 2011).

Como expongo en el próximo capítulo esta reflexión es compatible con la percepción de los pacientes y de otros actores relevantes. Reflexionando sobre las implicaciones que esto tiene para la práctica médica, este médico profundiza:

Te da herramientas para entender que no todas las personas son iguales, que hay distintas formas de comunicarse con la gente, entender a las personas en su entorno, el tema social, la parte psicológica. Esas son como herramientas que te da: es un ser humano, no es órgano y sistema sino que es una persona que está adelante con la que tienes que comunicarte. En ese sentido, la educación cubana tiene sus fortalezas. Te preparan bastante, te permiten tener una relación médico-paciente desde que estás en premédico, te hacen ir a los consultorios de a poquito, en premédico te hacen ir a los consultorios y estar ahí, comunicarte con la gente, aunque no sepas nada de medicina pero ya empiezas a tener un contacto con la persona (Ibíd.)

La comprensión de la importancia de los tres aspectos (formación social, atención primaria, MGI) se potencia en el contexto de inserción más allá del nivel de atención en que estén trabajando los egresados. Los egresados de la ELAM especialistas en diversas ramas que trabajan en los niveles secundarios y terciarios en Uruguay consideran imperioso el desarrollo de un sistema basado en la atención primaria integral que apunte primero a prevenir enfermedades y complicaciones, promueva la autonomía de las personas y los grupos respecto de sus procesos de salud/enfermedad/atención y la interrelación entre los niveles y formas de atención. Una observación que visibiliza esto es que parte de quienes en Cuba habían desarrollado una cercanía particular hacia otras especialidades médicas, en el nuevo contexto optan por estudiar Medicina Familiar, Salud Pública o Ciencias Sociales porque consideran que esto les permite aportar más a los cambios que identifican como imprescindibles.

4.3.1.2 Educación en el trabajo, trabajo en equipo, rol del médico y lugar de los recursos materiales

Respecto de la forma de llevar a cabo la educación médica destacan dos aspectos: el método educativo-docente denominado educación en el trabajo o estudio-trabajo y la estrategia de integración docencia-asistencia-investigación. Estudio-trabajo es la integración de los estudiantes en equipos reales de trabajo a través de estancias programadas (cfr. Rojas 2003:Online). Como planteaba el egresado antes citado, ya desde el premédico, aún antes de comenzar a estudiar Medicina, los estudiantes acuden a escenarios reales de trabajo

médico. Además, la formación empieza con una estancia en MGI¹⁵⁸. En el currículo de la ELAM aproximadamente un tercio de las actividades docentes son actividades concretas de educación en el trabajo en unidades de servicio docente del sistema de salud (Carreño y Salgado 2005:Online):

Siempre, desde el primer año, vas teniendo contacto con el sistema de salud cubano; al principio tenés un mes en Medicina Familiar, estás en un consultorio de médico de familia, acompañás a la doctora a hacer terreno –que es cuando van a las casas, atendiendo pacientes y todo eso– entonces vas teniendo un contacto muy directo. Vas teniendo mucho contacto con lo que es el ejercicio de la medicina, cosa que me parece muy positiva de la forma de encarar la carrera en Cuba, porque no es que tenés eso aislado, del libro, de la anatomía, de la disección y que se yo, pero nada más en un aula sino que ya desde el vamos estás viendo lo que va a ser tu vida después como profesional. Y ya en tercer año estás de plano metida en el hospital, todas tus clases y todos los días tenés cuatro horas diarias de hospital obligatorio de lunes a viernes y, a veces, sábados también (Ea16 e/i 2007).

El despliegue del proceso docente-educativo en los escenarios laborales reales no es lo que garantiza el funcionamiento adecuado de este método sino la estrategia antes mencionada que implica que el docente sea capaz de integrar y distinguir/diferenciar los tres elementos de su labor: docencia, asistencia e investigación. La labor docente, en particular, debe ser desplegada conscientemente, en forma interactiva con el estudiante y didácticamente estructurada, aplicando el enfoque por problemas y atendiendo a las particularidades de cada estudiante (cfr. Pernas et al. 2001:17).

Para esto la relación estudiante-docente es fundamental. Primero, debe ser cuantitativamente favorable, algo que las universidades cubanas, han podido alcanzar y, hasta ahora, sostener¹⁵⁹. Al mismo tiempo, su calidad resulta central. Un egresado plantea que no tuvo profesores sino maestros, mentores y define a la educación como personalizada debido al contacto estrecho y directo con el docente y a la preocupación constante hacia el estudiante de parte de éste y de la institución en general tanto a nivel académico como personal. Además:

podías entrar a todos los lugares que quisieras siempre y cuando tuvieras el interés: si tenías el interés tenías todo. Los viejos nunca se hacían problema si tu querías aprender, estaban ahí, te enseñaban y al final era una cuestión de interés, una cuestión netamente de interés: “vamos para allá” y te acompañaban y todo eso. Y, lo otro, es la relación, porque yo decía que tuve mentores pero también fueron mis amigos, tú te podías sentar a discutir un tema y no estaban en las nubes, no eran semi-dioses, eran personas, se reían contigo, hacíamos fiesta ponte tú, era una relación super humana, super cálida, super cordial. [...] ellos ofrecían todo lo que tenían pero como persona, no como docentes solamente (Eo23 e/i 2011).

Y consultado sobre qué influencia tiene esto en el aprendizaje, plantea: “te motiva, tú siempre querías ser como tu maestro o si no ser como él, tratar de superarlo.[...] No es como la educación despersonalizada no es profesor-libro-estudiante, no existe la barrera profesor-libro-estudiante: el profesor no está allá arriba y si no es por el libro no alcanzas a él” (Ibíd.).

En general, los egresados plantean que la relación con los docentes adquiere un carácter humanamente significativo a partir de un posicionamiento más horizontal y simétrico que no niega las diferencias. No se trata de una igualdad fingida sino del convencimiento sobre

158. Esto marca una diferencia sustancial respecto del comienzo de la formación médica a través del contacto con el cadáver que a comienzos del siglo XXI seguía teniendo lugar, por ejemplo, en Uruguay. En el año 2000 la visita al Departamento de Anatomía seguía marcando el comienzo de la formación.

159. Para el año 2003 Rojas calculaba indica que para esta modalidad la relación era de un profesor cada uno o dos estudiantes. La formación masiva de estudiantes de otras nacionalidades en Cuba junto con la intensificación de la colaboración con envío de médicos a otros países a partir de entonces ha afectado esta relación pero en general la misma sigue siendo muy favorable. Los egresados entrevistados (graduaciones 2005-2011) hablan de tres, cuatro o cinco estudiantes por docente.

la horizontalidad o equidad en las relaciones humanas que tiene un muy amplio impacto en la estructuración de la manera de pensar y actuar como médicos. Como propone el egresado, la ejemplaridad, que constituye parte fundamental de la formación en cualquier disciplina, adquiere un significado especial.

El sistema de atención personalizada al estudiante y el esfuerzo e interés de los docentes y las instituciones formativas por el desarrollo de cada uno es muy valorado, en especial en su contraste con sus experiencias previas y posteriores: “quedábamos impactados como diciendo: ¡qué impresionante ¿no? cómo apuestan al desarrollo de la gente!” (Ea20 e/i 2007). Al tiempo que deja un amplio margen para la responsabilidad y el compromiso individual con el proceso de aprendizaje propio, el interés que propone el médico en la página anterior. Una egresada que antes de recibir la beca estudiaba Medicina, plantea:

¿Cuál es el quid, a mí me parece, con Cuba?: que aprende el que tiene interés de aprender. ¿Por qué?: porque no es esa cuestión de apretarte, de acabar contigo, de que abandones, de no sé qué. No, Cuba te genera condiciones, te ayuda, me acuerdo que nos reíamos que te dan clase consultas, clases taller, te van a buscar para que vayas a. En ninguna universidad pasa eso, en [mi país] nosotros no entendíamos nada y se acabó la hora, fuiste, mirá como hacés. Entonces, es una educación muy protectora, tiene lo positivo que el que va a estudiar lo aprovecha y mucho; y el que no, le gusta que lo anden siguiendo y, en realidad, no aprovecha todo el sistema (Ea4 e/i 2012).

Las discusiones, investigaciones, debates y desarrollos científicos en torno al método de educación en el trabajo en Cuba son muy interesantes, en particular, las referidas a la ejemplaridad como método pedagógico, la formación en valores o el rol del profesor. Interesa aquí la propuesta de que la educación en el trabajo además de propiciar un aprendizaje más significativo, propicia actuar en la formación de valores, de la ética y la conducta profesional de manera que en el proceso formativo cobra especial relevancia el componente asistencial y la calidad de la atención médica que se brinda. En este sentido, no sólo los profesores sino todos quienes, de una u otra forma, participan en la atención médica juegan un rol fundamental (Martínez 2001:Online). Los pacientes y conjuntos sociales juegan un rol importante en la formación del médico. Desde la lógica implícita en la integración docente-asistencial, la excelencia en docencia médica implica, como requisito, la excelencia en atención médica (Ibíd.).

En Cuba, la presencia de estudiantes en los servicios de salud es ampliamente reconocida y en buena medida aceptada por parte de la población: “la gente comenta con orgullo que su médico es angolano, boliviano o palestino” (e/i 2006), explica una funcionaria de una institución de educación médica de La Habana. Si bien no he pretendido abordar directamente este tema también otros ciudadanos cubanos manifiestan conformidad con el hecho de formar parte activa de la formación de estudiantes de medicina. Las características del sistema de salud y la relación favorable profesor-estudiante son dos de los aspectos que probablemente influyen en esto. Los egresados plantean que a los estudiantes se les permite hacer muchas cosas prácticas en tanto demuestren interés, compromiso, constancia y siempre acompañados por un profesor, lo cual para ellos fue algo muy positivo y, en términos generales, es bien recibido por parte de la población. Esto no quiere decir que no se susciten conflictos en relación a este aspecto que es uno de los más sensibles en la formación médica y que, internacionalmente, ha promovido desarrollos más bien paradójicos como la tendencia que observa, con preocupación, una estudiante avanzada de medicina de la UDELAR (Uruguay):

Yo creo que cada vez somos menos humanos, cada vez se forman médicos menos humanitarios. Te pongo un ejemplo, yo implementé el ECOE [Evaluación Clínica Objetiva Estructurada] que los exámenes son con actores y antes tenían los exámenes con

pacientes, hoy en día se implementó el ECOE que son actores. Entonces, veo que cada vez se está desformando más. Yo soy de diferente generación a la de él [el otro participante de la entrevista, médico graduado de la UDELAR] y veo que él tiene una calidad humana diferente a la mía o una preparación, no solamente en la calidad humana sino que en la preparación: él tuvo más contacto con los pacientes que yo, por ejemplo. [...] Con esto del ECOE se quiso copiar a Canadá porque eso se implementó en Canadá; nuestra población obviamente no es la misma que la de Canadá, y se piensa que así se está formando mejores médicos, yo creo que al contrario. [...] Cada vez nosotros, los uruguayos, tenemos menos contacto con el paciente (e/g 2012)¹⁶⁰.

Esta tendencia mundial de la biomedicina marca una diferencia sustancial con la formación en Cuba. La reflexión de esta estudiante surge en una entrevista grupal en el contexto de observaciones sobre la “calidad humana” y “trato respetuoso” que el paciente y todos los implicados en la atención sanitaria reciben de parte de varios egresados de la ELAM con los cuales los entrevistados trabajan en estrecho contacto. El otro participante de la entrevista, un médico especialista, plantea:

te llaman, primero, con un respeto realmente a destacar, no como otros médicos de acá que te llaman de forma prepotente, ellos te llaman con mucha amabilidad [...] y te hacen una historia clínica muy buena: “paciente de tal edad, con tales antecedentes, que tiene esto, esto y esto y consulta por esto”. Nosotros: “mirá te llamo porque tenés que venir acá porque hay un paciente que está con presión alta o creo que tiene un infarto: ¡vení!”. Yo creo que hacen una medicina como debe ser, mucho más abierta y no sólo centrado a una patología y eso se nota pero de lejos (Ibíd.).

Tanto este entrevistado como otros médicos, profesionales y técnicos que trabajan con egresados de la ELAM en Uruguay y Chile destacan la apertura, los deseos de aprender o de nutrirse de la experiencia y conocimientos de otros que los egresados demuestran en la labor asistencial y en otros ámbitos, lo cual refleja la internalización de la integración docencia-asistencia-investigación. Esto contrasta con otros médicos recién graduados locales, una especialista plantea en relación a los egresados de la ELAM: “tienen menos prurito para la consulta con los demás especialistas, llaman al especialista y escuchan al especialista. Una cosa que nos pasa con los médicos que vienen de Montevideo es que llaman al especialista y resolvemos al paciente y ellos no están, los que piden la consulta. Estos chicos, será porque vienen formados así, te llaman para la consulta y están en la consulta, que eso hace una diferencia bastante importante” (e/i 2012). Retomo esto en el próximo capítulo, la “interconsulta” es una de las áreas en las que son más acentuadas las diferencias entre el contexto de formación y el de inserción. Aquí interesa subrayar que las implicancias del método estudio-trabajo aplicado a través de la estrategia de integración docente-asistencial-investigativa para la estructuración de la manera de ser/hacer de los futuros médicos son amplias.

Esquemáticamente los egresados valoran positivamente este aspecto de su formación en cuanto a: (1) el desarrollo de habilidades técnicas (clínicas y quirúrgicas), (2) el relacionamiento con los docentes, los pacientes, la sociedad en general y la profesión médica, y (3) los referentes respecto de cómo desean ellos desenvolver su profesión o a qué aspiran. Esto se relaciona también con que: “estábamos en un medio donde no había eso del celo profesional entonces los profesores te brindaban toda la información que tenían, te

160. Ambos participantes de esta entrevista (una estudiante y un médico formados en la UDELAR) entienden que la universidad local está realizando esfuerzos por formar mejores médicos pero consideran que algunas decisiones han sido equivocadas. El conflicto entre formación de estudiantes y atención digna al paciente que se plantea en contextos mercantilizados es complejo pero tiene su base en la estructuración del MMH en la enseñanza de la medicina, en particular en el desarrollo histórico de lo que Menéndez denomina submodelo individual a partir de mitad del siglo XVIII que “supone una serie de características que son isomórficas a la estructura de clases dominante: será jerárquico, asimétrico, clasista y racista” (Menéndez 1990:91).

daban todo el material, te decían todo lo que sabían para que vos pudieras mejorar y pudieras aportar cosas. [...] Yo rescato muchos valores humanos que se han perdido acá y que sabemos se perdieron en muchas partes” (Ea20 e/i 2007).

Diversos analistas destacan como característica particular del sistema de salud cubano el hecho de que promueve la colaboración y no obstaculiza la cooperación entre colegas. Entre los aspectos que influyen en esto mencionaré dos de carácter estructural que contrastan con la realidad de Uruguay y Chile. En primer lugar, la política de formación de recursos humanos cubana garantiza a cada profesional un puesto de trabajo acorde a su capacitación desde el momento en que inicia sus estudios (Carreño y Salgado 2005b:Online) y también una progresión de la carrera y posibilidades de desarrollo profesional además de garantías laborales, económicas y sociales¹⁶¹. En segundo lugar, tanto la formación como la remuneración de los profesionales se centra en la oferta de servicios. Santos et al. (2004)¹⁶² analizan esto concluyendo que las “desventajas teóricas” de este modelo de financiación –que tendrían que ver con una tendencia a minimizar la carga de trabajo, por ejemplo– resultan contenidas por “el alto grado de socialización en la formación del médico” y por la estrecha contraloría ejercida por organizaciones sociales y comunitarias sobre las actividades del personal de salud. Con esto, en lugar de la competencia (por puestos de trabajo escasos o percibidos como tales o activamente limitados, por salarios más altos, por mejores condiciones laborales o por oportunidades de formación) se promueve la colaboración y complementariedad para brindar el mejor servicio y para el desarrollo profesional y científico.

Estos elementos inciden en la docencia, la apuesta por el desarrollo de los estudiantes, la colaboración entre médicos y el trabajo en equipos médicos e interdisciplinarios. También la orientación hacia la atención primaria de salud y la MGI como pivot de la atención sanitaria en un contexto de acceso universal a todos los niveles y tratamientos disponibles, conllevan necesariamente el relacionamiento estrecho entre todas las instancias, instituciones y personas que prestan servicios de salud. La diferencia con otros contextos radica fundamentalmente en la apuesta a la horizontalidad y simetría en las relaciones humanas, en la valoración más igualitaria de los miembros del equipo en cuanto personas y de su aporte (técnico, profesional y humano) particular. Es decir que las ventajas de un abordaje colectivo de los procesos salud/enfermedad/atención y la relevancia de cualquier persona involucrada en ellos no son solamente postulados teóricos o ideales sino que se practican. Lo cual implica una valoración del lugar propio como médico que contrasta con la que es común en los contextos de inserción implicando su actualización.

Tanto en Chile como en Uruguay, con diferencias, en la relación entre médico y paciente/población, entre médico y trabajadores de la salud no médicos así como entre especialista y médico general, el médico (especialista) se sitúa y es situado en un escalafón más alto desde el cual menosprecia a quienes están “por debajo de él” quienes a su vez lo sobreestiman. Los egresados refieren a esto como la “visión del médico como Dios”. Para ellos la ubicación del médico en un escalafón superior no solamente “no corresponde a la realidad” que enseña que es una persona de igual valor que cualquier otra y cuyo saber, como cualquier otro, no es infalible ni absoluto, sino que también es un impedimento para el buen desarrollo

161. Mencioné antes que uno de los problemas actuales más severos en Cuba tiene que ver con la desigualdad en los ingresos y el aumento de las desigualdades y diferenciaciones no sustentada en el esfuerzo propio acentuadas a partir de una serie de medidas económicas de fuerte impacto social. Sin embargo, desde una perspectiva comparativa las seguridades y garantías laborales y socioeconómicas siguen siendo muy superiores a las de otros países de la región. Desde esta perspectiva comparativa es que ciertos aspectos de la formación adquieren relevancia para este trabajo.

162. En un análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá desarrollado por tres epidemiólogos en México.

de la profesión: ser médico requiere de mucha humildad, responsabilidad, conocimiento de las propias limitaciones, tiempo, trabajo en equipo, valoración del otro, disposición para el aprendizaje continuo, aceptación de errores, aprovechamiento de las experiencias y conocimientos de otros médicos, de otros sanadores y de las personas respecto de sus vidas (Picaroni 2008:188). La verticalidad, asimetría y autoritarismo en la relaciones que establece el médico y las instituciones sanitarias es reconocido como un problema que urge enfrentar, una de las áreas fundamentales donde se requiere profundas transformaciones para mejorar la atención en salud en Uruguay y Chile. La verticalidad y asimetría en la relación médico-paciente, entre médicos y otros profesionales, y entre médicos refiere a la estructuración del MMH en las representaciones y prácticas de las instituciones sanitarias y a características generales de las relaciones sociales dominantes en estos contextos pero lo que interesa por ahora es que la autovaloración y la valoración de su rol social y profesional que hace el médico influyen significativamente. Un egresado de la ELAM explica: “una cosa que yo aprendí allá es que cualquier labor, cualquier profesión, [...] cualquier persona es fundamental en la sociedad” (Eo6 e/i 2012). Los egresados de la ELAM a partir de la actualización de su formación en los contextos de inserción insisten en una autovaloración que establece vínculos más horizontales que los dominantes.

Por último, corresponde abordar aquí el lugar asignado a los recursos materiales en la práctica médica y en las condiciones de vida y salud a partir de la formación médica. Como expuse en el capítulo anterior una característica fundamental del sistema de salud y de la cooperación internacional cubana es la centralidad de las personas para su desarrollo y para el logro de los objetivos propuestos. Algunos autores plantean que la apuesta por el desarrollo del “capital humano” es lo que permite a ese país mantener ciertos desarrollos sociales y humanos a niveles muy superiores que la mayoría de los demás países de la región y el mundo (cfr. Kirk y Ersiman 2009, Kirk 2012)¹⁶³. Lo que resulta evidente es que Cuba demuestra avances que en otros contextos se consideran imposibles por falta de recursos económicos. El sistema de salud cubano pone de manifiesto que si las decisiones no se ven influidas por el beneficio económico que reportan a grupos particulares, el dinero no es el factor determinante para garantizar a la población una atención sanitaria de calidad. El contexto económico en el cual el mismo fue creado, sostenido y perfeccionado ha sido en general adverso. Un egresado reflexionando sobre el significado que para él tuvo participar del proyecto ELAM plantea:

el hecho de ver un pueblo como Cuba, tercermundista en la misma situación que Uruguay desde el punto de vista de los recursos económicos, que lleva estudiantes universitarios a formarse y no solamente les da formación sino que los acoge, los recibe, les da una beca completa siendo que tienen los recursos económicos tan menguados como cualquier otro país de América Latina: esa solidaridad me llamó notoriamente la atención. Galeano dice que la caridad es vertical y la solidaridad es horizontal y es, justamente, lo que ellos hicieron: compartir lo poco que tenían con gente que tiene igual de poco que ellos; o sea no es que ellos nos dan lo que les sobra, no es que las becas eran porque tenemos un plus, un excedente del PBI y vamos a utilizarlo en esto. No, las dificultades económicas que tenían cuando nosotros llegamos en el 2001 era brutales y todavía siguen siendo, por el bloqueo, por una serie de cuestiones, y aún así compartir la posibilidad de traer estudiantes, compartir el conocimiento, la parte intelectual, me pareció brillante (Eo3 e/i 2012).

A través del proyecto ELAM la enseñanza que los profesores Torre et al. consideran una de las más importantes aportada por las actividades de cooperación internacional al

163. De acuerdo al índice de desarrollo humano de la ONU Cuba integra el grupo de países con desarrollo humano muy alto en el lugar 44, tres lugares después de Chile (41) y cinco antes de Argentina (49), los únicos otros dos países de la región latinoamericana y caribeña que integran este grupo. Sin embargo, tanto Chile como Argentina descienden en este ranking cuando se aplica al índice el “ajuste por desigualdad” (-16 y -4 respectivamente), quedando ambos fuera de ese grupo. No se brinda este índice para Cuba pero es posible asumir que el ajuste en este caso sería positivo, es decir que ascendería en el ranking o por lo menos es muy improbable que descienda (ONU 2014:198).

sistema de salud cubano antes citada: “conocer que en cada momento y lugar el ser humano es el problema central, no el dinero, los programas o la tecnología” (2005:282), es transmitida a los estudiantes. La importancia de la voluntad individual y colectiva más allá de las limitaciones económicas forma parte de las representaciones de los egresados y es puesta en práctica de diversas maneras. Mejoras, cambios, desarrollos positivos que habitantes de sectores en los que trabajan y otros trabajadores de la salud relacionan con la práctica médica de los egresados en buena medida refieren a ello, muchos actores relevantes consideran que los médicos enfrentan “de manera ejemplar” dificultades de todo tipo, que logran trabajar en condiciones difíciles sin que las carencias materiales los paralicen y, sobre todo, impulsando mejoras significativas en breves períodos de tiempo (ver capítulo 5). La voluntad individual o colectiva de los médicos sólo logra contrarrestar las limitaciones estructurales en casos puntuales.

Sin embargo, la vivencia de que en un medio donde los recursos materiales son limitados se puede garantizar su utilización oportuna a quien lo requiera, hace que las contradicciones características de contextos como Uruguay y Chile, en cuanto al acceso a tecnologías diagnósticas y de tratamiento por ejemplo, generen mucha frustración pero, al mismo tiempo, permite identificar con claridad el problema a nivel de las concepciones y orientaciones dominantes que conllevan una determinada utilización de recursos, más que a nivel de una escasez general de recursos económicos. Esto contrasta con la “mentalidad ultraeconomicista” que la antropóloga Sonnia Romero identifica como dominante en Uruguay –y propongo que lo es también en Chile– que refiere a la creencia de que sólo con más dinero o más recursos materiales se puede mejorar, sin cuestionarse si se está trabajando bien con lo que se tiene. Esta mentalidad se expresa con fuerza en el campo de la salud pero atraviesa toda la sociedad y tiene que ver con una tendencia notoria a colocar la responsabilidad siempre fuera de la propia órbita de influencia (e/i 2007). La formación y la experiencia de vida en la ELAM implican la posibilidad de replantearse asuntos muy arraigados en la forma dominante de ver el mundo en la cual el dinero aparece como la determinante esencial de casi todo en la vida individual y colectiva.

4.3.1.3 Medicina Natural y Tradicional: la incorporación de otras medicinas

Hacia comienzos de los 80', se reconoció como uno de los errores cometidos en el desarrollo del sistema de salud y de formación médica en Cuba haber dejado de lado formas de atención no biomédicas, en particular los conocimientos referidos a plantas medicinales y otros que formaban parte del saber de la población. Consecuentemente se realizaron una serie de actividades para superar esta situación. La crisis económica desde finales de esa década aceleró el proceso de incorporación a la formación y asistencia médica de contenidos de otras formas de atención. Tuvieron un importante impulso la Aupuntura, las técnicas asiáticas resumidas bajo la rúbrica Medicina Tradicional China y la Fitoterapia. El menor costo que significaba la utilización de estas prácticas y la relativa independencia de la industria farmacéutica internacional que aportaban permitieron dar respuesta a problemas apremiantes¹⁶⁴. En el capítulo anterior procuré describir este proceso y dije que mientras la biomedicina en su proceso de expansión va incorporando otras formas de atención, en muchos contextos lo hace restringiendo el acceso de ciertas personas a ciertas formas. La incorporación de variadas formas de atención en la medicina cubana, por el contrario, ha seguido el camino de promover su uso en la atención médica y en la autoatención.

¹⁶⁴. El bloqueo económico impuesto por los EEUU se profundiza en este período siguiendo la tesis de la “fruta madura” que procuraba acelerar la “caída” de Cuba. Este proceso afecta especialmente a la compra de medicamentos e insumos médicos en el exterior así como alimentos y otros aspectos de influencia directa e inmediata en la población.

Aquí interesa destacar este aspecto de la formación en relación al significado que tiene para el estudiante de medicina recibir información sistemática sobre formas de atención que no sólo difieren en sus procedimientos sino también que proponen teorías diferentes sobre el funcionamiento del cuerpo humano y sobre la salud/enfermedad/atención. Esto representa una oportunidad para entender el pluralismo médico inherente a todas las sociedades actuales como un proceso que puede ser, y de hecho es, incorporado productivamente en los procesos de salud/enfermedad/atención por parte de las personas/conjuntos sociales y que de igual manera puede ser incorporado intencionalmente en la atención médica. Sostengo esto sin desconocer que la expansión de la biomedicina sobre otras formas de atención es un proceso complejo que tiende a homogeneizarlas y subalternizarlas y que en muchas oportunidades conlleva también simplificaciones y adaptaciones al pensar biomédico que distorsionan profundamente las bases filosóficas de otras formas de atención. Sin embargo, me interesa destacar que desde la perspectiva de los egresados este aspecto de la formación “les abrió la cabeza”. También desde la antropología médica cubana se considera que la incorporación de la MNT ha abierto las expectativas y ampliado la visión de los profesionales médicos.

En ambos contextos centrales de esta investigación los médicos han procurado incorporar los conocimientos locales sobre cuidado de la salud y tratamiento de enfermedades así como los conocimientos incorporados en su formación sobre remedios caseros, herbolaria, el manejo de algunas técnicas (acupuntura, moxibustión, digitopuntura, etc.) y su formación en este sentido. También una parte de ellos ha procurado continuar su formación en “terapias del dolor” y en el manejo de problemas de salud mental porque allí reconocen un vacío importante respecto del cual la biomedicina no aporta soluciones efectivas.

En general, los egresados proponen que el haber tenido contacto durante la formación con formas de atención distintas a la biomédica dominante significó un enriquecimiento personal en varios sentidos entre los que destaca el respeto que merecen las distintas concepciones y visiones sobre el proceso salud/enfermedad/atención que sustentan no sólo otros sanadores sino también los conjuntos sociales. Nuevamente, ésta no es la actitud dominante en los contextos donde actualmente trabajan en los que en el marco de la formación médica no se brinda información sistemática sobre otras formas de atención y el interés de algunos médicos y profesionales por las mismas debe ser referido a experiencias convicciones y expectativas individuales (o de microgrupos), a veces económicas. La actualización de este aspecto de la formación se expresa en el siguiente diálogo entre dos egresados de la ELAM (e/g 2012):

Eo6: Te pongo un ejemplo, en Uruguay hace un par de años se había formado en el Instituto Nacional del Cáncer una policlínica que era la policlínica del dolor, el médico que estaba ahí aparte de todo lo que sería el tratamiento de medicamentos usaba mucho lo que era Acupuntura y Medicina Tradicional China. En un momento se le dijo que no correspondía la práctica que estaba haciendo y esa policlínica se cerró. Digo, hay lugares donde hay policlínicas de medicina alternativa, el Hospital Maciel tiene una...

Eo5: Pero, en general, los médicos..., o sea: nosotros porque tenemos otra formación, nosotros pasamos por la rotación de Medicina Natural y Tradicional, sabemos manejar los puntos, la digitopresión en emergencia, de las terapias del dolor, o sea estamos preparados para resolver cosas prácticas y estamos abiertos a todo ese tipo... no sé, otra forma, no le llamaría siempre medicina alternativa porque la occidental es una alternativa.

Eo6: Medicina tradicional, es una medicina no occidental, medicina alternativa a la occidental que es el modelo médico que hay actualmente.

Eo5: Entonces, acá como que no es bien visto, es más te ven con cara de... te ven con otros ojos porque consideran que no sabés mucho de medicina si te dedicás a la medicina tradicional. Como que están sesgados, piensan que la gente que se dedica solamente a la medicina tradicional es porque “bueno, no sabe mucho de medicina y bueno, como no sabe, se dedica a eso”.

Es importante destacar que ninguno de estos médicos se dedica a la “medicina tradicional” o a la promoción de técnicas diferentes a las biomédicas; al contrario, ambos se habían especializado en campos netamente biomédicos. Entonces, más allá de las ventajas que puede tener la incorporación de la MNT en la formación y el interés por alternativas distintas a las biomédicas, lo que importa destacar es su significado para la aceptación de la pluralidad de racionalidades y saberes en los procesos salud/enfermedad/atención así como de las limitaciones de la racionalidad y el saber propio.

4.3.1.4 “El que sólo de Medicina sabe, ni de Medicina sabe”: formación integral

Finalmente, ocupa un lugar destacado en la estructuración de una manera de ser/hacer como médico lo que en Cuba se conoce como formación integral: “Creo que es algo importante que no sólo nos formaron en el aspecto académico en el aspecto médico como tal, sino que también veíamos otras cosas que se fueron dando en los distintos años de la carrera. Eso nos fue generando como ampliar un poco tu mente, no sólo encerrarte en “soy médico soy médico soy médico” sino: “soy un ente más de la sociedad” (Eo22 e/i 2011). Esto contrasta con la hegemonía de lo que un equipo de antropólogos denomina “modelo médico ante todo” que refiere a “la ‘desaparición’ de la persona dentro del rol médico”. El profesional médico se define desde ese aspecto de su ser en cualquier circunstancia y lugar a través de una construcción imaginaria que propone que los médicos actuarían siempre desde una objetividad dictada por su canon profesional sin poner en juego sus circunstancias personales (Rodríguez et al. 2009:64)¹⁶⁵.

Las referencias a la integralidad de la formación aparecen en la mayoría de las entrevistas relacionadas de diversas maneras a una apertura y amplitud de los conocimientos, intereses, sensibilidades y habilidades personales. Los egresados hablan de que la formación les permitió ampliar la mente, la visión del mundo, sus conocimientos, sus intereses, generándoles ansias de saber e investigar, de cultivar distintas facetas de su personalidad, desarrollar ciertas sensibilidades y crecer como personas o bien de que recibieron no sólo una formación médica sino una formación social amplia que les permitió, y les permite, comprender mejor el mundo en el que viven, analizar las situaciones y formarse una opinión propia y los impulsa a “querer conocer, saber, cultivar todo, cultivar la intelectualidad, cultivar tus conocimientos, querer saber y ser” (Eo18 e/i 2011). Una observación que confirma esto es que en entrevistas con médicos jóvenes formados en universidades uruguayas y chilenas a los cuales se les pidió un análisis respecto de la situación del sistema de salud en el cual se desarrollan¹⁶⁶, varios consideraron no estar en condiciones de responderla o que sería una pregunta para gestores o autoridades de salud. La misma pregunta realizada a egresados de la ELAM fue en todos los casos contestada, incluso por recién graduados especificando las limitaciones que ésta u otras circunstancias significaban para su análisis. Esto habla del desarrollo en la formación de capacidades analíticas más allá de lo estrictamente relacionado a la atención curativa individual. También relatos que he recogido sobre el contexto en que trabajan o sus análisis de la situación actual en él y las medidas propuestas para superar los problemas identificados ponen de manifiesto estas capacidades¹⁶⁷.

165. Esto es propuesto por un grupo de antropólogos que realizaron una interesante investigación sobre el asesinato de un médico por parte del familiar de una paciente en Uruguay y concluyen que para el caso estudiado, éste fue uno de los aspectos que incidió en el fatal desarrollo. Estimo que en Chile prevalece este mismo modelo.

166. La pregunta exacta era: ¿Cómo evalúas la situación actual del sistema de salud uruguayo/chileno? Y como orientación para su abordaje se preguntaba: ¿Qué fortalezas y debilidades tiene y cuáles son los cambios más necesarios?

167. Equipos de investigadores que han trabajado con egresados de la ELAM como actores significativos para sus investigaciones, por ejemplo relacionadas con la producción agro-industrial, realizan observaciones similares en cuanto a la capacidad de análisis de médicos egresados de la ELAM respecto de circunstancias sociales, político-económicas y culturales y su relación con la salud.

Los beneficios de la formación integral son tanto más destacados cuanto más contrastan con las experiencias previas y son también inseparables del contacto con la heterogeneidad sociocultural en el proyecto. Varios egresados consideran que su formación e información previa era muy escasa:

No conocía yo políticamente nada, nada, así nada nada. De Cuba sólo lo que oía hablar: que pasaban hambre, todas las cosas más malas que te puedas imaginar. [...] En mi casa ninguno es político, ninguno es partidario de nada, siempre éramos como muy concretos en decir “esto es bueno, esto es malo”, nos dábamos cuenta de las cosas pero mis papás tampoco eran muy letrados, mucho no me podían aportar y en el colegio tampoco te enseñan. Entonces, yo llegué prácticamente sin saber nada. Y cuando llego allá fue una experiencia totalmente distinta. Tu te das cuenta que la salud y la educación es gratis, que el nivel educacional es tremendo, que culturalmente son pero espectaculares, o sea que sabían más historia de Chile que tú mismo. Entonces, era una cosa que “¡qué retrasada estoy!”, era como para darte cuenta de todo lo que te faltaba (Ea24 e/i 2011).

Pero incluso quienes se consideraban anteriormente informados realizan una observación similar:

Para mí fue fundamental en la formación como persona y como ser humano. Yo siempre tuve una formación humanista y mi madre siempre trató de inculcarme mucha información, mucho: leé, averiguá, formate, estudiá. Yo me consideraba bastante informado: tenía 18 años, en mi casa tenía internet, tenía televisión por cable, a pesar de las dificultades económicas tenía ciertas comodidades, tenía un montón de libros, enciclopedias, cosas. Sin embargo, cuando llego a Cuba me doy cuenta que el mundo no era como me lo habían pintado, o sea que desconocía una serie de cosas que me parecía catastrófico incluso no haberlas conocido de antemano como puede ser que yo no supiera que había habido un período dictatorial en mi país o la Operación Condor en toda América Latina, o como puede ser que haya distintos modelos de ver el mundo y que solamente conozca uno y que para mí es el único y el mejor: ¡Cómo puede ser que todas esas cosas no me las cuestioné nunca y me las fui aprendiendo al pie de la letra! Entonces, [...] me llamó profundamente la atención eso: la desinformación que tenía a pesar de estar en un país democrático, con ciertos principios liberales, etc. y con accesos a medios de comunicación masivos, etc. (Eo3 e/i 2012).

Tanto las actividades curriculares (Historia, Inglés, Preparación Física y Deporte) y extracurriculares como las posibilidades de participar en distintas facetas de la vida social en Cuba y en la ELAM, juegan un rol importante en relación pero aquí interesa destacar la importancia de las actividades académicas:

Cuba, sin querer –porque aparte te corta cosas, yo que sé: nosotros no recibimos Filosofía obligatoria del tercer año para allá, no hacemos Historia con los cubanos, sólo hacemos en el área básica, o sea hay materias que ellos, claramente, te plantean que no las dan para que no se diga que hay una cuestión de lavado de cerebro y cosas así– pero no hay manera, vos te vinculás a las realidades [...]. Yo me acuerdo que a mí la Historia en Cuba, las clases de Historia, fueron como esclarecedoras de una visión que me parecía más real de todo, de mi país y de cosas que estaban pasando. Como que te genera esa necesidad de saber, de saber no sólo medicina sino que de saber cosas de las realidades de otros lados (Ea4 e/i 2012).

Y otra egresada plantea:

En la parte cultural siento que me enriqueció muchísimo, espectáculos, hacer cosas; por ejemplo, la medicina china me apasiona, me encanta y allá hice varios cursos, también en la carrera teníamos Medicina Tradicional y aprendí varias técnicas de medicina china. El tema cultural, la parte académica y la parte humana fue muy bueno todo. [...] Teníamos Educación Física, podíamos hacer de todo, buscaban que no fueras un estudiante sedentario y que después como profesional no fueras sedentario tampoco. Ellos, con el ejemplo, buscaban que tuviéramos buenos hábitos de vida, una vida saludable para que también eso lo supiéramos transmitir y buscáramos eso en la gente. [...] había de todo para hacer: artes marciales, aeróbica, idiomas; te daban muchas herramientas, cosas que vos disfrutabas también (Ea20 e/i 2007).

Las posibilidades de desarrollo académico y personal en aspectos y materias no directamente médicos cobran peculiar importancia considerando que una parte importante de los becados de la ELAM hasta ese momento habían tenido un acceso muy limitado a una formación amplia. Su desarrollo de la lectura como hábito y su acceso a libros, por ejemplo, o a actividades artísticas, deportivas, aprender idiomas, su acceso a información, en general, y al disfrute de las expresiones artísticas y culturales muchas veces se había visto limitado por condicionantes socioeconómicas. Este aspecto de la formación se actualiza en el proceso de inserción a través de búsquedas que apuntan a continuar este aspecto de la formación, y también a través de propuestas e iniciativas que desarrollan como médicos o como habitantes de los lugares donde se insertan.

4.3.2 Experiencia de vida

La separación entre formación académica y experiencia de vida cumple solamente con el objetivo de ordenar el análisis. La participación en el proyecto ELAM es una experiencia indivisible que como tal estructura una manera características de ser/hacer en sus egresados. En este capítulo procuraré complementar la reflexión que venía realizando con tres cuestiones que refieren más bien a aspectos no académicos, lo que denomino experiencia de vida.

4.3.2.1 “Son gente, ¿entendés?”: dedicación, vocación y utilidad social del trabajo médico

Ya se mencionó que la relación con los docentes adquiere un carácter humanamente significativo a partir de un posicionamiento más horizontal y simétrico entre docentes y estudiantes así como que no se trata de una igualdad fingida sino del convencimiento sobre la horizontalidad o equidad en las relaciones humanas, desde esa perspectiva la ejemplaridad, adquiere un significado especial. El valor formativo del actuar de los docentes como ejemplo y de otras personas con las que establecieron relaciones durante la formación, es destacado como uno de los aspectos más positivos de la formación desde el punto de vista profesional, ético y humano. Un egresado reflexiona así sobre qué es lo más valioso de su participación en el proyecto:

Tantas cosas, mis médicos, el personal que me capacitó, mis profesores, los médicos que trabajaron conmigo, excelentes personas, excelente médicos, humanamente excelente gente, excelentes. Yo de hecho quiero volver a Cuba para verlos a ellos y a mi segunda madre, una mujer excelente también que empezó como la que nos lavaba la ropa y después nos adoptó a todos, éramos un grupo como de diez. Si me preguntas qué me impactó de Cuba: la gente que conocí, la gente que me formó, mucha gente me dio cosas desinteresadamente; se podrá decir que te lo dan en cualquier lado pero la formación desinteresada te la dan muy pocos, una formación con ímpetu, con ganas, donde te dicen hacé esto y lo otro, donde esperan y perseveran, hasta que vos no aprendiste, no diste en la tecla, no se van: eso es vocacional, eso no los pagás con nada. Y mirar el trato que tienen hacia los pacientes, cómo se preocupan, cómo trabajan, cómo están a las 6 de la mañana en pie por 20 pesos cubanos, son gente ¿entendés? Eso es lo que más me marcó (Eo17 e/i 2007)¹⁶⁸.

Y otra egresada consultada sobre si desea señalar alguna particularidad más de su formación reflexiona:

168. Para evitar equívocos señalo que el entrevistado no considera que lo reducido del sueldo médico sea un valor en sí, al contrario, como ya se dijo esto más bien suele ser reconocido como un grave problema. Lo que manifiesta es que el dinero no es el determinante fundamental del trabajo y dedicación del médico.

No sé si parte de la enseñanza pero fue lo que a mí me marcó: hay diferentes concepciones de lo que son los referentes, de lo que es lo que yo quiero llegar a ser como profesional. A mí me parece que, por veces, hay una tergiversación de que el que tiene más plata, más carro, el médico que trabaja en todos lados y gana, no sé, 200 mil, y que anda de traje, eso es –no es solo acá, es en todos lados– el referente, el que quieres llegar a ser; no importa el tipo de profesional con el paciente que es. Y me parece que en Cuba va más por el lado de la calidad de profesional que sos ante las personas [...] tendrán sus defectos y sus temas, puede ser, sí nadie dice, hay cosas por hacer, por mejorar, por recambiar, pero a mí me parece que esa pérdida de objetivos o cambio de objetivos que tienen las personas que se forman en un sistema como el que tenemos en nuestros países, es re distinta [...] Por ejemplo, todos queremos vivir de nuestro trabajo pero para mí es mucho más importante estar contenta y estar conforme con el trabajo que estoy haciendo que la cantidad que voy a ganar (Ea4 e/i 2012).

En Uruguay y Chile las posibilidades de desarrollar un trabajo socialmente útil desde el entendimiento del rol del médico de los egresados –que apunta a contribuir a resolver los problemas de las personas que los consultan y los conjuntos sociales con los que trabajan en el sentido de abordar no únicamente las consecuencias negativas para la salud de ciertas situaciones sino especialmente sus causas– se ven limitadas por una serie de factores. Al tiempo hay posibilidades de ganar relativamente mucho dinero a través del ejercicio profesional en sociedades donde la ideología de definición del valor de las personas de acuerdo a su nivel de ingresos ha ganado hegemonía.

Esto se aborda en el próximo capítulo pero interesa destacar que si bien los egresados encuentran espacios para un desarrollo laboral con el cual se sienten conformes, son muy frecuentes altos niveles de frustración y dudas sobre hasta qué punto su labor aporta a reproducir una forma de abordar la atención médica con la que discrepan (asistencialista, mercantil, etc.) incluso en los casos centrales de esta investigación que se caracterizan por representar contextos favorables para la inserción de estos médicos. Por supuesto, estas dudas no son exclusivas de estos médicos.

4.3.2.2 Un mundo donde quepan muchos mundos: diversidad y convivencia en la ELAM

Cansados del odio inútil, [...] se empieza como sin saberlo, a probar el amor. Se ponen en pie los pueblos, y se saludan. ‘¿Cómo somos?’ Se preguntan, y unos a otros se van diciendo cómo son. Martí (2003[1891]:229)

Como expuse en el apartado sobre características de los estudiantes, la ELAM es probablemente la Facultad de Medicina más heterogénea del mundo actual. Entre las imágenes que expresan esta situación resaltan dos. La de “una micro América Latina en un edificio” (Ea16 e/i 2007) propuesta por una egresada que pone el acento en que está representada buena parte de la diversidad cultural y étnica del continente. Y la de “un arcoiris” propuesta por un egresado en relación a “la gente que vivimos allá, ya sea de todas las creencias religiosas, etnias, de toda la diversidad: es como un acoiris la ELAM, desde el punto de vista cultural es un arcoiris” (Eo6 e/i 2012).

Este mismo egresado explica que, lo particular es la convivencia cotidiana e íntima a lo largo del espectro allí representado: “en el día a día estábamos interactuando con el resto de los compañeros de allá y enseñamos mucho y aprendimos mucho del resto de las culturas que habían” (Ibíd.). Entonces no es la heterogeneidad en sí lo central sino la experiencia de convivencia que además de los espacios académicos y de encuentro incluye la vida cotidiana compartida. A lo cual hay que agregar un segundo aspecto fundamental que otro egresado plantea de la siguiente manera:

Además de lo profesional aprendí valores humanos muy grandes tanto de la gente cubana como de los otros estudiantes de la ELAM, porque, si te lo pones a ver, se tiene la posibilidad de compartir con personas de todos los estratos sociales, de todas las razas y religiones y tendencias políticas, todos juntos, compartiendo bajo el mismo techo, comiendo de lo mismo y estudiando la más humana de las profesiones y **lo que lo hace único es la igualdad de condiciones y oportunidades que todos teníamos** (Eo12 c/e 2007)¹⁶⁹.

Se trata no sólo de la diversidad sino del hecho de que la misma se exprese en un medio marcado por la voluntad de brindar igualdad de oportunidades y bajo condiciones de vida compartidas en el marco de una experiencia de convivencia íntima, de pertenencia e identificación poco común en las universidades latinoamericanas lo cual tendrá un impacto importante en la estructuración de su manera de ser/hacer en medicina.

Lo que los egresados denominan conocer otras realidades o diversidad de realidades y algunas veces intercambio cultural, es uno de los aspectos destacados por todos ellos así como por otros participantes del proyecto (docentes, trabajadores, directivos) y por investigadores. Huish destaca que la vida estudiantil en el proyecto ELAM promueve (1) “a sense of pan-American solidarity, as envisioned by José Martí” y (2) un énfasis en la cooperación por encima de la competencia (Huish 2008:167); y plantea que la ELAM conforma relaciones increíblemente ricas atravesando lenguajes, tiempos y espacios (Ibíd. 169).

La heterogeneidad del estudiantado de la ELAM es ciertamente impresionante y refiere a la confluencia de una variedad de trasfondos culturales, lingüísticos, socioeconómicos, ideológicos, políticos, religiosos, en cierta medida generacionales, históricos y de trayectorias de vida, creencias, convicciones, gustos, costumbres, cosmovisiones que difícilmente se encuentren en otra universidad bajo condiciones de horizontalidad similares. Junto a personas que han tenido una vida más bien tranquila, incluso en condiciones económicas difíciles, hay estudiantes que han vivido toda la crudeza de las múltiples violencias que impregnan a las sociedades latinoamericanas (discriminaciones, iniquidades y abusos diversos). En el proyecto ELAM confluyen una parte de las formas de vivir, de entender y de actuar que constituyen la actualidad del continente americano y del mundo, una parte de las “variaciones múltiples de modernidad” que componen el mundo actual (cfr. Escobar 2002:6) y lo hacen sobre una base única de equidad de condiciones y oportunidades.

Por supuesto, es exagerado pensar que está representada toda la diversidad socioeconómica, cultural, territorial y política del continente, como expuse antes, hay factores homogeneizantes y otros excluyentes¹⁷⁰. También es exagerado pensar que las condiciones de vida de todos los estudiantes durante la carrera son exactamente iguales: algunos reciben dinero que les es enviado desde sus países otros manejan sólo el sueldo mensual que les corresponde; algunos viajan anualmente o cada cierto tiempo fuera de Cuba, otros permanecen allí durante toda la carrera; algunos viven en las residencias estudiantiles a las que son asignados durante toda la carrera, otros en los últimos años viven en residencias particulares. Estas diferencias marcan experiencias que pueden ser muy disímiles pero no influyen en las posibilidades de vivir y estudiar ya que está garantizada la equidad en relación a las condiciones y oportunidades para ello. Un egresado explica:

Nos pasó algo muy cómico o catastrófico, algo tragicómico. Cuando nos fuimos, yo me acuerdo que compramos el pasaje acá y el dólar estaba a 11,40, allá los uruguayos éramos los reyes del mambo, salíamos y comprábamos en cafeterías que eran lugares para turistas [negocios que sólo aceptan divisas] y cosas así. De repente cuando en el 2002 con la crisis el dólar se fue a 30 y pico o 40 y pico de pesos acá y nuestros padres no nos podían mandar

169. El subrayado es mío.

170. Entre los homogeneizantes destaca los 11-12 años de escolarización de todos los estudiantes aunque en contextos diversos; entre los excluyentes la pertenencia a los estratos socioeconómicos más altos y más bajos aunque no quiere decir que no hayan excepciones.

dinero, los uruguayos pasamos a ser los más carenciados de los que estábamos allá, y nunca nos faltó nada. Nosotros para lo que era la salida o cosas así tuvimos limitaciones porque en sí nunca no nos faltó nada, tuviéramos o no tuviéramos [divisas] (Eo6 e/i 2012).

Aquí interesa presentar el significado de la posibilidad de conocer otras realidades en el marco de condiciones de vida compartidas y equidad de oportunidades desde las vivencias de los egresados así como proponer perspectivas sobre la diversidad cultural, un tema que ha estado tanto en el centro del desarrollo de la antropología como también, con renovado impulso en las últimas décadas, en el centro de muchas discusiones políticas y también en el campo de la salud. El interés en este aspecto de la formación radica además en el hecho de que relaciones interculturales bajo equidad de oportunidades han sido la excepción por lo menos en los contextos coloniales, neocoloniales y nacionales desde hace más de 500 años al mismo tiempo que la reivindicación central de las luchas antirracistas, anticoloniales y emancipatorias en América.

En todas las entrevistas aparecen reflexiones sobre este aspecto. La siguiente de un egresado mapuche chileno es ilustrativa respecto de una serie de aspectos importantes:

nos dio la posibilidad no solamente de ser médicos sino de poder conocer las realidades y ver los roces estúpidos que pueden existir entre países: si nos damos cuenta, el chileno con el argentino o el chileno con el peruano o el chileno con el boliviano, países vecinos, porque los países vecinos siempre van a tener sus roces o sus disputas que de repente van hasta por intereses económicos extranjeros o intereses económicos de la clase dominante de un país. Al conversar y al darnos cuenta de que nosotros éramos parte y vivíamos cosas muy parecidas, porque el neoliberalismo y el imperialismo se han metido hasta el hueso con nosotros, me refiero nosotros Latinoamérica y también otros países de los cuales conocí realidades realmente interesantes de compañeros africanos, por ejemplo. Y hablo de compañeros no por un asunto de que sea comunista ni nada por el estilo, hablo del compañerismo que debiera existir entre los seres humanos. [...] Entonces, los roces y las asperezas que uno tiene y prejuicios con respecto a otras personas, por ejemplo, la misma migración de gente del Perú hacia Chile simplemente por un asunto económico, y el maltrato que reciben, la contratación –que por una nana chilena contratan dos nanas peruanas– y la humillación que sufre la gente es algo que, realmente, uno en un momento no valoraba porque no tenía otra visión del mundo (Eo24 e/i 2009).

Las discriminaciones, los prejuicios, el racismo y el nacionalismo entendido como “prepotencia nacionalista” aparecen en las reflexiones de egresados de todos los países y pueblos que participaron de esta investigación. En palabras de un egresado de otro país:

Uno cuando llega a la ELAM tiene ciertas fases. Uno llega un pollito allá, entonces, llega todavía con esos vicios que cada país inculca, con ese nacionalismo, hay algunos que salen con eso, hay cosas que subsanan [...] Uno va conociendo la realidad y va aprendiendo como a respetar un poco los puntos de vista y a ampliar nuestra mente, por ejemplo, no tanta prepotencia nacionalista de que “ah, somos los mejores”, uno va viendo maneras distintas de ver las cosas y claro, a eso le sigue que va cambiando el pensar (Eo20 e/i 2011).

La idea central en las reflexiones sobre este aspecto de la formación es que conocer, conversar, compartir vivencias y formas de ser, de ver el mundo, contribuye a una apertura hacia los demás, a un cuestionamiento de prejuicios y a enriquecer la forma de vida propia. La posibilidad de tomar distancia de uno mismo y cuestionarse desde otro lugar la vida cotidiana, posiciones y creencias propias y dominantes en el entorno sociocultural, aporta al reconocimiento de que hay muchas maneras de vivir, de entender y de actuar, que la propia no necesariamente es mejor ni superior y que entre ellas hay tanto diferencias como similitudes. Esto tiene profundas implicaciones en la práctica médica, algunas de las cuales se abordan en el próximo capítulo.

Se trata de una idea que ha estado presente en buena parte del pensamiento americano. De hecho en ella se fundamenta la rápida conversión desde un proyecto de formación de

jóvenes centroamericanos proveniente de zonas afectadas por huracanes, hacia un proyecto de alcance continental que sufrió el proyecto ELAM. La necesidad de conocerse unos a otros hacia adentro y hacia afuera de las repúblicas, de conocerse a sí mismo y conocer a los demás está en la base de la propuesta de “unidad en la diversidad” que, como plantea el historiador Daniel Fernández, se enuncia concretamente desde comienzos del siglo XIX pero nace de la experiencia de resistencia de los tres siglos anteriores. El proyecto ELAM está íntimamente relacionado a esta idea (Fernández 2005).

La importancia de una unidad que tiene como premisa conocer la diversidad y respetarla forma parte de lo que el sociólogo Edgardo Lander denomina una “larga y valiosa tradición de búsqueda de perspectivas del conocer no eurocéntrico en América Latina” (2000:13) en la cual la categoría “Nuestra América” propuesta en 1881 por José Martí ha sido de especial trascendencia. En principio, se trata de una consigna que se opone al panamericanismo imperialista de los EEUU en el momento en que éstos comenzaban a perfilarse como poder mundial imperialista y que pretendía ser un antídoto ante esa renovada amenaza expansionista, de anexión de la diferencia y prolongación de la situación colonial porque, para Martí, en aquel momento el riesgo imperialista venía a sumarse a los muchos problemas ocasionados por la falta de reconocimiento de la realidad local de los gobiernos de las repúblicas americanas que negaban, desconocían o ignoraban aquello que pretendían gobernar. A pesar del genocidio indígena, la esclavitud y el racismo Nuestra América era característicamente mestiza (Toledo 2003:7) y lo que correspondía era que se conociese a sí misma para que el gobierno naciera del pueblo: “ajustar la libertad al cuerpo de los que se alzaron y vencieron por ella”: al negro, al indio, al gaucho, al campesino, a todos los oprimidos por el sistema colonial (Martí 2003[1891]: 229) porque:

Cree el aldeano vanidoso que el mundo entero es su aldea, y con tal que él quede de alcalde, o le mortifiquen al rival que le quitó la novia, o le crezcan en la alcancía los ahorros, ya da por bueno el orden universal, sin saber de los gigantes que llevan siete leguas en las botas, y le pueden poner la bota encima, ni de la pelea de los cometas en el cielo, que van por el aire dormido[s] engullendo mundos. Lo que quede de aldea en América ha de despertar. Estos tiempos no son para acostarse con el pañuelo en la cabeza, sino con las armas de almohada, como los varones de Juan de Castellanos: las armas del juicio, que vencen a las otras. Trincheras de ideas, valen más que trincheras de piedra.

No hay proa que taje una nube de ideas. Una idea enérgica, flameada a tiempo ante el mundo, para, como la bandera mística del juicio final, a un escuadrón de acorazados (Martí 2003[1891]:223)¹⁷¹.

171. En este ensayo subraya una buena cantidad de ideas enérgicas que siguen apareciendo a pesar de los acorazados, los bombarderos, la tortura, la hegemonía mediática, las masacres, las desapariciones, la especulación financiera, el extractivismo, la pobreza, las simulaciones espectaculares de democracia y tantas otras armas aplicadas desde antes y desde entonces en América. Incluyo aquí algunas de ellas que considero de mucha relevancia hoy en día pero que han sido “olvidadas” o por lo menos no suelen incluirse referencias a ellas en parte importante de las discusiones sobre multiculturalismo y diversidad cultural:

Los que al amparo de una tradición criminal, cercenaron, con el sable tinto en la sangre de una misma vena, la tierra del hermano vencido, del hermano castigado más allá de su culpa, si no quiere[n] que le[s] llamen el pueblo ladrón, devuélvanle sus tierras al hermano. Las deudas del honor, no las cobra el honrado en dinero, a tanto por la bofetada (Martí 2003[1891]:223).

No hay batalla entre la civilización y la barbarie sino entre la falsa erudición y la naturaleza (Ibíd.:225).

No hay odio de razas, porque no hay razas. Los pensadores canijos, los pensadores de lámparas, enhebran y recalientan las razas de librería, que el viajero justo y el observador cordial buscan en vano en la justicia de la naturaleza, donde resalta, en el amor victorioso y el apetito turbulento, la identidad universal del hombre. El alma emana, igual y eterna, de los cuerpos diversos en forma y en color. Peca contra la humanidad, el que fomente y propague la oposición y el odio de las razas (Ibíd.:231).

Para los estudiantes de la ELAM el empezar a “descubrir que América Latina tiene su diversidad” (Eo14 e/i 2007) es tanto más destacado en tanto se trata de un des-cubrimiento en el sentido de enfrentarse a algo que había permanecido oculto para ellos. Para ejemplificar este aspecto una egresada uruguaya explica: “para que te hagas una idea de lo limitada que era mi visión en ese sentido: yo antes creía que en todo el mundo se tomaba mate” (Ea22 e/i 2007). Otro plantea: “por ejemplo, me di cuenta que el yeísmo era sólo y exclusivo del Río de la Plata” (Eo14 e/i 2007). Relatos sobre estudiantes que nunca habían visto a una persona negra o con ojos claros también son frecuentes. Esto remite a una característica importante de la heterogeneidad en la ELAM que refiere a que buena parte de sus estudiantes no son esos turistas/vagabundos que propone Bauman (1998), no se ajustan a las visiones que proponen una pérdida de importancia del lugar, no son seres siempre en movimiento y conectados, lo cual en cierta manera incrementa la diversidad cuya contracara son las similitudes y coincidencias que aparecen indisociables de la misma, como plantea el egresado que reflexionaba en el apartado anterior sobre su desinformación previa a su participación en el proyecto:

A mí me llamó profundamente la atención eso: la desinformación que tenía a pesar de estar en un país democrático, con ciertos principios liberales, etc. y con acceso a medios de comunicación masivos, etc.; y, por otro lado, la coincidencia, a partir de distintos compañeros de problemáticas en los países de América Latina y todos los que forman parte del proyecto ELAM muy similares, en algunos peores, en otros mejores e incluso un pasado histórico similar (Eo3 e/i 2012).

Esto habla de un despertar de lo que queda de aldea entre los estudiantes, del aldeano que sustenta la prepotencia nacionalista que procuran ir dejando de lado, lo cual no se da a través de la lectura de Martí –aunque ésta pueda influir así como actividades académicas y el contacto con movimientos sociales– sino que, en primer lugar, resulta de una experiencia de convivencia e intimidad novedosa que va deviniendo cotidiana: “en la diaria conocés las realidades de los diferentes lugares, era sentarte en el comedor y decime una cosa: ¿cómo es la música? ¿cómo viven? y ¿cómo es la moneda? y ¿qué idiomas son los que se hablan? y ¿qué las etnias? y ¿qué...?” (Ea1 e/i 2007).

La cotidianidad se va construyendo a partir de las nuevas condiciones, con mayor o menor dificultad. Las experiencias de convivencia en la ELAM son muy variadas aunque incluyen siempre dormitorios compartidos, grupos de clase heterogéneos, horarios y actividades comunes así como cambios en aspectos de la vida cotidiana (alimentación, clima, compartir espacios, estudiar). Estos generan para algunas personas más dificultades que para otras; muchas coinciden en que es más fácil enfrentarlos de manera colectiva y que esto impulsa en buena medida los fuertes lazos que en períodos cortos de tiempo se generan. A través de la adaptación a las nuevas condiciones de vida en colectivo, de compartir lo cotidiano van reconociendo diferencias y similitudes. Esto significa: “mucho aprendizaje, no sólo de Medicina, de la vida: aprender a convivir, a tolerar, a respetar entre otras cosas” (Eo4 e/i 2012).

Para hacerse un panorama de las experiencias de convivencia en el proyecto ELAM presentaré dos ejemplos. El primero aportado por un egresado:

Al llegar me pusieron sólo con 47 guatemaltecos y en un principio dije: “¡Ups! Guatemala-Uruguay: ¿qué tendremos en común?” ¡Vaya si lo teníamos!. Para mí fue la mejor experiencia cómo me trató esa gente, de hecho tengo 47 amigos en Guatemala porque era uno más. [...] Los dos años y medio que estuve en La Habana viví con ellos, me acostumbré a sus costumbres, a sus comidas, a sus ropas, parecía uno más, bueno ellos también tomaban

Los pueblos han de vivir criticándose, porque la crítica es la salud; pero con un solo pecho y una sola mente. ¡Bajarse hasta los infelices, y alzarlos en los brazos! ¡Con el fuego del corazón deshelar la América coagulada! ¡Echar, bullendo y rebotando, por las venas la sangre natural del país! (Ibíd.:229).

mate conmigo, aprendieron a tomar mate y la cumbia que poníamos, el folklore que poníamos lo cantaban, me enseñaron dialectos, por la parte cultural el intercambio fue fabuloso. Tuve muy buena relación [...] hice muy buenas amistades con gente de África, de hecho mi mejor amiga es africana, de Guinea Ecuatorial, estaba en mi clase, yo fui y me pegué a ella que era monitora de química y yo en química estaba mal porque habíamos llegado tarde. Por ahí empezamos y terminamos estudiando juntos toda la carrera (Eo17 e/i 2007).

Y sobre su relación con los cubanos agrega:

En Pinar del Río si tuve mucho más contacto, ahí teníamos compañeros cubanos, yo era el único extranjero, yo y esta amiga éramos los únicos extranjeros en tercero, en cuarto se suma una muchacha de Colombia y uno de Guinea Ecuatorial, pero seguíamos siendo de una clase de treinta, cuatro extranjeros, o sea que vivíamos con los cubanos, nos íbamos, por ejemplo, a estudiar a las chacras, casi todos mis compañeros eran de municipio, eran becados, o sea vivían ahí en la beca con nosotros, los de la ciudad vivían en sus casas. Los fines de semana íbamos con ellos a las casas, al campo o íbamos a buscar víveres, queso, leche, es mucho más accesible en el campo porque es más barato.

El segundo, por una egresada:

Al principio nosotros vivimos sólo chilenas juntas, imagínate: llegar a vivir con catorce personas que tú no conoces, que no conoces hábitos, que no conoces nada, catorce personas. Y ya después cuando pasamos el premédico entramos a primer año y ahí decidí ir a vivir con otras personas de otros países porque en el premédico hice buenas amigas: una de Guatemala, dos de Honduras, una de Venezuela y una de Argentina, entonces, decidimos ir a vivir juntas y eso sí fue todo un cambio porque yo era demasiado chilena, puro modismo, eran demasiados modismos y ellas me decían: “no te entendemos” [...]. Y así mismo también conociendo las culturas de ellas: una garífuna, de Honduras, y otras de otros sectores y de distintos niveles socioeconómicos [...]. Entonces, igual tú compartes y ahí aprendes de todo, ahí tú eres y empiezas a aprender de todo, no sé, hasta las cosas más básicas, empiezas a valorarlo todo desde otra perspectiva (Ea24 e/i 2011).

Y más adelante en la entrevista reflexionando sobre su contacto con la sociedad cubana explica: “Te empiezas a dar cuenta de las cosas que sí son especiales y cosas que empiezas a compartir, que es lo que tiene el cubano, lo maravilloso que tiene el cubano. [...] Uno llega con esta visión, sin saber que eres egoísta y allá te das cuenta que eres egoísta, no sé son cosas que tú nunca notaste y allá las notas. Entonces, fue una experiencia enriquecedora personalmente, espiritualmente y socialmente” (Ibíd.).

Al igual que en la cita anterior muchos egresados plantean que desconocían cosas de sí mismos: no se sabían materialistas, consumistas, egoístas, prejuiciosos, groseros, cerrados, racistas, machistas y, a veces, ni siquiera reconocían estas características en sus sociedades. Se trata de un proceso, a veces doloroso, de reconocimiento de sí mismo que implica enfrentar prejuicios, limitaciones y carencias. Por otra parte, no se trata de un proceso exento de conflictos, por el contrario, es muchas veces desde ellos que se promueve el cambio en el pensar del que hablaba el egresado citado al comienzo, la apertura mental o la visión más amplia del mundo que muchos mencionan, ese enriquecimiento personal, espiritual y social.

En este sentido, interesa incorporar un último relato aportado por un egresada sobre los comienzos de su experiencia en la ELAM que ejemplifica las relaciones humanas intensas y de cooperación entre estudiantes, los prejuicios socioculturales y el tipo de conflictos que brindan la oportunidad de hacerlos conscientes. Refiriéndose a dos compañeras quiché provenientes de una zona apartada de las montañas guatemaltecas que en los primeros semestres tenían grandes dificultades debido a una “mala base” académica, recuerda: “les iba mal y yo me quedaba las madrugadas estudiando con ellas con tal de que les fuera bien porque decía: ‘es más importante que ellas se gradúen a que se gradúe cualquier otro’”. Esto

por dos motivos, porque iban a volcar “todo lo que les brindaron, todos sus conocimientos” en su comunidad, y porque eran muy buenas personas, en relación a lo cual comenta:

Por ejemplo, ellas son super religiosas –bueno yo soy atea y todos eran religiosos ahí– me acuerdo que un día estábamos dando en inglés lo que era “polite” y “no polite” y la profesora dijo que era “no polite” preguntar la religión. Entonces, la gente empezó a decir que por qué si todo el mundo creía en Dios. “¡Pero cómo!” –dice la profesora– “¿quién no cree acá?”. [...] Yo era la única, clavado que me iba para el infierno. Toda la gente me miró con una cara de lástima que no podía ser y yo me llevaba bien con todo el mundo creo que era representante del grupo en esa época (ah no, en esa época aún no). A la salida todo el mundo quedó onda “no me acerco a vos, te va a pasar algo”, y ella viene y me dice: “no te preocupes porque más allá de que vos no creas en Dios, él sabe que sos buena, entonces, no te va a pasar nada, vas a ver, él te va a proteger”. Me dijo eso y casi me pongo a llorar porque todo el mundo me miró como... de verdad no lo podían creer, era una cosa catastrófica para ellos: ¡fue tan lindo; las cosas que yo viví ahí! (Ea1 e/i 2007).

Cuando los egresados hablan de enfrentar prejuicios, de enfrentarse a formas de ver el mundo y de vivir distintas a las conocidas y naturalizadas anteriormente y aprender a respetarlas bajo condiciones de equidad esto representa un aporte central al ideal de la unidad en la diversidad entendido como una de las enseñanzas principales de más de cinco siglos de enfrentamiento a proyectos expansionistas sustentados en un discurso de anexión de la diferencia. Tomando como punto de partida la propuesta del filósofo Roberto Fernández Retamar en su ensayo “Nuestra América y Occidente” (1976) como propone el semiólogo Walter Mignolo, se puede plantear que la experiencia de vida en la ELAM contribuye a mantener “un posoccidentalismo como horizonte, en donde las represiones forjadas y surgidas de las expansiones coloniales, justificadas en los ideales del renacimiento (cristianización), de la ilustración (civilización) o de la modernización (tecnología y consumismo), puedan ir trascendiéndose” (1998:Online)¹⁷².

También se puede pensar en la ELAM como una experiencia que aporta a construir el mundo donde quepan muchos mundos del pensamiento zapatista que implica una “patria” en la que “quepan todos los pueblos y sus lenguas, que todos los pasos la caminen, que todos la ríen, que la amanezcan todos” y, al mismo tiempo, construir la unidad, “la unidad que nos abraza en la historia y para desechar el olvido que nos enfrenta y destruye” (EZLN 1999:Online). De manera que importa retomar el tema del conocimiento de sí mismo que además de contribuir al cuestionamiento de prejuicios aporta a un proceso de construcción identitaria, como manifiesta estas reflexiones de un egresado:

mi vinculación con la identidad mapuche antes era nula, nula absolutamente [...]. Por el mismo esfuerzo, por el mismo gran trabajo que tenían que hacer [mis padres] decidieron irse a la ciudad, de cierta forma tenían sus raíces pero se tenían que vincular a la ciudad [...] tenían que vivir de acuerdo a como se vivía en la ciudad. De hecho, fue mucho de lo que se fueron olvidando en cuanto a la cultura mapuche, la lengua o quizás todo lo que significa, los ritos, todo esto se fue perdiendo por parte de mis padres. Obviamente, si lo van perdiendo ellos a nosotros nos van a transmitir poco y, por lo mismo, la vinculación era poca, no era que me daba vergüenza sino que, simplemente, yo era un tipo más nomás, un adolescente más que va a estudiar y estudia y trabaja y ya (Eo18 e/i 2011).

El contacto con otros estudiantes mapuche en la ELAM con experiencias de vida distintas a la suya así como con personas de otros grupos étnicos transformó esta situación. Hoy considera que su autorreconocimiento como mapuche es total si bien su compromiso social es general, no hacia un pueblo o grupo en particular sino en contra de toda discriminación.

¹⁷². Para Mignolo posoccidentalismo es la “palabra clave para articular el discurso de descolonización intelectual desde los legados del pensamiento en Latinoamérica” y es concebido como proyecto crítico y superador del occidentalismo, y su discurso de anexión de la diferencia, que fue el proyecto pragmático de las empresas colonizadoras de las Américas desde el siglo XVI (Mignolo 1998:Online).

Reflexionando sobre cómo adquirió este compromiso a través de su experiencia de formación plantea que “primero es identificarte cómo eres, de dónde vienes, cuáles son tus raíces” (Ibíd.). Para él el conocimiento de sí mismo es inseparable del contacto con los otros pero en cierta medida antecede la capacidad de conocer a los demás. En una línea similar de argumentación, otro egresado plantea: “aprendí la importancia de la cultura [...] la cultura une y te da identidad y también aprendí la importancia de defender nuestra cultura” (Eo4 e/i 2012). En el sentido que lo plantea este egresado, esto puede referir a la identificación con un grupo étnico –“mi autorreconocimiento de pertenecer a, ha cambiado sí, ahora es 100%” (Eo18 e/i 2011)–, con un conglomerado nacional –“me hice más uruguayo estando afuera que estando adentro” (Eo4 e/i 2012)–, o regional plural –“yo creo que soy parte de América Latina hoy por hoy y no sé si antes lo era” (Eo2 e/i 2007). Lo interesante es que esta identificación no se da desde una gramática de exclusión, sino que es plástica y plural en el sentido de que admite otras en un plano horizontal desde un reconocer que “es más lo que nos une, que lo que nos separa” (Eo24 e/i 2009) lo cual lleva a desarrollar lo que el egresado arriba citado define como “una conciencia social que a todos nos unía” (Eo18 e/i 2011).

Una valoración no esencialista de la cultura e identidad, que no jerarquiza ni niega otras es importante en el contexto de las reflexiones sobre relaciones interculturales y para el trabajo médico en general y es la que da pie a modificar aspectos de la personalidad, identidad y cosmovisión que aparecen cuestionados a partir del establecimiento de este tipo de relaciones interculturales en un contexto como el explicitado. Estas experiencias se actualizan en los contextos de inserción en la medida en que los egresados se enfrentan nuevamente a muchos de los prejuicios socioculturales y esencialismos que habían ido superando así como a actitudes con las cuales ya no se identifican: “acá vos salís y están viendo que ropa tenés. Volver al pueblo fue encontrarse con todo eso de nuevo, gente que se preocupa por cosas...: ‘dejé de estudiar porque quiero comprarme un televisor plasma’, cosas así” (Eo15 e/i 2007). Como argumento en el próximo capítulo esta experiencia promueve el cuestionamiento de estigmatizaciones y discriminaciones clasistas y racistas muy extendidas en las sociedades latinoamericanas y en particular en los contextos de investigación, radicando aquí un aporte fundamental para las propuestas de interculturalidad en salud.

4.3.2.3 Otro mundo es posible: la vida en Cuba y los movimientos sociales

La flor de la palabra no muere, aunque en silencio caminen nuestros pasos. En silencio se siembra la palabra. Para que florezca a gritos se calla. La palabra se hace soldado para no morir en el olvido. Para vivir se muere la palabra, sembrada para siempre en el vientre del mundo. Naciendo y viviendo nos morimos. Siempre viviremos. Al olvido sólo regresarán quienes rinden su historia.

(EZLN 1996:Online)

En estrecha relación con lo que venía proponiendo interesa destacar un último aspecto relevante para la estructuración de la forma de ser/hacer de los egresados. Además, del contacto cotidiano con personas muy diversas y del conocer “en la diaria” formas de vida distintas, también el proyecto ELAM brinda la posibilidad de conocer una serie de propuestas y pensares en pos de articular alternativas de vida desarrollados por diferentes movimientos sociales a través de la historia y en la actualidad así como de conocer el complejo proceso de transformación que en Cuba se denomina revolución. Un egresado lo expresa así:

Algo que me ha servido mucho es el tema de compartir con tantas naciones juntas tanto tiempo, con tantas formas distintas de pensar, con culturas tan diferentes y gente y nuclearte con mucha gente que, aunque sea en el discurso o en la idea, tienen ganas de cambiar este mundo. Digo si hay una cosa que sí es Cuba y, sobre todo, la ELAM, es tierra fecunda para todas esas cosas. [...] Esas cosas te quedan marcadas. La oportunidad de compartir esas cosas y de vivirlas (Eo1 e/i 2007)

Como expliqué en el capítulo 3 organizaciones sociales y políticas participaron en el proyecto ELAM desde el principio y paulatinamente se sumaron gobiernos, algunos de ellos caracterizados justamente por su vinculación con movimientos sociales surgidos de los enfrentamientos contra el neoliberalismo en la/las décadas anterior/es. Las formas que adquiere la participación de movimientos sociales son diversas y pueden incluir el envío de miembros activos a estudiar allí, la colaboración en la difusión de información y gestión de las becas, donaciones u otro tipo de colaboración hacia la institución y/o sus estudiantes y la participación indirecta a través de militantes que de manera individual solicitan la beca. No me es posible brindar una lista exhaustiva de todas las organizaciones que han participado ni todas las formas en que lo han hecho. Para los fines de este trabajo es suficiente tener en cuenta que el espectro es muy amplio incluyendo organizaciones religiosas, sociales, indígenas o campesinas así como partidos políticos. Lo importante es que participar del proyecto ELAM permite conocer una parte del amplio espectro de reivindicaciones y luchas sociales históricas y actuales que apuntan a cambiar este mundo. Como planteaba el primer rector de la ELAM el proyecto en sí apunta a “hacer real que un mundo mejor es posible, como tantas veces hemos discutido” (Carrizo en Audiovisuales ELAM 2012).

La posibilidad de conocer, de manera condensada podríamos decir, parte del amplio espectro de posturas y propuestas en búsqueda de alternativas se da nuevamente tanto en el marco del intercambio cotidiano como a través de actividades específicas desarrolladas por quienes son parte de esa búsqueda:

Había algunos países que venían por organizaciones políticas, por ejemplo, los chilenos, los argentinos eran gente con un nivel cultural más alto, gente que tenían padres militantes, ellos militaban [...], padre o madre desaparecidos ¿viste? Y, por el lado, de los argentinos habían muchos militantes, que venían por organizaciones políticas, por ejemplo, HIJOS, todas esas cosas. Después, estaban los Sin Tierra entre los brasileros. Y hacían actividades que iba todo el mundo, por ejemplo, de fotografía. La gente centroamericana ¿vos crees que tenían idea qué eran los Sin Tierra? A no ser algún sandinista que otro que hubiera por ahí, ni idea. Entonces, la gente vio otra cosa (Ea1 e/i 2007).

Como ya dije en muchos casos los estudiantes contaban básicamente con la información proveniente de los medios hegemónicos de comunicación y de los sistemas de educación formal que en general no incluían estas cuestiones. Incluso quienes tenían más conocimiento sobre reivindicaciones sociales por su historia familiar o personal de militancia o formación, valoran enormemente este aspecto de la formación en tanto brinda la posibilidad de conocer directamente “gente de distintas organizaciones políticas de Latinoamérica que igual a veces uno no conoce, lo conoce por la tele o por un artículo” mientras en Cuba se pudo conocer a las personas, a los sujetos que conforman esas organizaciones y a través de ellos las diversas trayectorias de las mismas y “gente de todos lados, de otras carreras igual porque hay gente estudiando de todo en Cuba, en realidad, si uno va a la Universidad de La Habana está lleno de gente de todos lados (Eo20 e/i 2011). Este aspecto de la formación incide en el mismo sentido que varios de los discutidos anteriormente: permite ampliar la visión de mundo, discutir, intercambiar y formarse una opinión propia. En relación a lo que más valora de su participación en el proyecto ELAM, uno de los egresados citados en el apartado anterior propone:

La formación en la parte social cosa que yo no tenía [...] quizás no tanto formación política pero sí la formación social y de saber para dónde va la micro, de tener el conocimiento, de tener tu propia opinión, fue amplia. Tuve muchos compañeros y amigos también que tenían una formación política, con ellos tuve largas conversas, discusiones y todo lo demás. Eso mismo me ayudó a tener este sentimiento social que tengo actualmente con respecto a estar ahí con las causas sociales de mi país, la verdad que a nivel de todo el mundo (Eo17 e/i 2011).

Además, buena parte de los estudiantes, como ha quedado de manifiesto en varias citas, desconocía que Cuba presentaba características en cuanto a su organización social y política diferentes, como plantea un egresado sintetizando muy bien la situación en que muchos se encontraban: “lo que conocía de Cuba en sí era que era lo malo de Latinoamérica, lo malo del Caribe en sí era Cuba, el mal ejemplo” (Eo6 e/i 2012). De manera similar a lo que venía planteando, también para aquellos que consideraban tener más o mejor información respecto de Cuba, la inserción en esa sociedad fue una experiencia sumamente valorada y que, nuevamente, contribuyó al cuestionamiento de prejuicios y a fomentar capacidades críticas y analíticas.

En este sentido, interesa pensar la participación en el proyecto ELAM como un tipo de migración económica muy peculiar entre las formas de migración predominantes en el mundo actual. La diferencia fundamental consiste en que estos migrantes tienen garantizados toda una serie de derechos económicos, sociales, culturales y políticos en la sociedad receptora y un estatus y reconocimiento tanto legal como social más bien alto. Los estudiantes de la ELAM son especialmente valorados y protegidos no solamente por las instituciones sino también por buena parte de los ciudadanos, lo que contrasta en muchos casos con su posición en la sociedad en que vivían anteriormente. Además, los derechos que detentan en Cuba en cuanto a educación, salud, alimentación, comunicación, expresión, etc. son muy superiores a los que detentaban antes. Experimentan entonces más bien un aumento de su estatus social¹⁷³ una experiencia que tiene también implicaciones importantes en la práctica médica posterior.

En todo caso los estudiantes se encontraron en una sociedad que desconocían y que “les abrió las puertas” (Eo6 e/i 2012), puertas que los llevaron por diferentes caminos desde los cuales conocer “un poquito más de Cuba” (Eo20 e/i 2011). A modo de ejemplo, dejaré aquí la reflexión de uno de ellos que me parece sintetiza en varios aspectos sustanciales el valor de conocer “un lugar muy especial porque, quieras o no, Cuba tiene una cultura y una historia muy enriquecedora que me sirvió muchísimo para darme cuenta de muchas cosas” (Ea14 e/i 2007):

Es un país muy imperfecto, igual que cualquier otro, que tiene veinte mil carencias, que tiene veinte mil problemas, como los tienen todos los países del mundo y, al final, la forma que ellos tienen de ver y de hacer sus cosas la elijen ellos. Es uno de los países que yo conozco con más libertad y con más autodeterminación como nación, la que más tiene [...]. Eso es lo fundamental que yo veo con respecto a Cuba. [...] Y me parece que la ideología y a lo que se dirigen es mil veces más puro que cualquier otra nación del mundo, y que hay que defenderlo por esas razones. Que hay cosas que hagan mal, o que yo pienso, en mi escasa y corta visión de las cosas, sí también, pero me parece que, por lo menos, apuntan a objetivos más nobles: todo su sistema económico, político y social se basa en la persona y su desarrollo y en no generar daño con respecto al ambiente, al mundo, a las relaciones internacionales, a todo eso. Tienen ideas más nobles (Eo1 e/i 2007).

173. Dos hechos ejemplifican este proceso. Por una parte, son muy comunes los relatos referentes a la gran sorpresa que significó para ellos la buena recepción que se les dio en el aeropuerto y en general “lo bien que los trataban”. Estaban sorprendidos por el trato amable, cariñoso, atento, personalizado al que no estaban acostumbrados en sus países. Por otra, docentes y otros trabajadores de la ELAM y de otras instituciones formativas resaltan como problemas graves con los cuales deben lidiar en el marco de su recepción de estudiantes del proyecto, sobre todo en los primeros años de estudios, la actitud “sumisa” (hablar bajo, no mirar a los ojos, no expresar sus opiniones, baja autoestima, falta de confianza en las capacidades propias); el machismo; la violencia en general y de género en particular; el consumo abusivo de alcohol y toda una serie de problemas que reflejan los contextos de socialización de un parte de los estudiantes.

5

La inserción en Uruguay y Chile o el encuentro entre maneras diferentes de ser/hacer

The issue is going to be, is health care a right or a commodity? Unless we have a concerted effort to make health care a right among the poor of Latin America, the full promise of those students is not going to be realized.

Paul Farmer En: Field (2006)

En este trabajo se entiende la inserción de los egresados de la ELAM en los sectores salud de los países beneficiarios, en especial de Uruguay y Chile, como un espacio de significaciones sociales que manifiestan las tensiones en las relaciones de cooperación o lucha, de complementación y competencia que enmarcan la definición y producción de la realidad actual y de las posibilidades futuras. Específicamente propongo entenderlo como encuentro entre maneras diferentes de pensar y actuar, de ser/hacer como médicos que incluyen la estructurada en el marco del proyecto ELAM, la hegemónica en cada contexto así como saberes subalternos y propuestas de resistencia y/o transformación. En este encuentro se expresan y actualizan los aspectos centrales de estas formas de ser/hacer así como las ideologías y condiciones sociales que las estructuran. Al mismo tiempo, representa un escenario de transformación en tanto implica adaptaciones, negociaciones, articulaciones que modifican la manera de ser/hacer de los egresados de la ELAM y tienen también el potencial de cuestionar e impulsar la modificación de la dominante en el contexto.

En el capítulo anterior el énfasis estuvo en la actualización de la formación que se da en el proceso de inserción en el sector salud de Uruguay y Chile; corresponde ahora enfocar las transacciones conflictivas, complementarias, transformaciones, negociaciones, oposiciones, cuestionamientos u otro tipo de articulaciones que ocurren en ese proceso. Desde la perspectiva teórica de este trabajo en tanto el mismo expresa, en primera instancia, las condiciones socioculturales y económico-políticas que lo enmarcan, estas transacciones ponen de manifiesto los retos o desafíos fundamentales de las sociedades. Retos que, parafraseando a Fassin (2004), sobrepasan el marco del sector salud pero se expresan con notable

claridad en él cuando se mira más allá de las apariencias técnicas y que son lo que más interesa abordar desde una perspectiva antropológica aplicada a los procesos de salud/enfermedad/atención. Propongo abordar la inserción de los egresados de la ELAM en Uruguay y Chile a partir de su saber y práctica médica en relación con otros saberes y prácticas como manera de aprehender esos retos.

En este capítulo, analizo algunas características de las formas dominantes de ser/hacer en medicina y los cuestionamientos que la práctica médica de egresados de la ELAM significa a partir de las reflexiones de los egresados y otros actores significativos (sobre todo otros médicos, trabajadores y autoridades sanitarias, pacientes) y de mis observaciones de sus prácticas. Interesa en particular reflexionar en torno al contacto con las condiciones institucionales y costumbres ocupacionales de las instituciones asistenciales y formativas procurando evidenciar su relevancia para la estructuración de las representaciones y prácticas médicas porque, como dije antes, en los contextos de inserción continúa el proceso de constitución de un saber médico entendido como la articulación que opera el médico entre el conocimiento científico-técnico, el conocimiento y las técnicas obtenidas a partir de su trabajo profesional y las costumbres ocupacionales incorporadas en las instituciones médicas así como la apropiación y resignificación técnica de las representaciones y prácticas sociales.

Trabajar como médico en el marco de instituciones y de un aparato sanitario altamente burocratizado y distinto al que se conoció como estudiante, en el que se estructuró una manera de ser/hacer y un saber médico particular, en un contexto sociocultural diferente, tiene una serie de implicaciones. Son necesarias transacciones, articulaciones y un proceso de adaptación a las formas de ser/hacer locales que puede tener muy diversos resultados. Las negociaciones y adaptaciones incluyen desde familiarizarse con el nombre comercial de los medicamentos –ampliamente utilizados en Uruguay y Chile mientras en Cuba se utiliza la terminología genérica que define su principio activo– y con los procedimientos administrativos y clínicos locales –saturados de procesos socioculturales y económicos como los que definen quién tiene acceso a qué tipo de servicios o “prestaciones”– hasta enfrentarse a una comprensión de la salud, del rol del médico y del trabajo colectivo en el ámbito sanitario que en algunos aspectos se contrapone a la incorporada en la formación. Es importante tener en cuenta que esto se da en el marco de una profesión que se asume estandarizada y homogeneizada tanto en relación a sus practicantes como a los sujetos de esa práctica al mismo tiempo que tiende a resaltar los aspectos subjetivos de la práctica médica.

Interesa señalar aquí que los procesos de encuentro y adaptación a una forma de ser/hacer distinta a la incorporada durante la formación y la reestructuración consecuente del saber médico, se enfrentan en el marco de otro proceso que llamaré de reinserción social, que tiene similitudes con el “desexilio” que reconocen algunos autores y con los procesos que viven muchos migrantes cuando regresan a sus países de origen y enfrentan un nuevo proceso de extrañamiento. El desexilio es un acto que supone una cierta violencia: “es regresar a algo, pero también arrancarse o ser arrancado de algo, de un territorio que resultó ajeno en un comienzo, pero que luego, con el paso de los años, se hizo propio o fue asumido como propio, al mismo tiempo que aquel otro, el territorio natal, se fue haciendo cada vez más lejano y extraño” (Conteris 2006:58). Se trata de un proceso de deterritorialización/reterritorialización en el que se va construyendo una nueva cotidianidad en un contexto sociocultural, que si bien no es ajeno aparece con matices diferentes tanto por el paso del tiempo como, mucho más, por la experiencia de vida que significaron los seis, ocho, once o doce años y medio en Cuba. Los egresados tuvieron muy diversas experiencias en su contacto con e inserción en la sociedad cubana que se actualizan en el marco del regreso al país de origen o radicación en otro.

Una parte manifiesta que hubiera preferido permanecer en Cuba y que sólo regresaron por el compromiso que representaba haber estudiado en la ELAM en el sentido de trabajar en aquellos lugares donde más fuera necesario. De todas formas, para todos el proceso de

reinserción social en su país natal o en aquel en el que se radicaron después de la graduación, es un acto que entraña una cierta violencia al verse “arrancados” de un territorio y un contexto sociocultural que habían asumido como propio en mayor o menor medida a pesar de la conciencia sobre el carácter temporal de su radicación allí¹⁷⁴. Graduarse significa que deben insertarse en un territorio y contexto sociocultural distinto al que se había tornado cotidiano para ellos y en el cual una parte de los egresados, en un primer momento, vuelve a pertenecer a los estratos sociales más vulnerados. Después de conseguir trabajo como médico –lo que puede durar desde pocas semanas hasta algunos años– su situación socioeconómica va mejorando; en muchos casos se transforman rápidamente en el sostén económico de una familia más o menos numerosa de manera que a pesar de recibir una remuneración relativamente alta, las dificultades económicas y el endeudamiento pasan a ser un problema, como para buena parte de los ciudadanos de esos países. El proceso de reterritorialización tiene que ver con articular sus experiencias en Cuba con la nueva realidad que si bien para ellos no es desconocida, aparece como diferente a la que dejaron, ya que durante su formación reconocieron, reflexionaron y aprendieron tanto sobre otras formas de vivir y ver el mundo como sobre la dominante en sus países y regiones, generando un distanciamiento que permite un nivel de cuestionamiento mayor al anterior a esa experiencia.

La situación laboral y las posibilidades de continuar los estudios y el desarrollo profesional juegan un papel importante y pueden tener un carácter protector pero, por lo general, este momento está marcado por distintos grados de frustración, desencanto y disgusto: “Yo estaba totalmente colapsada, o sea era una actitud, un rechazo que tomé [al trabajo] total, no quería ir, era una pesadilla ir, era una carga, cuando jamás, lo que yo toda mi vida soñé, jamás pensé que me iba a provocar una carga laboral tan grande” (e/i 2011). Más allá del cansancio o sobrecarga, el descontento con el trabajo que realizan tiene que ver con el hecho de que en el campo de la salud las condiciones sociales imperantes se expresan con mucha fuerza: “el choque con el sistema sanitario es violento para todas las personas de nuestro país” (Eo1 e/i 2011) lo cual conlleva planteamientos como el siguiente:

Me he sentido en todos éstos años muy maltratado por la medicina y por el sistema médico, por los colegas, por los sistemas políticos, por los jefes, por las directivas, y no siento muchas ganas de seguir trabajando en esto, no me siento cómodo trabajando como médico. [...] No quiero seguir dependiendo para mi sustento del trabajo que estoy haciendo porque siento que no estoy trabajando de lo que quiero ser. Esa es mi situación con la medicina, no quiero seguir siendo médico en este país. Y veo también, he charlado con mucha gente, que no importa si es un sistema privado, si es más caro o menos caro, si es el mejor o es el peor, todos trabajan con la misma lógica. Entonces, no me siento cómodo con mi trabajo (Ibíd.).

La (im)posibilidad de practicar un comportamiento de rol que los identifique ante sí mismos como médicos es uno de los aspectos centrales en el proceso de inserción y respecto del cual se generan las transacciones y articulaciones más relevantes. Entre los egresados que participaron de esta investigación prevalece una actitud de búsqueda para la generación de espacios para su desarrollo profesional definido desde el aporte que pueden realizar a las personas y conjuntos sociales. En muchas oportunidades esos intentos no dan el resultado esperado y, en la mayoría de los casos, implican transar con ciertos aspectos de las costumbres institucionales y de las formas de ser/hacer dominantes que, precisamente, tienden a entorpecer, limitar o anular el aporte social del trabajo médico. Esta situación muchas veces implica disconformidad, frustración y nuevas búsquedas –cambio de puesto de trabajo, de localidad, presentación de proyectos, formación en áreas específicas identificadas como necesarias y/o útiles– que expresan la tensión existente en Uruguay y Chile entre un trabajo

¹⁷⁴. Un proceso facilitado por el lugar que se les asignó en esa sociedad. Algunos egresados recuerdan que la dirección cubana se refería a ellos como “cubanos nacidos en el extranjero”, mientras es bastante común que ciudadanos cubanos manifiesten que los estudiantes o egresados de la ELAM “ya son cubanos” lo cual implica aceptación pero también un compromiso o responsabilidad.

médico socialmente útil y la obtención del sustento económico a través del trabajo médico. Incluso aquellos que se encuentran trabajando en posiciones que parecerían adecuadas para plantear transformaciones importantes, como pueden ser cargos con cierto nivel de decisión en instancias de gestión y administración, plantean dudas respecto de si su labor, a pesar de las intenciones de transformación y cambio, no apunta más bien a reproducir y/o a estabilizar las formas de hacer dominantes: “a mí lo que a veces me da miedo, [...] es, justamente, perderse en el laberinto de: yo estoy haciendo las cosas para que las cosas cambien y, en realidad, estoy manteniendo un estatus quo, un sistema que nunca va a ser justo. Hasta dónde no estoy jugándole el mismo juego al sistema” (Eo3 e/i 2012).

Entonces, lo que particularmente marca la inserción en las instituciones sanitarias en los nuevos contextos es el reconocimiento de que el saber y la práctica médica están signados por la hegemonía de un modelo médico que legitima, sustenta y expresa las injusticias sociales, las inequidades, las discriminaciones, la violencia y que más allá de la voluntad e intenciones de cuestionamiento y transformación personales o de grupos pequeños, la institucionalización de ese modelo tiene una fuerte tendencia a su reproducción y mantenimiento.

Por otra parte, las inequidades se expresan en otros planos que afectan la cotidianidad de los egresados, los marcadores externos como la ropa, el auto, la casa y determinadas conductas resultan en los nuevos contextos muy importantes para que el médico sea reconocido como tal así como para señalar las diferencias respecto de otras personas en una sociedad fuertemente estratificada y en donde los distintos estratos sociales deben permanecer separados y relacionarse sólo en un plano vertical. En mayor o menor medida los egresados van adoptando e incorporando algunos de estos marcadores externos, a veces intencionalmente¹⁷⁵. Si bien, en un primer momento experimentan más bien un descenso en la escala social en relación a la posición que tenían como estudiantes en Cuba; en un segundo momento, en la medida en que se van posicionando como médicos experimentan un ascenso pero esta vez muy asociado a sus ingresos, ya que el prestigio social del médico ha tendido a definirse cada vez más en referencia a su situación económica y su distinción ha pasado a referirse a marcadores materiales externos. El enfrentamiento con estos procesos tiene resultados muy variados pero en todos los casos implica decisiones y asumir una postura ante una forma de entender y ejercer su profesión que en aspectos significativos difiere de la dominante en el medio en el cual se formaron.

En este capítulo, primero presento consideraciones generales sobre los contextos de investigación y el sector salud, el proceso de homologación de títulos, las primeras oportunidades laborales que encuentran como médico en Uruguay y en Chile los egresados de la ELAM y su inserción en Bella Unión y Chiloé, en particular, en las experiencias de salud colectiva centro de esta investigación. Luego, analizo el peso de las condiciones institucionales y costumbres ocupacionales en el trabajo médico de la manera en que se evidencia en el encuentro entre formas de ser/hacer diferentes en las instituciones sanitarias. Finalmente, a partir de las experiencias de atención primaria colectiva y de lo que en los contextos en los que se desarrollan se considera atención primaria, abordo las posibilidades y limitaciones de la atención primaria de salud.

¹⁷⁵. Por ejemplo, cambios en la manera de vestir, peinarse, utilizar ciertos medios de transporte o alquilar una casa en determinada zona, etc. No todos los egresados recurren a estas estrategias, mi impresión es que su utilización tiene que ver con cuán difícil les resulta ser aceptados como médicos, sobre todo cuando provienen de un estrato socioeconómico bajo o pertenecen a grupos especialmente discriminados.

5.1 De rincones y recovecos: los contextos de investigación, el sector salud y los médicos de la ELAM

Las implicaciones de los contextos nacionales para el ejercicio de la medicina son amplias y determinan, por ejemplo a través de los procesos de homologación de los títulos médicos, los desafíos que enmarcan el proceso de inserción laboral. En cada país el trabajo investigativo se articuló en torno a una experiencia de inserción a nivel de atención primaria de salud en zonas apartadas que presenta diferencias significativas respecto de lo que en general se hace a nivel de atención primaria. Estas experiencias constituyen lo que denomino contextos centrales de investigación y su entorno los contextos específicos que son la región de Bella Unión al norte de Uruguay y la comuna de Ancud en Chiloé, al sur de Chile. Se trata de zonas apartadas con importantes dificultades para la radicación de profesionales de la salud y que comparten la cualidad de frontera, lo cual tiene implicaciones importantes ya que, como plantea la antropóloga Silvana Merenson en un estudio justamente sobre lecturas de la frontera respecto de Bella Unión: “frontera funciona como adjetivación, inscripción y distinción en tanto señala una cualidad específica, una identificación con lo que ella supone y una diferencia que opera tanto hacia dentro como hacia fuera del imaginario nacional. De este modo, frontera puede implicar integración, homogeneidad y horizontalidad, pero también separación, heterogeneidad y jerarquía” (Merenson 2007:2).

En Bella Unión es común escuchar que Uruguay termina en Salto y en Chiloé que Chile termina en Puerto Montt¹⁷⁶ lo cual da idea de la presencia de esta cualidad de frontera en los imaginarios cotidianos y del sentimiento de marginación respecto de las estructuras estatales nacionales. El aislamiento –expresado en las visiones de Bella Unión como “el rincón de la rinconada” (Merenson 2007) y de Chiloé como “el recoveco del mundo” (Urbina 1988)– impulsa también desarrollos autonómicos y una cierta independencia de acción tanto de sus habitantes como de las instituciones estatales respecto del estado central. Además, la frontera representa una zona privilegiada de contactos interétnicos o interculturales de cooperación y solidaridad pero también de competencia y conflicto. Todo lo cual tiene implicaciones concretas en el trabajo médico y, específicamente, para las experiencias de atención primaria colectiva.

En este apartado propongo, primero, un acercamiento a estos sectores desde una perspectiva histórica centrado en los aspectos que para cada zona considero fundamentales para entender el contexto al cual en el año 2006 llegan médicos egresados de la ELAM. Luego, a las ambigüedades y tensiones expresadas en los procesos de homologación de los títulos de la ELAM a nivel nacional para, finalmente, brindar un panorama general sobre la inserción en Bella Unión y Chiloé y sobre las experiencias específicas de atención primaria que representan el centro de esta investigación.

176. Salto y Puerto Montt son las dos ciudades mayores (capitales departamentales/regionales) más cercanas.

5.1.1 Los contextos de investigación y el sector salud

5.1.1.1 Bella Unión y el sector salud uruguayo

La región Bella Unión se sitúa en el Departamento de Artigas al norte de Uruguay en la triple frontera entre Uruguay, Brasil y Argentina. La ciudad de Bella Unión es la ciudad uruguaya más alejada de la capital nacional (631 km) y una de las más alejadas de la capital del departamento al cual corresponde administrativamente (la ciudad de Artigas, 140 km hacia el este). En varios sentidos, entre ellos la atención sanitaria, mantiene más relación con la capital de otro departamento que es Salto, aproximadamente a igual distancia pero hacia el sur, con mejor conexión terrestre a través de la Ruta 3 que une Bella Unión con Montevidéo y fue construida a finales de los 60'. Hasta entonces, crecidas de cauces fluviales solían aislar a la región por períodos prolongados respecto de ambas capitales departamentales y del resto del país marcando un "aislamiento secular" (Cardozo et al. 1988:30). Actualmente, las crecidas siguen afectando la red vial aislando con relativa frecuencia a Bella Unión de Artigas y a muchas zonas rurales del resto de la región. Las ciudades más cercanas son Monte Caseros (Corrientes, Argentina) con la que se conecta por vía fluvial a través de un servicio de lanchas y Barra do Quaraí (Rio Grande do Sul, Brasil) a través del Puente Internacional Quaraí.

Para algunos autores la situación geográfica habría reafirmado "el espíritu regionalista y autonómico" de sus pobladores (Ibíd.); para otros habría contribuido a una percepción de la ciudad como "el rincón de la rinconada", el límite más apartado, la frontera dentro la frontera de un país que se constituye como frontera, separación o tapón entre Argentina y Brasil (Merenson 2007). Volveré sobre la percepción de la región desde esta perspectiva pero antes es importante referir el devenir histórico de la ciudad.

Ferrando et al. (2008) identifican tres "nacimientos y muertes" en este devenir. El primero refiere a su fundación como pueblo misionero en 1829 y su destrucción por decreto presidencial en el marco de la política de eliminación de indígenas a partir de 1831 que significó el asesinato o destierro de gran parte de sus habitantes (Pedrón 1970:7). El segundo, a su refundación en 1853 relacionada a la inmigración española e italiana y la introducción de la vid y producción vinícola; la promulgación de un decreto que regulaba la graduación alcohólica de los vinos privilegió a los que se producían en la zona sur del país, prohibiendo los que se producían en Artigas, lo que representó la segunda muerte del pueblo. El tercero tiene que ver con la introducción de la caña de azúcar en los años 40' y con normativas que la promovieron en la década del 60' dando nacimiento a todos los ingenios que tiene Bella Unión (Ferrando et al. 2008:Online). A diferencia de otros sistemas de plantación de caña en América Latina, éste no es consecuencia directa del sistema colonial europeo sino que surge como parte del proceso de incorporación al capitalismo industrial (cfr. Merenson 2005:176) y se profundiza en los 60' porque:

Con la Revolución cubana Estados Unidos deja de comprarle azúcar a Cuba y por ello reparte la "cuota americana" solicitándole a varios países que desarrollen normas jurídicas en apoyo a la caña de azúcar. [...] En la década del noventa con la entrada de Uruguay al Mercosur y la baja arancelaria para la importación de azúcar con destino doméstico al 35% se dio la tercera muerte de Bella Unión. Llegado el año 2000 hubo una clara política de desprotección y de eliminación de la producción azucarera, el discurso de los gobiernos se basaba en las ventajas comparativas de Brasil y Argentina (Ferrando et al. 2008:Online).

En este contexto el impacto de la crisis socioeconómica regional y nacional de 2002 coloca a Bella Unión en el centro de la atención de la prensa nacional lo cual se da sobre todo a partir de indicadores relacionados con los procesos salud/enfermedad/atención. En 2003 el departamento de Artigas reportó una tasa de mortalidad infantil de 28,9 por cada mil nacidos

vivos. Si bien a nivel nacional se registró un aumento de esta tasa (de 13,6 en 2002 a 15 en 2003) ésta fue con un enorme margen la más alta del país. Bella Unión, en particular, reporta varias muertes infantiles por desnutrición además de una elevada tasa de mortalidad en menores de un año y, en general, una marcada situación de desnutrición y extrema pobreza. Las repercusiones mediáticas de estos datos transforman, en especial al barrio Las Láminas, en emblema de la injusticia social y de la situación de emergencia nacional:

En plena campaña electoral con vistas a las elecciones presidenciales de octubre de 2004, todos los candidatos de todas las fuerzas políticas se hicieron eco de las noticias y dieron una lectura de ellas. [...] la coalición Encuentro Progresista-Frente Amplio-Nueva Mayoría incluyó la situación de la ciudad como ejemplo del “cambio” propuesto para el Uruguay. Su candidato, el doctor Tabaré Vázquez, anunció en Bella Unión que “su primera medida de gobierno será crear el plan de emergencia social, ‘porque los niños no pueden esperar’”, así como la reactivación de la industria azucarera (Merenson 2007:15)¹⁷⁷.

Bella Unión aparece como caso emblemático de injusticia social a nivel nacional y, además, detenta una relación histórica con la fuerza política que accederá al gobierno en 2005¹⁷⁸ de manera que se transformó en “buque insignia” del nuevo gobierno. Continuando la propuesta de Ferrando et al. (2008) esto conllevó un cuarto nacimiento asociado a la reactivación de la producción de caña en el marco de un proyecto sucro-alcoholero estatal que constituye una prioridad política. En enero de 2006 comienza a operar ALUR (Alcoholes del Uruguay) S.A en la planta azucarera que había sido la mayor cooperativa azucarera de la región. Por otra parte, aunque ya desde la salida de la dictadura era uno de los destinos de la colaboración gestionada por organizaciones de exiliados, en este período Bella Unión aparece con fuerza como receptora de cooperación internacional. Las noticias sobre mortalidad infantil y desnutrición significaron donaciones, entre ellas de equipamiento médico y materiales para construcción de centros asistenciales; el proyecto sucro-alcoholero se apoya en cooperación técnica cubana y participación venezolana lo cual influye también en el recibimiento a los egresados.

Al mismo tiempo, otra de las prioridades políticas es la reforma de salud que a partir de 2005 y con mayor fuerza desde 2008 crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Un sistema mixto (público-privado), con vocación universalista y que pretende garantizar el derecho a la salud a través de tres ejes definidos como cambio de modelo de atención, de gestión y de financiamiento. Como punto de partida funciona un sistema de salud compuesto por un conjunto de instituciones con orígenes, estructura y objetivos distintos que promovieron y establecieron “un sistema complejo, fragmentado, segmentado, inequitativo y descoordinado” cuya modalidad de atención sanitaria era “médico-céntrica, asistencialista, biologicista, esporádica, episódica, que considera al hombre por órganos y sistemas sin un enfoque holístico y de promoción de salud” (Borgia 2008:138).

El punto de partida del SNIS es un sistema dividido en un subsector público representado por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) encargada fundamentalmente

177. Merenson identifica aquí una lectura de frontera que refiere a uno de los actores socioeconómicos locales, “los peludos” (cortadores de caña, trabajadores rurales y sus familias) y sostiene que su representación “como ‘lo marginal que habita en el margen’ –como los pobres que habitan la frontera– y [la] de Bella Unión como la máxima expresión territorial y simbólica de la ‘frontera de la frontera’ constituye un modo específico de dar cuenta de la nación” (Ibíd.:13).

178. La fundación de la Unión de Trabajadores Azucareros de Artigas (UTAA) en 1961, las marchas por la tierra desde Bella Unión a Montevideo que organiza en esta década, la relación con Raul Sendic que fue abogado del sindicato y miembro del Movimiento de Liberación Nacional Tupamaros, etc. la transformaron en emblema de las luchas sociales y anticapitalistas. Esto significó también que en los años previos al golpe de Estado de 1973 y durante la dictadura militar (1973-1985) se convirtiera en una de las zonas más militarizadas en el marco de la militarización de las fronteras territoriales que llevaron adelante los gobiernos de facto de Uruguay, Brasil y Argentina (Merenson 2005:176).

de atender a quienes no podían comprar algún tipo de seguro médico, y que incluye al Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, de las Policiales, de las 19 Intendencias Departamentales y de otras entidades públicas. Y un subsector privado sumamente heterogéneo en el que predominan las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva –que, en principio, son instituciones sin fines de lucro surgidas a partir de la participación de organizaciones civiles en el sector salud– y que incluye también seguros privados con fines de lucro, que aparecen y van tomando fuerza a partir de los 80’ en el marco del proceso de neoliberalización al igual que los “prestadores parciales” entre los cuales resaltan las llamadas emergencias médico móviles o emergencias móviles –empresas que por una cuota mensual brindan una serie de servicios entre los que resalta el envío de un médico a domicilio cuando el afiliado lo solicite, incluyendo casos de emergencias pero no únicamente en ellos¹⁷⁹. También las policlínicas comunitarias cuentan como prestadores parciales. Se trata de centros asistenciales gestionados por la comunidad o por otra organización social que brindan una variedad de servicios (consulta médica, de enfermería, odontológica, en algunos casos servicio de laboratorio) en torno a las cuales se desarrollan también actividades no asistenciales como formación de promotores de salud y actividades educativas o de recreación. Su surgimiento y repercusión debe interpretarse en el marco de la retracción del Estado o su ausencia constante en cuanto a garantizar asistencia médica a ciertos grupos o regiones. Las implicaciones sociales de estas policlínicas como experiencias autogestionadas son amplias y de interés para este trabajo ya que en Bella Unión y en el departamento de Artigas en general tienen una importante trayectoria por lo menos desde los 60’. La experiencia de atención colectiva central en este contexto de investigación se desarrolló en torno a tres policlínicas comunitarias.

El financiamiento del sector salud corría a cargo de fuentes públicas (rentas generales de la nación y aportes de la seguridad social) y privadas (cuotas de contratación de los afiliados a un prestador privado). Es importante tener en cuenta que las personas que debían elegir prestador médico a partir de su pertenencia al mercado formal de trabajo no podían optar por el subsistema público que estaba limitado a la atención focalizada de “los pobres” lo cual implicaba una pérdida de calidad y legitimidad y una estigmatización de “lo público” (cfr. Güemes y Fuentes 2010). A su vez, el gasto en salud históricamente ha sido elevado. En 2004 se dedicó al sector un 8,96% del PBI pero el 75% se destinó al sector privado que atendía a menos de la mitad de la población (Borgia 2008:138)¹⁸⁰. Lo que interesa destacar es que este sistema:

tuvo su peor crisis entre los años 2000 y 2004, como consecuencia de la recesión (iniciada en 1999) y la crisis del 2002, que implicaron la desafiliación masiva de las instituciones de asistencia médica colectiva (en el período 1999-2003, entre 180.000 y 219.784 personas). Esas personas quedaron sin cobertura de salud paga, debiendo recurrir a los servicios del Estado. Pero el gobierno, en aplicación de su política de recortes del gasto público, ya tenía

179. La proliferación de estas empresas implica por ejemplo que en el tránsito montevideano la cantidad de vehículos médicos móviles, desde pequeños autos hasta ambulancias especializadas, resulte sorprendente. Más sorprendente aún es que en cada uno de ellos viaja un médico pero no personal técnico especializado en atención de urgencias.

180. Entre otros factores que promovieron la estigmatización cuentan el desfinanciamiento del subsector en el marco de los ajustes estructurales, las desigualdades en la distribución del gasto, problemas de gestión y lo reducido de los sueldos de sus trabajadores. La estigmatización se mantiene y es en parte responsable de la preferencia de muchas personas por instituciones privadas de salud. La reforma introdujo la opción de elegir a ASSE como prestador sanitario en el nuevo modelo de financiamiento que consiste en un fondo de recaudación común que distribuye lo recaudado entre los prestadores de acuerdo a sus afiliados. Prácticas como que el empleador destine a sus empleados a una institución y la estigmatización histórica del sector público conllevan que haya personas que elijan prestadores privados pero que no pueden cubrir los costos de la atención en ellos por lo cual recurren a las instituciones públicas que las atienden gratuitamente. También posiblemente la propaganda juegue un papel, por lo menos es sumamente notoria la inversión en publicidad se hace en televisión, prensa escrita, radio y en el espacio público.

desabastecidos a los hospitales y a otros centros asistenciales públicos, por lo que carecía de capacidad efectiva de cobertura sanitaria (Ibíd.:132).

Desde las ciencias políticas se plantea que la crisis de 2002 abrió una “ventana de oportunidad” para la aprobación de la reforma de un sector que había sido especialmente resistente a reformas estructurales durante todo el siglo XX, lo que “puede deberse al hecho de que la política sanitaria en Uruguay es una arena que se ha caracterizado históricamente por la existencia de múltiples actores privados y sociales con fuerte poder de veto, que crecieron y fueron desarrollando un modelo de asistencia en paralelo a un Estado débil en la materia” (Fuentes 2010:120). Entre estos actores resaltan los médicos cuyas organizaciones profesionales y sindicales poseen un enorme poder de presión, ya que por una parte dirigen y gestionan la mayor parte de los centros asistenciales tanto públicos como privados pero, además, una parte son también propietarios de estos últimos al tiempo que regulan la oferta de médicos mediante el monopolio de la formación terciaria, sobre todo, en las especialidades médicas. A esto se suma la fuerte presencia de médicos en la clase política uruguaya atravesando las distintas opciones partidarias (cfr. Ibíd.:123). El fuerte poder de presión de estos actores es determinante para la recepción de egresados de la ELAM en Uruguay, en Chile y en la región en general.

Según Fuentes, la reforma pudo ser aprobada y comenzar a desarrollarse sobre todo por esa ventana de oportunidad que abrió la crisis económica que impactó tanto a las instrucciones privadas de salud como a la sociedad en su conjunto conllevando que las agrupaciones gremiales y profesionales así como otros actores con fuertes intereses en el sector, procuraran sacar el mayor partido de la reforma más que oponerse a ella. Otro factor importante es que no afectó negativamente los intereses de ningún actor y que desde un comienzo los incluyó a todos con sus diversas propuestas (cfr. Fuentes 2010).

Dado que estos grupos siguen siendo actores fundamentales con fuerte poder de presión y ocupan posiciones de decisión y gestión en la práctica pueden promover/inhibir el sentido que originalmente se quiso imprimir a la reforma respecto de entender a la salud como derecho y desarrollar un sistema de salud equitativo, con una orientación hacia la justicia social en donde el bienestar, la vida y la salud de las personas y conjuntos sociales en su complejidad fueran el centro (cfr. Borgia 2008). El SNIS hasta ahora no implica un cambio sustancial respecto de considerar a la salud como mercancía a pesar de su retórica de equidad y derechos.

Por lo mismo, el cambio de modelo de atención que implica priorizar el primer nivel y una orientación hacia la atención primaria en la práctica se constituye de acuerdo a las transacciones y negociaciones que van dándose entre los actores, que incluyen a los conjuntos sociales organizados entre los cuales los médicos juegan un papel fundamental tanto por su poder de presión económico-política y profesional como en la práctica concreta donde actúan como potenciadores o inhibidores de transformaciones, por ejemplo, respecto de la orientación preventiva que en el marco de la reforma debería adquirir el sistema en su conjunto. Los médicos tienen una influencia fundamental para definir, por ejemplo, qué se entiende por prevención y cómo se desarrolla en el marco de una forma de atención que no ha dejado de ser medicocéntrica. Estas consideraciones son las que dan sentido a esta investigación y en particular a su desarrollo en los contextos seleccionados.

En julio de 2006 con la intención de priorizar el primer nivel de atención impulsando el cambio de modelo asistencial, el MSP realiza un “Concurso de Méritos y Oposición para proveer 100 puestos y el doble número de suplentes de médicos generales en apoyo a los equipos de salud del Primer Nivel de Atención a nivel nacional” (MSP 2006:Online). A través de este concurso se destinan dos médicos a Bella Unión y una a Artigas. En ese momento el

departamento contaba con un médico cada 923 habitantes, muy por encima del promedio nacional de un médico cada 250 habitantes y también por encima del promedio del interior, de un médico cada 731 habitantes. Montevideo disponía de un médico cada 129 habitantes aglutinando esa ciudad donde residía el 40% de la población al 77,1% de los médicos del país (cfr. Picaroni 2008a:189). Los cargos correspondientes a Bella Unión fueron ocupados por egresados de la ELAM de la primera generación. Describiendo la situación general al momento de su llegada los médicos, en su propuesta de un Proyecto de Salud Comunitaria, escriben:

La retracción de la industria azucarera uruguaya, desde la década de los 80 y la crisis económica del 2002 promovieron movimientos migratorios hacia la periferia de la ciudad, hacia otros departamentos y hacia el exterior. Recientemente, la reactivación de la producción de caña ha promovido un movimiento de retorno hacia el lugar sin que las expectativas de incorporación al mercado laboral fueran cubiertas. Esto contribuyó a la formación de nuevos asentamientos en la periferia de la ciudad y zonas rurales aledañas y a la concentración de población en los barrios marginales ya existentes, sin una infraestructura adecuada a las necesidades de sus habitantes (PSC s/f:4-5).

No me es posible ahondar en las complejidades del proceso vivido por la región en estos años, lo que interesa aquí es que entre los dos períodos de trabajo de campo (marzo-mayo de 2007; enero-marzo de 2012), el “cuarto nacimiento” de Bella Unión –que en 2007 era una posibilidad sin mayor repercusión en la realidad concreta– se había consolidado. La situación socioeconómica había mejorado y los indicadores de salud –que habían marcado el punto emblemático de la crisis nacional– habían experimentado una marcada mejoría¹⁸¹. En 2012 el subsector público atendía al 67% de la población artiguense y había experimentado cambios significativos en infraestructura, recursos materiales (incluyendo tecnologías de diagnóstico y tratamiento) y cantidad/calidad de personal. El “hospital” de Bella Unión –que en 2007 era un Centro Auxiliar de Salud, con muy pocas especialidades y casi sin tecnología médica– había pasado a la categoría de hospital con 24 especialidades y una infraestructura de servicios muy superior: “acá es donde te tenés que callar la boca”, planteaba una médica entrevistada en Bella Unión refiriéndose a las críticas que se le podían hacer al gobierno en materia de salud.

En este sentido, el proyecto ELAM cobra una relevancia especial. En primer lugar, a partir de la segunda mitad de 2007 médicos egresados de la ELAM cumplieron funciones de dirección del primer y segundo nivel de atención. En segundo lugar, el número de médicos de la ELAM que trabajaban en la región de Bella Unión ascendió considerablemente, desde 2 a finales de 2006 a 13 en 2012 que representaban buena parte de los médicos incorporados en esos años al sector. Además, jóvenes de la zona continuaron recibiendo becas para la ELAM. De esta manera, la inserción de los egresados y el impacto de este proyecto en Bella Unión se vuelve así una temática con muchísimas aristas. Antes de ahondar más en esto corresponde presentar el segundo contexto de esta investigación y la cuestión de la homologación de los títulos.

5.1.1.2 Chiloé y el sector salud chileno

Chiloé es un archipiélago compuesto por más de 40 islas menores y la Isla Grande con unos 9.000 km² de superficie. Es a su vez una provincia que pertenece a la X Región de Chile cuya capital es Puerto Montt, ubicada en el continente (1.033 km al sur de Santiago). El canal de Chacao lo separa del continente. La principal entrada a la isla es la localidad de Chacao (comuna de Ancud al norte de la Isla Grande) ubicada sobre la Ruta 5 Sur (que atraviesa Chile hasta la isla de Chiloé). Chacao dista 1079 km de la capital nacional, allí llegan

¹⁸¹. En el año 2009 la tasa de mortalidad infantil se ubicó entre las cinco más bajas del país (6,6%) muy por debajo del promedio nacional (9,6%) al igual que en 2010; posteriormente experimentó un ascenso (9,6% para 2012) ubicándose en el entorno del promedio nacional (9,27%) (MSP 2013).

los transbordadores que atraviesan el canal desde y hacia el continente. El centro de esta investigación lo constituye la comuna de Ancud y en especial los sectores rurales Koñimo y Lamekura ubicados al noreste de la isla a unos 10 km de Chacao bordeando la costa en dirección sur. A través de los caminos rurales que conectan con la Ruta 5 se necesitan entre 20 y 40 minutos en vehículo hasta Chacao. La ciudad de Ancud, capital de la comuna, dista unos 30 km de allí. Entre una y tres horas se tarda en recorrer el trayecto hacia y desde esta ciudad utilizando los buses locales. Para el Servicio de Salud estos sectores constituyen un “vacío de cobertura” dado que no cuentan con establecimientos oficiales de salud¹⁸².

En 1997, 34 familias de estos sectores inscribieron oficialmente una comunidad indígena que actualmente se conoce como comunidad williche Koñimo-Lamekura. La Ley 19.253, promulgada en 1993 (“Ley Indígena”) regula la creación de este tipo de organizaciones de las cuales constituye la más antigua de la comuna que hasta 2012 contaba con 11¹⁸³. En 2004 se inicia un proyecto de salud que se denomina “Salud Complementaria Williche”. Primero recibió apoyo de la mayor organización williche de Chiloé y a partir de 2006 de la Corporación Municipal de Salud y del Programa Especial Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) que representa uno de los mecanismos institucionales de implementación de la salud intercultural en Chile. Una de las egresadas de la ELAM ha participado en esta experiencia desde su gestación, otros cinco la han acompañando en diversos momentos. Los aspectos más relevantes para contextualizar la inserción de los egresados en este proyecto y en su entorno tienen que ver con (1) la situación de Chiloé y, en particular, de sus organizaciones indígenas, (2) la conformación general del aparato sanitario chileno, su implementación local y la actual “reforma” de salud y (3) lo que en Chile se considera salud intercultural.

La insularidad junto a la cualidad histórica de frontera han sido características definitorias que han dado lugar a distintas representaciones. Por ejemplo, el historiador Pablo Marimán abordando la situación de los mapuche antes de la conquista chileno-argentina y en especial refiriéndose a las relaciones interétnicas plantea:

A la llegada del europeo en 1536, la nación Mapuche extendía su influencia entre el río Copiapó por el norte y la isla de Chiloé por el sur. En esa extensión territorial, incluyendo las costas del norte grande se hablaba mapuzungun. Así como habían elementos aglutinadores como el idioma y la cultura, los distintos ecosistemas fueron moldeando rasgos diferenciadores entre ellos por el predominio de algún tipo de actividad (agrícola, recolectora, ganadera, etc.), también por su contacto con otros pueblos como los andinos del tawantinsuyu o bien con aquellos situados en las pampas, la patagonia o la zona de los canales y archipiélagos australes. El mundo indígena, al contrario de lo que se nos ha enseñado, estuvo interrelacionado desde los primeros tiempos (Marimán 2006:77).

De manera que ya antes de la conquista Chiloé aparece como zona limítrofe caracterizada por contactos interétnicos, en particular, entre los pueblos mapuche y los de los archipiélagos australes. En general, se propone que dos grandes grupos, que se relacionaban entre sí y con otros, ocupaban el archipiélago. Los “chonos”, un pueblo nómada canoero cuya presencia se reconoce desde hace 7.000 años y los “williche”¹⁸⁴ que habían desarrollado una cultura semisentendaria de bordemar en la zona desde hacía unos 800 años (Unidad de Salud Colectiva 2010:31).

¹⁸². Las postas rurales más cercanas son las de Manao y Linao. Históricamente el sector ha dependido administrativamente de Manao.

¹⁸³. En los últimos años han aumentado a más de 30, en parte por un proceso de fragmentación similar al experimentado en otras zonas de Chiloé y de Chile.

¹⁸⁴. El término proviene del mapudungun y refiere a una organización del espacio territorial, que incluye a sus habitantes, asociada al sentido de orientación en cuatro direcciones que tiene como referencia primera el punto de salida del sol. No posee necesariamente nociones de delimitación jurisdiccional. En este sentido el término refiere a la “gente del sur” (cfr. Millalén 2006:37).

En 1567 la corona española se adjudica este territorio y comienza su colonización que desde el inicio enfrenta obstáculos climáticos, geográficos y referentes a su “aislamiento”. Su poblamiento fue inestable con una tendencia hacia el despoblamiento total solicitado en reiteradas oportunidades por los colonos, sobre todo, a partir de que el territorio adquiere la cualidad de “frontera cerrada” que refiere a la ruptura del vínculo con Chile¹⁸⁵. Esto significa que “no sólo no recibió el flujo de nuevos inmigrantes españoles sino que se pusieron restricciones a la salida de vecinos asientados en Chiloé”. Violando las restricciones, la población indígena fue diezmada por el tráfico que se estableció para venderlos o asignarlos como mano de obra en las zonas continentales (Urbina 1988:32). Las restricciones en cuanto a las salidas de habitantes se acentúan con el tiempo junto a los privilegios otorgados a los colonizadores por su condición fronteriza como forma de estimular su permanencia en lo que para ellos representaba el “recoveco del mundo”. En 1767 la provincia pasa a depender directamente del gobierno de Lima acentuando el control de la corona sobre la misma. El historiador Rodolfo Urbina destaca las diferencias entre Chiloé y el “resto de Chile” en el período colonial. Sostiene que hacia finales del siglo XVII sobre todo en la jurisdicción de Castro (zona central) los españoles viven dispersos por los campos junto a chilotes (mestizos) e indios en lo que denomina “unión residencial”, lo cual junto al aislamiento y otros factores habría contribuido a que se “indianizen” adquiriendo no sólo costumbres y tecnología de los indios sino también su lengua (Ibíd:35)¹⁸⁶. Por su parte, el antropólogo Manuel Muñoz plantea que

Durante la Colonia existía una manifestación bastante clara de dicotomía étnica entre el pueblo Williche originario y la sociedad mestiza chilota, incluyendo a los españoles, en tanto éstos tendían a mestizarse culturalmente [...] En esa época el límite étnico estaría dado por la relación campo-ciudad. En este sentido, la identidad se habría marcado en Chiloé por un proceso de constante control cultural por parte del pueblo Williche, tanto de recursos culturales propios, como de aquellos exógenos de los que fueron apropiándose como en el caso de la utilización en su favor del ordenamiento jurídico español (Muñoz 2001:s/n).

Sin embargo, este control cultural¹⁸⁷ se fue transformando rápidamente a partir de la anexión de Chiloé a Chile en 1826, momento en el cual, toda la población “tenderá a perder el control de sus elementos culturales”. Desde la perspectiva republicana el pueblo chilote y el pueblo indio de Chiloé son homologados, se da una pérdida de especificidades que impulsa “un proceso de chilenización de los chilotes para diferenciarse de los indios” expresado en un desprecio por la ruralidad y en la acentuación de la importancia de los apellidos como elemento diferenciador entre indios y descendientes de españoles. Se dan cambios de apellido así como registro de personas con apellidos españoles otorgados directamente por los oficiales del Registro Civil (Ibíd.)¹⁸⁸.

En el contexto republicano la prohibición del uso de su lengua y la parcelación de las tierras comunitarias hace que en la zona norte y centro de la isla “los williche pasen de ser comuneros a minifundistas” iniciándose un proceso que Muñoz denomina de “desindianización” que se consolida con la aceptación del sistema registral de tierras y

185. Esto es a partir de 1600 ya que el levantamiento indígena continental (1598-1604) minó las expectativas españolas de asentamiento al sur del Bio-Bio. El territorio que se extiende desde ese río hasta Chiloé permaneció bajo control mapuche.

186. Si bien en el siglo XVIII se registra una tendencia a utilizar el español se considera que aún en el momento de incorporación a la República (1826) el bilingüismo se mantenía en la mayor parte de la población. Sin embargo, hacia finales del siglo XIX casi no se registraban hablantes del idioma indio (Unidad de Salud Colectiva 2010:32).

187. El análisis de este autor toma como punto de partida la teoría de control cultural de Guillermo Bonfil (1988).

188. Esta relevancia del apellido como marcador étnico continúa hasta hoy. La Ley Indígena así como programas como el PESPI la promueven.

conllevaría una “pérdida de especificidad cultural”, Un segmento del pueblo williche se incorpora al pueblo chilote trasformando la cultura mestiza y dando lugar a una “cultura chilota republicana” que negará el origen indio de parte de sus recursos culturales. Sin embargo, hay un “sector del pueblo Williche que conserva su condición de tal hasta la actualidad” manteniendo su capacidad de decisión sobre los recursos culturales sin que el mismo sea absoluto pero que se encuentra en un “proyecto permanente de recuperación” (Ibid.).

Para Muñoz la revitalización de las comunidades a principios del siglo XXI, no sólo en la zona sur donde se habían organizado ya en los 30' sino también en la zona centro y norte, debe entenderse en este contexto. La resistencia a la cultura dominante que impone criterios segregacionistas (a través de aspectos administrativos como la propiedad registral y las actas de nacimiento) se expresaría en dos niveles. Por un lado, la reproducción administrativa que significó la acentuación y perpetuación de la categoría india con la que fueron clasificados según los criterios de la sociedad nacional; por otro, la puesta en práctica de contenidos particulares referidos entre otros aspectos a prácticas rituales y médicas (Ibid.). Desde esta perspectiva las prácticas médicas aparecen como un elemento de resistencia cultural. Este es el punto que interesa destacar para comprender el lugar de estas prácticas en el proceso de “actualización de la identidad étnica williche” en la comunidad de Koñimo-Lamekura del que da cuenta el antropólogo Leonardo Cayul (2006) y que otros autores interpretan en el marco de la re-emergencia de identidades indígenas en Chile (cfr. Rojas s/f). Este es el primer elemento a tener en cuenta para comprender la gestación del proyecto de salud comunitaria. Además, hay otros dos aspectos que son centrales: la insatisfacción con las instituciones oficiales de salud (Picaroni 2011, 2012) y el impulso a la salud intercultural como componente central del multiculturalismo estatal (Boccaro 2007). La interacción de estos tres factores da cuenta de la complejidad de la experiencia de salud que desarrolla la comunidad williche y con esto del contexto de inserción de los egresados de la ELAM.

Hasta los primeros años de la república las prácticas médicas populares fueron fundamentales para el conjunto de la población. “El sistema de salud occidental u oficial comienza a aparecer recién a fines del siglo XIX” cuando se va registrando en Chiloé progresivamente la presencia de médicos (con y sin formación académica) y se van estableciendo instituciones de salud. En las cuatro primeras décadas del siglo XX el aparato sanitario registra un desarrollo muy escaso concentrado en las zonas urbanas:

En la década de los 60 comienza a materializarse en el sur del país, aquello que comenzó en 1955, bajo el alero del Servicio Nacional de Salud, que pretendía la redistribución médica a “zonas de población dispersas”. Paralelamente en el tiempo, se inicia el programa de construcción de establecimientos de salud en zonas rurales, apareciendo los hospitales que hoy llamamos Tipo 4 o de baja complejidad y en ese tiempo aproximadamente comenzaron a llegar los Médicos Generales de Zona (MGZ) (Carvajal et al. 2007:145)189.

En relación a la atención de salud en zonas rurales de Llanquihue, Palena y Chiloé¹⁹⁰, Carvajal et al. (2007) plantean que esto conllevó la instauración de procesos normativos, institucionalización y medicalización de situaciones vitales que repercutieron en una pérdida

189. Se distinguen cuatro tipos de hospitales en Chile de acuerdo a su complejidad: baja (tipo 4), mediana (tipo 3 y 2) y (tipo 1). En 1955 se crea el “Generalato de Zona”, un programa para disminuir la brecha de médicos generales entre las distintas zonas del país enfocado sobre todo a zonas rurales. Se ofrecía a los recién graduados un trabajo estable, bien remunerado y que luego de su destinación brinda la posibilidad de formarse en una especialidad con financiamiento estatal. Actualmente, el período en que deben trabajar en “Etapa de Destinación y Formación” es de tres a seis años. Los cargos se distribuyen a través de un concurso público. Sólo un porcentaje de los recién graduados, que en 2005 se calculaba en el entorno del 20%, lo hace (Bitran et al 2005). A ellos se los denomina médicos generales de zona.

190. Las tres provincias pertenecían al Servicio de Salud Llanquihue del cual dependía Chiloé hasta que en 2008 se inaugura el Servicio de Salud de Chiloé.

de espacio para los curadores tradicionales. Actualmente, desde la formalidad son muy pocos los profesionales que respetan las prácticas de salud populares y se integran a ellas trabajando en conjunto con sanadores tradicionales (Ibíd.:146).

En particular en Chiloé la red de establecimientos oficiales de salud se extendió en la década de los 70' a través de la implementación de postas rurales, la formación de auxiliares paramédicos y la creación de establecimientos de atención primaria en las distintas comunas junto a un “fuerte control y persecución del sistema médico tradicional” que implicó que personas que eran consultadas ante distintos aspectos de los procesos salud/enfermedad/atención pasaran a una situación casi de clandestinidad y, en general, un contexto poco propicio para la transmisión de conocimientos (Unidad de Salud Colectiva 2010:36). Esto, sumado a la deslegitimación que en el contacto con las instituciones oficiales sufrían las formas de atención sustentadas en saberes locales y los saberes populares, en general, repercutió en una transformación de las estrategias para la autoatención que va significando una dependencia cada vez más acentuada de una biomedicina respecto de la cual las poblaciones rurales encuentran fuertes dificultades de utilización marcadas por inequidades sociales que se acentúan con el proceso de neoliberalización-globalización¹⁹¹.

En Koñimo y Lamekura, la atención de las dolencias se fue centralizando en el sistema oficial de salud al tiempo que otros conocimientos y técnicas fueron perdiendo legitimidad complicando su transmisión, reproducción y desarrollo. Esto generó una marcada dependencia respecto de la atención médica acompañada de un proceso de subordinación de otras formas de atención así como de serias dificultades de acceso al sistema oficial dado el recrudecimiento de las desigualdades sociales. Todo lo cual significó que a comienzos del XXI la situación en el sector estuviera marcada por un descontento generalizado hacia las instituciones oficiales, en particular, referido a las largas horas de espera, los costos del

191. En los sectores de Koñimo y Lamekura hasta los 70' la mayoría de las dolencias se resolvían en los hogares a través de los conocimientos presentes en la familia o en familias vecinas y también por medio de la consulta con sanadores especializados (componedores de huesos, machi/médicos y parteras) que habitaban en esos u otros sectores. Sus conocimientos habían sido transmitidos de generación en generación o adquiridos “con ayuda de Dios”. Algunos habían tenido contacto con instituciones de salud en otras partes de Chile o Argentina adquiriendo conocimientos biomédicos, por ejemplo, en el marco del servicio militar o también a través de libros o folletos. Cuando un sanador fallecía o se veía impedido de continuar sus labores -por su avanzada edad por ejemplo- otro miembro del grupo doméstico asumía su rol. Procesos vitales como partos, enfermedades, accidentes y la muerte -que para ese entonces ya estaban altamente medicalizados en otras zonas- siguieron siendo atendidos casi exclusivamente en los hogares por lo menos hasta mediados de los 70'. Las visiones y técnicas de la biomedicina se fueron incorporando principalmente a través de la adquisición y el consumo de fármacos pero el contacto directo con el sistema oficial de salud era escaso. La primera acción que se recuerda fue la llegada, probablemente en 1968, de un helicóptero con personal de salud ante una epidemia de sarampión. Poco después comenzó a realizarse una ronda de salud en la sede de pescadores a la que concurrían enfermeras que vacunaba y entregaba leche. En las décadas de los 80' y sobre todo de los 90' a partir de la apertura del camino que conecta al sector con la Ruta 5 Sur, las personas comenzaron a recurrir más a las instalaciones del sistema oficial de salud, fundamentalmente, al hospital de Ancud y a la posta de salud de Chacao, primero, y luego Manao. Para ese entonces la mayoría de los sanadores del lugar habían fallecido sin que otras personas tomaran su lugar lo cual tuvo como consecuencia que se generara un vacío en cuanto a formas de atención que por muchos años habían sido legítimas, accesibles y utilizadas. Sin embargo, las personas no dejaron de recurrir a especialistas de esas formas de atención aunque tuvieran que recorrer largas distancias (Ancud, Puerto Montt, Osorno e inclusive Santiago aparecen en relatos relativos a itinerarios terapéuticos en esta época). El único campo donde las prohibiciones conllevaron que se dejara de recurrir a sanadores no oficiales fue el del parto, que en general era atendido por parteras o machi de ambos sexos, a pesar de lo cual los saberes, conceptos y técnicas relacionados al cuidado de la madre y el niño durante el embarazo, parto y puerperio así como en los primeros años de vida continuaron utilizándose. A pesar de que desde los 80' la amplia mayoría de los nacimientos se han producido en instituciones sanitarias, también se han producido nacimientos en los hogares que dan cuenta de la conservación de estos saberes y de prácticas como la participación activa del hombre/padre en el nacimiento.

traslado, la incomprensión mutua y dificultades de relacionamiento con el personal de salud, “maltratos”, así como la falta de solución para muchas dolencias: “nos daban pastillas y pastillas y al final nos enfermábamos más”. Este descontento y una serie de críticas a la biomedicina están en la base del proyecto de salud williche (cfr. Picaroni 2012).

Es fundamental tener en cuenta que la biomedicina va ganando hegemonía en los sectores rurales de Chiloé justamente en el momento en que van quedando establecidos internacionalmente los rasgos estructurales que hasta hoy se mantienen y que definen al MMH pero además, la influencia y contacto con el aparato sanitario se hace más fuerte durante el período de reformas neoliberales realizadas en dictadura militar. El impacto de la represión y de estas reformas en el desarrollo de la atención en salud y en la formación médica ha sido profundo (cfr. Carvajal et al. 2007). A partir de 1981 se van estableciendo medidas como la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)¹⁹², la “descentralización” de la atención primaria (trasferencia a las Municipalidades) y de los hospitales hacia áreas de salud que transforman a Chile en el país de la región que más fielmente incorpora el modelo de “privatización de los servicios de salud” impulsado por los organismos internacionales de crédito (cfr. por ej. Homedes y Ugalde 2010, Waitzkin 2011).

De esta manera se establece un sistema mixto (público-privado) constituido principalmente por una industria de seguros o previsional-financiera, otra prestadora de servicios asistenciales, y en menor medida una de productos sanitarios (Norbona y Durán 2009:7). El subsector público está representado principalmente por FONASA (Fondo Nacional de Salud) en su aspecto financiero y por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS) y las Municipalidades en su componente de prestación de servicios. El subsector privado, por las ISAPRE y mutuales en su aspecto financiero previsional y por los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios. Se trata de un modelo en el cual el estado subsidia a un sector privado de corte empresarial que obtiene elevados márgenes de ganancia y crece continuamente a pesar de estar destinado a un reducido porcentaje de la población. A las mayorías poblacionales se ofrecen servicios públicos descentralizados en una modalidad fragmentada e inequitativa. El modelo denota responsabilidades superpuestas, falta de articulación entre niveles e instituciones asistenciales, poca efectividad y un elevado costo para el país. En la posdictadura, se intentó establecer un mayor control estatal sobre su funcionamiento y mejorar la distribución de los recursos y garantías de salud, pero el sistema mantiene en cuanto a financiamiento, organización y funcionamiento los rasgos básicos que le impusieron las reformas neoliberales del período militar (cfr. Homedes y Ugalde 2010).

Por otra parte en territorios entre los cuales cuenta Chiloé la dictadura militar impulsó el establecimiento de empresas transnacionales extractivas que también se continuó en la posdictadura con un impacto devastador en la reproducción biosocial de la vida. Las salmoneras desde finales de los 70' hasta la actualidad son el emblema de la incorporación al capitalismo extractivo global que incluye la explotación del territorio terrestre, marítimo y ahora aéreo en busca de diversidad de productos para el mercado internacional. La situación generada en torno al asentamiento de estas empresas con un poder de presión político-económico muy fuerte y que utilizan consistentemente mecanismos de desestructuración del tejido social ha significado una larguísima lista de muy complejos problemas desde la contaminación y sobreexplotación del borde costero, la casi desaparición y en algunos sectores desaparición total del bosque nativo, el retroceso de la actividad agrícola de subsistencia, profundos cambios en la alimentación y el modo de vivir, precariedad laboral, etc.

192. Compañías aseguradoras privadas que siguen el modelo de las Health Maintenance Organizations estadounidenses (de las cuales muchas son filiales) y que concentran un alto porcentaje del gasto en salud mientras atienden a un reducido porcentaje de la población y, además, al “más sano”.

Boccara y Bolados proponen que a partir de 1990, en el marco del proceso de apertura de nuevas fronteras del capitalismo global, el estado chileno estableció un multiculturalismo que denota continuidad con formas anteriores de dominación colonial (Boccara y Bolados 2010). Este proceso fue sustentado e impulsado desde organismos internacionales de crédito como el BID y el Banco Mundial. La “salud intercultural” es uno de sus componentes centrales. Se trata de una interculturalidad que no aparece relacionada a las relaciones de poder entre el estado y los pueblos indígenas: “Se construye y clasifica a ‘lo indígena’ como actor local, aislado y cuya diferencia está dada a priori” (Boccara 2007:189). Se elige una perspectiva culturalizante desde la cual se da un “recorte del cuerpo social en clave étnica” en un proceso de culturalización y despolitización de la salud que sirve para invisibilizar los efectos de la estructuración social desigual en los procesos de salud/enfermedad/atención así como para aprehender la pobreza como hecho natural y no como fenómeno social producto de una relación desigual. También permite aprehender la precariedad en materia de salud como un problema exclusivamente de acceso a los servicios o de incomprensión cultural (cfr. Boccara 2007, Boccara y Bolados 2010). La conformación del campo de la salud intercultural en Chile conlleva la etnificación de los problemas sociales y la responsabilización neoliberal de ciudadanos étnicamente clasificados respecto de aspectos como su salud (cfr. Boccara 2007).

Este “multiculturlaismo”, del cual la salud intercultural es uno de los componentes centrales, parafraseando a Quijano, constituye una estrategia en el marco de la infinitud del discurso sobre la cultura y la siempre creciente familia de términos que envuelven la cuestión de la identidad para mantenerla lejos de la cuestión del poder (cfr. Quijano 2005:Online). Sin embargo, en otros niveles de análisis, en particular en las prácticas concretas, como demuestra también Boccara, lo que se observa son procesos de hegemonía/subalterinidad así como procesos contrahegemónicos o de resistencia mucho más complejos y que no pueden ser previstos ni analizados desde una perspectiva que sólo se interese por las condicionantes estructurales así como tampoco desde una que sólo se enfoque en los actores individuales. Para este trabajo, son de interés tanto las condicionantes estructurales que contribuyen a establecer la hegemonía de un discurso culturalista y etnificante sobre la interculturalidad expresado en prácticas concretas, como las prácticas y pensamientos que lo resisten y en cierta medida, al menos en algunos contextos, lo contrarrestan.

Finalmente, la inserción de los egresados de la ELAM en este territorio debe entenderse en el contexto de un conjunto de cinco leyes que a partir de 2002 se presentan como reforma de salud. La de mayor impacto político y social es la que crea un sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) para la accesibilidad y financiamiento de las patologías incorporadas a este sistema¹⁹³. Por otra parte:

Junto con la reforma programática se ha emprendido una reforma en el modelo de atención, que pretende poner al servicio de las personas un sistema de salud adaptado a sus necesidades, con un enfoque integral, orientado a la familia y a la comunidad. En suma, se espera poner al alcance de las comunidades un sistema de atención más moderno y más humanizado, de forma que las familias se sientan efectivamente protegidas y aseguradas en relación a sus necesidades de salud (Cárdenas y Marticorena 2007:1).

Se trata de un modelo de medicina familiar en atención primaria de salud cuya puesta en práctica está lejos de mostrar la orientación manifiesta hacia la equidad y la garantía de derechos. Más aún, algunos analistas proponen que la atención primaria, sobre todo la municipal, se ha debilitado debido a la sobrecarga que la reforma le impuso sin haber abordado los graves problemas estructurales que la afectan: fragmentación, desfinanciamiento, falta de

193. Como desarrollo más adelante esto se inscribe en las renovadas propuestas de atención primaria selectiva (a través de programas verticales centrados en enfermedades) que salen al cruce de la reactivación del discurso sobre atención primaria integral a comienzos del siglo XXI.

articulación con los niveles secundario y terciario, falta de profesionales, falta de formación profesional para el trabajo en APS, desprestigio del mismo (Montero et al. 2010). Además, es una reforma de espíritu centralista, pensada para contextos urbanos que desconoce y por tanto no contempla ni permite abordar las problemáticas específicas de las diversas regiones y, en particular, del medio rural (Cárdenas y Marticorena 2007, Carvajal et al. 2007). Por otra parte, no ha sido suficientemente contemplada la formación de recursos humanos y, en general, su importancia para la implementación de los cambios propuestos (cfr. Méndez 2010):

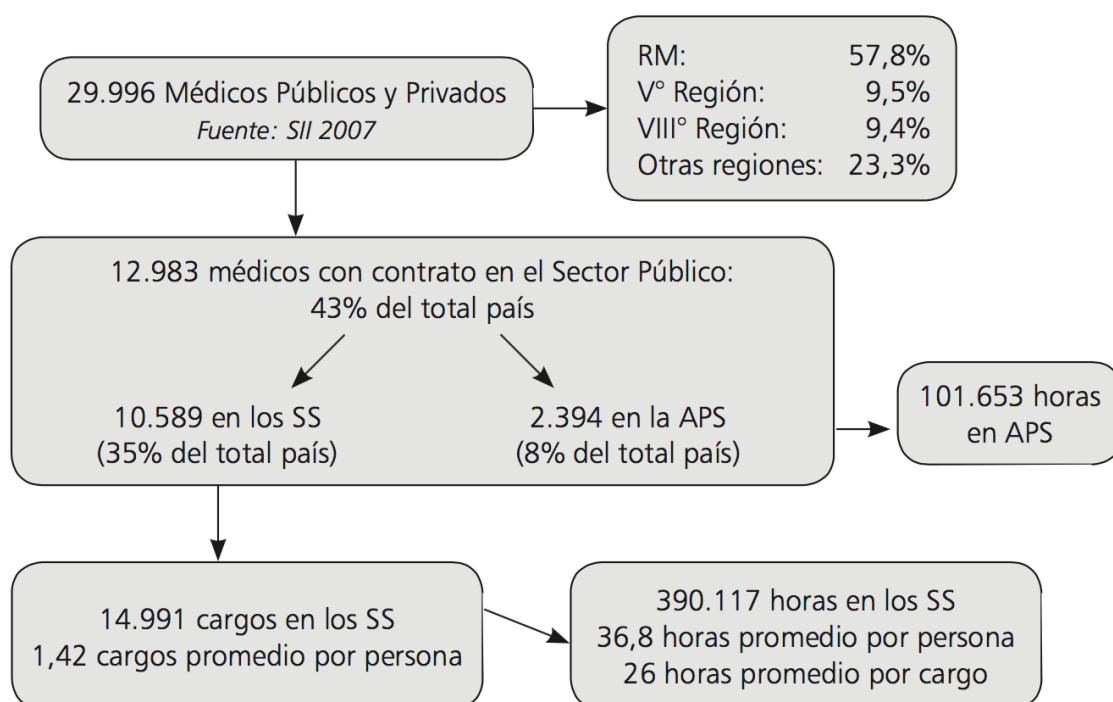
No es posible avanzar en salud con un modelo nuevo, si los profesionales que están egresando de las universidades continúan recibiendo una formación basada en el modelo anterior. Es justo que el estado invierta en capacitar a quienes se formaron antes del cambio, sin embargo, los únicos beneficiados con el sostenimiento de esta situación, son las entidades que cobran primero por formar a un profesional de cierta manera [orientado a la ultra especialización y a la atención hospitalaria] y luego vuelven a cobrar por mejorarlo (Cárdenas y Marticorena 2007:11).

Estos tres aspectos de la reforma –sobrecarga de la atención municipal, falta de consideración de las problemáticas específicas de cada zona y no consideración de la importancia de los recursos humanos y su formación– influyen en la displicencia con la cual han sido recibidos los médicos egresados de la ELAM tanto por parte del estado como por parte de las corporaciones médicas y enmarcan en varios sentidos el proceso de inserción de los egresados.

La carencia de estadísticas confiables y completas respecto de la cantidad de médicos de los cuales dispone el país refleja bien la situación. Artículos publicados en los últimos diez años realizan estimaciones a partir de métodos más o menos complejos y creativos. Entre ellos el que me parece más acertado propone la siguiente situación respecto de los médicos y su distribución en Chile:

Figura 3: Estimación del Universo de médicos en Chile

(Guillou et al. 2011:561)



La Superintendencia de Salud en 2012 registraba 30.488 médicos, de los cuales 22.899 serían especialistas y un 8,6% serían extranjeros (Superintendencia de Salud 2012). Esto representa 570 habitantes por médico. Los médicos generales serían 7.589, teniendo en cuenta que hay muy pocos médicos de familia y que la tendencia es a que los especialistas trabajen en los niveles de mayor complejidad, a nivel de atención primaria habría al rededor de 2.293 habitantes por médico. Probablemente se mantiene la concentración en la región metropolitana de casi el 60% y en la zona central (metropolitana y sus alrededores) de casi el 80% de los médicos del país. En 2008 se calculaba que la X Región (5% de la población nacional) había 1.538 habitantes por médico (6,5 médicos cada 10.000 habitantes) (1,7% de los médicos). No tengo datos específicos sobre disponibilidad de médicos en Chiloé, probablemente se encuentra por debajo del promedio regional.

Por una serie de factores que discutiré en el próximo apartado los egresados de la ELAM a partir de 2006/07 se han incorporado a la atención municipal en Chiloé aportando en algunos casos el grueso de los médicos de algunas comunas. En este contexto debe entenderse la apreciación de las autoridades de salud locales de que “ellos son los que sostienen el sistema” (e/i 2011).

Para el año 2010 se calculaba que en Chiloé el 84% de la población era beneficiaria del sistema público de salud a través de FONASA mientras el 16% se dividía entre el sistema privado de ISAPRE y quienes no tenían cobertura de salud¹⁹⁴. Además de la forma de atención biomédica que claramente es la hegemónica, persisten formas populares, algunas de las cuales tienen profundas raíces históricas y otras de reciente incorporación, que incluyen tanto las estrategias domésticas como la consulta con especialistas, y las que denomino formas de atención energéticas, derivadas o no de tradiciones médicas académicas, que han tendido a ser incorporadas por las instituciones oficiales como medicinas alternativas y complementarias siguiendo el modelo de la OMS y la OPS. En este proceso se impulsan también mecanismos de estandarización y control profesional sobre el uso de estas técnicas que habían sido incorporadas y utilizadas más o menos autónomamente en proyectos como el de Koñimo-Lamekura.

5.1.2 Ambigüedades y tensiones: homologación e inserción laboral¹⁹⁵

En primer lugar, los egresados deben ser habilitados para ejercer la profesión médica a través de mecanismos que conllevan la homologación de sus títulos universitarios a los de las universidades locales. La terminología utilizada en los procesos para la aceptación del título de médico varía: en Uruguay se utiliza el término revalidación o reválida y en Chile revalidación o validación. En el capítulo 3 abordé algunas cuestiones relevantes en el marco de estos procesos desde una perspectiva regional. Ahora corresponde describir concretamente los procesos a los que se enfrentan los médicos de la ELAM en Uruguay y Chile ya que, por

194. La red oficial de asistencia estaba compuesta por nueve centros de salud incluyendo Consultorios y Centros de Salud Familiar (CESFAM), 9 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 71 postas de salud rural y 70 estaciones médico rurales. Estas instituciones de nivel primario dependen administrativamente de las Municipalidades. Además existen cinco hospitales dos de mediana complejidad (el de Ancud y el de Castro, la capital provincial) y tres de baja complejidad (los de Quellón, Achao y Queilen). No existen hospitales ni clínicas privadas aunque si numerosas centros privados de salud con servicio de consulta médica en medicina general y especialidades (cfr. Unidad de Salud Colectiva 201037-38). El hospital de alta complejidad más cercano se ubica en Puerto Montt.

195. Para Uruguay me baso en el material recogido entre 2006-2007 cuando exploré con cierta profundidad el proceso de homologación y recepción de los egresados. Para Chile me baso en investigación bibliográfica, de archivos y entrevistas en las que fue tematizada la revalidación del título, observación y revisión de notas de prensa y entrevistas con los encargados de la habilitación para el trabajo de los egresados de la ELAM en la X Región de Los Lagos.

una parte, determinan aspectos importantes de su inserción laboral y, por otra, permiten un primer acercamiento a las ambigüedades y tensiones sociales y de la profesión médica en particular. Además, interesan las diferencias y similitudes entre los contextos de esta investigación.

En Uruguay la institución encargada de la homologación es la UDELAR a través del Consejo de Facultad de Medicina¹⁹⁶. El médico solicita la reválida presentando la documentación correspondiente y en base a una resolución de la Comisión de Reválidas que establece que existe “razonable equivalencia” entre la formación que brinda la ELAM y la UDELAR se procede a revalidar el título. Esta resolución se fundamenta en un estudio del currículo de la ELAM realizado en el año 2005 cuando graduados de la primera generación solicitaron la reválida. Después, el médico debe registrarse en el MSP que habilita para ejercer la profesión en el país. Se trata de un trámite administrativo relativamente sencillo, expedito (unos seis meses al principio, tres meses actualmente) y poco costoso.

En 2005 las discusiones en torno al tema fueron arduas y pusieron de manifiesto posturas claramente encontradas. La figura legal de “equivalencia razonable” resultaba problemática. El plan de estudios de Medicina de la UDELAR databa de 1968 y estaba en proceso de transformación ya que formaba un médico alejado del nuevo perfil profesional que la institución pretendía acorde a las tendencias internacionales. El currículo de la ELAM apuntaba a formar un médico mucho más cercano a ese perfil que a la vez era el tipo de profesional que requería la reforma del sistema de salud del nuevo gobierno, el primero de una afiliación política distinta a los que habían gobernado durante 180 años. Aceptar la formación de la ELAM para el ejercicio de la medicina en Uruguay implicaba un cierto nivel de crítica hacia la formación que la institución local brindaba y un grado de aceptación de los cambios propuestos, o sea posicionarse en un espectro de reproducción/transformación de la formación médica y de la atención en salud¹⁹⁷. De manera simplificada se pueden reconocer dos posiciones. Por un lado, los médicos de la ELAM eran percibidos como competencia, con consecuencias desfavorables para los egresados de la UDELAR ya que vendrían a “robarles” o “sacarles” puestos de trabajo. Exigir algún tipo de examen o complemento para la reválida era una forma de restringir, dificultar o entorpecer su ingreso al “mercado laboral”, y al mismo tiempo, una reafirmación del estatus quo académico¹⁹⁸. Por otro lado, la homologación de los títulos era considerada un derecho de estos ciudadanos y un aporte potencialmente positivo para el país en el marco de un proceso que requeriría de médicos distintos a los que la UDELAR formaba. La Asociación de Estudiantes de Medicina (AEM) jugó un rol importante para que prevaleciera esta última.

196. Órgano de cogobierno compuesto por representantes de los tres órdenes (estudiantes, docentes y egresados) y el Decano de la Facultad.

197. Uno de los integrantes de la Comisión de Reválida siete años después ha tenido a egresados de la ELAM como compañeros de trabajo y plantea que observa “como una sintonía de conexión con médicos de la ELAM por una visión más como desde la comunidad o desde una visión más social de la salud, que en Uruguay todavía no existe tanto” concluyendo: “siento como que hablamos el mismo idioma en cuestiones de salud” (e/i 2012).

198. En aquel momento y hasta 2008 esa postura era claramente verbalizada. También resultaba perfectamente verbalizable poner en tela de juicio la calidad profesional por haberse formado en Cuba, un país (mayormente desconocido) con el que existían diferencias políticas. Algo similar sucedía respecto de las discusiones sobre el nuevo sistema de salud y el rol que le asignaba al primer nivel de atención y a la medicina familiar. Resultaba común que alguien que expresaba dudas “técnicas” sobre la formación en la ELAM –o sobre la medicina familiar– planteara abiertamente que, en el fondo, su preocupación tenía que ver con que el egresado de la ELAM iba a “sacarle trabajo” a los médicos locales, o el médico de familia a otros especialistas. En 2012, la situación habían cambiado: las resistencias que tienen que ver con sentirse individualmente desfavorecido ya no se verbalizan abiertamente o, por lo menos, se tiene cuidado al hacerlo procurando que no queden registros. Argumentar abiertamente desde el beneficio/perjuicio individual o desde una ideología mercantilista en el campo de la salud ya no es común. Esto no debilita en absoluto esas posiciones sino que al ocultarlas/solaparlas más bien las fortalece.

En los primeros años se trabajó en una propuesta de plan de recepción para brindar una inducción guiada al sistema de salud pero hasta donde tengo noticia esto no se concretó y no existe aún un programa planificado de recepción por parte de ninguna institución local. El camino que siguieron todos los egresados que participaron de esta investigación para su acercamiento a la atención/ formación médica en Uruguay consistió en presentarse en las direcciones de instituciones sanitarias/ formativas y manifestar su interés por conocer su funcionamiento. Las posibilidades ofrecidas incluyen guardias honorarias (no remuneradas) en las salas y puertas de emergencia de hospitales, acompañar a otro médico en traslados o, cuando el contacto es cercano, en “policlínica” así como la posibilidad de participar de los “encares” a través de los cuales se prepara la prueba de ingreso para especialidades. En la mayoría de los casos los egresados consideran haber recibido mucho apoyo de los profesionales, profesores, estudiantes y trabajadores locales. Además, algunos médicos locales procuraron facilitar el contacto de los egresados con el funcionamiento de la atención sanitaria en Uruguay propiciando su incorporación a ciertos programas.

A partir de 2007/08 comienzan a llegar a Uruguay médicos de la ELAM con posgrados en MGI y a partir de 2010/11 en otras especialidades. La homologación de estos títulos depende de la Escuela de Graduados de la UDELAR y de cada Cátedra que la compone que también es responsables de la formación de especialistas. Algunas habían restringido a tal punto el acceso que la carencia respecto de la cantidad y/o calidad (en el sentido de las habilidades adquiridas) de especialistas en algunas áreas llegó a ser calificada como crítica (MSP 2010:47-65)¹⁹⁹. Especialmente interesante y paradójica resultó la oposición a aceptar como válida la formación en medicina familiar cubana (MGI) para la actuación como médico de familia en Uruguay²⁰⁰. Algunos actores que observaron el proceso atribuyen a un “celo profesional” las argumentaciones en contra, otros destacan una especie de reactivación de las discusiones que había desatado la llegada de la primera graduación de médicos de la ELAM. Los argumentos, en general, son poco informados, a veces claramente xenofóbicos, y en un clima gobernado por una serie de rumores que rápidamente se establecieron en el ámbito médico a pesar de su inverosimilitud, por ejemplo el de que se otorgaría a los recién graduados de la ELAM el grado de especialista en medicina familiar. No voy a discutir esto en profundidad pero la situación planteada expresa con fuerza el sesgo ideológico y personal –entendido como beneficio/ perjuicio personal y miedo a la pérdida de prestigio o de beneficios económicos– que ha primado en las discusiones respecto a la homologación de los títulos cubanos.

De cualquier manera el rápido y simple reconocimiento del título de Médico General coloca a los egresados de la ELAM en una situación equitativa, desde el punto de vista formal, respecto de los egresados de la institución local. El camino que ésta impulsa para sus recién graduados consiste en ingresar inmediatamente a una especialidad²⁰¹. Inmediatamente después de la graduación los egresados de la ELAM tienen formalmente las mismas opciones

199. El MSP considera “especialidades en situación crítica” un conjunto de especialidades médicas que conforman un foco de atención debido a su baja disponibilidad, a la distribución desigual en lo territorial y por niveles de atención, o a la escasa cantidad de egresos producidos en la última década (MSP 2010:47).

200. Tres aspectos plantean la paradoja. Primero, en Uruguay es una especialidad que debe enfrentar serios problemas por la falta de especialistas con formación académica ya que el primer egreso se dio en 2002; en comparación el primer egreso de especialistas formados académicamente en MGI en Cuba fue en 1992. Segundo, la MGI cubana –a pesar de las dificultades que ha enfrentado en su desarrollo y de las críticas que se le puedan hacer– tiene una amplia trayectoria con fuerte impacto local, un desarrollo científico importante y una inserción internacional destacada (cfr. Dresang 2005). Tercero, hasta 2011 la UDELAR registraba 132 médicos de familia (UDELAR 2007 y 2012) lo cual representa apenas el 10% de lo que se estima necesario para el país.

201. Pero los cupos para seguirlo son reducidos. De todas maneras, en general incluso quienes siguen este camino trabajan como médico general y luego de haber avanzado en la especialidad lo hacen como especialista mientras estudian. La formación de especialistas no es de dedicación completa.

que los egresados locales: preparar el examen de ingreso a una especialidad o esperar la habilitación de su título para ejercer como médicos en los puestos que el “mercado” ofrece/requiere.

Para el ingreso a la formación de posgrado se debe aprobar una prueba que genera un ranking en el que los primeros lugares pueden optar por la modalidad de residencia, que implica un sueldo mensual y ciertas obligaciones. La cantidad de puestos varía de acuerdo a la especialidad, algunas en los últimos 10 años ofrecieron en promedio uno o dos puestos. Además, para realizar una residencia el postulante debe tener menos de tres años de graduado. Algunas especialidades sólo pueden hacerse por este método. Otras ofrecen la modalidad no remunerada de posgrado a quienes hayan aprobado la prueba de ingreso pero no obtengan un puesto de residente o tengan más de tres años de graduados. De los 20 médicos de la ELAM entrevistados en 2012 (todas las graduaciones 2005-2011), la mayoría (14 personas) había completado ya una especialidad médica, estaba cursando una o había aprobado el examen de ingreso para comenzarla, por la vía de residencia (6) o posgrado (6), mientras dos médicos se habían graduado en una especialidad médica en el exterior²⁰².

Ahora bien la mayoría de los egresados de la ELAM comienza, al igual que los egresados locales, a trabajar como médico a partir de guardias en las puertas de emergencia –“médico de puerta”– de hospitales, sobre todo, del interior del país o en instituciones privadas de salud a partir de guardias que corresponden a otros médicos que al no poder cumplirlas se las “pasan” para que las “cubran”. También los traslados de pacientes en ambulancia –“médico de traslado”– cuentan entre los primeros trabajos que se le ofrecen al recién recibido. Por otra parte, en especial en Montevideo y en el sur del país existe una cantidad importante de emergencias móviles que emplean recién graduados. Estos trabajos en general no implican contratación, el médico actúa como “trabajador independiente”. La norma tanto para recién graduados como para el trabajo médico en general es el multiempleo.

Las experiencias de los egresados de la ELAM en este tipo de trabajo son diversas pero lo que resalta es que no corresponden al tipo de trabajo que, desde las representaciones y expectativas adquiridas en el proceso formativo, sería el adecuado para el médico recién recibido. Representa también un desaprovechamiento de recursos en el contexto de una reforma que pretende potenciar la atención primaria y considerada una de las barreras más importantes la falta de personal capacitado. Se da la paradoja de que una cantidad importante de médicos con formación y experiencia en atención primaria continúan ingresando a trabajar en labores básicamente asistenciales y desde las cuales no aporta a su desarrollo. Varios grupos de egresados de las diferentes generaciones han presentado proyectos para incorporarse al sector salud en funciones que consideran más apropiadas para ellos y más útiles para la sociedad. Hasta donde tengo noticias ninguno dio los resultados esperados a pesar de gestiones intensas.

De todas maneras en el transcurso del primer año luego de la habilitación de su título algunos egresados han ingresado a trabajar contratados como médicos del primer nivel para las intendencias municipales, para ASSE o para instituciones privadas de salud. El primer llamado a concurso para contratar médicos para el primer nivel de atención en el

202. 18 de los egresados entrevistados en Uruguay (2007-2012) tenían estudios académicos de posgrado, 15 los desarrollaron en Uruguay, 3 en el exterior (Cuba, Venezuela y España); 3 personas en el exterior y en Uruguay; y 2 tenían un posgrado internacional. Una egresada tenía un diplomado, una especialidad completa y estaba estudiando una segunda especialidad, 3 tenían un Magister (uno de ellos además una especialidad médica y otro una especialidad médica y estudios de pregrado en Ciencias Políticas). Las especialidades médicas representadas incluían MGI y Medicina Familiar y Comunitaria (8 personas), Pediatría (3), Medicina Interna (1), Traumatología (1), Radioterapia Oncológica (1), Neurología (1), Psiquiatría (1), Oftalmología (1) y formación como médico rescatista (1).

marco de la reforma sanitaria tuvo lugar en 2006. Como ya mencioné se trató de un concurso para destinar 100 médicos que debían hacerse cargo de una zona determinada, un perfil similar de trabajo al del médico de familia pero al que se podía acceder siendo médico general. Cinco egresados de la ELAM obtuvieron un puesto en ese concurso, tres de ellos lo asumieron, mientras dos cedieron su puesto porque les correspondía una zona alejada de la capital, lo mismo que hicieron buena parte de quienes se encontraban en esa posición que determinó que parte importante de esos cargos quedaran vacantes. Ese llamado reabrió, por así decir, la contratación de médicos para instituciones asistenciales públicas. Desde entonces se ha continuado realizando llamados para el primer nivel, sobre todo, para el interior del país o zonas urbanas periféricas. Según información aportada por la Dirección de Atención Primaria de Salud de ASSE, la mayoría de los médicos que se ha radicado en pueblos pequeños y zonas apartadas son egresados de la ELAM (e/i 2012)²⁰³.

En resumen, la pronta resolución sobre cómo proceder para realizarla la homologación y habilitación, su relativa sencillez y costo reducido ha permitido a médicos formados en la ELAM ejercer su profesión y continuar su formación en condiciones formalmente equitativas con los médicos formados en la institución local, compartiendo ciertos beneficios –como la posibilidad de especializarse, seguir una carrera docente, concursar para cargos públicos– y con las limitaciones propias del sistema de formación y de trabajo médico local. A nivel de la reválida de los títulos de posgrado los enfrentamientos aún son arduos a pesar de la carencia de especialistas médicos y su muy desigual distribución territorial (MSP 2010). Los acercamientos al sistema de salud han sido autogestionados y por tanto muy diversos; no existe un programa planificado de recepción o integración de estos médicos. En su acercamiento y adaptación al trabajo/formación médica local han dependido de la buena disposición de otros médicos, profesores y estudiantes, entre ellos, con el correr del tiempo también de egresados de la ELAM de generaciones anteriores.

El camino para la homologación y la inserción laboral en Chile es diferente. Para la homologación se exige la aprobación de exámenes con un costo de 1.200 dólares americanos (promedio del período 2005-2012) sólo para pagos a la institución examinadora. El proceso tiene una duración mínima aproximada de un año y ha variado en el tiempo. La normativa vigente para la “revalidación del título de médico cirujano”²⁰⁴ en el año 2005, cuando se graduaron los primeros 43 médicos chilenos en la ELAM, otorgaba esta responsabilidad a la Universidad de Chile. Luego de la entrega de documentos legalizados se procedía a una tramitación que exigía rendir un examen teórico preclínico, uno clínico (ambos de selección múltiple) y cuatro exámenes prácticos correspondientes a las cuatro especialidades básicas. El proceso culminaba con la revalidación del título y la entrega de un diploma similar al que esa universidad entregaba a sus egresados y permitía tanto ejercer la profesión en el país como postular a estudios de posgrado. La suma de dinero a abonar a la institución ascendía a 20 UTM (Unidad Tributaria Mensual) que equivalía a casi cinco sueldos mínimos.

203. Los motivos por los cuales los médicos en general y los recién graduados de la UDELAR en particular no se radican en zonas rurales o alejadas de la capital nacional son complejos. En 2012, se estaba elaborando un Plan de Salud Rural que abordaba algunos. Las expectativas sobre el ejercicio de su profesión desarrolladas durante la formación juegan un papel; al tiempo que características, convicciones y experiencias personales pueden resultar más decisivas que la formación académica, como ponen de manifiesto casos registrados en el trabajo de campo de médicos jóvenes de la UDELAR que eligen desempeñarse en estas zonas a pesar de no haber tenido en su formación ningún contacto ni haber incorporado ninguna expectativa respecto del trabajo médico allí. Como explicaba una de ellas: “me empezó a gustar algo que no sabía que me gustaba” (e/i 2012).

204. El título de grado en Medicina que otorgan las instituciones chilenas en Médico Cirujano (equivalente internacionalmente al de Médico General), se trata de una denominación que refiere a la evolución histórica de los estudios universitarios. Al contrario de lo que creen algunos médicos y directivos de instituciones locales no señala una diferencia de preparación quirúrgica respecto de graduados de otras universidades que han optado por otras denominaciones para quienes completan el pregrado médico.

En el año 2005 médicos egresados de la ELAM en una carta entregada al presidente de la República manifestaban que los costos del proceso de revalidación era la principal dificultad que enfrentaban (Graduados de la ELAM Chile 2005:Online). Un egresado de la primera generación recuerda:

El primer tema que nos planteamos como grupo fue si nos inscribíamos y dábamos el examen todos al tiro o no y la gran mayoría, salvo 4 o 5 que no se presentaron, resolvimos el tema de las lucas entre todos, nos fuimos a inscribir el mismo día todos juntos, y después tuvimos algunas clases estudiando también juntos, con el material que íbamos recopilando y que iba dando vueltas para que todos tuviéramos lo mismo y de alguna manera ese sentir colectivo se fue manifestando ahí, en ese momento (Eo25 e/g 2010).

Las gestiones colectivas se tradujeron en rebajas de hasta un 50% en los pagos exigidos: “de alguna manera se fueron haciendo redes para apoyar a toda la gente para que dieran el examen, tuvieran o no tuvieran plata. Entonces, se obtuvieron esas cosas que en realidad uno en ese tiempo no las valoraba tanto como ahora. Ahora ya no hay ninguna concesión” (Eo27 e/g 2010). Lo cual se relaciona con esta reflexión: “Yo siento que vino después el tema de la prueba y ahí empezamos a correr distintas suertes en los que fueron aprobando y en los que nos fuimos quedando un poco más atrás en el proceso” (Eo25 e/g 2010)²⁰⁵. En Chile y Uruguay las posibilidades de desarrollo de propuestas o acciones colectivas en el campo de la salud, en particular por parte de médicos se ven limitadas por una serie de factores, en Chile, para estos médicos, el proceso de homologación es uno de ellos.

En abril de 2008 se promulga la ley 20.261 que crea el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM) y establece que aprobar ese examen es un requisito para trabajar en instituciones estatales de salud y que quienes lo aprueben “habrán revalidado automáticamente su título profesional de médico cirujano, sin necesitar cumplir ningún otro requisito para este efecto” (Art. 1). La Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH)²⁰⁶ es designada responsable de este examen y con ello de la revalidación de los títulos de universidades extranjeras. La Universidad de Chile, la ASOFAMECH y el Colegio Médico hacen pública su sorpresa respecto de este aspecto de la nueva ley y se esfuerzan por no reducir, ni simplificar en ningún punto el proceso de revalidación que venía realizando la primera, que se toma como base para establecer los requisitos del EUNACOM respecto de los médicos titulados en otros países (ASOFAMECH y Colegio Médico de Chile 2008). En un documento elaborado por la ASOFAMECH y el Colegio Médico se expresan algunas de las tensiones generadas en torno a la aplicación de la ley y a los egresados de la ELAM, en particular. El punto 12 de los antecedentes para la elaboración de una propuesta de aplicación del examen dice: “El Ministerio de Relaciones Exteriores ha manifestado su preocupación por dar una solución a la intención de un grupo de chilenos titulado fuera del país y que ha manifestado su interés en ejercer su profesión en Chile. Este derecho a ejercer la profesión en su país no puede pasar por sobre el derecho de la población chilena de contar con atención médica de calidad garantizada, que es el espíritu de la Ley 20.261” (Ibíd.).

La tensión aparece definida entre el derecho de ciudadanos chilenos al ejercicio de su profesión y el derecho de la población chilena de contar con atención médica de calidad garantizada. La contraposición es aparente ya que se trata más bien de aspectos complementarios. En Uruguay prevaleció la postura que consideraba que un estudio realizado por especialistas locales respecto de la formación médica era lo adecuado. En Chile se considera

205. En diciembre de 2005, primera oportunidad en que egresados de la ELAM rindieron los exámenes teóricos, siete los aprobaron. El primero en completar también el ciclo de exámenes prácticos y con esto homologar su título lo hizo en marzo de 2006. En el transcurso de un año después de la graduación aproximadamente la mitad de quienes habían regresado a Chile habían obtenido la certificación de la equivalencia de su título al de médico cirujano otorgado por la Universidad de Chile y dos años después al rededor de un 70%.

206. Entidad que aglutina a 18 facultades de Medicina estatales y privadas.

que son necesarias exámenes individuales realizadas por especialistas locales, a pesar de su elevado costo de tiempo, utilización de recursos y sin mayor reflexión sobre su adecuación como método para comprobar la calidad de atención médica que pueden brindar médicos formados en otros países.

A partir de la entrada en vigor de la nueva ley en abril de 2009 el título de médico cirujano obtenido por reválida a través de la Universidad de Chile “sólo habilita para el ejercicio de la profesión en el ámbito privado. Para ejercer en el ámbito público u optar a programas de postgrado es necesario rendir y aprobar el EUNACOM” (Universidad de Chile:Online). Este examen consta de una sección teórica (de selección múltiple: 180 preguntas y 180 minutos para responderlas, divididas en dos serie de 90 preguntas y 90 minutos cada una) que se puede rendir una sola vez por año en el mes de diciembre; y una sección práctica en cuatro etapas correspondientes a Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia-ginecología y Cirugía, de cinco horas cada una en las que se realiza una evaluación práctica y una “interrogación oral” por especialistas designados para este fin en un entorno de atención médica real o simulado. Hasta 2014 el examen tenía un costo para el examinado de 500.000 pesos chilenos que en 2012 equivalía a casi tres sueldos mínimos (EUNACOM:Online). La sección teórica de este examen también la rinden los médicos egresados de las universidades chilenas mientras la práctica es homologable a su internado²⁰⁷.

En general, los médicos de universidades extranjeras tienen un porcentaje de reprobación mucho más elevado que los de universidades nacionales (cerca del 2%), no hay datos específicos para los egresados de la ELAM ya que los datos que se publican reúnen a todos los “titulados en el extranjero”²⁰⁸. Medios de prensa han utilizado estos datos para postular una superioridad de la formación en las universidades locales. Incluso autoridades de salud y universitarias han manifestado que consideran que el buen rendimiento de sus estudiantes en comparación a médicos formados en otros países sería un signo de la calidad de la formación médica local, apreciación que aparece también en publicaciones científicas (Montero et al. 2010:9).

Sin embargo, es muy cuestionable la adecuación del EUNACOM como herramienta para medir y comparar la calidad de formación entre universidades chilenas (que construyen, ejecutan y controlan el examen) y extranjeras. Uno de los aspectos más evidentes es que para los médicos formados en universidades extranjeras no se ofrece ningún tipo de preparación, mientras todas las escuelas locales durante una parte del último año de estudios brindan actividades de preparación específicas para el examen, que se rinde enseguida de completar ese ciclo. Esto es tanto más importante en cuanto se trata de un examen que por sus características (180 preguntas a contestar en 180 minutos), como todos los exámenes de su tipo, lo que mide es la preparación y entrenamiento que el examinado tiene en este tipo de prueba. Además, los estudiantes chilenos rinden exámenes de este tipo durante toda su carrera universitaria. Algo similar ocurre en referencia a las costumbres institucionales que influyen en la sección práctica del examen, como han puesto de manifiesto muchos estudios las mismas son tanto o

207. El EUNACOM se crea para regular la formación de médicos al interior del país dada la proliferación de instituciones formadoras impulsada por la neoliberalización de la educación superior. En base a las calificaciones obtenidos por los egresados de las distintas instituciones se generó y publicó anualmente un “ranking” de las 19 escuelas nacionales de medicina, que resultó una preciada herramienta de marketing hasta que, en 2012, se hizo pública una “filtración de preguntas” que llevó a serios cuestionamientos y algunas modificaciones en el proceso de construcción del examen, entidad responsable y publicación de los resultados para minimizar los conflictos de interés (EUNACOM:Online).

208. En 2011, rindieron el examen 477 médicos titulados en el extranjero con un porcentaje de reprobación de 78,8% frente a un 2,3% para los titulados en universidades nacionales. En 2008, 2009 y 2010 lo rindieron 185, 394 y 363 médicos. Hasta 2011 en 7 graduaciones habían egresado de la ELAM en total unos 315 médicos chilenos lo cual indica que no se puede deducir de este dato el porcentaje específico para los egresados de la ELAM.

más influyentes en la práctica médica que los conocimientos específicos (cfr. por ej. Menéndez y di Pardo 1996). Además, en un contexto marcado por las tensiones antes descritas el componente subjetivo y la predisposición del evaluador deben ser tenidos en cuenta²⁰⁹.

Cualquier intento de asociar la calidad de la formación académica con el rendimiento en esta prueba de los estudiantes de las universidades que la construyen en comparación al de médicos de universidades no vinculadas a ella, debiera por lo menos mencionar cómo mide, aísla o anula la influencia de estos factores. En todo caso, la gran diferencia en los porcentajes de aprobación junto con los conflictos de interés en torno al EUNACOM, podrían motivar una crítica seria respecto de su adecuación como herramienta para garantizar a la población una atención médica de calidad. Cabría una revisión respecto de los recursos (financieros, laborales, administrativos, etc.) que son destinados a la realización de esta prueba para médicos formados en universidades no chilenas en un país que no logra garantizar un acceso universal y mucho menos equitativo a la atención médica, ni una satisfacción de la población ni de los profesionales con el sistema de salud en que se atienden/desempeñan y tampoco la formación de una cantidad suficiente de médicos para sus requerimientos.

Ahora bien, por otra parte, el artículo 112 del Código Sanitario Chileno establece que con la autorización del Director General de Salud personas que acrediten título profesional otorgado en el extranjero podrán desempeñarse como médicos en barcos, islas o lugares apartados. Acogiéndose a este artículo algunas Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) habilitan a médicos egresados de la ELAM para ejercer su profesión mientras se encuentran en proceso de revalidación, entre ellas la de la X Región, a la que pertenece Chiloé. El ejercicio profesional a través de una habilitación ministerial, por un lado, permite a los egresados insertarse tempranamente a nivel de atención primaria en el tipo de zonas a las que apunta el proyecto ELAM. Por otro, ha representado una situación laboral precaria a pesar de que en general son contratados por períodos de un año, que es la norma a partir de las políticas de “flexibilización” laboral en Chile. La precariedad de la situación de médicos contratados por habilitación ministerial, sobre todo de egresados de la ELAM, refiere a que no existe unanimidad ni consenso en relación a la aplicación de ese artículo del Código Sanitario. Influyentes organismos como el Colegio Médico se han opuesto a ella mientras directores de salud de municipios y zonas que carecen de médicos aunque geográficamente no estén apartadas, la utilizan para solucionar su “déficit” y responder a los reclamos de la población. En más de una oportunidad se han dado situaciones complejas incluyendo desvinculaciones del cargo o renuncia por parte de los médicos ante presiones relacionadas con la legalidad de su contratación. Además, ha significado una suerte de discriminación institucionalizada, por ejemplo en la comuna de Ancud los egresados en proceso de revalidación percibían un sueldo menor que el de los formados en Chile o con título ya revalidado. Esto tiene una serie de implicaciones en la práctica médica.

Por ahora lo que interesa es reconocer que la conjunción de tres aspectos –el costo de los aranceles para el proceso de revalidación, sus ambigüedades y dificultades, y la posibilidad de trabajar, sin haberlo completado, justamente en las zonas a las que apunta el proyecto ELAM– ha dado como resultado que los egresados en Chile demoren más que en Uruguay en homologar su título mientras que, a diferencia de lo que sucede en Uruguay, se insertan tempranamente a nivel de la atención primaria dentro de instituciones públicas y en el tipo de lugares para los que el proyecto ELAM forma médicos.

209. Recordemos que sin mencionarlos directamente un documento público del Colegio Médicos y la ASOFAMECH los destacaba como grupo especialmente problemático para estas instituciones que marcaba parte de sus diferencias con el gobierno. En varias oportunidades examinadores han expresado directamente su animadversión hacia estos médicos. Por otra parte, además de las costumbres técnicas locales, por ejemplo en cuanto a utilización o dosificación de medicamentos, la realización de exámenes en entornos de atención simulados con actores es nueva para los egresados.

Para finalizar interesa retomar la revalidación de títulos en relación a los participantes de esta investigación. Los médicos de la ELAM entrevistados en Chiloé obtuvieron la revalidación de su título en promedio en el correr del cuarto año posterior a su radicación en el país, oscilando entre quienes lo hicieron en el correr del segundo año (2 personas) y uno que lo hizo en el correr del sexto año^{210 211}. En las nuevas generaciones hay una tendencia a completar más rápido el proceso de revalidación. Considerando sólo a los egresados graduados a partir de 2009 (cinco personas), el promedio de tiempo en el que obtuvieron la revalidación baja a 2,5 años, mientras el promedio de las generaciones 1999 y 2000 (seis personas) es de 5,2 años.

Sus dificultades para la revalidación fueron sobre todo económicas, ya sea directamente para juntar el dinero para pagar los aranceles o por tener que preparar los exámenes trabajando a tiempo completo con poco tiempo para el estudio y una sobrecarga laboral importante. Es interesante destacar que la mayoría aprobó sin dificultades la sección teórica pero tuvo dificultades en alguno de los cuatro exámenes prácticos. Hay varios aspectos a tener en cuenta respecto de esta “demora” pero lo que interesa destacar es que la misma ha significado que el trabajo médico de al menos una parte de los egresados de la ELAM haya transcurrido en una situación de precariedad laboral y tensión emocional importante que conllevó un desaprovechamiento del mismo en un momento en el cual se pretende una transformación sustancial de la atención de salud en Chile. Esto se hace más patente en zonas como Chiloé donde en algunas comunas estos médicos representan el 80% o más de los médicos de atención primaria. Si bien algunos, consideran haber tenido apoyo de las autoridades de salud para completar velozmente el proceso, ésta no es la situación general. En particular en la comuna de Ancud, los directivos de los consultorios reconocen que la sobrecarga asistencial de estos profesionales es tan grande que tiene que haber influido. Por su parte una egresada comenta:

Enseguida que llego yo comienzo a trabajar y para mí todo es nuevo, yo me gradué en agosto y en septiembre comencé a trabajar y de ahí no he parado, no he tenido vacaciones, las vacaciones que he solicitado ha sido para estudiar para poder lograr y sacar mis pruebas. [...] yo no daba para estudiar y trabajar: llegaba a las ocho de la noche a mi casa, atendía 27 pacientes en mi horario normal y en invierno, como no había quién hiciera extensión horaria, de cinco de la tarde a ocho de la noche veía 15 pacientes más, o sea, estamos hablando de 27 pacientes en el día que viste en tu horario normal, más 15 pacientes más. Imagínate cómo terminábamos para después llegar ¿a estudiar?! Y además como tu empleador no te daba permiso como había sido el acuerdo inicial, tenías que solicitar tus permisos administrativos, que son seis anuales, pedir tus vacaciones, que son diez días, más cinco fuera de la Región para estudiar para tus pruebas. Entonces, se empieza a crear este ambiente de tensión. En un inicio yo quería hacerlo todo rápido, dije: “yo llego a puro estudiar” pero no podía, tenía que trabajar, tengo mi familia y no podía darme el lujo de llegar a ser una carga para mi familia (Ea24 e/i 2011).

Los egresados consideran el estudiar a través de los textos que se utilizan en Chile como un aspecto muy positivo del proceso de revalidación. Sin embargo, las implicaciones generales del mismo para la práctica profesional en muchos casos fueron negativas según su propia percepción así como también la de pacientes, directivos y compañeros de trabajo. Las

210. De una de las entrevistadas egresada en 2009 no tengo datos y otro de los entrevistados poco después de nuestra entrevista abandonó Chile. Todos los demás o bien ya habían revalidado su título al momento de la entrevista o bien obtuve los datos de su revalidación consultando el Padrón Nacional de Prestadores Individuales de Salud (MINSAL:Online) que aporta los datos y fecha exacta a partir de la que cuenta revalidado el título. El promedio toma en cuenta sólo a los 9 egresados de los cuales tengo datos.

211. El egresado de la ELAM que más rápidamente completó el proceso de revalidación con la nueva modalidad del que tengo noticia, lo hizo en el transcurso de 10 meses después de su regreso al país, rindiendo el EUNACOM en diciembre (tres meses después de regresar) y completando todos los exámenes prácticos en julio del año siguiente.

consecuencias negativas incluyen aspectos tan variados como ausencia laboral, agotamiento, falta de motivación, postergación de actividades no asistenciales, abandono o postergación de proyectos comunitarios, enfermedades, etc.

En resumen, la situación legal en Chile en relación a la homologación del título y la habilitación para el ejercicio de la profesión esta caracterizada por cierta ambigüedad, exacerbada por resistencias y tensiones hacia la inserción de los médicos egresados de la ELAM en un sistema de salud que denota una marcada insuficiencia de profesionales²¹². La situación laboral en la que desarrollan el inicio de su vida profesional es especialmente precaria. Luego de revalidar su título, la mayoría procura continuar su formación en universidades locales. Hacia el final del período que abarca esta investigación buena parte de quienes trabajan en atención primaria estaban realizando o habían completado diplomados en medicina familiar. Además, el Servicio de Salud de Chiloé apoya a médicos que quieran especializarse a cambio del compromiso de volver a ejercer como especialistas a la isla. Varios médicos de la ELAM estaban comenzando a desarrollar de esta manera estudios de posgrado en universidades chilenas.

Tanto en Uruguay como en Chile al inicio de la vida laboral domina un alto grado de frustración que refiere a las características del trabajo médico en estos contextos, a características generales de los sistemas de salud locales y en particular a nivel de la atención primaria, pero también en los niveles secundarios y especializados, a la gran distancia entre lo que los egresados entienden que sería la labor del médico y lo que a nivel local representa ese rol. En Chile se agrega a esto un proceso de revalidación del título que institucionaliza una suerte de discriminación hacia estos médicos.

5.1.3 Al sur del sur: egresados de la ELAM en Bella Unión y Chiloé

Después de haber presentado los factores fundamentales que constituyen el contexto para la inserción y el recibimiento de médicos egresados de la ELAM y antes de comenzar con el análisis de los aspectos que desde una perspectiva antropológica resultan más interesantes –que surgen de comprenderla como encuentro entre maneras diferentes de pensar y actuar en medicina– propongo una visión general del proceso de inserción en los espacios centrales de esta investigación en el período 2006-2012. En referencia a este proceso histórico defino como experiencias de salud colectiva las experiencias de atención en salud centrales de investigación, sobre todo, por la articulación del saber médico con el de los conjuntos sociales y por el funcionamiento de los médicos como punto de apoyo para la construcción de los sujetos como ciudadanos con derechos y capacidad de ejercerlos; destaca particularmente es el hecho de que los médicos se constituyeron en un referente fundamental del proceso de atención primaria de salud pero no en sus actores centrales.

212. Una de las expresiones más recientes de estas tensiones fue la desvinculación de sus cargos en el MINSAL en el año 2014 de cuatro médicos egresados de la ELAM con título revalidado a través del EUNACOM. Se argumentó que la validación del título los habilitaba solamente para trabajar en los lugares explícitamente mencionados en la ley. Se pretendía que hicieran nuevamente el proceso de revalidación pero ahora por la Universidad de Chile. Es decir que repitieran un proceso equivalente tanto en estructura como en tiempo y costos. Además, como dije antes, tanto esa institución como la ASOFAMECH establecieron en 2008 que para ejercer cargos públicos no sería válida la revalidación por medio de la primera, y la Ley establece que no hay ningún otro requisito además del EUNACOM para la revalidación de títulos otorgados por universidades extranjeras. Ante la protesta de los médicos, respaldados por la Agrupación de Profesionales Graduados en Cuba y apoyada por varias organizaciones sociales, la medida fue retirada pero el suceso expresa que continúa la tensión en torno a su incorporación.

5.1.3.1 Bella Unión

El impacto del proyecto ELAM en Bella Unión es una temática dinámica y compleja que puede ser abordada de diversas maneras. En 2006 llegaron los dos primeros egresados de la ELAM a través de un cargo de ASSE obtenido en concurso para médicos de área. Ésta fue una de las primeras medidas para impulsar las transformaciones que proponía el nuevo gobierno que, en el correr de los dos años siguientes, lograrían consenso a nivel nacional sobre todo desde la perspectiva de sacar cada actor involucrado el mejor provecho personal/grupal en un contexto de profunda crisis económica y social. Poco tiempo después, en el marco de la reforma estructural del sistema de salud, médicos egresados de la ELAM asumieron funciones de dirección del segundo nivel de atención (a partir de mediados de 2007) y del primer nivel (a partir de 2008). Por otra parte, la cantidad de egresados fue ascendiendo progresivamente desde los 2 que llegaron en 2006 a 3 en 2007 hasta llegar a 13 en 2012. Además, jóvenes de la zona continuaron recibiendo becas para la ELAM, entre ellos hijos e hijas de trabajadores rurales que comenzaron sus estudios en 2010 y 2011. Para los fines de esta investigación distingo tres momentos en el proceso de inserción de los egresados de la ELAM en el sector salud de Bella Unión y me concentro en el primero.

Los inicios: atención primaria colectiva (2006-2008)

Abarca desde setiembre de 2006 con la llegada de los dos primeros egresados (un hombre y una mujer) como médicos de área hasta finales de 2007 cuando ambos abandonan esos cargos: ella continuó viviendo en Bella Unión ocupando la función de Coordinadora (posteriormente Directora) del Primer Nivel de Atención de todo el Departamento de Artigas; él abandonó por motivos personales la zona.

El cargo de médico de área incluía una dedicación horaria de 36 horas semanales y el mandato de hacerse responsable de la atención primaria de áreas específicas. A cada uno le fueron asignadas dos zonas periféricas ubicadas al sur de la ciudad de Bella Unión en un radio de unos 15 km de distancia. Los médicos optaron por cubrir conjuntamente las cuatro zonas conformando un equipo para atender en conjunto a unas 3.000 personas. Una de las zonas contaba con una policlínica comunitaria que recibía visitas médicas cada cierto tiempo; las otras no contaban con espacios físicos ni con atención médica regular. La participación y organización de la comunidad para concretar la atención médica fue fundamental e incluyó destinar un espacio físico, definir horarios de consulta, organizar recorridos y actividades de “terreno”, definir prioridades, informar sobre personas con imposibilidad de trasladarse o que no tenían una cobertura oficial de asistencia, por ejemplo, inmigrantes no registrados o personas en otras situaciones que dificultaban su acceso a la consulta médica.

En abril de 2007 (primer período de trabajo etnográfico) la atención médica en policlínicas comunitarias se había establecido en tres de los sectores desde hacía al menos seis meses. Estos sectores tenían una población de 200, 500 y 2.000 habitantes. La policlínica que ya existía se había mejorado; en uno de los barrios se había construido una y en el tercero había comenzado a funcionar dentro de un salón comunal. El trabajo de los médicos era de lunes a viernes con una permanencia de ocho horas en la zona que correspondía a ese día: a las de mayor población concurrían dos veces por semana y a la otra una. El tiempo oficial de trabajo se distribuía entre la atención en consultorio, domiciliaria y actividades no asistenciales: talleres, charlas, recorridos, reuniones, formación de promotores de salud, campañas de prevención, entre otras. Ambos médicos dedicaban buena parte de su tiempo libre a actividades relacionadas con su trabajo. Esta tónica se mantuvo durante algo más de un año.

En el segundo periodo de trabajo de campo (enero-marzo de 2012) procuré observar cuál era la situación actual de la atención en salud en esas zonas y qué repercusiones había tenido aquella experiencia desde la perspectiva de diversos actores. Si bien era coherente con el análisis realizado a partir del material empírico recogido en 2007, me sorprendió la fuerza de la presencia de aquella experiencia cuatro años después. En la primera observación de consultas médicas realizada en uno de los barrios, tres de nueve pacientes mencionaron espontáneamente a uno o a los dos médicos durante la consulta y dos lo hicieron en la sala de espera²¹³. Las referencias tenían que ver con actividades de autoatención realizadas antes de consultar al médico o con la identificación de un problema que requería de consulta médica. La médica encargada ese día de la atención, también egresada de la ELAM, que trabajaba desde hacía un mes y medio en la zona ya me había comentado que era común que los pacientes refirieran a uno de aquellos egresados o a ambos como “su/s médico/s”, tanto allí como en otra de las zonas en las que se desarrolló aquella experiencia en la que también trabajaba. En la historia clínica podía apreciar que otros médicos los habían atendido con cierta regularidad en los últimos cuatro años pero: “la gente te sigue diciendo: ‘mi médico es [nombre de uno de los egresados o de ambos]’” (Ea6 e/i 2012). Esto fue corroborado por otros dos médicos egresados de la universidad local que trabajan actualmente en esas zonas. Destaca también que no hay mayor recurrencia de uno y otro nombre, el médico que hace más de cuatro años no vive en la región aparece en las referencias de las personas respecto de sus procesos de salud/enfermedad/atención más o menos con igual frecuencia que la médica que permaneció en contacto con ellas desde su nueva función, y a quien algunas personas han consultado informalmente durante esos años. Esto indica que la referencia se sustenta en aquel primer periodo de trabajo que representó una experiencia de atención primaria colectiva y reafirma la importancia de concentrarse en ese periodo para esta investigación.

Reestructuración de la atención en salud: reforma sanitaria y médicos de la ELAM (2008-2012)

Este segundo momento comienza cuando la egresada asume como Coordinadora Departamental del Primer Nivel, un cargo de gestión que implica su alejamiento de las tareas de médico de área con la posibilidad de retomarlas una vez concluida esa función. Además, otro egresado de la ELAM estaba a cargo de la dirección del Centro Auxiliar de Bella Unión (hospital) desde hacía algunos meses. De manera que eran egresados de la ELAM los responsables directos del primer y segundo nivel de atención del subsector público del aparato sanitario en el periodo en que comenzó a implementarse la reforma de salud que creó el SNIS. Si bien este aspecto enmarca el presente trabajo ya que constituye el contexto en el cual es necesario interpretar el material etnográfico, no lo exploré en profundidad²¹⁴.

Para este trabajo resulta central que en las tres zonas en las que se estaba desarrollando la atención primaria colectiva, la ausencia de los médicos fue uno de los factores que determinaron que la misma perdiera fuerza: la centralidad de los conjuntos sociales en la atención primaria fue dando paso a un modelo que vuelve a girar en torno a la atención médica, si bien algunos aspectos expresan continuidad y aumentan los recursos materiales y humanos para la atención sanitaria así como el acceso a los niveles secundarios y terciarios. El quiebre no refiere a que otros actores no hayan continuado aquella línea de trabajo sino a

²¹³. Es importante indicar que no me había presentado ante ninguno de ellos refiriendo el motivo de mi presencia allí y tampoco había sido reconocida por ninguno. Se trató de la primer actividad que realicé en la zona e intencionalmente sólo la médica y la comisión de la policlínica estaban informados y habían autorizado mi trabajo allí ese día.

²¹⁴. Esto hubiera requerido la elaboración de una metodología específica y no correspondía a las metas de investigación.

que la misma no incluyó el trabajo médico. Entre los factores que determinan esta situación son centrales los mecanismos burocráticos para la contratación de personal así como las costumbres ocupacionales que determinan que los médicos en el nivel primario se dediquen, básicamente, al trabajo asistencial en consultorios y, además, con marcadas limitaciones de tiempo dado el multiempleo que caracteriza su situación laboral. Estos mecanismos determinaron también que la inserción temprana de recién graduados de la zona, muchos de ellos egresados de la ELAM, no se diera en el primer nivel de atención, a pesar de que hubieran sido requeridos allí.

De los 13 médicos egresados de la ELAM que en 2012 residían y/o trabajaban en Bella Unión, 11 estaban radicados allí y dos viajaban desde otros departamentos a trabajar en el hospital, uno como médico de guardia en emergencia y una como especialista. De ellos 6 son mujeres y 7 hombres. Cuatro provienen de Bella Unión (2 hombres y 2 mujeres), 2 de Salto (hombres) y 1 de Rivera (el otro departamento con el cual limita Artigas), es decir que siete personas provienen de la zona a la cual pertenece Bella Unión. Por otra parte, 4 son de Montevideo (3 mujeres y 1 hombre) y una proviene de otro país sudamericano, quien debido a que el proceso de revalidación de su título en Uruguay aún no había culminado, no podía trabajar como médico. De uno de estos egresados no tengo datos en cuanto a su procedencia.

Todos los que trabajaban (12 médicos) lo hacían en el sector público pero sólo 5 de ellos en forma exclusiva. En total 8 personas tenían cargos que implicaban una dedicación horaria importante en las instituciones públicas: 3 dedicadas a funciones de gestión (Dirección Departamental del Primer Nivel, Dirección y Subdirección del Hospital) y 5 como médicos generales del primer nivel de atención. Estos últimos se distribuían entre las zonas rurales (3), las policlínicas periféricas (1) y consultas programadas de medicina general en el centro de salud y en el hospital (1). La mayoría hacía menos de un año que ocupaba esos puestos de trabajo. A su vez, exclusivamente para las instituciones públicas trabajaban 2 de los médicos rurales (un hombre y una mujer) y la directora del primer nivel; los demás tenían algunas horas semanales de labor asistencial en la mayor institución privada local. Finalmente, 2 médicos (una mujer y un hombre) tenían una cantidad de trabajo que les resultaba insuficiente, ella cubría algunas guardias como médico de emergencia en el hospital y brindaba semanalmente una consulta programada en una institución privada menor; él se desempeñaba como médico de ambulancia en el hospital.

La inserción en el sector salud de la mayoría siguió las costumbres locales de multiempleo, definición de tareas de acuerdo a las necesidades percibidas como más urgentes por las instituciones y precariedad laboral por lo menos durante los dos o tres años posteriores a la graduación. Estas costumbres se desarrollaron en el marco de condiciones institucionales que promueven la reproducción de las representaciones y prácticas dominantes. A pesar de que tanto el primer como el segundo nivel no contaban con suficientes médicos y de que existía, sobre todo respecto del primer nivel de atención, una necesidad imperante de médicos con formación para la atención primaria, las prácticas burocráticas implicaron importantes demoras, trabas para la contratación y situaciones paradójicas. Por ejemplo, a los llamados públicos para médicos generales para el primer nivel se presentaban, y acababan siendo seleccionados, personas que tenían varios trabajos y varias especialidades médicas. Para cumplir con la nueva función, no abandonaban esos empleos sino que los superponían siguiendo el modelo promovido para el trabajo médico en el proceso de neoliberalización²¹⁵. Además, ellos se habían formado y trabajado por mucho tiempo en un modelo hospitalocéntrico, asistencialista, biologicista y sin un enfoque de promoción de

215. El sueldo médico en las instituciones públicas a pesar de haber tenido un notable incremento parece no ser suficiente ni las condiciones laborales suficientemente atrayentes, como para revertir la situación. Por otra parte, retrasos y demoras en el pago de los salarios públicos complican aún más la situación.

salud, desde el cual las capacidades, conocimientos y habilidades requeridas para la atención primaria no son entendidas como expresión de la complejidad de su saber (cfr. Menéndez y di Pardo 1996). Esto no quiere decir que una parte no tenga interés y habilidades para desarrollarse en esta área sino que, en el momento al que hago referencia y respecto de las tres experiencias de atención primaria colectiva, quienes tuvieron la responsabilidad de la atención médica con posterioridad a la partida de los egresados de la ELAM, en general, no tenían una formación que les permitiera continuar con los aspectos más destacados de esas experiencias, ni tampoco la dedicación necesaria para esa tarea.

Retomando el trabajo (in)visible: ¿hacia una atención primaria integral?

En una entrevista realizada en 2012 la directora del primer nivel reflexionando sobre su experiencia en esa posición y su trabajo médico anterior en las tres localidades plantea que si bien desde el rol de dirección tuvo la oportunidad de hacer muchas cosas a nivel macro que iban en el sentido de ayudar a muchas personas a mejorar sus condiciones de vida y a contrarrestar algunas de las inequidades más arraigadas en el campo de la atención sanitaria, desde ese lugar: “tu trabajo se nota menos”, aunque con los años y en las estadísticas de salud va apareciendo plasmado. En comparación considera que el trabajo que hacía en las policlínicas comunitarias en el marco de la atención colectiva se notaba más, porque veía cambios positivos concretos en la vida cotidiana de las personas algunos de los cuales tenían que ver, al menos en parte, con su trabajo. Además, esto iba acompañando de mejoras objetivas: “mejoraron los indicadores cuando estábamos en las policlínicas, porque registrábamos todo y lo veíamos”(Ea1 e/i 2012). Es decir que ella mide la visibilidad de su trabajo en relación al impacto directo en la vida de personas con las que se enfrenta cara a cara durante un período continuado de tiempo, en relación a la percepción de estas personas así como con mediciones objetivas desarrolladas como parte de su labor médica. Al momento de esta entrevista la médica consideraba que su aporte desde la función de gestión estaba llegando a su fin y deseaba retomar el trabajo de médico de área que tenía anteriormente: el trabajo visible²¹⁶.

Al mismo tiempo, entre los habitantes de las zonas donde se desarrolló la experiencia de atención colectiva existía la proyección, esperanza o deseo de que prontamente volvieran “ellos u otros médicos como ellos” (e/i 2012), a trabajar allí para, desde las complejidades de la situación actual, impulsar una serie de procesos que suponían una mayor dedicación y contacto entre el médico y los conjuntos sociales que el que había caracterizado el momento inmediatamente anterior. El hecho de que la contratación de personal de salud había avanzado²¹⁷ y se había construido una relación más fluida entre niveles e instituciones sanitarias abre también esa posibilidad. En igual dirección apunta la experiencia que los médicos, egresados de la universidad local y de la ELAM, habían ganado para el trabajo en atención primaria así como los importantes cambios que identificaban, tanto ellos como otros trabajadores del área y los pacientes, en la relación entre el personal salud y los pacientes/ conjuntos sociales.

Mi impresión es que estaba comenzando un período en el cual existía la posibilidad de impulsar una atención primaria integral que, como veremos, refiere a que los médicos asumen plenamente su rol de referentes y apoyo en procesos sociales más amplios que los incluyen pero de los cuales no son la determinante fundamental, al mismo tiempo, que sus funciones en los niveles secundarios y terciarios promueven el acceso equitativo a la medicina especializada y altamente especializada. Sin embargo, esto requeriría un posicionamiento

²¹⁶. Esto se concreta en el correr del año siguiente.

²¹⁷. Tomando los datos del primer censo médico nacional referidos al año 2008 y una estimación de la población de Artigas en base a los censos 2004 y 2011, la relación habitantes por médico en 2008 era de 676 habitantes por médico.

diferente en el sector salud y en la política nacional (e internacional) de muchos actores, entre ellos las agrupaciones profesionales y sindicales, respecto de los beneficios económico-políticos de grupos de poder, en particular del conjunto de empresarios de la salud, con enorme influencia sobre esos mismos actores. Las posibilidades de la reforma de salud y del SNIS de continuar satisfaciendo los intereses tan dispares de actores como los usuarios, los trabajadores y los empresarios del sector salud son acotadas en el tiempo. Los conflictos de interés entre una gestión pública coherente con la retórica de la reforma y el interés individual privado se acentúan a nivel nacional. Al igual que en el contexto internacional la expansión del ethos de mercado y la creciente o persistente desigualdad social tienen un profundo impacto en la práctica médica significando que mayores y más veloces progresos médicos paradójicamente conlleven peores resultados en el campo de la salud (cfr. Farmer 2003:160-178). En definitiva mientras la salud siga siendo una mercancía en contextos signados por la desigualdad social, la violencia estructural y simbólica en el campo de la salud, seguirá siendo un síntoma de lo que Farmer denomina “profundas patologías de poder” y un factor central de inhibición o limitación de procesos que apunten hacia una atención primaria integral.

5.1.3.2 Chiloé

La inserción de los egresados de la ELAM en Chile, como ya dije, ha estado marcada por un proceso de homologación de títulos que es largo, costoso y que a diferencia de otros procesos similares –basados en exámenes individuales distribuidas en un lapso más o menos largo de tiempo como el estadounidense– no prevé la incorporación paulatina de los profesionales a las instituciones de salud. Al mismo tiempo, el Código Santiario permite a médicos con títulos otorgados por instituciones extranjeras trabajar en islas y zonas apartadas con habilitación por la autoridad competente que en este caso son las SEREMI de la X Región que entrega habilitaciones a egresados de la ELAM, y a médicos formados en otras instituciones extranjeras, para que se desempeñen en el primer nivel de atención, en particular en Chiloé, en establecimientos administrados por las municipalidades.

Aunque no existen datos exactos se calcula que aproximadamente el 50% de los médicos que trabajan en atención primaria en el sector público en Chile son médicos formados en instituciones extranjeras. Se considera que la atención primaria no resulta atractiva para los profesionales locales entre otros aspectos porque la formación médica local es hospitalocéntrica, con escaso desarrollo de la medicina familiar, poca formación para la atención primaria y las remuneraciones son bajas en comparación con las posibilidades que ofrece la práctica privada y hospitalaria (Montero et al. 2010). Considero que para explicar esta situación son tanto o más importantes las limitaciones relacionadas con qué es lo que se entiende y desarrolla como atención primaria en Chile, en particular en zonas como Chiloé, y cómo se estructura la práctica médica en el sector municipal. De cualquier manera en Chiloé la presencia de médicos graduados en universidades extranjeras es importante tanto en el primer como en el segundo nivel. No pude recoger datos exactos pero según informaciones brindadas por el Servicio de Salud en 2011, el 80% o más de los médicos de la atención primaria se había formado en universidades no chilenas entre las que destaca la ELAM e instituciones ecuatorianas y colombianas.

Chiloé es una de las zonas de Chile que más ha concentrado médicos egresados de la ELAM, quienes desde la perspectiva de los directivos y autoridades en los distintos niveles del aparato sanitario –regional (SEREMI de Salud), provincial (Servicio de Salud), municipal (Corporación Municipal de Salud de Ancud) y local (consultorios y centros de salud)– han llegado a resolver un grave problema que afecta a estas instituciones: la dificultad y según algunos casi imposibilidad de “conseguir médicos”. Dos factores fundamentales promueven la inserción de egresados de la ELAM en la atención primaria en Chiloé: la posibilidad de

trabajar como médico mientras se está en proceso de revalidación del título y que Chiloé, en especial sus zonas rurales, tienen un atractivo especial para ellos relacionado con que la ELAM promueve el trabajo en este tipo de zonas. Como expuse en el capítulo 3 desde hace más de 50 años los médicos cubanos (los formadores y referentes principales de estos médicos) consideran que trabajar con poblaciones discriminadas o más proclives a ver violentados sus derechos básicos es un honor, un deber y una escuela de capacitación científica, política, cultural y humana que impulsa su desarrollo profesional y humano, y les otorgar gran prestigio hacia el interior de la profesión y en la sociedad en general. La conjunción de estos factores explica la importante presencia de egresados de la ELAM en Chiloé y en especial en sus zonas más apartadas.

De acuerdo a información aportada por el Servicio de Salud de Chiloé en junio de 2011 habían 23 médicos egresados de la ELAM trabajando en el archipiélago, 12 hombres y 11 mujeres. En el grupo estaban representadas desde la primera hasta la quinta generación (ingreso 1999-2004, egreso 2005-2011). Las comunas de Castro y Ancud concentraban la mayor parte de estos médicos (69,5%). En la primera trabajaban 9, 1 de ellos en una zona rural. En la segunda (centro de esta investigación) 7, de ellos 2 en centros asistenciales rurales. El resto se distribuía entre las comunas de Quellón (3), Quinchao (2), Chonchi (1) y Quemchi (1). Por lo menos 5 personas trabajaban exclusivamente en centros asistenciales rurales, mientras en las comuna de Ancud y Castro la mayoría lo hacía en centros asistenciales urbanos y realizaba rondas por las postras rurales a éstos asignadas, algunos también trabajaban para instituciones privadas. Del total de médicos egresados de la ELAM trabajando en Chiloé en 2011, 7 son mapuche (30,4%) (2 de Santiago, 4 de la IX Región, 1 de la VIII), 2 no son chilenos (8,6%) y sólo 1 es chilote (4,3%). La presencia de egresados mapuche en Chiloé es significativa mientras la presencia de egresados chilotes es reducida. En el período 2005-2011 por lo menos otros 5 egresados de la ELAM habían trabajado en Chiloé, 2 permanecieron menos de un año allí, los demás entre dos y tres años²¹⁸.

Algunas autoridades y trabajadores de la salud locales manifiestan que los egresados utilizarían la posibilidad de trabajar en Chiloé hasta finalizar su proceso de reválida después de lo cual abandonarían inmediatamente la zona: Chiloé sería un trampolín para acceder a mejores puestos de trabajo que, por definición, estarían en las ciudades del continente. Las autoridades provinciales y municipales indefectiblemente señalan como uno de los aspectos cruciales respecto de la inserción de estos médicos en la zona el asunto de la revalidación, que constituiría tanto para los médicos como para la población y las instituciones una “garantía”, y sostienen que los médicos no estarían cumpliendo con su compromiso de completar lo antes posible el proceso de revalidación. Ya abordé algunas de las cuestiones a tener en cuenta en este sentido. Interesa destacar aquí que a nivel municipal, provincial y regional se evidencia una marcada falta de información confiable respecto de quiénes y en qué momento revalidaron su título, trabajan en Chiloé con título revalidado o abandonaron sus puestos de trabajo al revalidar. Los datos que manejaba el Servicio de Salud en junio de 2011 eran notoriamente incorrectos. La institución registraba tres médicos con título revalidado (13% del total) todos ellos habrían completado el proceso ese mismo año. Aunque había consciencia de que este registro no era exacto, se consideraba que los demás no tenían aún la sección teórica del EUNACOM aprobada.

218. Entrevisté al total de los médicos radicados en Ancud ya que en esa comuna se desarrolla la experiencia de Koñimo-Lamekura que es central para este trabajo y realicé observaciones y registros etnográficos de la labor de todos los que trabajaban o trabajaron allí. También trabajé en otros sectores apartados y en Castro por ser esta la comuna que más egresados de la ELAM tiene y la capital de la isla.

La situación real era muy diferente²¹⁹. En ese momento 7 habían revalidado su título (30,5%) y 3 más lo harían entre julio y octubre de ese mismo año, es decir que desde diciembre del año anterior tenían la sección teórica aprobada y además 3 exámenes prácticos. En el correr de los meses siguientes el porcentaje de egresados de la ELAM con título revalidado que trabajaban en Chiloé ascendería a 43,5%²²⁰ (10 médicos). Por otra parte, de los 3 que el Servicio de Salud consideraba eran los únicos con título revalidado y que lo habían revalidado en 2011, la fecha sólo era válida para 1, los otros 2 habían revalidado su título en 2009 y 2010. Otros 4 médicos habían completado el proceso también en 2010. Es decir que 6 egresados trabajaban desde hacía entre uno y dos años con sus títulos revalidados. También quienes revalidaron en 2011 mantendrían sus puestos de trabajo. En 2012 todos los egresados que en el momento del trabajo de campo trabajaban en la comuna de Ancud habían revalidado su título²²¹, 6 de ellos se mantenía trabajando en Chiloé y una había abandonado su puesto para especializarse en una universidad chilena apoyada por el Servicio de Salud con el compromiso de regresar a ejercer allí.

Este tipo de situaciones, opiniones que se presentan como fundamentadas en aspectos técnicos o “datos duros” –en este caso sobre la no revalidación de los títulos de médico y la utilización del trabajo en Chiloé a manera de trampolín– dan cuenta del proceso de reconocimiento-desconocimiento del proceso ELAM que comenté en la introducción. Las mismas personas que sostienen esta visión, consideran que gracias a estos médicos la atención sanitaria se mantiene y aprecian una serie de aspectos positivos en su trabajo como la cercanía con la comunidad, su sencillez y la preocupación por los pacientes. Esto da cuenta también de la fuerza de una manera de concebir el trabajo en esta zona como fundamentalmente no atractivo para médicos, a quienes sólo se los podría atraer con altísimos sueldos, a pesar de que las mismas autoridades reconocen que habrían tratado de aplicar este método para atraer especialistas y tampoco funcionó.

La posibilidad de que un grupo importante de médicos fundamente su trabajo en otro tipo de motivaciones, de que presente un interés especial por trabajar en zonas como Chiloé así como en el nivel primario de atención aparece excluida a priori. Esto da cuenta de la fuerza del MMH en las representaciones de las instituciones sanitarias y de los conjuntos sociales lo que es interesante pero, sobre todo, el no reconocimiento de sus motivaciones impide el desarrollo de estrategias efectivas de retención o promoción de un mejor aprovechamiento. Al mismo tiempo, referir el abandono de la zona por parte de estos médicos al hecho de que habrían revalidado su título con lo cual pueden trabajar en cualquier otro lugar, evita explorar otros motivos como las condiciones laborales y las maneras de hacer locales, lo cual evita su cuestionamiento²²².

219. La información que se aporta a continuación se basa en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud. Este registro no es completo, es posible que los porcentajes de egresados con título revalidado sean mayores. De todas formas mantengo los datos oficiales porque no me fue posible seguir uno por uno todos los casos y de cualquier forma son suficientemente esclarecedores respecto del proceso que quiero hacer notar aquí que refiere a la desinformación de las autoridades respecto de la situación de estos médicos en un aspecto que consideran de central importancia.

220. 3 más revalidarían en 2012 y 2 en 2013.

221. Uno de ellos finalizaría el proceso en enero de 2013.

222. Además, por lo menos una parte de quienes decidieron renunciar a sus puestos lo hicieron sin haber revalidado e incluso en un caso debido a la necesidad de “priorizar la revalida” o sea para poderle dedicar el tiempo necesario.

El proyecto comunitario de salud en Koñimo-Lamekura y los médicos de la ELAM

Para finalizar es necesario referirme a la experiencia de atención colectiva que motivó la selección de Chiloé y en particular de la comuna de Ancud como centro de esta investigación en Chile. Una de las becas mapuche de la segunda generación, proveniente de Santiago pero con vínculos familiares en el sector, desde 2007 participa como médico en la misma. Antes había participado de varias de las iniciativas que desde la segunda mitad de los 90' transformaron notoriamente la vida en ese lugar, entre ellas, la instalación de agua potable, electricidad y la apertura del camino. También estuvo vinculada a la comunidad indígena desde su constitución. Ya desde el momento de solicitar la beca para estudiar en la ELAM su intención era trabajar como médico allí²²³. A pesar de que el proyecto de salud se fue gestando en los años en los cuales se encontraba en Cuba, su contacto con el mismo fue constante incluyendo la participación en diversas actividades durante sus vacaciones como los “días de atención” en los cuales participaba de la atención médica bajo tutoría de los médicos encargados de la misma lo que para ella tuvo un valor formativo muy importante.

Desde antes de su graduación la comunidad buscó mecanismos para darle cabida en la atención en salud del sector que se consideraba, y considera aún, un “vacío de cobertura”. Las conversaciones con la Municipalidad de Ancud dieron como resultado su contratación en 2007 como médico de esa institución. El acuerdo entre la comunidad, la médica y la Corporación Municipal de Salud incluía, según los dos primeros actores²²⁴, que comenzaría a trabajar en los consultorios urbanos que estaban carentes de médicos y sería la persona enviada una vez por mes a la iniciativa comunitaria que, para entonces, hacía un año tenía un convenio con la institución para el envío mensual de un vehículo con médico, paramédico y chofer. En el correr de ese año se establecerían mecanismos para que por lo menos la mitad de su tiempo laboral, 22 horas semanales, las dedicara completamente al trabajo en esos sectores rurales y otros aledaños. Además, existía iría aumentando la cantidad de horas en la zona rural en la medida en que la ciudad cubriera su “déficit” de médicos. Estas expectativas no se cumplieron, hasta la actualidad continúa trabajando fundamentalmente en el principal consultorio urbano y realizando rondas médicas en las postas rurales. El apoyo oficial a la experiencia de salud de Koñimo-Lamekura continúa reducido a los días de atención. Por otra parte, participa de actividades como programas radiales, talleres, cursos, atención médica, etc. sin percibir sueldo y sin posibilidad de que ese tiempo se contabilice como laboral o de ser liberada de otras responsabilidades para cumplir esas tareas. Por lo menos otros cinco egresados de la ELAM han participado de esta experiencia, apoyando diversas actividades, sobre todo, la atención médica y un diagnóstico de la situación de salud que incluyó visitas a todas las casas del sector entre los años 2007 y 2009.

Este proyecto de salud, que actualmente se denomina Proyecto de Salud Complementaria Williche, se inició en 2004. Desde el año 2000 se realizaron actividades incluyendo “pasantías” (visitas) a una de las experiencias más emblemáticas de salud intercultural en Chile, el hospital Makewe en territorio mapuche de la IX Región, así como a una de las pioneras en Chiloé desarrollada en Compu. En aquellos momentos recibió tanto el apoyo del equipo que sería luego la Unidad de la Salud Colectiva del Servicio de Salud como de la organización denominada Consejo de Caciques, lo que significó nutrirse de la experiencia de personas que han sido fundamentales para el desarrollo de propuestas alternativas en el campo de la salud en Chile. Como dije antes, tres aspectos se conjugan para dar forma a iniciativa: la actualización de la identidad étnica en el marco de una revitalización de las

223. Anteriormente pensaba radicarse allí y trabajar como educadora ya que había estudiado esta carrera. Sin embargo, se le presentó la oportunidad de estudiar Medicina y optó por hacerlo y regresar como médico.

224. Las autoridades de la Corporación manifiestan no conocer este acuerdo.

comunidades indígenas, la insatisfacción con las instituciones oficiales de salud y el impulso estatal a la salud intercultural.

Actualmente, el proyecto incluye actividades asistenciales, preventivas, de promoción y protección de la salud. Entre las asistenciales, la más significativa son los días de atención que se desarrollan el segundo sábado de cada mes y conjugan la participación de médicos, paramédicos, terapeutas de la comunidad (reiki, auriculopuntura, masajes, sanación williche, hierbas) y de personas externas (han concurrido por lo menos una psicóloga, una reflexóloga y varias kinesiólogas). El equipo de salud de la comunidad está compuesto por al rededor de 15 personas, la mayoría mujeres, que ese día se distribuyen entre las tareas de cocina, mantención del fuego (calefacción), administrativas, “facilitación cultural” (acompañar a los pacientes en la instancia de consulta con el médico u otro terapeuta y en todas las atenciones que reciba), terapia, oferta de remedios elaborados en base a hierbas y otros productos locales. Las actividades se centralizan en las instalaciones comunitarias que consisten de una ruka (espacio comunitario en el cual se desayuna, almuerza y desde el cual se dirigen las personas hacia las actividades de atención y se concentran al regresar de las mismas), dos cabañas que fueron construidas en el marco de un proyecto de etnoturismo pero que funcionan como espacios de atención, el guillatue o espacio sagrado en el cual se realiza una ceremonia al comenzar el día.

Las personas que concurren al día de atención participan de la ceremonia, reciben desayuno y almuerzo, la atención de los terapeutas de manera individual o colectiva, los medicamentos alopáticos que la paramédico entrega, pueden adquirir medicinas elaboradas en base a hierbas medicinales y recibir consejos para el cuidado de la salud, el tratamiento de dolencias específicas y en general para la autoatención. Por otra parte, se realizan visitas domiciliarias aprovechando el vehículo de la municipalidad que es enviado desde Ancud²²⁵. Se visitan sobre todo ancianos con dificultades para transportarse. El equipo en general se divide para realizar estas visitas en paralelo a las actividades en las instalaciones comunitarias. También durante el mes se realizan individual o colectivamente visitas domiciliarias cuando son solicitadas por alguna persona o consideradas oportuno por parte de miembros del equipo, en general participan quienes viven en la comunidad y en oportunidades también la egresada de la ELAM.

Asimismo forman parte del proyecto de salud una radio comunitaria; actividades de formación y educativas para el perfeccionamiento de los terapeutas locales y miembros del equipo o también de trabajadores de las instituciones sanitarias así como en otras áreas (comunicación, artesanía, producción, expresión artística, etc.); y encuentros (con otras comunidades, de mujeres, de ancianos, de jóvenes, etc).

Las actividades se financian a través de múltiples mecanismos. Por un lado, mecanismos que denomino de financiamiento autónomo. Entre ellos el aporte realizado por las personas que concurren a los días de atención que es un aporte establecido (en 2010 1.500 pesos, unos 3 dólares americanos). Si alguien manifiesta no poder aportar esa suma, puede aportar una menor, alimentos o no realizar ningún aporte. Además, una serie de remedios y productos locales se venden y con ese dinero se financia su producción así como la de otros insumos que se utilizan, por ejemplo, para masajes (pomadas, aceites, ungüentos, etc). Cuando no hay dinero para alimentos, los aportan los miembros del equipo u otras personas. La radio cobra por algunos servicios, como pasar mensajes, bajo la misma lógica utilizada para los días de atención.

225. Cuando la egresada de la ELAM no puede concurrir, ella se encarga de gestionar el envío de otro médico en su lugar. Algunos de los médicos de la Corporación Municipal han participado varias veces de estos días de atención y conocen el sector y la experiencia. Cuando un médico concurre por primera vez, ella con otros representantes del equipo de salud procura brindarle una inducción antes de que asuma la atención médica.

Por otro lado, se postula anualmente a los fondos del Programa Especial Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) que se utilizan para transporte, pago a los miembros del equipo, pagos de honorarios a personas externas y compra de insumos y equipamiento. Existe también un convenio con el Servicio de Salud o con la Municipalidad de Ancud que envía el vehículo, los medicamentos alopáticos y asume los honorarios de los trabajadores municipales que concurren a los días de atención. Estos son mecanismos de financiamiento dependientes y también generadores de dependencia. No es mi intención analizar aquí esta experiencia en sí. Interesa en tanto es uno de los contextos en que se observó la inserción de egresados de la ELAM y, por lo menos respecto de algunos de sus momentos, representa una experiencia de atención primaria colectiva.

5.2 “Acá se hace así”: el peso de las costumbres ocupacionales y condiciones institucionales en el trabajo médico o de las posibilidades y limitaciones del encuentro entre maneras de ser/hacer

de sentarme en este escritorio, cada mañana me canso
de repetir lo mismo, me agoto
de dar indicaciones que no comparto, me desespero y enfado
de tanta mierda que tenía que decir y aún me queda,
en el basurero colecciono poemas
y en el estómago las lombrices ya no son mariposas
los músculos se atrofian, la mente se aburre en el abismo
y el jefe-sistema sigue esperando su desenlace fatal para él
(para nosotros?)

Fragmento del poema “De lunmarmierjuevielunmarmier...”
escrito por un egresado de la ELAM
en el escritorio de un consultorio (Chile, 2013)

La descripción que se hizo en el capítulo anterior sobre la formación en el proyecto ELAM parte de considerar algo que Menéndez y di Pardo subrayan como hecho obvio pero no asumido en la representación médica dominante: “[e]l trabajo médico supone la adquisición de habilidades técnicas [y sociales, agregó] que cada profesional aplica según las características personales, la capacitación obtenida y las condiciones institucionales dentro de las cuales opera” (Menéndez y di Pardo 1996:15).

La representación médica tiende a enfatizar las características subjetivas del saber médico, acentuando los rasgos diferenciales, en parte como legado de su constitución en el momento en que la actividad médica estaba centrada en el consultorio privado y el trabajo médico era una profesión liberal²²⁶. La identificación profesional define la actividad médica

226. En este período también operaba un proceso de estructuración a través de los lugares de formación profesional y el tipo de paciente atendido que señalaban una orientación técnico-ideológica pero menos formalizada, normatizada y controlada que en la actualidad (Menéndez y di Pardo 1996:16-17). Respecto de la evolución histórica de la formación médica y su proceso de institucionalización se puede consultar Sinclair (1997:39-71). Es importante recordar que Menéndez propone la constitución del MMH a través de tres submodelos: uno individual privado, el más antiguo, y dos corporativos (corporativo público y corporativo privado) desarrollados ya en el siglo XX, sobre todo a partir de 1930.

como práctica profesional y técnica ligada directamente a la producción de conocimiento científico. De esta manera tiende a negar las consecuencias de las condicionantes institucionales sobre sus representaciones y prácticas técnicas, opacando la estructuración institucional de las mismas (cfr. *Ibíd.*:15-16). En este trabajo interesa destacar el peso de las condiciones institucionales en la práctica médica, en especial, en relación a las posibilidades de cuestionamiento y transformación que abre el enfrentamiento con una manera diferente de ser/hacer consecuentemente expresadas en un grupo de médicos, los egresados de la ELAM.

Desde mi perspectiva las opiniones que refieren a que estos “no saben” o que su capacidad técnica es inferior a la de los egresados de las universidades locales expresa la estructuración de una manera de ser/hacer en medicina dominante que es interpretada como científicamente fundamentada a pesar de que las condiciones institucionales y sociales determinan los procedimientos técnicos, que incluso pueden contraponerse a lo aceptado científicamente. Esto sucede aún en el área que con más fuerza legítima y expresa la hegemonía médica actualmente: la prescripción de medicamentos. Menéndez y di Pardo lo han registrado en torno al uso de “drogas antialcohólicas” en México (1996:117-119). En los contextos de esta investigación donde más claramente se expresa es en el uso de “tranquilizantes”.

Para explicarme las dificultades que ha enfrentado en su relación con las autoridades de atención primaria de su zona un egresado de la ELAM –médico general en una zona apartada de Uruguay distinta a Bella Unión, 2012– me muestra la pequeña farmacia que desde su llegada al centro asistencial hacía varios meses, estaba procurando abastecer junto a los auxiliares de enfermería con quienes trabajaba. A través de una serie de procedimientos burocráticos, y aplicando un importante grado de creatividad e insistencia, habían logrado un gran avance y contaban actualmente con al menos una parte de los medicamentos que consideraban básicos para la zona. Los estantes contenían distintos fármacos, todos claramente etiquetados y dispuestos en un orden determinado. En un estante inferior conservaban dos cajas de cartón llenas de cajas más pequeñas con medicamentos comerciales, toma una de ellas relatando que ambas correspondían a la primer partida que, después de mucho insistir, habían recibido. La misma constó en total de tres cajas de igual tamaño: “estábamos tan contentos cuando al fin nos mandaron medicamentos” –comenta abriendo la caja– “y ¡mirá lo que me mandaron!”. Al igual que la otra, contenía una cantidad importante de dosis de un único medicamento a base de benzodiazepinas. En aquel momento, en el contexto de carencia incluso de los medicamentos que consideraba más básicos, además de decepción y enojo, la situación planteaba un desafío para su interpretación: se trataba de ¿un error? ¿un malentendido? ¿una burla? Actualmente entiende el suceso como expresión de costumbres y supuestos respecto de la asistencia médica que no comparte ni desde un punto de vista social ni desde uno técnico²²⁷.

227. El Informe Mundial sobre las Drogas de 2012 colocaba a Uruguay en segundo lugar, después de Bélgica, entre los países que presentaban el más elevado consumo per cápita de benzodiazepinas (UNODC 2012:121). Estas sustancias constituyen el grupo de psicofármacos más utilizados como ansiolítico pero tienen también otros usos. En 2015 se publica el “primer trabajo de base poblacional” para evaluar el consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya que sostiene que se trata de “un problema de salud pública que está naturalizado en la sociedad y debería interpelar tanto a los médicos prescriptores como al sistema de salud” (Speranza et al. 2015:116). Siguiendo la tendencia internacional dominante, se apela a un “uso racional” de benzodiazepinas y se identifica como uno de los mayores problemas el “uso irracional” de estos psicofármacos reflejado, por ejemplo, en el uso por períodos prolongados fuera de los recomendados, postulando la importancia de desarrollar estudios sobre la prescripción-indicación (*Ibíd.*). Una perspectiva antropológica permitiría completar este tipo de estudios con la reflexión sobre la racionalidad del uso de estos fármacos y sus funciones que podría contribuir a la interpelación que proponen los autores.

La frecuencia y extensión de la prescripción de este tipo de fármacos en las instituciones de salud de Uruguay y Chile es para la mayoría de los egresados una de las aristas de un problema mucho más amplio que refiere a severas limitaciones para el abordaje de la “salud mental” y a estigmatizaciones y prejuicios que operan en las relaciones instituciones de salud/conjuntos sociales, que responden a una concepción de la función del médico y de la medicina en la sociedad (“poner parches”, aliviar síntomas, dispensar recetas, “sedar a la gente”) que no comparten^{228 229}.

En el trabajo de campo he registrado intentos de abordar el uso de psicofármacos por parte de egresados de la ELAM, procurando ajustarlo a las recomendaciones científicas que incluirían disminuirlo o eliminarlo en buena parte de los casos, que incluyen experiencias con medicamentos naturales, terapias complementarias y abordajes grupales. Por otra parte, en ambos contextos recogí relatos de mujeres que ante variados motivos de consulta habían recibido exclusivamente y a veces durante muchos años tranquilizantes. La consulta con egresados de la ELAM desembocó por primera vez en una exploración de su motivo de consulta, un diagnóstico y un tratamiento específico que, en la mayoría de los casos, no incorporó drogas de este tipo pero sí el abordaje del daño ocasionado por su consumo prolongado. Entonces, por una parte se realizan intentos concretos de abordar un problema que identifican como afectando negativamente a los conjuntos sociales que refiere en buena medida a diferencias socio-técnicas con las representaciones y prácticas médicas dominantes. Por otra, en igual sentido actúa la práctica médica en sí misma, es decir la aplicación de sus representaciones médicas a través de transacciones con las mismas condiciones institucionales que constituyen el saber dominante.

Este punto es muy importante: los cuestionamiento a la forma de pensar y actuar dominante y al MMH derivan, sobre todo, de la práctica médica de los egresados, de la necesaria reproducción de al menos los aspectos más significativos de una manera de ser/hacer aprehendida en la formación para conservar la identidad profesional. Si bien pueden articularse con propuestas que intencionalmente apuntan a transformaciones, los cuestionamientos más profundos parecen ser aquellos que se dan en la cotidianidad del trabajo médico.

Ahora bien, para Menéndez y di Pardo, sin negar la importancia de cada individuo en la aplicación de un determinado saber, lo central es reconocer la importancia que tienen los procesos institucionales sobre las prácticas y representaciones profesionales. Esto implica asumir que “gran parte de la actividad médica es trabajo rutinizado, organizado por pautas administrativas y por un comportamiento de rol que condicionan la intervención individual” (Ibíd.:16). “Tanto a nivel oficial como privado, el tipo de intervención individual está regulado por una serie de normas administrativas, de rituales institucionales y de ideologías técnicas que imponen una forma de operar. Dentro de estas formas homogeneizantes cada sujeto expresa su particularidad” (Ibíd.). Esto es válido tanto para el aparato sanitario cubano como para el uruguayo o chileno pero en diferentes medidas y de diferente manera. Como explica una egresada desde Ancud: “acá hay guías clínicas para todas las enfermedades prácticamente, las enfermedades AUGE, hay para todo protocolo, acá tu no puedes llegar y decir: ‘ah, es que en

228. La “salud mental” es considerada uno de los aspectos más deficientes de los sistemas de salud locales, sobre todo, teniendo en cuenta que buena parte de las consultas médicas en las instituciones de atención primaria y también secundaria, se originan en problemas de este tipo.

229. Por supuesto se trata de un tema también cuestionado por profesionales locales y por tendencias dentro de la biomedicina. En Chiloé, por ejemplo, desde el Servicio de Salud se han propuesto y desarrollado abordajes que cuestionan las tendencias dominantes en el uso de psicofármacos. Estas experiencias resultan marginales y pueden ser “extirpadas” en cualquier momento en favor del mantenimiento de la tendencia que desde los 70’ es hegemónica y expresa las funciones de mantenimiento y control del MMH. Para el significado del uso de prácticas farmacológicas de control basadas en la aplicación de tranquilizantes y su ampliación a niños y ancianos ver Menéndez (2001).

Cuba se usaba el agüita de manzanilla y con eso se te pasa la conjuntivitis'. No, aquí en ciudad, no; lo puedes aplicar sólo con ciertas personas" (Ea24 e/i 2011)²³⁰.

Si bien la tendencia es a limitar cada vez más la variabilidad y a establecer una mayor homogeneidad en las formas de trabajo y en las características del saber al interior de un sistema cultural, las tendencias técnicas homogeneizantes no impiden la constitución de particularidades técnico-culturales (Ibíd.:17). Como expliqué en los capítulos anteriores, estas particularidades se constituyen dentro de un contexto político-económico y sociocultural en el cual se expresa una forma de hegemonía médica y son las que permiten hablar de una manera particular de ser/hacer promovida por la participación en el proyecto ELAM, que no implica una ruptura fundamental con otras expresiones de hegemonía médica con las cuales además interactúa. La tendencia a la homogeneización al interior de un sistema cultural paralela a la constitución de particularidades técnico-culturales es también la que permite reconocer formas de ser/hacer sustentadas en representaciones y prácticas constitutivas de un saber médico específico en Uruguay y Chile. Desde esta perspectiva es posible procurar observar cómo expresan los egresados de la ELAM su particularidad en su inserción laboral en el marco de las formas tendientes a la homogeneidad locales y, al mismo tiempo, identificar características centrales de las mismas.

La tendencia del saber médico dominante a negar el peso de las condiciones institucionales en el trabajo médico influye fuertemente en muchas opiniones recogidas en el trabajo de campo lo que no implica que el peso de las condiciones institucionales no sea claramente reconocido por los médicos. Por ejemplo, un egresado de la ELAM con cinco años de trabajo a nivel de atención primaria en Uruguay explica que la profesión médica:

la desarrollás dentro de los términos de lo que te permite el lugar donde estás trabajando, que te pauta mucho la forma de trabajar, la forma de atender, la forma de relacionarte con el paciente en cuanto a tiempos, la forma de diagnosticar en cuanto a medios porque en la gran mayoría del trabajo todo lo que te enseña la academia –no sólo en Cuba, que fue donde yo estudié, sino que lo mismo que te enseñan acá en Facultad de Medicina– después no lo podés aplicar. O sea la pauta está hecha, teóricamente en el mundo los libros son muy similares, [...] hay cosas en las que todo el mundo está de acuerdo. Sin embargo, a la hora de aplicarlo es distinto. Por ejemplo: tal enfermedad o tal síntoma de una persona lleva tal examen, sin embargo, de acuerdo a tu cargo no te lo permiten mandar; tal enfermedad lleva tal medicamento, sin embargo, no lo tenés en farmacia disponible. Entonces, todo eso te lleva a que lo que está pautado, no se hace. [...] todo lo que vos estudiás y que sabes que es correcto para tratar a una persona después no lo aplicás (Eo1 e/i 2012).

Esto genera una manera muy mecánica de trabajar “aplicando ciertos patrones que no son ni siquiera los adecuados para las enfermedades sino lo que podés hacer”. Lo cual “te resta capacidad de razonar [...] te embrutece como profesional, del punto de vista intelectual y académico” (Ibíd.).

Otro médico, en este caso recientemente graduado de una universidad privada chilena que trabajaba a nivel de atención primaria de salud en Ancud hace un planteamiento muy similar reflexionando en torno al sistema de salud chileno:

Yo no tengo muchos parámetros de comparación pero lo que me tocó vivir es que es super deficiente el sistema porque no es capaz de solucionar las necesidades que se generan en la gente, tiene una capacidad de resolutivez super baja. Claro yo veo muchas cosas que son banales o cotidianas que no son las cosas que terminan produciendo un mayor problema a la gente: si te refriás o te da una cosa que se te va a quitar, da lo mismo. Pero cuando ya necesitamos intervenir de alguna manera o tomar algún examen como para poder seguir un tratamiento, para empezar un tratamiento, no tenemos esas herramientas. Y no

230. Las enfermedades AUGE son las enfermedades incluidas en el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas.

están nomás. Entonces, está trunco el sistema y eso genera descontento en la gente y en la gente que trabaja. [...] En la isla [de Chiloé] no hay médicos especialistas prácticamente y nosotros como médicos generales no contamos con las herramientas para solucionar; tampoco tenemos el espacio para de repente desarrollarnos, desarrollar todas las cosas que sabemos o que en algún momento aprendimos. Todo queda supeditado a lo que pueda hacer el especialista pero especialistas no sé, traumatólogos en la isla hay tres, dermatólogo hay uno y son 170 mil personas, cardiólogo hay uno, entonces, la posibilidad de que a ti te vea un cardiólogo de aquí a dos años es baja (e/i 2011).

En primer lugar, interesa resaltar la similitud entre el análisis de estos dos médicos porque refiere a la tendencia a la homogeneidad antes mencionada y habla de las posibilidades de encontrar muchos puntos en común entre las representaciones y prácticas médicas dominantes en Uruguay y Chile. Al mismo tiempo, sirve para insistir sobre un aspecto importante. No se trata de que las experiencias y reflexiones de los egresados de la ELAM sean esencialmente distintas de las de médicos formados en otras universidades; menos aún de que no haya puntos en común entre sus formas de ser/hacer. Al contrario, de lo que se trata es de que la inserción de egresados de la ELAM en Uruguay y Chile puede ser entendida como encuentro entre una forma de ser/hacer –estructurada a partir de una formación sistemática y de una experiencia de vida con características particulares– con otras estructuradas en esos contextos y, especialmente, con la hegemónica expresada en las orientaciones dominantes de las instituciones sanitarias y de formación locales. Representa por ello, a un nivel teórico, un campo privilegiado para dar visibilidad a las orientaciones dominantes y reflexionar sobre ellas. Por otra parte, encierra en la práctica un potencial de cuestionamiento de todas las formas de ser/hacer implicadas aunque, desde mi recorte metodológico, interesa específicamente el cuestionamiento a los rasgos centrales del MMH, que no expresan solamente la estructuración de la hegemonía médica sino, sobre todo, la estructuración sociocultural y económico-política dominante, es decir los retos que sobrepasan el campo de la salud. En este sentido este cuestionamiento puede apoyar la construcción de alternativas que desde la realidad local apunten a desarrollar, preferir, compartir y tender a generalizar modos diferentes a los actualmente dominantes y a su vez diversos de pensar y actuar, de ser/hacer, de conocer, sentir y vivir desde una base de respeto a esa diversidad en tanto la misma permita/promueva las posibilidades del buen vivir y de dignidad de todos. A mi entender esto constituye una urgencia del momento histórico actual que fundamenta el recorte metodológico realizado.

En segundo lugar, interesa la problemática concreta que identifican los dos médicos que, en última instancia, refiere a que lo pautado y normado no se corresponde a las realidades locales. Esto suele ser opacado por lo cual en lugar de conllevar cambios en las normativas desde las realidades locales, genera vacíos y situaciones en las cuáles se “actúa” de acuerdo a lo pautado más allá de que las condiciones institucionales específicas no permitan la aplicación real de esas pautas. De manera que muchas personas que acuden a médicos en busca de soluciones a sus padecimientos, incluso cuando se trata de padecimientos que la biomedicina puede abordar con eficacia, se encuentran con un hacer como que su padecimiento está siendo abordado, un hacer como si tuvieran las mismas oportunidades que en otros contextos, en especial aquellos que inspiran las pautas internacionales y la mayor parte de la investigación biomédica, es decir con una negación práctica de las diferencias y desigualdades sociales.

Retomando lo planteado por Menéndez y Di Pardo, el proceso de homogeneización opera en todo el campo profesional desde la investigación biomédica, pasando por el trabajo clínico hasta la intervención epidemiológica²³¹. Esto no niega la existencia de actividades

231. Los autores especifican que sus conclusiones son válidas para México. Propongo que, en tanto refieren a procesos globales y a un contexto regional compartido, en muchos aspectos son extensibles a Uruguay y Chile. Sin negar las diferencias y particularidades tanto entre estos contextos como hacia el interior de los mismos, lo que interesa subrayar aquí son las similitudes que se expresan con distintos grados de intensidad, variaciones, etc y refieren a una orientación internacional de la biomedicina y de las sociedades en general.

discrepantes y hasta cuestionadoras dentro del trabajo médico pero que suelen ser marginales y pueden no mantenerse dentro de las instituciones académicas o profesionales en la medida en que afecten el sistema de representaciones que autojustifican y diferencian a la biomedicina de otros saberes²³². Las manifestaciones diferenciales y hasta discrepantes que se dan en la práctica médica son negadas u opacadas por el sistema de representaciones técnicas, por eso las modificaciones que operan dentro del saber médico necesitan ser referidas a un proceso de continuidad-discontinuidad (cfr. Ibíd.:17). Este también es un punto fundamental sobre el que vuelvo más adelante.

En general, el incremento de instituciones de atención a la enfermedad altamente burocratizadas ha favorecido la uniformidad del sistema de prácticas y representaciones médicas. El trabajo dentro de organizaciones que normatizan su quehacer tiende a rutinizar la labor del médico y esquematizar las intervenciones estableciendo un patrón similar de acciones que crea un comportamiento de rol profesional que tiende a economizar su intervención como sujeto (Ibíd.:18). Como mencioné antes el concepto de “comportamiento de rol” refiere a que los médicos necesitan representar el rol de médicos ante los pacientes, dentro del medio profesional y en las instituciones en las que trabajan. De manera que gran parte del ejercicio de sus representaciones y prácticas técnicas (producción de un diagnóstico, relación con el paciente, actividad prescriptiva, etc.) pueden ser entendidas como representación de rol y referidas a la necesidad de construir una cara que exprese ante los demás y ante sí mismos, que son profesionales. Se trata de una representación que opera espontáneamente sobre la base de un comportamiento de rol aprendido que debe ser ejercido en cuanto afirmación de la identidad profesional (Ibíd.:73).

El comportamiento de rol médico que afirma la identidad profesional en los contextos de inserción de los egresados de la ELAM presenta diferencias sustanciales respecto del aprehendido en la formación. Las diferencias abarcan gran parte del espectro de actividades técnicas. Por ejemplo, la forma de producir un diagnóstico incorporada en la formación, no sólo a nivel teórico sino también práctico, incluye una entrevista clínica extensa, el estudio de la historia clínica, un examen físico completo, la realización de exámenes complementarios de considerarlo necesario así como la consulta/intercambio con otros médicos u otros profesionales y un seguimiento que garantice que el diagnóstico sea acertado y permita observar la evolución del padecimiento para promover la curación y/o manejo del mismo así como en los casos en que, desde su perspectiva técnica, no existe esa posibilidad, realizar un acompañamiento del proceso de enfermedad y muerte o bien curación por otras vías. En buena parte de los espacios de inserción laboral en Uruguay y Chile, la posibilidad de realizar un proceso de este tipo se ven limitadas por una serie de factores, entre ellos: tiempos de consulta normados y reducidos, demoras para acceder a exámenes complementarios y consultas con especialistas e “inexistencia” de historias clínicas²³³. De manera que para mantener su identidad profesional los egresados deben realizar una serie de adaptaciones y negociaciones. Se trata en general de un proceso que incluye compromisos y transacciones que pueden desembocar en un espectro de opciones que van desde la articulación con modificaciones en las condiciones institucionales que permiten conservar el comportamiento de rol aprehendido al menos en algunos de sus aspectos más significativos, hasta la asunción cabal de un nuevo comportamiento que se asemeje lo más posible al que aparece como dominante en el medio y que se asume garantiza la afirmación profesional allí, incluso cuando entre en franca contradicción con el aprendido en la formación.

232. En ambos contextos la frecuencia con la que propuestas y experiencias de este tipo, que un médico en Chiloé refería como “experiencias apéndice”, son “extirpadas”, confirma esto. La incorporación y luego exclusión de modos de atención no biomédicos (aunque aplicados por parte de un médico) en el tratamiento del cáncer en Uruguay que comentaban dos egresados expuestas en el capítulo anterior da cuenta de ello; también el cierre de la Unidad de Salud Colectiva del Servicio de Salud de Chiloé.

233. Entendida como los casos bastante comunes en que estos documentos no aportan información relevante.

El tipo de transacciones que tienen lugar puede ser observado en torno a la actividad diagnóstica y prescriptiva pero el comportamiento de rol no sólo tiene que ver con actividades técnicas sino también con una serie de actitudes, formas de hablar, de escribir, de vestir, comportamientos, preferencias, actividades sociales y objetos de prestigio, elección del medio de transporte, del tipo de participación en la vida social del lugar, etc., que en algunos casos son más relevantes que las actividades técnicas en cuanto a afirmar la identidad profesional y que difieren significativamente entre Cuba, Chile y Uruguay²³⁴. Por ejemplo, en el año 2012 un joven, estudiante de una carrera técnica del área sanitaria recuerda a uno de los egresados de la ELAM que había llegado varios años antes a la zona quien por su aspecto, forma de vestir y el vehículo que utilizaba “no parecía médico” a lo cual atribuye una serie de rumores que circularon respecto de que se trataba de “médicos falsos”²³⁵.

En esta tesis, el trabajo médico no se entiende como quehacer científico sino como “una actividad profesional y técnica que utiliza concepciones e instrumentos que parcialmente devienen de la investigación biomédica. Los resultados de la investigación se articulan con la experiencia clínica, con las costumbres ocupacionales (Freidson 1978) y con las condiciones institucionales para producir un saber profesional” (ibíd.:18). En este capítulo propongo observar a partir de la práctica médica de egresados de la ELAM en instituciones sanitarias de Chile y Uruguay las reflexiones que motiva encuentro con costumbres ocupacionales y condiciones institucionales diferentes a las del medio en que se formaron. Para lo cual resulta pertinente hacer dos especificaciones más.

La primera refiere a un aspecto obvio pero muchas veces dejado de lado que tiene que ver con que necesariamente el desempeño laboral en un contexto marcado por condiciones institucionales y costumbres ocupacionales distintas a las que estructuraron una forma de ser/hacer, implica un proceso de conocimiento, exploración, adaptación a esas condiciones y costumbres que repercutirá en el saber médico. Este proceso ocurre de maneras diversas y, en general, su desarrollo depende de muchas condicionantes. Entre ellas la que me parece fundamental es el tipo de representaciones y prácticas que encuentren en quienes los rodean (compañeros de trabajo y estudio, pacientes y conjuntos sociales, empleadores, profesores, etc). En ambos contextos de investigación, una parte de los médicos ya establecidos, junto a otros actores, están inmersos, a veces desde hace mucho tiempo, en procesos de crítica, cuestionamiento y transformación de las formas de hacer hegemónicas. En general, el contacto con ellos, sus experiencias y propuestas ha significado una oportunidad de crecimiento personal y profesional muy valorada por los egresados. En oportunidades este contacto se ha cortado abruptamente, ya que, como dije, las tendencias cuestionadoras suelen no mantenerse. De todas maneras, el encuentro con este tipo de actores es uno de los

234. Una observación interesante es que el grupo de médicos de la ELAM con quienes trabajé mantiene una caligrafía legible para su entorno general, a pesar de escribir mucho a mano tanto durante la formación como en su práctica actual, que es uno de los motivos a veces referidos por los médicos para explicar/justificar lo que uno de los egresados de la ELAM denomina la “no-caligrafía”. Para las ciencias sociales la deformación de la caligrafía de los médicos –que transforma sus escritos en legibles sólo para “iniciados” (aunque en ocasiones esta legibilidad sea solo aparente)– es un mecanismo social de diferenciación/identificación profesional. La caligrafía de muchos egresados de la ELAM no corresponde a la que en el contexto de inserción lo identificaría como médico. Además, cuestiona la capacidad, con mucho esfuerzo adquirida, de funcionarios de las instituciones sanitarias de entender la “letra médica”. Sospecho que éste es uno de los aspectos que motivan la puesta en duda de sus “capacidades técnicas” a partir de comunicaciones escritas al interior de instituciones sanitarias.

235. La llegada de los egresados de la ELAM a Bella Unión estuvo marcada por estos rumores lo cual fue abordado en otro trabajo (ver Picaroni 2008:129-130). En 2011, la llegada de un egresado de la ELAM a un sector rural de la región reavivó los rumores. Si bien considero que no son atribuible a los aspectos destacados por el estudiante, lo que interesa aquí es que él, como otras personas, encuentran en factores como estas dificultades para reconocer a los egresados de la ELAM como médicos.

factores más importantes para la articulación de la práctica médica de egresados de la ELAM con transformaciones profundas o que apunten a promover alternativas al MMH.

Por otra parte, en ninguno de los dos contextos existe un plan organizado de recepción o introducción en las formas de hacer locales que manifieste un reconocimiento explícito de este hecho obvio pero invisibilizado, si bien al menos una parte de quienes entran en contacto con egresados de la ELAM lo aprecian con claridad. Varios entrevistados hacen referencia a un proceso de adaptación por el cual deben pasar estos médicos para conocer las formas de hacer locales y consideran que es en relación a observaciones que se hacen en este proceso en donde se generan comentarios sobre “deficiencias técnicas” que refieren a una interpretación distorsionada de situaciones puntuales. Lo cual desde mi perspectiva expresa resistencias a la inserción de los egresados de la ELAM. En Uruguay estas resistencias en un principio se expresaban de manera difusa –“no saben nada”, “no vienen bien formados”– y luego cada vez más concentradamente en la apreciación de que “hay deficiencias a nivel de emergencia” o en aseveraciones como “saben mucho de atención primaria, pero no saben atender un infarto”. En primer lugar, estos comentarios dan cuenta de la fuerza del MMH en tanto constantemente las habilidades curativas –fundamentalmente aquellas que requieren manejo de tecnologías complejas (tanto medicamentos como aparatos) y que pueden desembocar en “éxitos” inmediatos (evitar la muerte)– no solamente son más valoradas que otras sino que se consideran antagónicas, opuestas o incompatibles con habilidades en otros ámbitos, sobre todo la prevención, promoción y resolución de problemas que afectan negativamente la salud de conjuntos sociales. Es decir aquellos ámbitos en los cuales el médico no puede clamar exclusividad de competencia y que requieren necesariamente articular su saber y su labor con otros (cfr. Menéndez 2009). En segundo lugar, y esto es lo que interesa destacar, estas consideraciones permiten observar con especial claridad el peso de las condiciones institucionales en la estructuración del saber médico incluso, o sobre todo, en aquellas áreas que se consideran más técnicas.

En general estos comentarios provienen de personas que no han tenido ningún contacto con la labor médica de egresados de la ELAM o sólo uno muy acotado en el tiempo o muy esporádico. Quienes han trabajado por períodos prolongados en contacto estrecho con estos médicos tienden a presentar una visión diferente e incluso contrapuesta. Por ejemplo, un médico joven egresado de la UDELAR que comparte desde hace cuatro años ámbitos de estudio y trabajo con egresados de la ELAM incluyendo labores asistenciales de urgencia/emergencia propone que en el primer momento de incorporación de estos médicos, “la adaptación”, observó diferencias especialmente en el área de emergencia. Éstas refieren a que los médicos formados en la institución local han desarrollado buena parte de su formación en hospitales, a veces siempre en el mismo hospital, entonces: “conocés la gente y te seguís vinculando con las mismas personas. En cambio ellos tienen como que generar un vínculo nuevo” (e/i 2012). Especifica que no se está refiriendo a conocimientos técnicos y explica que ese vínculo refiere a una “confianza de años” con los compañeros de trabajo y profesores –“también en el sentido de que ‘bueno, éste fue estudiante mío’”– así como al conocimiento de la institución, su funcionamiento y sus relaciones con otras. Esto permite, por ejemplo, resolver a través de vías no formales –apelando al vínculo personal de confianza y de intercambio de favores– aspectos de la atención médica: “hay vicios que existen en la salud, cosas que se hacen a veces mal pero es la forma que funcionan, procedimientos que por ahí deberían esperar un mes y que, por ciertos mecanismos, como que terminás pidiendo algo a alguien, o lo pasás por emergencia o le pedís a la de laboratorio, los conseguís más rápido. Desde ese lugar veo la diferencia” (Ibíd.). En la medida en que los egresados de la ELAM van conociendo la institución y generando vínculos de confianza, de favores recíprocos, de pertenencia, estas dificultades ya no se apreciarían.

Desde mi perspectiva lo que interesa destacar no es el hecho de que se requiere de un tiempo para conocer y adaptarse a las normas administrativas e institucionales locales –muchas veces considerados aspectos técnicos aunque representan hechos socioculturales– sino más bien abordar cómo se da ese proceso en relación a algunos aspectos seleccionados, qué factores restringen y cuáles promueven transformaciones en relación a las maneras de pensar y actuar tanto de los egresados de la ELAM como de personas que entran en contacto con ellos.

La última especificación necesaria antes de abocarme a esta tarea se relaciona con otra observación que hace el mismo médico que venía citando quien plantea que, por otra parte, él trabaja con una egresada de la ELAM que desde el primer momento considera “excelente técnica en el área de urgencias y emergencia” (Ibíd.). También otros médicos, entre ellos algunos con muchos años de experiencia y con conocimiento profundo del medio, que trabajan con egresados de la ELAM, plantean que aquello de que “no saben nada”, que “no saben resolver las emergencias” era un “invento”, un “error”, un planteo sin fundamentos que la práctica se ha encargado de disolver. Los médicos formados en la ELAM se habrían ganado un lugar y un respeto hacia su formación tanto en atención primaria como hospitalaria y en el área de emergencia. Esto a pesar de que al interior de la profesión se “mantiene la discriminación” hacia ellos (e/i 2012). Algunos médicos consideran que una parte de los recién graduados de la ELAM demuestra un manejo mejor en emergencia que muchos internos o recién graduados de la universidad local. Las observaciones que refieren a fortalezas en la actuación de egresados de la ELAM –la más notoria, más o menos generalizada en ambos contextos es que demuestran un mejor manejo de la atención primaria y un trato “más humano” hacia los pacientes– generan distintas reacciones que esquemáticamente agrupo en dos líneas.

La primera se fundamenta en el respeto que refería la médica antes citada como base para un intercambio positivo de experiencias, opiniones, formas de pensar y actuar en el encuentro entre representaciones y prácticas médicas diferentes. La inserción de los egresados de la ELAM en el sector salud de Uruguay y Chile tiene el potencial de ser un espacio de enriquecimiento mutuo en el que en la cotidianidad se expresan formas de pensar y hacer que pueden ser adoptadas por otros, a veces intencionalmente por considerarse mejores que las practicadas hasta el momento, otras veces por un mecanismo “de contagio”, según la denominación que escogen muchos entrevistados, que tiene que ver con la adopción más o menos involuntaria de formas de ser/hacer observadas en los egresados.

A su vez, para los egresados la inserción en el nuevo medio conlleva una revaloración y actualización de ciertos aspectos de la formación. Una parte de ellos tiene una repercusión importante en el medio ya que se trata de los aspectos que denotan diferencias más significativas en relación a los rasgos del MMH en su expresión local. Las reflexiones coincidentes de dos egresadas de la ELAM, una en Uruguay y la otra en Chile, y de dos médicos formados en instituciones locales ponen de manifiesto este aspecto del proceso de inserción. La primera egresada propone que muchas cosas fueron especialmente valiosas en su formación

porque te hace ver la vida de otra forma, ver cosas que antes capaz que uno tenía los ojos cerrados, la forma de pensar... quizá si hubiese estado acá, en este sistema, si hubiese estudiado Medicina acá, hubiese sido más como hay mucha gente acá, con una formación totalmente competitiva, queriéndole pisar la cabeza al otro para conseguir yo lo mío, y olvidarse –porque lo he visto– que el paciente, es un paciente porque está enfermo pero, a su vez, es una persona; y los tratan como animales. Eso allá no se ve, que un médico te trate mal es extremadamente raro y acá lo ves muy a menudo, ves destratos a la gente. No ven a la persona en su contexto, lo ven sólo como un paciente que está enfermo o, a veces, como una enfermedad, como hemos visto pila de veces: no se saben el nombre del paciente. Esas son cosas, aunque parezca que no son importantes en la relación médico-paciente –“la policistitis”, “el dolor de cabeza”, les llaman: “¡el dolor de cabeza” tiene nombre!– son cosas que empezando a verlas hay que valorarlas (Ea13 e/i 2007).

Otra egresada planteaba una observación similar, al solicitarle una evaluación de su formación:

Sumamente enriquecedora no sólo en la parte de formación clínica, como profesional médico sino de formación como ser humano porque lo que es salud allá lo ven de un punto de vista como más humanista, más de ver al paciente como ser humano, como una esfera bien psicosocial: es una persona que está inserta en un lugar, que tiene lazos familiares y que tiene sentimientos, es un ser humano. En cambio [...] en Chile es una cosa comercial. Rara vez se refiere al paciente con el nombre del paciente sino “el paciente de tal cama” o “el paciente de tal patología” o es el cliente, porque así se refiere. A mí esas cosas me chocan [...]. El hecho de haber estado en la ELAM me marcó como persona, trazó ciertas líneas, ciertos pensamientos, ciertos valores que son inquebrantables, que están ahí y que yo trato de cultivarlos, por más que el sistema, en cierto modo, como que te absorbe y que, muchas veces, tú eres mirada distinto, como débil o algo así o más sensible; pero un médico que no sea sensible difícil que lleve su vocación (Ea23 e/i 2011).

Por su parte, la amplia mayoría de los médicos, otros profesionales y técnicos formados en instituciones locales que trabajan en estrecho contacto con egresados de la ELAM, destacan esto mismo. Por ejemplo, en una entrevista con un médico y una estudiante de medicina, el médico observa: “Una cosa que se nota diferente en la medicina es que los muchachos formados allá [en Cuba] son mucho más humanistas que los que nos formamos acá”, a lo que la estudiante agrega: “son más abiertos”. El médico continúa:

Más abiertos, tienen mejor relacionamiento con los pacientes, tienen más sentimiento que los formados acá. Acá un paciente es un órgano, acá es: “andá a la cama 8 de la sala 6 que tenés una neumopatía o tenés una crisis asmática”. No es: “andá a la cama 8, sala tanto que está fulano de tal que tiene su patología”. Para nosotros, acá, un paciente es un órgano, [...]. Para ellos es diferente. No sólo ven la patología sino que ven todo el ambiente que forma parte de la realidad, no sólo la enfermedad sino el ambiente familiar, el ambiente del núcleo, ellos lo ven mucho mejor que nosotros. [...] Los muchachos demoran más tiempo, si vos ves el tiempo de demora de atención de los muchachos cubanos es mayor y no porque esté mal, no te estoy diciendo que esté mal, al contrario: está bien (e/g 2012).

En las tres citas referirse al paciente por su nombre sintetiza el respeto hacia el paciente y la visión integral que no lo reduce a una patología. Es importante destacar que para los egresados cuyo trabajo he observado, conocer el nombre de los pacientes resulta parte integral de su labor y no requiere un esfuerzo extraordinario. Se refieren a los pacientes por su nombre tanto en el trato directo como en conversaciones entre médicos, con otros profesionales o trabajadores de la salud y con otras personas (excluyendo cuando requieren mantener la confidencialidad). No se trata de un hacer creer al paciente que se conoce su nombre y ciertas características de su persona porque esto resultaría positivo en la relación médico-paciente ya que sería importante para el paciente, como plantean algunas corrientes²³⁶ sino de que verdaderamente estos aspectos resultan importantes para el médico porque son parte integral de su comportamiento de rol incorporado.

La apreciación de que, en general, el trato de los egresados de la ELAM hacia los pacientes y hacia sus compañeros de trabajo es “muy humano” es muy extendida. Para otros actores la actitud de respeto e interés por las personas que demuestran estos médicos es uno de los aspectos más positivos, del cual han “aprendido mucho” y que procuran replicar. Al mismo tiempo, existe la percepción de que esta actitud –el respeto, la amabilidad, el interés por el paciente, el “humanismo”– que inicialmente resultaba tan característica con el correr del tiempo se va diluyendo sin llegar a perderse totalmente: va dejando de tener la

236. Un investigador en 2005 observó una Jornada Médica de la Sociedad de Cirugía en Uruguay en que se trató la relación médico-paciente proponiendo una “nueva relación” para cuya constitución se recomendaron ejercicios precisos que apuntaban a hacer creer al paciente que el médico recuerda sus detalles biográficos o afectivos. Romero analiza el material recogido concluyendo que la posición del paciente sufre un nuevo descenso de su posición subalterna (Romero 2006:208-210).

fuerza que tenía inicialmente. También los egresados notan un proceso de desgaste que los lleva a encontrarse en situaciones en las que reproducen formas de ser/hacer con las que no solamente discrepan sino que se esfuerzan conscientemente por evitar. En general, son las más estrechamente ligadas a las condiciones institucionales, entre ellas el atender apurados a las personas aparece, para buena parte de estos médicos, como señal de que algo está mal y de que es necesario tomar medidas, porque aquí se juega la conservación de la identidad profesional:

En un momento tuve un par de consultas que como que las hice medias rápido y, después, cuando vine a casa le dije a mi compañera, que también estudió allá: [con pesar] “¡vos sabés que me parece que estoy perdiendo un poco lo que es la relación con la gente!”. Porque como tenía que estudiar o cosas así, andaba muy estresado, muy pasado de vueltas y como que estaba apegándome a lo que era el modelo de médico acá. Y ahí es que nosotros recordando siempre un poco, es algo que siempre estamos volviendo a recordar, siempre teniendo presente lo que aprendimos en Cuba. Yo creo que nunca nos vamos a descarrilar los que fuimos y a los que nos llegó la idea, los que incorporamos la idea del médico egresado de la ELAM (e/i 2012)²³⁷.

Entonces, el encuentro entre maneras de ser/hacer diferentes puede ser un ámbito de enriquecimiento mutuo y reafirmación consciente de concepciones filosóficas, posturas de vida, representaciones sociales sobre la base del reconocimiento y respeto por el “otro”. Pero este encuentro no necesariamente tiene esta orientación. Como dije antes, las observaciones sobre aspectos en que los egresados de la ELAM demuestran fortalezas a través de su labor cotidiana dan lugar a distintos tipos de reacciones.

La otra línea presente en ambos contextos de investigación implica la negación de las diferencias. En Uruguay, en particular, se observa un deslizamiento de las resistencias que en un primer momento se expresaban a través de desprestigiar la formación en el proyecto ELAM, hacia esa otra posibilidad del encuentro con el otro, que se aprecia también en Chile. Sobre todo otros médicos proponen que no existe “absolutamente ninguna diferencia”, que los egresados de la ELAM son “exactamente iguales” a los médicos formados en otras universidades (e/g 2012). A veces proponen como argumento que “la medicina es una sola” y que las únicas diferencias entre médicos son de carácter individual referidas a la personalidad, habilidad y esfuerzo propio y no se relacionan a la institución o sociedad en que se formaron. Esto expresa el hecho ya señalado de que las manifestaciones diferenciales y hasta discrepantes que se dan en la práctica médica son negadas u opacadas por el sistema de representaciones técnicas. Manifiesta la estructuración del MMH en las representaciones médicas específicamente respecto de la identificación ideológica con la ciencia que sustenta la legitimación profesional en una identificación con una cientificidad positivista universalmente válida. Refiere también al opacamiento de la influencia de las condiciones institucionales y sociales en el saber médico que permite mantener su diferenciación respecto de otros saberes y su posición hegemónica. Sin embargo, lo que importa destacar es que la negación de las diferencias –un proceso estudiado por las ciencias sociales y ya mencionado en este trabajo– al igual que su absolutización, puede derivar hacia posiciones racistas y facistas. Además, ha estado en la base de las empresas coloniales y de explotación desde un doble discurso que exige la adaptación desde posiciones desiguales de poder que aparecen como naturales y absolutas. Es un mecanismo de mantenimiento de inequidades sociales y de relaciones desiguales de poder que pueden tomar diversas formas incluso las más opresivas.

237. Utiliza aquí la referencia a descarrillar porque antes había comentado que en la formación en Uruguay al comienzo de la carrera “se habla mucho del ser bio-psico-social” pero luego la parte social va dejándose de lado y ya a “los estudiantes “no se les vuelve a recordar la finalidad del médico”. Por eso “lo más valioso es el humanismo, es algo que no se pierde, no se pierde, más allá de la formación científica. [...] Una de las cosas que más me impactó de Cuba es el ir siempre con eso al frente” (e/i 2012).

La perspectiva desde la que escribo este trabajo, así como las influencias teóricas más importantes del mismo, implican un alejamiento tanto de la absolutización como de la negación de diferencias. Mi interés fundamental está en las posibilidades de cuestionamiento de las representaciones y prácticas hegemónicas que representa la inserción de egresados de la ELAM en Uruguay y Chile. Este énfasis supone e implica el cuestionamiento de las demás maneras de ser/hacer identificadas, las de los egresados de la ELAM, las subalternizadas y las propuestas contrahegemónicas en tanto todas ellas son entendidas desde una perspectiva histórica que aborda los procesos sociales como procesos de continuidad/discontinuidad. Esto implica la posibilidad teórica de enfatizar los cuestionamientos a cualquiera de ellas.

5.2.1 La “puerta de entrada” y el “derecho de piso” o del trabajo médico como mercancía

Por motivos diferentes en Uruguay y Chile la inserción laboral temprana de los egresados de la ELAM en general es particularmente precaria desde el punto del estatus del trabajador, sus beneficios sociales, garantías laborales, etc. En Chile la contratación puede ser y ha sido puesta en tela de juicio prácticamente en cualquier momento, desvinculando o amenazando con desvincular a los médicos de su cargo. En Uruguay la regla es el multiempleo que, sobre todo en los primeros años suele implicar una modalidad “flexible”, sin contrato, sin horarios ni días fijos de trabajo: el médico es llamado para cubrir las necesidades asistenciales inmediatas de instituciones por parte de sus encargados o de otros médicos que por distintos motivos traspasan una parte de sus compromisos laborales.

En Uruguay la visión predominante es que un médico joven no puede “rechazar trabajo”. La misma es compartida por los médicos jóvenes, los empleadores y médicos de más experiencia. Un médico egresado de la UDELAR que trabajaba desde hacía más de 10 años como médico general en la ciudad de Bella Unión reflexionando en torno a particularidades en la actuación de los egresados de la ELAM plantea: “no veo nada que me llame la atención, ni a favor ni en contra, no veo cosas para resaltar o que marquen, los veo trabajando bien, insertados en el medio, [...] me parece que trabajan a la par de todos, que están integrados” (e/i 2012). Sin embargo, realiza la siguiente observación:

No sé si han cambiado los tiempos, las mentalidades, lo que veo es que la gente joven no trabaja como debería trabajar en cuanto a que acá hay trabajo para hacer muchas veces, para cubrir guardias, y no se hacen porque es Carnaval, porque es fiesta, porque es Reyes. Eso es una de las cosas que vemos –porque lo notamos y lo conversamos con otros colegas– [...] que hay que cubrir guardias y si coincide Navidad o Año Nuevo o algún evento público o fiesta, no es fácil conseguir. Entonces, mi generación, no sé si era lo justo o qué, si era una obligación, pero había que pagar derecho de piso y hacíamos guardia en todos lados (Ibíd.).

A continuación aporta un ejemplo concreto. Hubo un evento social relacionado a la salud pública y una institución sanitaria privada no consiguió médico para cubrir la guardia en puerta de emergencia a partir de la hora en que comenzaba el evento. Ante esto un médico especialista (en una rama no relacionada a la emergencia) unos diez años mayor que el entrevistado accedió a hacerlo pero:

Lo correcto es que los muchachos recién recibidos hagan puerta de emergencia. Vos vas a decir: es una pavada. No, no es una pavada. Yo creo que se ha perdido un poco la... o se trabaja lo justo y necesario, no sé, algo pasa. Eso lo he notado acá en Bella Unión. No sé si es que estudiaron en Cuba o si no porque da la casualidad que toda la gente joven que ha venido acá son egresados de allá, pero me parece que es porque son jóvenes y porque han cambiado la mentalidad: ¡ha cambiado tanto la sociedad! Por ejemplo, si voy en un ómnibus y veo una mujer embarazada, yo no voy a permitir que la embarazada vaya de

pie, yo me levanto porque me enseñaron así. Yo no puedo tolerar que un médico veterano venga a hacer la guardia de emergencia porque los médicos de la emergencia no hagan las guardias por irse a un evento social. Son cosas básicas de respeto (Ibíd.).

Y concluye: “me estás hablando de una mutualista que te abre puertas para que después puedas hacer policlínicas, se te abre un mercado laboral” (Ibíd.).

Interesa destacar varios aspectos de este relato. Primero, en Uruguay existe la percepción de que la “puerta de emergencia” es un trabajo que puede y debe cumplir el médico recién egresado aún siendo el único médico presente y sin contar con personal paramédico especializado²³⁸. Si bien gran parte de las consultas que llegan a las puertas de emergencia de los centros de salud del país no corresponden a situaciones de urgencia, también se dan este tipo de situaciones que internacionalmente se considera debieran ser atendidas por personal especialmente capacitado para ello. Se trata además de un área donde en la que existe acuerdo respecto de que la experiencia cumple un papel fundamental que puede determinar la vida y/o calidad de vida de una persona²³⁹. Entonces, la adecuación de este tipo de tareas para profesionales recién graduados no se justifica desde el punto de vista científico o técnico. Por otra parte, los días festivos, en particular los que menciona el entrevistado: Carnavales, Navidad y Año Nuevo, son ampliamente reconocidos en el ámbito médico como complejos porque suele aumentar la cantidad de accidentes tanto automovilísticos como domésticos así como los hechos violentos, en gran parte debido al mayor y/o más generalizado consumo de alcohol, es decir aumenta la cantidad de potenciales urgencias médicas. De manera que especialmente estos días parecen los menos adecuados para que sean atendidos por médicos recién graduados en las condiciones antes explicadas.

Los egresados de la ELAM observan con perplejidad las costumbres locales de iniciación laboral, uno de ellos plantea:

En otros países, por lo menos, aunque no sea bueno, la gente hace un servicio social, entonces se sabe que hay cierta cantidad de lugares, cupos, que por dos años o un año lo van a cumplir los recién graduados. Entonces, vos tenés un esquema de evolución de tu carrera. Acá el momento más feliz y más triste de tu vida, creo que debe ser el día que te recibís, porque te recibís, te dan el título, es la cumbre de tus esfuerzos y no sabés qué vas a hacer con tu carrera (Eo1 e/i 2007).

Y respecto de la costumbre específica de comenzar a trabajar en las puertas de emergencia propone:

No está bien capacitado un médico recién graduado, incluso por una cuestión de experiencia, para hacerse cargo de repente de la guardia de un hospital grande. Lo ves todos los días, ves los internos y..., no es que no estés capacitado, estás, pero es mejor las cosas graduales. Eso acá se ve al revés: la gente más especializada la ves trabajando en cualquier lugar y los cargos que de repente tienen que tener un cierto nivel de complejidad los atiende cualquiera también, pero al revés. No sé, es muy difícil de entenderlo, pero no viene de ahora, viene de muchos años (Ibíd.).

238. Además, se estila que los médicos especialistas (consultantes) estén de “guardia de retén” lo que significa que si son llamados por el médico que está a cargo de la emergencia, tienen un plazo de dos horas para presentarse allí.

239. La formación médica en Cuba, en Uruguay e internacionalmente incluye conocimientos y habilidades básicas en estas áreas. En Uruguay hay una empresa que vende cursos de reanimación y de emergencias médicas que se proponen como complemento de la formación. En Cuba existe la posibilidad de profundizar en la adquisición de conocimientos, habilidades técnicas y experiencia en atención de urgencia a través de ayudantías. En ese país funciona un sistema organizado para la atención de urgencias médicas y los hospitales cuentan con presencia constante de médicos experimentados especializados en prácticamente todas las ramas inclusive la emergentología.

Este mismo médico, cuatro años después aportar una reflexión similar que incluye un cuestionamiento respecto de la funcionalidad de estas costumbres de iniciación laboral. Reflexionando sobre el aporte que seis generaciones de egresados de la ELAM para el país, plantea que “cada uno ha empezado a trabajar en lo que ha entrado porque acá la forma, la dinámica a través de la cual cuando uno se recibe empieza a trabajar es bastante cruel. Los puestos que te quedan libres son, en realidad, los menos indicados para una persona que recién se recibe y son bien puntales, bien esporádicos y bien distintos. [...] Es una dinámica muy heterogénea, uno va entrando donde va pudiendo. Y eso también es parte de la lógica del sistema, de que no te permite que vos tengas un rejunte con tus mismos para programarte o para cuestionarte ciertas cosas” (Eo1 e/i 2011).

La perplejidad respecto de estas costumbres va más allá de la situación que le haya tocado vivir a cada uno. Reflexionando en torno a qué aporte significa para el país la participación en el proyecto ELAM dos egresados, tres y cuatro generaciones posteriores a el anterior, plantean:

Eo9: Es una cosa que es contradictoria porque el aporte es la atención primaria, realmente la formación en atención primaria que tenemos es lo que está haciendo falta acá en Uruguay. Pero, a la vez, nosotros llegamos y como no está funcionando o está funcionando muy poco, donde conseguimos trabajo es en las emergencias, es en las ambulancias, entonces, como te decía yo...

Ea8: Te terminás adaptando al medio (e/g 2012).

Plantean que incluso en zonas a donde ha llegado un número significativos de egresados de la ELAM, los cambios han sido muy lentos y refieren más que nada al aumento de la cantidad de médicos y no a transformaciones sustanciales:

Eo9: Yo muchas veces me siento culpable en parte de esto, porque nosotros cuando llegamos venimos con ganas. Culpable en parte pero, por otro lado, no tenés las oportunidades [...] Yo encantado de la vida si pudiera trabajar haciendo lo que, en realidad, creo que me siento más preparado todavía y capaz que me guste más todavía hacer: un trabajo de prevención y promoción, trabajar en la atención primaria o hacer trabajos que vos veas resultados en la población desde ese punto de vista, trabajo comunitario, trabajos donde vos sientas que estás haciendo algo.

Ea8: Fue lo que aprendimos allá, el objetivo de aquello era eso: venir a insertarnos en la sociedad, en la comunidad de donde salimos, no lo estamos haciendo.

Eo9: O sí lo estamos haciendo pero poco. Pero es por eso, por las posibilidades que nos dieron, nos dieron un trabajo de emergencia y bueno, tenés que comer (Ibíd.).

En los tres años que llevaba trabajando el médico en el medio, destaca un proyecto que duró cuatro meses al que fue invitado a participar por una comisión barrial. Se trató de “una escuela de padres para la prevención del uso de drogas” y participaron también profesionales de otras áreas: “fue en lo que más me sentí como que he aportado algo, donde sentí que estaba haciendo un aporte” comenta, a lo que la otra participante de la entrevista agrega: “Te sentías un poco más útil” (Ibíd.).

Entonces, las diferencias que existen entre las expectativas de los egresados y lo que se espera del médico joven en Uruguay son profundas. El trabajo preventivo y de promoción, el trabajo en atención primaria incluyendo la asistencia médica pero no solamente con el fin de aliviar síntomas, “poner parches”, sino “donde veas resultados” es el que hace sentirse útil, es lo que expresa la complejidad de su saber y los identifica como médicos. A la vez que brinda “más tiempo para reflexionar, para tener ese contacto con el paciente, para nutrirse también del que está un poquito más avanzado en la carrera” (Eo1 e/i 2011).

En segundo lugar, la percepción extendida en Uruguay de que el médico joven debe pagar un “derecho de piso” implica realizar los trabajos que otros médicos no desean realizar y, sobre todo, no rechazar trabajo. Aunque como planteaban los egresados antes citados, ellos sienten que se terminan adaptando, que no realizan ningún cuestionamiento profundo, que cada uno va entrando donde puede siguiendo los modos establecidos. El relato al inicio de este apartado hablaba de un cuestionamiento práctico de costumbres muy arraigadas, en ese ejemplo concreto a través de la no aceptación de una guardia en una puerta de emergencia de una institución privada por considerar importante participar de un evento social relacionado con la salud pública. Otros médicos egresados de la ELAM han rechazado cubrir una guardia en una emergencia móvil por llevar varios días de guardia sin descanso o semanas sin un día libre, ya que el modelo de multiempleo médico vigente no sólo permite sino que promueve ese tipo de situaciones, perjudiciales tanto para el trabajador como para quienes reciben sus servicios. También por diferencias respecto de aspectos de la organización asistencial, por ejemplo que siendo médicos generales se les enviara a desarrollar las consultas que estaban estipuladas para médicos especialistas. En estos casos han sido “castigados”. Las empresas castigan a quienes no acepten sus ofertas a través de no ofrecerles trabajo por un período de tiempo, lo que significa que disminuyen considerablemente sus ingresos e incluso puede implicar que no tengan ningún ingreso hasta conseguir otro trabajo.

El “derecho de piso” excluye al médico joven de ciertas garantías y beneficios laborales como el tiempo de descanso y, en general, de poder disponer de su tiempo para otras actividades y representa además una situación económica precaria para quienes no tengan un estatus socioeconómico alto independiente de su trabajo: “te largan a un mercado cruel, porque vos salís recién graduado y conseguir trabajo en este país, se consigue, pero qué es, es pichuleando guardias de los demás. El pagar el derecho de piso famoso uruguayo es cruel. Vos no aspirás a un trabajo digno acá ni como médico” (Eo e/i 2007).

Es difícil encontrar en este método de inicio de la vida laboral algún aspecto positivo para los médicos y las personas que los consultan. Sin embargo, el médico citado al comienzo de apartado afirma que así es como deberían trabajar los recién graduados. Ese deber es tan profundo, tan moral, que aceptar y reproducir esta costumbre es equiparado a brindar el asiento a una embarazada. Es además lo que “te abre las puertas” para acceder a otros tipos de empleo: “se te abre un mercado laboral”. El trabajo médico manejado como mercancía en un contexto neoliberal propone que la inserción del profesional es correctamente regulada por el mercado. El médico trabaja por dinero y las personas que lo consultan son clientes que son atendidos a cambio de dinero y de acuerdo a sus posibilidades de pago. Entonces, no son criterios técnicos, la relevancia social, la experiencia requerida, la habilidad específica y mucho menos la vocación para cumplir una determinada función la que determina qué lugar laboral ocupará un médico con ciertas características. El médico ofrece sus servicios en el mercado y debe aceptar las tareas que el mercado le asigna sin cuestionamiento, aún cuando se sepa menos capacitado que otros para ellas y no tenga ningún respaldo institucional, académico o profesional, y también aunque vayan directamente en contra de su forma de ver la medicina.

En este sentido es esclarecedor el relato de un egresado de la UDELAR en relación a su primer trabajo como médico en el año 2009. Se trataba de un trabajo en una empresa netamente orientada a la comercialización de la atención médica. Aunque en su caso durante la formación había incorporado en cierta medida al menos, la disposición a realizar cualquier trabajo que el mercado le ofreciera utilizando como criterio de selección la cantidad de dinero percibida, plantea:

sufrió mucho, era mi única fuente laboral cuando recién me recibí y aguanté cosas con las cuales no concordaba, pero era un buen laburo [en el sentido de que pagaban bien] y tuve esa disyuntiva mucho tiempo de: “¿qué estoy haciendo acá!”, hasta que me armé de valor y renuncié [...] Es como casi la prostitución, decía yo, pero la prostitución por necesidad, no la prostitución como forma de trabajo sino que era la salida que tenía, podía juntar dinero, yo recién egresado, y me vi en situaciones que decía “¿pero qué estoy haciendo acá!?”, era como una cosa que ideológicamente fue terrible y me mató (e/i 2012).

El segundo aspecto que interesa destacar es que el derecho de piso implica que durante algún tiempo (hasta que se “arme de valor” o ascienda en la jerarquía profesional) el recién graduado cubrirá las labores necesarias para garantizar las ganancias empresariales y/o cubrir las necesidades asistenciales de las instituciones promoviendo su mantenimiento y reproduciendo ciertos rasgos del MMH como la mercantilización de la salud/enfermedad/atención. Además, lo hará desde una posición laboral precaria que lo impulsa a no realizar cuestionamientos ni oponerse a las costumbres ocupacionales locales, por más perjudiciales que las considere, por lo menos hasta que pueda acceder a puestos de trabajo más satisfactorios, lo cual se dará en la medida en que haya otros sobre los cuales descargar aquellas tareas que son necesarias para el mantenimiento de las instituciones pero poco codiciadas por los médicos.

Desde esta perspectiva, la situación planteada al comienzo que el entrevistado consideraba una falta de respeto hacia el médico de mayor edad y formación que se vio “obligado” a aceptar cubrir un espacio destinado al recién graduado, puede ser interpretada de otra manera. Se trata más bien de una “falta de respeto”, de un cuestionamiento, a una costumbre ocupacional que resulta funcional para la reproducción y mantenimiento de una forma de organizar la atención médica. Esa forma responde, en primer lugar, a consideraciones mercantiles orientadas a asegurar ganancias privadas y a controlar los conflictos que la puedan cuestionar a través de la precarización del trabajo, pero se ideologiza como la forma correcta de comportarse bajo parámetros socioculturales y morales. A partir de allí es que gana la fuerza necesaria para mantener y reproducir las estructuras a las que responde. De manera que la consideración del hecho referido al inicio como una falta de respeto hacia el colega –situado en un rango superior debido a su edad y capacitación– que impulsó al entrevistado a actuar –decidiendo cubrir él la guardia en cuestión– puede ser entendida como expresión de la estructuración de una forma de pensar y actuar que establece relaciones jerárquicas funcionales a la reproducción de un cierto tipo de organización del aparato sanitario, que produce y reproduce. En tercer lugar entonces, el “derecho de piso” es uno de los mecanismos fundamentales de una estratificación de la profesión que refuerza los rasgos del MMH.

Para el caso de Chile se da una situación comparable, aunque el estatus de los egresados de la ELAM en la escala profesional está determinado no sólo por ser recién graduados sino por haberse formado fuera del país, lo cual se mantiene por lo menos hasta completar el proceso de revalidación y es uno de los factores que determinan su incorporación en primera instancia al sistema público de salud en consultorios municipales²⁴⁰. Además domina otra forma de expresión del manejo del trabajo médico como mercancía. El director de un hospital de mediana complejidad en una zona apartada (economista y administrador público de profesión) lo plantea de la siguiente manera. En relación al proceso de recepción de los egresados de la ELAM considera que hay un “trabajo por hacer porque quien debe medir las competencias es el Estado y no un gremio médico”. El asunto central sería de qué manera lograr que su llegada al país sea “altamente eficiente y productiva y no bochornosa, sino que absolutamente positiva en forma personal, profesional y social”, para lo cual:

240. Una vez revalidado el título se abren opciones laborales como el trabajo como médico general en instituciones privadas u opciones de formación en especialidades y también acceso a otros niveles de las instituciones públicas.

hay un elemento muy importante que es el elemento de la regulación económica. En la economía lo escaso se transforma en caro, por ende, la salud para el más pobre en Chile no es posible porque no tiene los recursos financieros asociados, y lo digo con la propiedad de ser director de un hospital público y lo digo muy humildemente: la llegada de recursos existentes, necesarios y con la voluntad de estar en este país provocará que el recurso tienda a ser más asequible para la población y, por ende, la salud se va a hacer más barata, más participativa, más social y va a estar para todos los chilenos. Considero que el cerrar las puertas, es simplemente cerrar un área gremial, considero que abrir las puertas permite que el mejor quede [...]. Entonces, bajo esa misma línea en justicia del deber ser, yo considero que estamos perdiendo una oportunidad de fortalecer las áreas en las cuales no tenemos ninguna posibilidad de tener médicos, incluso (e/i 2011).

El proceso de revalidación chileno aparece aquí como un mecanismo de control del mercado por parte del gremio médico que genera tensiones porque limita la función del mercado como regulador exclusivo y la del Estado como garante de que no haya ningún tipo de interferencias ni restricciones para el mercado. Bajo esta “justicia del deber ser” la limitación del acceso de los egresados de la ELAM al mercado médico significa un desaprovechamiento de estos recursos, sobre todo, del potencial para abaratar los costos de la atención médica. Ahora bien que el “abrir las puertas” a los médicos de la ELAM lleve a que la salud en Chile se haga “más barata, más participativa, más social” y “para todos los chilenos” por un mecanismo de “regulación económica”, sólo es sostenible desde una perspectiva ahistórica que no tome en cuenta la incompatibilidad que las propuestas neoliberales han demostrado entre sus deseos manifiestos y sus efectos prácticos en el país y en la región.

Desde mi perspectiva la limitación del trabajo de los egresados de la ELAM a la atención primaria municipal tiene otra lectura y otros efectos. En primer lugar, representa el trabajo de menor prestigio, que en especial en zonas apartadas, suele estar a cargo de médicos formados en el exterior y de algunos recién graduados en universidades locales. Sin embargo, como dije antes, se propone que son las orientaciones de los médicos las que generan esta situación, lo cual en parte es correcto, pero se pasa por alto otros factores muy importantes que tienen que ver con los efectos en el sector salud chileno del proceso de neoliberalización y, en particular, con la estructuración de la atención primaria.

A pesar de tratarse de un trabajo para el cual “es difícil conseguir profesionales”, sobre todo en zonas como Chiloé, algunos directivos de consultorios y algunas autoridades de salud de la zona consideran que los egresados de la ELAM tendrían una deuda hacia sus empleadores por el hecho de haberles ofrecido un contrato de trabajo aún sin tener el título revalidado, por “haberles abierto las puertas” y haberlos “aceptado como médicos”. Esa deuda implica cubrir todas las horas extra que les sean asignadas, no hacer reclamos sobre las condiciones laborales y apegarse a las formas de hacer locales. La atención en consultorios municipales de Ancud es netamente asistencial, muchos médicos y otros trabajadores, opinan que es manejada desde una lógica en la cual las personas que se atienden en las instituciones municipales representan números que garantizan ciertos recursos a los centros asistenciales. Si bien, con el tiempo los médicos, incluyendo egresados de la ELAM, han realizado reclamos y obtenido algunas mejoras, muchos egresados de la ELAM coinciden en que la precariedad particular de su situación laboral va en detrimento de sus posibilidades de influir positivamente en mejoras de la organización y desarrollo de la atención primaria. Reconocen un círculo vicioso en que las condiciones de trabajo repercuten negativamente en las posibilidades de revalidar su título en el corto plazo mientras la no revalidación significa continuar sometidos a las mismas condiciones laborales: “integrarse ha sido difícil, difícil porque tú quisieras hacer mil cosas y no puedes, porque no puedes llegar a insertar una visión que tú tienes a otra que es totalmente distinta a lo que tú piensas. Más encima empiezas a crear este ambiente de tensión porque tienes que sacar tu título porque si no te siguen humillando, te siguen discriminando, te siguen bajando la autoestima” (Ea24 e/i 2011).

Desde las instituciones sanitarias municipales, provinciales y regionales se reconoce que estos médicos “han sostenido el sistema”, sin embargo, directivos, autoridades, trabajadores de la salud y también algunas personas que utilizan los servicios consideraban una muestra de ingratitud hacia su empleador o hacia la población el hecho de que algunos egresados abandonaron la zona, que asociaban a la revalidación del título. En algunos casos, también los egresados de la ELAM ven el permanecer en su puesto de trabajo como muestra de compromiso hacia la población y una forma de agradecer la oportunidad que se les brindó. Lo importante es que en el marco de las tensiones provocadas por la restricción del acceso al mercado laboral de estos médicos, la “deuda” por haberles abierto las puertas adquiere una connotación especial que apunta al mantenimiento y reproducción de las instituciones sanitarias. Esta “deuda” presenta características similares al derecho de piso en Uruguay aunque, en este caso, no corresponde específicamente a los egresados de la ELAM quienes además percibían una remuneración menor que la de otros médicos en igual cargo.

En Uruguay y en Chile la contratación u oferta de trabajo se interpreta como un favor que se le hace al trabajador en retribución del cual se espera no sólo la aceptación del trabajo ofrecido sino también apego a las formas de pensar y actuar estructuradas por las condiciones institucionales que se ideologizan como la forma correcta de ser/hacer. El “abrir las puertas” o “abrir un mercado” implica una “deuda” aunque se fundamente en intereses particulares de los empleadores y cumpla con las funciones de mantenimiento, reproducción, control y económico-ocupacionales a las que responde el MMH. Una variante de esto es la contratación de egresados de la ELAM con intenciones de reforma e impulso de transformaciones, en general sin mayor reflexión sobre el cómo y, sobre todo, sin tener en cuenta que si bien la actitud, opiniones y habilidades del médico juegan un rol es por lo menos de igual importancia el acompañamiento que reciban desde posiciones de toma de decisiones. El manejo del trabajo médico como mercancía y la idea de que el sector salud puede ser adecuadamente regulado por el mercado, están en la base del desaprovechamiento de la oportunidad de apuntar hacia un acceso más equitativo a la atención médica para los sectores más postergados que podría significar el recibir médicos de la ELAM. Representa además un importante factor de frustración y desencanto para estos médicos.

5.2.2 Los tiempos de consulta, las historias clínicas y el (no) acceso a tecnologías diagnósticas y de tratamiento o de ser más parte del problema que de la solución

El tiempo en varios sentidos es uno de los aspectos determinantes de las experiencias de los egresados de la ELAM en Uruguay y Chile. Cuando los egresados trabajan bajo condiciones institucionales rígidas que responden a la organización sanitaria dominante, como sucede en la amplia mayoría de los casos, se transforma en una limitante sustancial para el desarrollo de su actividad profesional de una manera que consideren satisfactoria, adecuada o incluso mínimamente útil, al punto de que varios plantean que no sienten que están trabajando como médicos. La tendencia internacional de la biomedicina actual ha reducido cada vez más el tiempo de consulta, sobre todo en el nivel primario. Esto a pesar del reconocimiento de la importancia de la palabra y de la relación médico-paciente como factor terapéutico y como factor fundamental para establecer un diagnóstico apropiado. También las historias clínicas han tendido a desaparecer a pesar de la reiterada afirmación de su importancia (Menéndez 2009:45). Ambos aspectos y el tercero que abordaré aquí referido a las dificultades para el acceso a tecnologías diagnósticas y de tratamiento expresan rasgos estructurales del MMH.

La conjunción de los tres aspectos dan su sentido específico en Uruguay y Chile, aunque con diferencias tanto entre como al interior de cada país, a la conclusión de Menéndez

y Di Pardo de que el nivel primario opera más bien como un filtro que restringe el acceso, sobre todo en las instituciones oficiales, a niveles de mayor complejidad (cfr. Menéndez y Di Pardo 1996:59). Pensar el primer nivel como filtro que reproduce las inequidades sociales dominantes restringiendo de acuerdo a factores socioeconómicos, étnicos, de territorio, de género, etc el acceso de las personas a los niveles de más complejidad permite una interpretación más adecuada de las condiciones institucionales imperantes en estos países que pensarlo como estrategia, puerta de entrada u otra de las variantes que la literatura médica ofrece.

Con matices distintos en Chile y Uruguay se ha normado la atención médica a través de guías clínicas, paquetes de prestaciones básicas, protocolos, etc. La labor del médico consiste cada vez en más aplicar estas medidas estandarizadas, de acuerdo a las restricciones que le imponen las instituciones donde trabaja y en tiempos programados. Los criterios que prevalecen en estas normas apuntan a reducir, en cierto sentido, el gasto público. La asistencia se orienta de acuerdo a criterios burocráticos de reducción del gasto a corto plazo y que, además, muestran un desfase importante entre las diversas realidades locales al interior de un mismo contexto nacional y las imaginaciones y presupuestos de quienes elaboran estos documentos: “Aquí se ve un número, te sacan: tanta plata, tanto número de personas, cuánto le toca a cada uno y no se pueden pasar, [...] siempre están como contando cada chaucha para la atención” (Ea26 e/i 2010), explica una egresada desde Chile. Mientras desde Uruguay otro observa: “el sistema [de salud] nuestro no está diseñado para brindar salud, sino para brindar números, estadísticas que reeditúan en temas políticos, lo veo de esa manera” (Eo1 e/i 2011)²⁴¹.

Los reducidos tiempos de consulta sumados a las demoras para acceder a procedimientos que impliquen el uso de tecnologías, aunque sea las más básicas y sencillas, junto a una burocracia que limita el acceso de las personas a las atenciones que desde el punto de vista de los médicos requerirían, implica altos niveles de frustración y cuestionamiento sobre el sentido de su trabajo por parte de los egresados de la ELAM, dado que estas tendencias van en contra de las formas de ser/hacer incorporadas en la formación. Son identificadas como deficiencias importantes de los sistemas de salud en los que se insertan, como factores que limitan la utilidad del trabajo médico pero cuya fuerza es tal que, finalmente, terminan reproduciéndolos²⁴². El encuentro con las historias clínicas locales motivaba la siguiente reflexión que sintetiza bien este punto:

Empezás a trabajar, empezás a comparar y decís: bueno, la parte clínica, la clínica cubana es muy buena. Vos te das cuenta que tu formación fue buena, porque empezás a hacer diagnósticos, a darte cuenta de cosas y, todavía, después te empezás a dar cuenta de cosas que pensabas que acá funcionaban de una forma y funcionan totalmente de otra, y decís: “¡Pa, si funcionara igual que allá!”. Por ejemplo, el uso de las historias clínicas: ¡por favor! Allá en Cuba, la historia clínica era un documento legal, lo es en todo el mundo, y respetar y hacer la señal de la cruz frente a la historia clínica. Acá yo me he encontrado con cosas... de ir a ver la historia clínica de un paciente y sacar y tenés una hoja pelada o a los sumo no sé, que en 1980 y pico se atendió y decía: “ojos rojos” y vamos a darle Perifar, ponía “Perifar” abajo y firma del médico. Para nosotros allá era el examen físico completo y el Ave María al paciente. [...] Eran hojas, eran horas haciendo una historia clínica a un paciente. Y, después, entrás en la rosca [...] porque terminás adaptándote al medio donde te toca trabajar. No podés ser Superman, llegar donde hay 50 personas que están trabajando con otra formación y con otro punto de vista de lo que es la medicina y vos tratás de venir, no a imponer pero tratás de mostrar cómo era la cosa allá y te dicen: “Bueno, pero el que tiene

241. Ambos trabajaban desde al rededor de cinco años como médicos de atención primaria.

242. A su vez, se trata de aspectos respecto de los cuales se dan intensas negociaciones y transacciones para poder mantener la identidad profesional. Aunque buena parte de los egresados sienta que reproduce en su práctica formas de hacer con las que discrepa, las diferencias que aprecian, sobre todo otros trabajadores de la salud y los pacientes, en su forma de enfrentarse con estas tendencias han promovido cambios que se van traduciendo en un cuestionamiento de las formas de hacer locales, en transformaciones en el pensar y/o las prácticas de otros actores, como quedó planteado al comienzo de este capítulo y desarrollo más adelante.

que adaptarse sos vos”. No te voy a decir que yo termine poniendo “ojos rojos y Perifar”, pero terminás actuando más o menos parecido (Eo9 e/g 2012)²⁴³.

El manejo de las historias clínicas se relaciona con los tiempos de consulta y con “otro punto de vista de lo que es la medicina”. El tiempo de consulta en algunos casos está estrictamente reglamentado y, en otros, se ha reducido por un apuro más bien autoimpuesto. En las experiencias de egresados de la ELAM en la atención médica en Uruguay y Chile es uno de los aspectos que más identifican como limitante de la buena práctica médica, entendida como aquella que apunta a resolver los problemas por los cuales son consultados y que les permite sentirse útiles. Este aspecto resalta, sobre todo, en la comparación con sus experiencias de formación: “estoy totalmente entristecida porque es tan triste verlo y estar en algún minuto haciéndolo igual porque no hay posibilidades, y decir ‘wuau... ¡en Cuba esto era tan básico!’, nunca hubo agenda para atender a la gente, nunca hubo un estrés para atender a alguien” (Ea24 e/i 2011).

En el marco de esta investigación sobre todo en Chile y, en especial, en la comuna de Ancud la labor médica está reguladas por tiempos fijos que afectan negativamente el cumplimiento de todas las funciones que asumen los médicos. Un egresado que trabajaba en un consultorio comunitario de la ciudad profundiza respecto de este aspecto:

En Cuba tu tienes tu consultorio, si trabajas como médico general [...], y ves a tu gente pero no hay ni congestión con los pacientes, ni quejas de la gente porque no te atendieron o porque no hay hora, etc, etc. Acá separan “morbilidad” y “crónico” [...], morbilidad me dan 15 minutos para poder atender al paciente. Algunos pacientes los puedes diagnosticar más fácil [...] pero hay pacientes que tienes que tocarlos, examinarlos, luego analizar, mandar exámenes de laboratorio hasta que puedas llegar a un diagnóstico y darle un tratamiento como tal. Pero entre que hiciste la anamnesis, que es el interrogatorio, hiciste el examen físico, entre que pensaste y tuviste que llegar al diagnóstico, a priori 15 minutos es imposible pero el sistema te exige que tienen que ser 15 minutos. En “crónicos” (hipertensos, asmáticos, diabéticos) tienes 20 minutos para poder atenderlos, y en los 20 minutos entra toda la burocracia de papeleos para acá para allá, que los medicamentos que tienes que darle, que chequearlo, que examinarlo, etc., etc. se te van los veinte minutos. Entonces, qué pasa, una crítica constructiva para este sistema sería: no importa que te demores una hora con el paciente pero esa hora es una hora productiva, una hora con la cual él se va a ir para la casa y no va a volver en un buen tiempo, porque le vas a haber resuelto el problema. Obviamente, al principio sería un atochamiento, sería una congestión pero al pasar del tiempo eso se iría dispersando, porque ya estarías resolviéndole los problemas a la población. En cambio, no: asistencialismo, o sea: “te ¿duele la cabeza?: dipirona, ibuprofeno, diclofenac o paracetamol”, no sé. Yo encuentro que está equivocado (e/i 2009)²⁴⁴.

La situación se agudiza además por factores que una egresada sintetiza como “mala costumbre de los equipos de salud” que conllevan, por ejemplo, que el tiempo dedicado a las “rondas rurales” –visitas a las postas de salud rurales– sea aún menor que el oficialmente establecido. Se llega con varias horas de atraso y se “exige” a la médica que termine al menos una hora antes de lo oficialmente estipulado²⁴⁵:

243. En particular en Bella Unión, el encuentro con la manera en que los egresados de la ELAM escriben o relatan historias clínicas, así como también otros tipo de documentos como derivaciones, que al principio llamaba la atención más bien de una manera burlona, con el tiempo ha comenzado a ser valorado y en cierta medida reproducido por otros médicos.

244. Estos tiempos fueron un “logro” gestionado por los médicos, una de las egresadas que participó de esas instancias las define como “gran lucha” que sostuvieron por más de un año que redundó en que los tiempos de atención aumentaron de 12 y 15 minutos (en 2007) a 15 y 20 (en 2009).

245. Si sobrepasaba este límite horario informal recibía acaloradas quejas. La situación se mantuvo durante tres años. Al momento de esta entrevista recientemente se había logrado que comenzaran a respetarse los tiempos asignados. Dos factores influyeron en esto, una postura unánime entre los médicos, de universidades locales y extranjeras, pero sobre todo el apoyo de la nueva médica general de zona: “ahora estamos coordinados en bloque, lo que no habíamos logrado antes. Entonces, ahora

En las rondas siempre es más rápida la atención y no debería ser, es más rápida que en el consultorio [urbano] y, entonces, es corriendo, es mala, para mí es una pésima atención. Tú no haces nada, al final, lo que haces es hacer que el paciente nuevamente tenga que consultar. Entonces, eso es lo que dicen mucho: “ay, pero otra vez esta persona ya”. A mí alguna vez me dijeron: “¿por qué te demoras tanto si son las mismas cosas de siempre?”. Yo encuentro que no son siempre las mismas cosas [...] pero como la gente ya está aburrida, está cansada, entonces te pide que tú tengas la misma actitud (Ea26 e/i 2010).

Por otro parte, la labor de los médicos municipales en Ancud incluye durante algunos meses del año actividades docentes:

A mí me gusta mucho la docencia pero el cuento es el tiempo. Por mí feliz, cuando trabajamos a la par y yo le doy la posibilidad de hacer los exámenes físicos, como me lo enseñaron a mí en Cuba, tanto el alumno como uno incluso puede repasar cosas [...] entonces uno aprende con el alumno y ellos aprenden de uno, pero he tenido la mala suerte de que en alguna oportunidad yo dejé que mis dos alumnos trabajaran así, que se les diera el tiempo para que aprendieran bien, y tuve un reclamo de parte del mismo equipo, porque nos demoramos mucho (Ibíd.).

Las limitaciones en cuanto a tiempos y el apuro en la atención conllevan lo que muchos egresados definen como fuerte desgaste físico y psicológico, que en Ancud se agudiza, como dije antes, por el hecho de que por lo menos durante el período anterior a la revalidación del título, muchos se ven “obligados” a cumplir “extensiones horarias”, horas extras de trabajo para cubrir la demanda asistencial. La egresada citada en el apartado anterior que relacionaba el retraso en el proceso de revalidación de su título con el desgaste de atender 27 pacientes en su horario normal de trabajo (con 15 a 20 minutos por paciente) más 15 más en tres horas de extensión horaria (12 minutos exactos por paciente), trabajando de ocho de la mañana a ocho de la noche en un “box” que es como se denomina la reducida sala en la cual trabaja el médico, con media hora de pausa para almorzar, plantea: “ahora la salud chilena tú sabes que está en este proceso de que quiere hacer salud familiar, pero estamos a años luz de lograrlo porque aquí todavía está el “boxeo”, que le llamamos nosotros, que es estar entre cuatro paredes, atendiendo”. Bajo esas condiciones, explica, es imposible impulsar una atención integral de salud, que requiere en primer lugar salir del consultorio, acercarse a las personas y los grupos domésticos, conocerlos y realizar tareas no asistenciales (Ea24 e/i 2011).

Ahora bien como ella reconoce, las personas que concurren a la consulta también demandan o esperan del médico una atención rápida que desemboque en la prescripción de un medicamento: “acá la gente es sintomática: dolor, hay que darle algo par el dolor; moco, hay que darle algo para los mocos; estornuda, hay que darle algo para el estornudo, algo para la picazón de garganta, algo para el dolor de cabeza; o sea es todo, todo sintomático, la medicina alopática” (Ibíd.). La tendencia a solicitar para todo un medicamento refiere a la ampliamente documentada medicalización de las formas de atención y de las representaciones y prácticas de los conjuntos sociales (cfr. por ej. Menéndez 2006). Sin embargo, los egresados insisten en que cuando se le dedica el tiempo suficiente a la persona para expresar su problema y para explicar detenidamente cuál puede ser la solución desde el punto de vista del médico y también desde el del paciente, las personas se van conformes incluso si no se le prescribió un medicamento. El reducido tiempo de consulta y la orientación asistencialista son las determinantes de que el proceso de aprendizaje que se lleva a cabo en la instancia de consulta no adquiere el sentido que el médico desearía, generando, como plantean los egresados, que las personas vuelvan rápidamente a consultar y además, dificultando la comunicación entre médicos y pacientes/conjuntos sociales:

hicimos una carta, pedimos los tiempos, pedimos que el tiempo de un niño de campo sea el mismo de acá [de la ciudad], porque antes eran 10 minutos allá y acá 20 a 25 minutos, o sea ¿es más importante un niño de la ciudad que un niño del campo?”. Y un recambio también en el resto del personal que implicó la entrada de “gente joven, motivada y con buena disposición” (Ea26 e/i 2010).

Se supone que uno ahí también tiene que trabajar la parte de [...] prevención y cómo está siendo abordado el tratamiento, si hay adherencia de parte del paciente, que nos hemos dado cuenta que no, porque es gente de muy baja escolaridad y ves las anotaciones de colegas anteriores y le preguntas qué hizo de eso o qué entendió de eso, no entendió ni la mitad. Ahí está el gran problema también: cómo lidiamos con esa falta de conocimiento o de comprensión de parte del paciente. A veces piensas que estás hablándole a la pared (Ea26 e/i 2010).

Las interpretaciones dominantes sobre esta sensación, el reconocimiento de que las personas no entienden las indicaciones médicas y no entienden igual que el médico sus dolencias, las atribuyen a factores socioculturales que habría que eliminar, no relacionados con la biomedicina. En opinión de esta médica, por el contrario, esto refuerza la importancia del trabajo “persona a persona”, de brindar el espacio para que los pacientes compartan sus reflexiones sobre el padecimiento que los aqueja, explicar detenidamente las opiniones y recomendaciones del médico y permitir que los pacientes despejen sus dudas, lo cual requiere de dedicación de tiempo y atención. Pero a los empleadores:

Les interesa que tú atiendas, que tu seas un trabajador que cubra las necesidades para no tener demanda, para que bajen las listas de espera, para que esto, para lo otro, pero para hacer la integralidad que se necesita no hay tiempo. Entonces, tu te ves enfrascada y en algún minuto envuelta y trabajando exactamente como los médicos chilenos y ahí es donde tu dices: “no, tantos años que me saqué la cresta y tantas cosas enriquecedoras que yo aprendí y que no las pueda aplicar porque hay una forma distinta...”. Yo colapsé (Ea24 e/i 2011).

Este colapso refiere al cuestionamiento profundo de su identidad como médicos que significa el trabajo bajo las condiciones institucionales dominantes. Muchos egresados sienten que están “desaprovechando su formación”, otros no sienten que estén trabajando como médicos. Una egresada con experiencia laboral en Santiago y en una zona apartada relata:

Te sientes super frustrada porque, por ejemplo, cuando empecé a trabajar de médico supón que le mandaba un parcial de orina a un paciente, un examen super básico que en Cuba estaba al tiro, o sea tu se lo mandabas al paciente y a los 20 minutos estaba, en el hospital donde yo estaba que era pobre, todo lo que quisieras. Entonces, mirabas el examen y decías: “ah ya, tiene tal microorganismo, le vamos a poner un medicamento”. Acá no, acá tiene que esperar cinco días, y si necesita urgente: “ah, no sé, tiene que pagar”, tiene que ir a un laboratorio privado. O las colas: yo llegaba al consultorio y el consultorio lleno [...] Una vez nos pusieron a atender en un poli de choque que hicieron: teníamos siete minutos para atender a un paciente. El paciente, imagínate: se levantó a las cinco de la mañana, hizo la cola en el consultorio, consiguió hora con el médico: siete minutos. Estás ahí en tu box y lo llamas y eres como una máquina que atiende y en siete minutos ni siquiera alcanzas a decirle nada. Entonces, todas las expectativas de la población para atenderse con un médico se desvanecen [...] Eso a mi me chocó, sentí que me empecé a secar, a secar, a secar y todavía siento eso, que me estoy secando como médico (Ea25 e/i 2011).

El último aspecto que quiero destacar aquí refiere a las demoras y dificultades para acceder a procedimientos que impliquen el uso de tecnologías, aunque sea las más básicas y sencillas, que completan un cuadro en el cual el comportamiento de rol aprendido no puede ser reproducido:

Tuve varias crisis con respecto a esto, sobre todo por pacientes míos que por problemas burocráticos se enfermaron gravemente y hasta se murieron, sabiendo que se podían morir, sabiendo que tenían una solución, sabiendo cuál era y no pudiéndosela brindar por un problema de papeleo, de burocracia, de cómo funciona nuestro sistema sanitario [...]. Entonces, muchas veces cuando me toca enfrentar eso, dentro de como me mandatan trabajar las normas y el cargo que tengo, me hace sentir más parte del problema de la persona que de la solución. Porque cuando una persona llega a un consultorio médico –más

allá de si el sistema funciona bien o mal– es porque busca que uno lo ayude a solucionar algún ámbito de su vida, y esa es mi función: tratar de brindarle una solución o ayudarlo con eso. Hay veces que no hay una solución y, bueno, la función de repente es la de un consuelo o la de ayudar a pasar un momento mejor, pero cuando pasan estas cosas en las cuales vos sabés que todas las soluciones existen y que lo que te lo tranca es un sistema burocrático, te hacen sentir que sos más parte del problema que de las soluciones de las situaciones de salud de la gente, te hacen sentir como que vos, incluso, con tu actitud, queriendo solucionar cosas, en realidad generás más problema, porque a veces generás hasta una ansiedad sobre una cosa que no podés solucionar (Eo1 e/i 2011).

El médico aporta como ejemplo lo sucedido con un paciente que había fallecido recientemente después de tres años de comenzar a consultar por síntomas que claramente apuntaban hacia una enfermedad que podía conllevar la muerte pero respecto de la cual la “curación no era imposible, era viable”. Analizando la manera en que se desarrollaron los contactos de esta persona con distintas instancias del sistema de salud, ninguno de las cuales conllevó un tratamiento, concluye que, si bien la organización del sistema sanitario no aporta a brindar soluciones y existe una “tranca burocrática” también hay una responsabilidad de cada individuo que participa del mismo, algunos, en ese caso, estuvieron en posición de brindar tratamiento al paciente pero “hay gente que hasta se acostumbra a trabajar de esa manera” (Ibíd.). Con lo cual propone que más allá de las normas y la organización sanitaria, más allá de las estructuras, los sujetos juegan un papel sustancial. En el caso que relata fueron aspectos del comportamiento de rol dominante, sobre todo referidos a la comunicación entre médicos, los que anularon las posibilidades de contribuir a solucionar el problema de ese paciente.

En general, en Uruguay y Chile una serie de aspectos de las representaciones y prácticas dominantes limitan la comunicación entre médicos y entre instancias sanitarias, lo cual en el marco de sistemas de salud fuertemente fragmentados y estratificados, prácticamente anula las posibilidades de los sujetos, especialmente de los médicos, de contribuir a que las personas, sobre todo si pertenecen a conjuntos sociales subalternos, solucionen en sus contactos con estas instituciones los problemas por los cuales recurren a ellas. En la relación entre médicos de distintas instancias del aparato sanitario se expresa con claridad la función de filtro que cumple la atención primaria como discuto a continuación.

5.2.3 El seguimiento, la interconsulta y la relación con los especialistas o de jerarquías médicas

Para los egresados de la ELAM la labor del médico general en el primer nivel de atención incluye el contacto constante y fluido con una variedad de otras instancias y personas entre las cuales cuentan otros médicos y profesionales ya que “es parte de tu rol como médico hacerte cargo de tu paciente donde esté” (Ea26 e/i 2011). El contacto del médico general y las instituciones de atención primaria, con médicos especialistas y las instituciones secundarias se establece a través de mecanismos de consulta e interconsulta. Su funcionamiento en los contextos de investigación no responde al incorporado en la formación. Las costumbres locales tienden más a la individualidad y a un abordaje escindido del paciente que muchas veces regresa al médico general sin que éste reciba noticia de cuál fue el procedimiento indicado por el especialista o, directamente, sin haber accedido a la consulta solicitada. Una médica y docente de la UDELAR sintetiza la prevalencia de esta costumbre como “modelo del médico que trabajo sólo” (e/i 2007).

Desde la perspectiva de este trabajo el tipo de canalización institucionalizada para el contacto entre instancias sanitarias (instituciones, niveles de atención, médicos) así como

la forma en que se desarrolla “constituyen procesos técnicos a través de los cuales operan criterios económicos, sociales e ideológicos” (Menéndez y di Pardo 1996:56). Aquí interesa destacar especialmente los aspectos socioculturales que influyen en la relación entre médicos de distinta capacitación o que trabajan en distintas instancias de las instituciones sanitarias en su simbiosis con las condiciones institucionales.

La estratificación de la profesión médica en su expresión local en Uruguay y Chile supone y superpone al menos tres jerarquías que responden a la estructuración del MMH en la manera de pensar y actuar de los médicos/instituciones sanitarias y se expresa en diferencias salariales y de condiciones laborales. Primero, una académica que ubica al médico especialista por encima del médico general y del especialista en medicina familiar. Segundo, una institucional que coloca a los médicos de los niveles secundarios y terciarios por encima de los que actúan en el nivel primario. Tercero, una territorial que ubica a quienes trabajan en ciudades en un rango superior a quienes trabajan en el medio rural, lo mismo que entre ciudades menores y ciudades capitales hasta llegar a las capitales nacionales en donde trabajarían los mejores médicos. Esta jerarquía establece relaciones asimétricas y verticales que subalternizan al médico general o de atención primaria y, especialmente, al que trabaja en sectores rurales o urbanos marginales, a pesar de la siempre renovada aceptación desde la biomedicina y la salud pública de la importancia de este tipo de profesional por su influencia central en la resolución de los problemas de salud más relevantes así como de la necesidad de garantizar una asistencia sanitaria equitativa al conjunto de la población.

Como expliqué en el capítulo anterior las relaciones humanas son uno de los aspectos que más marcaron la experiencia de los egresados de la ELAM en Cuba específicamente debido a las fuertes diferencias respecto de sus experiencias previas y posteriores. En especial en el ámbito médico y de las instituciones de salud estas diferencias influyen negativamente en la calidad de la atención médica y especialmente en las posibilidades de los sujetos, de los médicos individuales, de contrarrestar las restricciones estructurales para el ejercicio de su profesión aún cuando la misma se entienda o identifique exclusivamente con la curación individual. El encuentro con el tipo de relaciones entre médicos e instituciones sanitarias dominantes en Uruguay y Chile, y las representaciones y prácticas locales respecto del lugar de cada médico, representa otra de las áreas que requiere de transacciones importantes para mantener la identidad profesional a la vez que encierra un fuerte potencial de cuestionamiento de las formas hegemónicas.

En primer lugar lo que los egresados denominan seguimiento del paciente y otros actores suelen referir como preocupación por el paciente llama la atención generando distintas reacciones. Un egresado de la ELAM en una zona aislada de Chiloé recuerda que al comienzo tuvo que esforzarse mucho en la relación con los médicos que trabajaban en un hospital de baja complejidad en el centro urbano más cercano al que tenía que referir los pacientes del centro de atención primaria en el que él trabajaba: “a nosotros, allá en Cuba, se nos enseña la preocupación del seguimiento del paciente, tu lo hospitalizas pero tienes que ir a seguirlo, tienes que ir a darle una visita, por lo menos, al hospital a donde fue a parar, si tuvo el caso de que lo hospitalicen. Entonces, esa cuestión a ellos como que les llamaba la atención: “Ah no, se fue nomás” me decían” (Eo23 e/i 2011). Médicos que trabajan en ese hospital confirman que llama la atención el seguimiento que este médico hace de sus pacientes, lo valoran como positivo e han adoptado la costumbre de informarle respecto de sus pacientes. También el médico considera que actualmente su relación con quienes trabajan en esa institución es “super buena”. Se trata básicamente de otros médicos generales ya que es un hospital de baja complejidad. En este caso, la forma de ser/hacer del egresado de la ELAM tuvo buena recepción, fue comprendida y, en cierta medida, incorporada. Posiblemente en parte porque responde a una de las disposiciones médicas más relevantes, la del trabajo en equipo (cfr. Sinclair 1997), y resulta positiva para el paciente, su grupo doméstico y para el éxito de la intervención biomédica a mediano y largo plazo.

Sin embargo, éste no es siempre el caso. La atención primaria municipal en Ancud tiene como centro de referencia un hospital de mediana complejidad con presencia de algunas especialidades médicas. En relación a la recepción de su manera de entender su función respecto del paciente hospitalizado una egresada comenta:

[En Cuba] si se enferma ese paciente tú lo sigues, por ejemplo, si va al hospital, vas a evolucionar a tu paciente también y el médico de allá no te mira en menos. En cambio aquí si. Yo no podía ir a evolucionar, a ver, a mis pacientes: [en tono prepotente] “¿Y usted qué está haciendo acá?!” Allá no; es parte de tu rol [...]. Y después, lo das de alta y ya sabes en qué condiciones viene, conversas con tus colegas allá para ver si los tratamientos se están siguiendo en la casa o no. Entonces, es como un entorno más participativo de todo el equipo de salud, no es el médico sino es toda la red de salud que está pendiente de ese paciente (Ea26 e/i 2010).

Las diferencias entre su contexto de formación e inserción son tales que propone que lo que más valora y echa de menos de Cuba “es la relación más cercana entre los pares, entre los colegas” que permite, a su vez, “que tengas un contacto mejor con los pacientes”. Comparando ambos contextos plantea:

me formé en un lugar [...] donde al médico lo respetaban pero también lo veían como una persona normal y corriente [...] Yo nunca sentí esa discriminación de parte del internista, del clínico también que le llaman allá, o no sé del cirujano, el cardiólogo en relación a los otros pares. Te explicaban igual, tú podías llegar a ellos sin ningún problema. Eso es lo que extraño muchísimo porque aquí la descalificación es diaria: descalifican los de acá, del Hospital de Ancud, hacia nosotros [atención primaria municipal] y, a su vez, los de Puerto Montt [un hospital mayor] a ellos. Entonces, como que al final el grande va pisando al chico y lo único que logran es que haya desconfianza de parte del mismo público, en general, en la gestión que estamos realizando cada uno de nosotros (Ibíd.)²⁴⁶.

En Uruguay se observa algo muy similar en varias partes del país respecto de los médicos que trabajan en atención primaria en zonas apartadas, los que trabajan en centros asistenciales de baja complejidad y en hospitales de mayor complejidad. A través de la cadena jerárquica prima una lógica de desconfianza, y muy a menudo descalificación, respecto del actuar de él/los médicos que trabajan en el nivel inmediatamente anterior por el cual fue referido un paciente.

Ahora bien, las dificultades mayores en la relación entre médicos egresados de la ELAM que actúan a nivel de atención primaria y los médicos de la atención secundaria en Chiloé, de acuerdo a directivos de centros asistenciales, refieren a que las interconsultas que los primeros envían serían por “cosas banales” o tendrían errores administrativos²⁴⁷. Aunque no apunté a un análisis en profundidad de este aspecto, uno de los factores que probablemente influye en relación a la “banalidad” de las derivaciones es la ya mencionada función de filtro que opera la atención en el primer nivel:

tanto la atención de una enfermedad en uno de estos niveles [primario, secundario, terciario] como el proceso de filtro para evitar que un alto porcentaje de pacientes acceda a los otros dos o el tipo de canalización institucionalizada constituyen procesos técnicos a través de los cuales operan criterios económicos, sociales e ideológicos y no únicamente técnico-científicos. El trabajo médico incluye criterios que frecuentemente no son reconocidos por la racionalidad biomédica como parte intrínseca de su saber (Menéndez y di Pardo 1996:59).

En la misma línea se podría abordar una serie de opiniones manifestadas por parte de directivos de centros de atención primaria municipal y otros encargados municipales y

²⁴⁶. Esta lógica es la que denomina, lo que no implica que todos los médicos la apliquen.

²⁴⁷. También algunos señalan una “discriminación” hacia el médico de la atención primaria municipal, que en referencia a médicos de la ELAM incluye tintes ideológico-políticos.

provinciales sobre “deficiencias técnicas” de los egresados de la ELAM. Una exploración más profunda en las entrevistas da cuenta de que se trata de quejas relativas a la utilización de fármacos o indicación de exámenes paraclínicos que serían “caros” para los establecimientos y generarían “mayor gasto” por lo cual, estos actores preferirían que los médicos se ciñeran a las costumbres locales que no incluirían la utilización de ciertos procedimientos diagnósticos, la derivación hacia especialistas o la utilización de ciertos fármacos respecto de la población atendida que es la población de menores recursos económicos²⁴⁸.

La actuación de los egresados de la ELAM respecto de la atención de la población de menores recursos económicos no cumple a cabalidad la función de restringir el acceso a instancias de mayor complejidad, o por lo menos no de igual manera que las prácticas dominantes. Por lo menos, una parte de las representaciones respecto de deficiencias técnicas presentes en los contextos de investigación, incluyendo “errores” en la derivación de pacientes, debe ser referida a esto. Se da un proceso que interpreta como técnicos aspectos socioculturales de la práctica médica que tienen que ver, en este caso, con la estratificación de las sociedades y con la naturalización de inequidades sociales.

Por otra parte, las formas de canalización institucionalizadas y las relaciones entre instancias sanitarias ponen en cuestión la identidad profesional de los egresados al impedirles/dificultarles ejercitar el comportamiento de rol adquirido en la formación: “me cuesta verte a vos en una emergencia y no saber nada atrás tuyo y dejarte ir y saber que no puedo seguir, o sea, que te dije: “tenés que hacer esto”, y después: ¡manejate! [...] Toca adaptarse lógicamente pero te genera frustración, no poder seguir a la persona, asegurarte de que lo que pensaste era y si no, ir manejándolo en el camino y saber que puedo resolver su problema” (Ea4 e/i 2012).

Esta frustración refiere a la distancia entre el comportamiento de rol incorporado en la formación y el local y es parte de la experiencia de inserción de prácticamente todos los egresados en Uruguay y Chile. Éste es uno de los aspectos respecto del cual más intensas y creativas son las búsquedas y transacciones para acercarse un poco más al primero. Esta misma egresada, especialista en MGI, que trabajaba como médico general en Uruguay y antes lo había hecho en Venezuela plantea que allí le sucedía lo mismo: “nos tocaba ir a tocar puertas, a hablar, a gestionar, porque de nada me servía a mí darle un papel a la persona. Y nos reíamos, decíamos: terminamos siendo gestores porque a veces conseguíamos una camioneta y bajábamos con seis personas, porque a éste lo va ver el cirujano, a éste lo va a ver no se quien, pero era así porque tenías como que asegurarte que pudieran tener esa instancia” (Ibíd.). Lo que plantea aquí respecto de que la derivación a especialistas o instituciones secundarias a través del procedimiento burocrático establecido (“un papel”) “no sirve de nada” refiere a que la persona no accede a la consulta solicitada o a que la instancia no da por resultado una evaluación de la situación por la que fue referida. En este caso, el mecanismo encontrado para “asegurar” que las personas pudieran tener una instancia de consulta o diagnóstico a nivel secundario, consistió en acompañar a los pacientes. Otras veces, se establece una relación telefónica con el médico al cual se derivan pacientes en el mismo momento de la consulta o con anterioridad a la misma, se envían cartas más allá de lo establecido por el procedimiento de derivación y, sobre todo, se insiste e insiste hasta obtener la evaluación del paciente y la indicación de los procedimientos diagnósticos o de tratamiento que de acuerdo a las normativas sólo pueden ser indicados por ciertas instancias.

248. Por ejemplo, la directora de un consultorio considera que algunos egresados de la ELAM han demostrado un “mal manejo técnico”. Cuando le solicito que profundice, explica que se refiere, por ejemplo, a que han recomendado a los pacientes realizar análisis de laboratorio en instituciones privadas en lugar de esperar un turno para realizarlo en la institución oficial. Esto es inadecuado porque representa un “gasto innecesario” para el paciente (¿y para la institución que a partir del resultado estaría obligada a brindar un tratamiento?). Como caso concreto recuerda a una niña con una infección urinaria, el médico recomendó realizar un análisis en un laboratorio privado dado que en la institución municipal recién lo podría realizar varios días después. Ante la pregunta cómo hubiera actuado ella si se tratara de su hija, reconoce que hubiera procurado realizar el examen sin demora.

La acogida que tengan estas medidas depende de varios factores entre los cuales las posturas y convicciones personales de los médicos especialistas sobre su quehacer junto a sus posiciones filosóficas y de vida resultan importantes. En ambos contextos de investigación los egresados de la ELAM han encontrado muy buena aceptación de parte de algún o algunos médicos especialistas. Las dificultades en la interconsulta son generalizables a ambos contextos pero no así a la totalidad de los médicos que en ellos actúan.

Un ámbito en donde se expresan con particular fuerza las características de la relación entre médicos generales y médicos especialistas en Uruguay son las puertas de emergencia. La percepción general de los egresados de la ELAM es que a buena parte de los médicos especialistas les molesta que los llamen, su primera reacción, a menudo en un tono prepotente y autoritario, es de cuestionamiento respecto de si el caso amerita su concurrencia y si las medidas tomadas fueron acertadas. Esto por lo demás es confirmado por una variedad de actores, entre ellos médicos especialistas (con título de grado de la ELAM, la UDELAR y otras universidades) que confirman que hay un “bagaje cultural de que parece que vos tenés que enojarte ante la emergencia, tenés que responder con mal modo porque te llaman” (médica especialista, título de grado UDELAR, e/i 2012). Por otro parte, una egresada de la ELAM que estudió una especialidad médica en Uruguay observa que es llamada “como con miedo”:

Creo que pasa mucho en Uruguay, en todos lados, el miedo del médico de puerta de llamar al especialista, el miedo a que no sé por qué razón parece que el especialista que está de guardia los putea o les habla mal porque lo llamaron. Y yo digo, creo que cuando te llaman te tienen que tener las cosas bien hechas pero no, yo no tengo el derecho a putearlos [...] lo he hablado, yo hablo mucho con los médicos de puerta que estudiaron acá, y también trabajo con algunos que estudiaron en Cuba, igual los llaman pero tienen ese [con pesadumbre] “hay que llamarlo”. A veces hay médicos que te llaman ya pidiéndote perdón: “¿Y cómo estás?”; “Mal por tener que llamarte”. Y yo decía: “bueno, pero me tenés que llamar, me guste o no me guste” [...] yo estoy cobrando por estar ahí de guardia, durmiendo, para justamente esas cosas. Entonces, a veces pienso, debe ser feo ser médico general en una puerta donde tengas que llamar a un especialista y recibas no se cuántos ladridos por día, debe ser horrible (Ea2 e/i 2012).

El encuentro con el disgusto del médico especialista ante el llamado del médico general a veces ha llevado a egresados de la ELAM a “pensar más”, “pensarlo mucho” o “dudar si llamar o no”²⁴⁹ lo cual conlleva el riesgo de que el médico consultado considere que no fue llamado oportunamente y además puede ser nocivo para el paciente. La misma egresada que venía citando, pensando en las relaciones que ella establece con médicos generales y, en particular, en la relación con uno de la ELAM que conoció trabajando en Uruguay, plantea:

Ahí yo creo que se beneficia el paciente siempre, que dos colegas hablen, un médico general que consulte conmigo o al revés, me ha pasado a mí llamarlo a él [a ese médico general] y decirle: “¿a vos qué te parece esto? para mí no es nada [correspondiente a su especialidad]”; me dice “sí, mandámelo”. O sea, cosas al revés también pasan. Eso creo que se genera también porque como estudiamos allá tenés esa confianza, entre uno y otro se consulta (Ibíd.).

Aunque aclara que también ha construido relaciones similares con médicos egresados de la universidad local: “capás que yo soy así”, plantea. En las negociaciones y adaptaciones en esta área es más común mantener un comportamiento cercano al aprehendido en la formación, lo cual llama la atención y tienen repercusiones en el medio. Como mencioné en el capítulo anterior varios médicos especialistas que trabajan con egresados de la ELAM, los consideran especialmente respetuosos y oportunos en la forma de solicitar una consulta destacando, sobre todo, que permanecen en la instancia diagnóstica. Esto actualmente no es

249. El “prurito” mencionado en el capítulo anterior, que una médica con muchos años de experiencia en el país consideraba característico de los médicos jóvenes formados en la universidad local planteando que los egresados de la ELAM se diferenciarían en este aspecto de los de la UDELAR.

común en Uruguay, aunque en otros momentos históricos lo fue, propone una médica con muchos años de experiencia en el medio y varios posgrados (especialidad y subespecialidad):

si está el médico presente vos tenés la obligación no solamente de resolver al enfermo sino de hacerlo conjuntamente con el médico que te llamó. Eso significa explicar qué pasa, qué puede ser, qué no puede ser, cuál es tu diagnóstico, cuáles son los otros diagnósticos probables. Los especialistas tienen que hacer docencia, docencia en el acto médico [...] y es una cosa muy dinámica, y es una cosa que enriquece a todos [...] compartir ese paciente, compartir la instancia diagnóstica. Eso es un poco lo que los médicos viejos no quieren hacer ahora (e/i 2012).

Menciona enseguida que hay médicos “que son una maravilla” en este sentido, pero “eso no es lo habitual”. El hecho de que no sea lo habitual es atribuible a varios factores. Primero, “un apuro que no sabés para donde lleva”: “los médicos quieren resolver ya, igual que en el momento histórico, quieren resolverlo ya” lo cual “no te permite estas instancias”. Además, “es como un desafío la interconsulta” en donde se ponen en juego la pasión, el amor y tu interés por la carrera, por el paciente, y por el otro médico y junto a lo académico “tu posición ante la vida”. Para abordarlo se requiere de tiempo “que acá tienen pero, me parece que es una cuestión que tiene que ver con esto de los apuros y la poca costumbre”. Por otro parte, “algunos sienten que si resuelven la consulta en privado como que se protegen, porque vos te exponés a equivocarte y capaz que te equivocás con un guacho de 30 años” (Ibíd.).

Como expliqué en el capítulo anterior las relaciones entre estudiantes y profesores en Cuba parten de una base de mayor horizontalidad y simetría. Los profesores se distancian conscientemente de la visión de “médico como Dios” y cuestionan la infalibilidad de cualquier saber, incluido el biomédico. Varios egresados relatan que es una práctica común que los profesores enseñen a partir de sus propios errores. Esto representa una base muy diferente para la relación entre médicos que la que prima por lo menos desde la segunda mitad de los 70’ en Uruguay y Chile.

Finalmente, en una conversación con dos egresados de la ELAM en Bella Unión se atribuye la relación asimétrica dominante entre médicos generales y especialistas a “una idiosincracia desde el punto de vista de la medicina” que se expresa en una situación vivida por uno de ellos: “en una de esas guardias complicadísimas, estaba lleno de gente, era la época del H1N1, la gente estaba con la psicosis y se llenaba la puerta. Estaba yo sola, no teníamos internos, yo recién empezaba, le daba prioridad a muchas cosas que por ahí ahora ya uno sabe diferenciarlas. Tenía un fajo así de gente sin ver afuera, la gente estaba desesperada y andaba el [especialidad del médico] por ahí caminando”. Entonces, le solicitó ayuda, ante lo cual la miró y le dijo: “¿vos querés guardia? Ahí tenés guardia’. Esa fue la respuesta”. A lo que el otro participante de la entrevista agrega: “Y claro, el especialista es como diciendo: ‘yo ya pasé por eso, ahora te toca a vos’”. “Si: ‘hacé una especialidad y dejáte de joder’”, concluye la egresada (e/g 2012).

La costumbre de enfrentamiento, cuestionamiento y no colaboración tiene que ver con el mantenimiento y reproducción de una estratificación profesional jerárquica que limita las posibilidades de colaboración y complementación en el trabajo en equipo, que es la manera de trabajo reconocida desde la propia biomedicina y la salud pública como correcta. Los egresados de la ELAM, además, incorporaron durante la formación una forma de ser/hacer que promueve relaciones de cooperación y complementación. Las dificultades que encuentran en los contextos de inserción para establecer relaciones de este tipo generan frustración pero, al mismo tiempo, su ejercicio del comportamiento de rol adquirido cuestiona en la práctica las formas de hacer hegemónicas y se articula con formas de hacer no hegemónicas presentes en ambos contextos.

5.2.4 Los “mandos medios” o de otras jerarquías

Además de la verticalidad inherente a la organización de la atención médica que venía comentando en las instituciones sanitarias resulta igualmente fundamental la verticalidad respecto del conjunto de los profesionales, técnicos y otros trabajadores. Desde mi perspectiva, interesa señalar cómo la estratificación interna y la división del trabajo al interior de la profesión médica, de la biomedicina y de las instituciones sanitarias actúa legitimando, controlando y reproduciendo la estratificación social. El MMH permitió el desarrollo, control y reproducción de una sociedad estratificada sobre la base de inequidades de clase, raza, etnia, género, territorio. A través de la práctica profesional estas funciones operan también sobre los estratos más desfavorecidos por las condiciones socioeconómicas dominantes (cfr. Menéndez 1990:87-111)²⁵⁰.

La estratificación médica y sus relaciones con la estratificación social en general cobra especial visibilidad en el contexto de la inserción de los egresados de la ELAM en Uruguay y Chile. Esto se expresa en una serie de situaciones y opiniones de no aceptación o cuestionamiento a los egresados de la ELAM por parte de trabajadores de la salud médicos y no médicos²⁵¹:

Los grandes problemas que ellos [los egresados de la ELAM] siempre tuvieron acá, y siguen teniendo, es un poco esta cosa propia del médico chileno, esta cosa de que como que nos creemos que tenemos una cantidad de conocimientos superiores al resto de los médicos latinoamericanos [...]. Para los médicos jóvenes chilenos la llegada de los médicos que estudiaron en Cuba no fue fácil, se abrieron pocos espacios [...], no hubo mucha solidaridad tampoco y empezó también esta cosa de descalificación, no todo el mundo pero más de alguno por ahí descalificaba la acción de los médicos que habían estudiado en Cuba. Y para los médicos que habían estudiado en Cuba es complejo porque son médicos que, en su mayoría, pertenecen en Chile a estratos sociales no altos, sino que son de estratos sociales más bien medianos y bajos. Entonces, reinsertarse como médico en una sociedad que está muy estratificada, donde el equipo de salud está muy estratificado también, para ellos fue complejo porque a gente de los propios equipos de salud [miembros no médicos] les costaba aceptar que alguien de su propia categoría social fuera médico (e/i 2010)²⁵².

La representación profesional respecto de la calidad especial de la formación nacional es incorporada por los conjuntos sociales, lo cual se expresa en la percepción de que los “buenos médicos” son los egresados de las universidades locales que se distinguen, sobre todo, por ser parte de un estrato social superior reconocible en su forma de hablar, de vestir, en su fisionomía, sus apellidos, etc. Como mencioné antes son bastante comunes situaciones en las cuales el ser médico de egresados de la ELAM es cuestionado en base a observaciones sobre su vestimenta, vehículo, vivienda, aspecto en general, etc.. Sin embargo, lo que interesa

250. El MMH supone desde su constitución “una serie de características que son isomórficas a la estructura de clase dominante: será jerárquico, asimétrico, clasista y racista”. Este modelo tiene el potencial de cumplir funciones de control social e ideológico sobre el conjunto de los estratos sociales. Estas funciones se manifiestan a través de la práctica profesional. La acción profesional y su énfasis en las funciones curativas permite ocultar a los conjuntos sociales (a todos ellos) las funciones de control y legitimación que cumple el modelo (Menéndez 1990:91).

251. La cita que sigue corresponde a un médico formado en una universidad chilena con más de 25 años de experiencia laboral que reside y trabaja en Chiloé y ha observado todo el proceso de inserción de egresados de la ELAM en el sector salud local.

252. El 40% de los egresados que constituyen la muestra estadística de esta investigación son el primer universitario de su familia y este porcentaje asciende a 62% si consideramos a quienes sólo tienen miembros de su misma generación con formación universitaria. En Chiloé esta situación es más acentuada: el 64% son el primer universitario de sus familias y el porcentaje es de 73% si consideramos a quienes sólo tienen personas de su misma generación con formación universitaria. Sólo un entrevistado que reside en Chiloé pero proviene de otro país sudamericano es hijo de una profesional universitaria (no médica); entre los chilenos el padre de un egresado tiene formación terciaria (no universitaria) y otro tiene tíos universitarios (ninguno médico).

abordar aquí es una expresión de la interrelación entre estratificación interna y externa particularmente notoria en las instituciones sanitarias.

Una licenciada en enfermería propone: “para los que se forman en Cuba es como que el nivel medio no existe, que sería mi lugar. [...] está: el médico, el nurse y la enfermera, que para ellos no... no nos delegan, no nos consultan, como que no existe el mando medio”²⁵³. Al pedirle que profundice explica: “como que ellos no le dan el valor a la nurse como que para ellos las nurses no existen, es directamente: pum a la enfermera” (e/i 2012). Considera que estos médicos no respetan la “cadena de mando” –compuesta verticalmente por médico, nurse (licenciado en enfermería) y enfermero (auxiliar de enfermería)– una jerarquía “técnica” que serviría incluso para proteger al médico, dado que el licenciado es el “brazo derecho del médico”. Específicamente, esto se expresa en la comunicación directa con los auxiliares de enfermería, que implica “saltarse el nivel medio” (e/i 2012)²⁵⁴.

En general los médicos en el nivel primario trabajan con auxiliares de enfermería o promotores de salud (Uruguay) y con técnicos paramédicos (Chile) entre otros motivos porque los enfermeros universitarios son muy escasos. Desde la perspectiva de los técnicos que trabajan con egresados de la ELAM el trato que de ellos reciben resalta por ser mucho más horizontal que el dominante en el medio y porque prima la valoración humana por encima de las diferencias de formación, conocimientos y habilidades: “lo que resalta es el trato hacia la gente y hacia nosotros como funcionarios, le llegan a la gente de igual a igual, no está esa soberbia de: es el médico y nosotros los funcionarios. Eso es lo que una siente del médico que viene de Cuba”, manifiesta una auxiliar de enfermería de la misma institución que la licenciada antes citada, con quien conversé el mismo día.

En las reflexiones de actores significativos de todos los grupos, el haber contribuido a establecer un posicionamiento más horizontal, más cercano, de persona a persona entre el médico, los pacientes, los trabajadores de las instituciones de salud y los conjuntos sociales en general, es reconocido como uno de los aspectos más destacables y positivos del trabajo de egresados de la ELAM en Chiloé y Bella Unión. En Bella Unión, por ejemplo, una auxiliar de enfermería recordando el período inicial de inserción en la zona, que en este trabajo denomino atención colectiva, explica: “incluso nosotros que trabajamos en el área de la salud, cuando nos acercamos a hablar con el médico, siempre como que el médico está en un nivel de desigualdad hacia arriba con respecto a los demás y ese trabajo [el de egresados de la ELAM] me parece que equiparó un poco las cosas” (e/i 2012).

Además, los técnicos en enfermería y promotores de salud destacan particularmente que estos médicos comparten con ellos su conocimiento y promueven activamente su formación, los motivan a estudiar, les explican y enseñan. A su vez, los médicos valoran mucho el aporte de estos actores tanto por sus habilidades técnicas específicas como por su conocimiento de la comunidad y sus relación con las personas que atienden. En reiteradas oportunidades y en diversos contextos he observado a médicos consultar sus opiniones sobre

253. “El nurse”: licenciado/a en enfermería, una carrera universitaria; “la enfermera”: auxiliar de enfermería, una carrera técnica. Es interesante la colocación de artículos de género en esto que denomina “cadena de mando” porque es más común en el medio escuchar hablar de “la nurse” que de “el nurse” para referirse a la profesión de licenciado/a en enfermería, es también la expresión que ella utiliza en otras partes de la entrevista: sólo en esta descripción de su lugar en la jerarquía profesional utiliza esta variante masculina que la acerca a “el médico” y la distancia de “la enfermera”.

254. La entrevistada trabaja en una institución en la que trabajan egresados de la ELAM pero afirma no haber trabajado con ninguno de ellos. Su opinión se basa en comentarios de colegas. En esta entrevista juegan un papel importante una serie de aspectos no explicitados respecto de luchas de poder locales, posturas políticas, filosóficas y otros aspectos personales que han sido incorporado en el análisis y considero no afecta la validez del argumento que desarrollo aquí.

muy variados temas así como la toma de decisiones conjuntas, en las cuales el médico ha aceptado las propuestas de los técnicos aunque su inclinación inicial fuera otra. Tanto los técnicos en enfermería como otros integrantes de los equipos sanitarios en Bella Unión y Chiloé, entre ellos, auxiliares de servicio, otros técnicos, otros profesionales (psicólogos, odontólogos, sociólogos, kinesiólogos), terapeutas no biomédicos y otros sanadores manifiestan que sus opiniones y su labor es valorada por parte de los médicos de la ELAM e incluso mejor comprendida que por muchos profesionales locales. La mayoría considera que la relación que establecen con estos médicos es más horizontal que la hegemónica lo cual se manifiesta en prácticas cotidianas como el saludar, el trato cordial, amable o cercano y la valoración del aporte de cada uno.

Un técnico en enfermería en Chiloé refiriéndose a los ocho egresados de la ELAM que conocía y con quienes había trabajado a lo largo de más de cuatro años plantea: “hay una relación super cercana, no hacen diferencia ni distinción por el título que tengas, que es lo más importante muchas veces. No pasa con otros profesionales que son de aquí mismo, que son graduados en Chile, que marcan, marcan, por ejemplo, el que son médicos” (e/i 2011). En la misma línea otra técnica, con 18 años de experiencia laboral, y que había trabajado con cinco egresados en el correr de los últimos cinco años propone:

Yo trabajé mucho tiempo en el hospital y había una diferencia notoria entre lo que era ser doctor y ser auxiliar o ser enfermera. Era casi imposible que tú llegaras donde el doctor y le dijeras: “sabe qué doctor, tengo a mi hijo enfermo”. No sé, era como casi hablar con Dios. En cambio, la diferencia con ellos es que tú puedes conversar con ellos, incluso los puedes hasta tratar de tú porque ellos dicen: “no me diga doctor, si yo soy persona igual que tú y si tienes alguna duda, me consultas y si te puedo ayudar, te ayudo” (e/i 2011).

La estratificación vertical entre trabajadores de la salud en Uruguay y Chile se expresa en la tendencia en las instituciones, sobre todo hospitalarios, a que “cada uno se relacione únicamente con sus pares”, como explica el técnico en enfermería antes citado. Una expresión de esta tendencia es el compartir la comida únicamente con “sus pares”. La misma llama fuertemente la atención de egresados de la ELAM acostumbrados a saludar, comunicarse y compartir con todas las personas que participan de las instituciones. En un contexto de atención primaria un egresado observa que médicos recién graduados de la Universidad de Chile hacían una diferencia tajante entre ellos y “el resto de los mortales” incluyendo al resto del personal del consultorio y a los dos egresados de la ELAM que allí trabajaban que eran tratados como médicos de segunda categoría en parte porque “nosotros compartíamos con el resto de profesionales y personal del consultorio mientras ellos como que bajaban de repente a juntarse con los mortales” (Eo22 e/i 2011).

La relación más horizontal con quienes están en la jerarquía institucional por debajo del médico, el “saltarse la cadena de mando” que proponía la licenciada citada al comienzo, reproduce una costumbre ocupacional adquirida en la formación que se contrapone a la dominante en el contexto de inserción. La relación “más de frente”, como plantea una egresada, “no eso de el médico allá arriba y el resto allá abajo” implica un cuestionamiento a la forma hegemónica de ser/hacer como médico en los contextos de investigación. Pero además, y esto es lo que interesa destacar aquí, significa no replicar en la práctica la jerarquía social establecida, lo cual, más allá de las justificaciones técnicas que se le den a esa jerarquía, representa un cuestionamiento profundo a la estratificación social vertical. Es por esto, que llega a ser considerado inadecuado, en particular, por quienes se encuentran en los peldaños intermedios de la jerarquía institucional y social, los “mandos medios”. En cambio, para quienes se encuentran en los escalones más bajos de esta estratificación la relación “de tú a tú” con un médico, puede significar una revalorización de la propia posición. Para quienes se encuentran en posiciones intermedias la relación de los médicos con los estratos considerados inferiores al propio, aparece como cuestionadora de una jerarquía de la cual extraían una autovaloración

que los ubicaba, “por debajo” del médico pero por encima “de otros” y, sobre todo, los alejaba de los conjuntos sociales más estigmatizados y discriminados, a los que pertenecen algunos de los trabajadores de las instituciones sanitarias que permanecen en los niveles más bajos de la jerarquía institucional. En el marco de sociedades fuertemente estratificadas la práctica de un trato menos vertical en las instituciones aparece como peligrosa sobre todo para quienes ven cuestionada la propia (y endeble) posición de poder o privilegio.

Posicionarse más horizontalmente en la relación con otras personas incluye también hacerlo en la relación con los jefes, directivos y autoridades en general, algo que también difiere notoriamente de las formas de ser/hacer locales y representa otro ámbito de expresión de lo que vengo desarrollando. Otra licenciada, que funcionaba como directora de un consultorio comunitario en Chiloé, propone que los egresados de la ELAM “tienden a ser muy difíciles de manejar en el tema de las jerarquías, ellos no están acostumbrados mucho a respetar jerarquías en cuanto a cargos directivos; en general, tienden a, o quieren, ser muy autónomos” (e/i 2011)²⁵⁵. Egresados de la ELAM en Uruguay también reconocen que su forma de relacionarse en el ámbito laboral es diferente a la dominante, uno de ellos reflexiona en torno a las implicaciones de su formación en la ELAM:

El relacionamiento humano, que nadie es más que nadie, eso yo lo tengo. Y he tenido, por ejemplo, problemas con el Subsecretario [de una dependencia ministerial] y le digo lo que me parece y dos por tres mi opinión va en contra de lo que él dice. Él me escucha y termina haciendo lo que quiere pero nunca lo veo como una traba jerárquica. Acá me parece que no se usa mucho porque después me dijeron que estaba loco, que ¡cómo le iba a decir eso al subsecretario! Pero si él me pregunta ¿qué querés que haga? Para eso que no me pregunte (Eo3 e/i 2012).

El “Subsecretario” no tiene mayor inconveniente con esto, “tienen buen relacionamiento” y no siente que le moleste su forma tratarlo. Son los compañeros de trabajo (“sus pares”) los que cuestionan su forma de relacionarse con “la autoridad” pero más porque difiere de las costumbres locales que porque genere problemas. Esto confirma que, sobre todo, ven cuestionada su posición a través del trato de los médicos quienes se encuentran en estratos intermedios o inseguros así como quienes desde peldaños inferiores de la jerarquía social han incorporado una forma de ser/hacer que se ideologiza como la forma correcta que, en este caso, apunta al mantenimiento y reproducción de una estratificación vertical y jerárquica.

255. Esto refiere también a la ambivalencia de su situación como “mando medio” que debe asumir una función de dirección. La ambivalencia aumenta en el caso de los egresados de la ELAM porque muchos provienen de estratos socioeconómicos inferiores al suyo, que le permitió a ella acceder a estudios universitarios pero no en Medicina. Por su parte los egresados de la ELAM sienten que han sido demasiado condescendientes con las autoridades y las formas de hacer locales y se cuestionan no haber propuesto transformaciones profundas en sus espacios de trabajo. Lo mismo opinan algunos otros médicos y trabajadores de la salud en Chiloé.

5.3 Médicos de la ELAM en zonas apartadas: posibilidades y limitaciones de la atención primaria

Por último en este trabajo interesa abordar algunos aspectos de las dos experiencias de inserción en atención primaria que fueron centrales para esta investigación. El material que discuto refiere sobre todo a la primera etapa de inserción de egresados de la ELAM en tres sectores (barrios) de Bella Unión y al trabajo en el marco del proyecto de salud de la comunidad williche Koñimo-Lamerkura, en Chiloé. Incluyo también otras experiencias de inserción en otras zonas apartadas que se abordaron con cierta profundidad, y, en general, el trabajo en el nivel primario en Chiloé y Bella Unión.

Como punto de partida discuto brevemente el concepto de “atención primaria” y sus vicisitudes históricas lo que conduce a definir las dos experiencias centrales como atención primaria colectiva. A partir de allí, selecciono tres aspectos que considero tienen un importante potencial para reflexionar sobre las limitaciones y potencialidades de la atención primaria de salud: (1) la distancia real y simbólica entre médico/profesión médica y paciente/conjuntos sociales desde la perspectiva de los procesos de hegemonía/subalternidad; (2) el proceso de autoatención entendido como primer nivel real de atención de los padecimientos; (3) las posibilidades de articulación de saberes sobre todo, desde la perspectiva de qué se entiende por prevención e la interculturalidad en salud.

5.3.1 Atención primaria de salud: integral, selectiva, médica y colectiva

En el capítulo 3 discutí algunos aspectos del desarrollo de la atención primaria en Cuba identificando desde comienzos de los 60' un movimiento local de atención primaria en el marco de una situación internacional que, en esa década y la siguiente, estuvo marcada por una serie de críticas y propuestas alternativas en relación a la atención en salud que provenían de la propia biomedicina (incluyendo a la salud pública y la epidemiología), de organizaciones de base y de otros campos y disciplinas. Por ejemplo, historiadores, epidemiólogos y científicos sociales basados en análisis históricos de datos epidemiológicos demostraron que gran parte de los logros referidos a una mejor salud que la biomedicina aclamaba como propios (aumento de la expectativa de vida y reducción de la prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas, por ejemplo) eran atribuibles a factores socioeconómicos y no a la intervención biomédica. Esto es importante porque el haberse atribuido estos logros contribuyó en gran medida a la expansión mundial de la autoridad social y cultural de la biomedicina (Joralemon 1999:72). Algunos críticos consideraron a la iatrogenésis, la enfermedad producida por la actuación médica, como un aspecto estructural de la medicina institucionalizada²⁵⁶. En resumen, siguiendo a Menéndez puede decirse que desde mediados de los 60' hasta fines de los 70':

Las críticas iban dirigidas hacia la pérdida de eficacia de la biomedicina, hacia el desarrollo de una relación médico/paciente que no sólo negaba la subjetividad del paciente sino que incrementaba la ineficacia curativa, al desarrollo de una biomedicina centrada en lo curativo y excluyente de lo preventivo, en un énfasis de las actividades asistenciales que incrementaba constantemente el costo económico de la atención de la enfermedad, a las constantes situaciones donde se registraban transgresiones a la ética médica, etc., etc., etc. Varias de estas críticas están en la base de las propuestas de Atención Primaria Integral desarrolladas desde los 60', pero que luego de un primer impacto redujeron las expectativas de sus propuestas, así como disminuyeron también las críticas (Menéndez 2003:192).

256. Ivan Illich (1975) plantea que la medicina institucionalizada llegó a ser una grave amenaza para la salud (1995[1975]:9). Su crítica se enmarca en una amplia crítica a la sociedad industrial y su creencia en el progreso. La medicina tecnológica ritualiza y celebra el ideal del progreso del siglo XIX cumpliendo una función central para la reproducción de la sociedad industrial (Ibíd.:79).

La situación negativa del proceso salud/enfermedad/atención sobre todo en los países del sur geopolítico y la hegemonía de la medicina asistencial son los dos hechos básicos a partir de los cuales se desarrolla la atención primaria integral, la cual:

buscaba abatir los daños a la salud, mejorar la calidad de vida y modificar la orientación biomédica dominante. La AP [atención primaria] fue propuesta tanto para los países desarrollados como para los subdesarrollados, reconociendo las cruciales diferencias existentes, pero a partir de la misma perspectiva, la de incluir el proceso salud-enfermedad-atención dentro de las condiciones técnicas, económico-políticas y culturales que lo condicionan, pero no sólo como referente técnico, sino con la intencionalidad de incluir estos factores en las propuestas de acción.

La API [atención primaria integral] desarrolló, a nivel teórico, una aproximación comprensiva que buscó incluir a la sociedad civil en la toma de decisiones, reducir el protagonismo del equipo de salud, en particular del médico, y lograr una articulación curación-prevención que modificara la hegemonía asistencialista (Menéndez y di Pardo 1996:25).

Tanto en Chile como en Uruguay, en esta época, en esa misma línea se desarrollan interesantes experiencias y reflexiones entorno a la atención primaria a distintos niveles (universidades, iniciativas de base, colectivos diversos)²⁵⁷. En Chile se registra en 1972 un evento muy significativo: la III Reunión Especial de Ministros de Salud realizada en Santiago, el antecedente más importante de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud de 1978 en Alma Atta (Kazajstán, URSS). Buena parte de estos desarrollos en estos países, como en otros de la región, se vieron interrumpidos en el año 1973 por golpes militares (Uruguay, 27 de junio; Chile, 11 de setiembre) que establecieron largas dictaduras (en Uruguay hasta 1985; en Chile hasta 1989).

En 1978 la Declaración de Alma Atta “sintetizó y convirtió en propuesta político-técnica las experiencias, discusiones y proyectos que se venían desarrollando” (Menéndez y di Pardo 1996:24). En este documento se ofrece la definición hoy considerada clásica:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS 1978).

La propuesta se inspira en principios de equidad, justicia social y reconocimiento de la salud como derecho fundamental de todos los seres humanos. Como sus pilares fundamentales se reconocen los siguientes (cfr. por ejemplo Dhillon 1995:3 y Joralemon 1999:75):

(1) El compromiso político y social; (2) la participación real de la comunidad en la identificación de sus necesidades y en el diseño implementación y evaluación de las

257. Los contextos centrales de investigación presentan marcadas diferencias. En Bella Unión, en el marco de un amplio proceso de lucha social se desarrollaron experiencias de atención primaria que se relacionan con la creación de la policlínica de la UTAA bajo la consigna “salud para todos y tierra para el que la trabaja”. En gran medida serán coartadas por la dictadura militar pero mantienen una importante influencia en el desarrollo posterior. Los sectores de Kofimo y Lamékura no registran memoria de experiencias de este tipo. En los 60’ se contaba, básicamente, con los recursos locales con escasa articulación con la atención médica oficial que comienza a llegar al sector, y a las zonas rurales de Chiloé, y se intensifica en los 70’ con una marcada intención de control social.

iniciativas tendientes a satisfacerlas; (3) la intersectorialidad como cooperación entre todos los sectores fundamentales para el desarrollo de los países y como integración de la planificación en salud en el amplio marco del desarrollo económico y social; (4) garantizar la universalidad en el acceso a los servicios de salud

En la declaración esta propuesta aparece como mandato para los gobiernos y en lo sucesivo la atención primaria se constituyó en el núcleo ideológico-técnico de la salud pública latinoamericana ratificado reiteradas veces. Sin embargo, la posibilidad de desarrollarla depende de las decisiones político-técnicas. Como estrategia que fue propuesta simultáneamente como intervención técnica y como concepción filosófica del proceso salud-enfermedad-atención adquiere significados y aplicaciones diferentes según los sectores que se hacen cargo de aplicarla (cfr. Menéndez y di Pardo 1996:23).

La Declaración de Alma Ata y el concepto de atención primaria exigían un cambio radical en la forma de actuar de la biomedicina que implicaba ampliar el espectro de la atención médica, incorporando aspectos económicos, sociales, culturales, adoptar un enfoque de salud pública y una orientación preventiva, es decir un cambio radical en la organización y realización de las actividades del sector salud (cfr. Joralemon 1999:76 y Menéndez y di Pardo 1996:25). Las críticas e intentos de minimizar el alcance e importancia de estos cambios no se hicieron esperar, ya desde el principio hubo muchas voces importantes proclamando que no llegaría a funcionar. Desde la comunidad médica se consideró a la declaración idealista, ingenua e impracticable y se realizó una distinción entre atención primaria integral –la promovida en Alma Ata– y selectiva, esta última entendida como un paquete de medidas médicas ante las enfermedades más importantes que apunta a grupos de riesgo. La primera, debía permanecer como meta de largo plazo, sin urgencia y probablemente inalcanzable; la segunda constituía lo verdaderamente urgente e importante (Joralemon 1999:76). De esta manera, la atención primaria se tornó aceptable para los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales, que, en su mayoría, tenían pocas ganas de aplicarla. Estos fueron los mismos gobiernos y las mismas voces que corrieron a apoyar a la atención primaria selectiva (Werner et al. 2000:Online)²⁵⁸. A pesar de que los gobiernos militares de Uruguay y Chile firmaron la declaración, ciertamente pertenecían al grupo, identificado por Werner et al. como mayoritario, que no tenía ninguna intención de llevar a cabo una propuesta de esta índole.

Entonces, la paradoja consiste en que enseguida de Alma Ata la atención primaria fue reducida a unas pocas intervenciones tecnológicas de alta prioridad, determinadas no ya por las comunidades sino de manera vertical por expertos internacionales y con esto radicalmente opuesta al espíritu de la declaración. Intervenciones biomédicas convencionales comenzaron a denominarse atención primaria despojando al término de su contenido eminentemente político y de sus conceptos y pilares fundamentales. Se dio una apropiación de la terminología crítica que permitió a la biomedicina internacional mantener su posición hegemónica (Joralemon 1999:77). La biomedicina reconoció nuevamente el papel central de los factores socioeconómicos en la salud/enfermedad al tiempo que abdicó otra vez de sus posibilidades de promover una actuación sobre ellos reafirmando la creencia de que sólo el progreso científico-técnico biomédico traería soluciones (cfr. Menéndez 2003:192). Ahora bien:

en los 80' y sobre todo en los 90' reaparecen las críticas, tal vez menos ideologizadas que en los 60', denunciando otra vez la ineficacia de la biomedicina puesta de relieve en el retorno de la morbilidad por tuberculosis broncopulmonar, cólera o dengue, en la imposibilidad de curar la mayoría de las enfermedades crónicas ya que hasta ahora sólo

258. Para una discusión más completa de esta temática se pueden ver los capítulos “Alma Ata y la Institucionalización de la Atención Primaria de Salud” y “El Fracaso de la Atención Primaria de Salud y el Auge de la Revolución en pro de la Supervivencia Infantil” en Werner et al. (2000).

es posible controlarlas; en el incremento constante de la desnutrición, en la persistencia de problemas éticos, etc., etc., etc. Pero nuevamente estas críticas están disminuyendo, y el eje estructurador sigue estando colocado en el biologicismo de la manera de pensar y actuar biomédica. La biomedicina sigue depositando sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica que da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas de los principales padecimientos y de soluciones basadas en la producción de fármacos específicos, así como incide en la constante biologización de las representaciones sociales del proceso s/e/a (Menéndez 2003:192-193).

A nivel internacional y regional se afirma continuamente que la atención primaria constituye el eje de la intervención sanitaria y en todos los países latinoamericanos se han emprendido reformas de los servicios de salud basadas en ella. El proceso técnico-político conduce a establecer en la práctica concepciones diferenciales de la atención primaria entre las cuales Menéndez y di Pardo distinguen tres líneas: la atención primaria integral, la selectiva y la médica. La primera tuvo escaso desarrollo en los aparatos médicos sanitarios latinoamericanos en los que se impulsaron las otras dos líneas, sobre todo, la atención primaria médica caracterizada por ser básicamente asistencialista cuya aplicación condujo a algunos logros puntuales pero también a una marcada reducción del papel de la participación comunitaria y del uso de los recursos populares autóctonos (Menéndez y di Pardo 1996:25-26).

Para un abordaje analítico de experiencias de atención primaria es fundamental diferenciar entre el discurso técnico-ideológico y lo que se hace en la práctica en cada contexto particular (cfr. Menéndez y di Pardo 1996). Como expuse anteriormente la mayoría de los espacios de inserción laboral de egresados de la ELAM en atención primaria se caracterizan por seguir la línea asistencialista (atención primaria médica). Las condiciones institucionales y costumbres ocupacionales anulan en la práctica la posibilidad de una atención primaria integral más allá de que se hable de ella. Esto se refleja en la observación de médicos egresados de la ELAM de que la atención primaria es algo que está en el papel pero no se traduce en la práctica; es algo de lo que todos hablan, sobre todo los directivos y las autoridades de salud, pero pocos comprenden; es algo que se indica como deseable pero sin tomar las medidas necesarias para aplicarlo o, incluso, tomando medidas que inhiben su aplicación.

Sin embargo, algunos aspectos de la práctica de estos médicos aún en contextos netamente asistenciales denotan una orientación hacia la atención primaria integral como filosofía, a pesar de la imposibilidad de una aplicación práctica abarcativa de la misma que requeriría que fuera compartida por una cantidad importante de actores, además de los médicos, y acompañada de decisiones político-técnicas. Esta orientación se expresa en la instancia de consulta a través de una relación médico-paciente menos asimétrica y vertical que promueve un aprendizaje positivo para la autoatención y compartir conocimientos con un sentido de articulación de la atención médica con otras formas de atención. También a través de actividades como visitas domiciliarias o apoyo/participación en actividades en las cuales la intención y motivación del médico es conocer, conversar, compartir con las personas del territorio donde trabaja más que realizar una intervención técnica. Además, esta orientación ha inspirado diversos proyectos, búsquedas y negociaciones para abrir espacios con un sentido “más integral” de atención en salud. Entre estos cuentan algunas experiencias de atención grupal, organización de actividades culturales, artísticas o recreativas, programas de alfabetización, huertos medicinales e impulso a la utilización de saberes locales para la resolución de problemas de salud –sobre todo a nivel de plantas medicinales como manera de contrarrestar el consumo de fármacos psicoactivos–, organización de talleres y charlas sobre aspectos del proceso salud/enfermedad/atención, programas radiales, participación en investigaciones con metodología cualitativa, gestión de mejoras y resolución de problemas y daños ambientales, laborales, etc. o intentos en este sentido. La intencionalidad que motiva

las búsquedas que caracterizan el trabajo de muchos de los egresados en el primer nivel es tematizada por ejemplo así:

me mandaron a trabajar en lo que acá se llama Red de Atención Primaria pero en una policlínica donde se trabaja con un régimen semi-hospitalario, es consulta programada por computadora, tantos números por hora y así. Tuve unas horas que en un principio logré negociar informalmente con mi jefa para volcarlas en la comunidad de todas maneras e intenté juntarme siempre con gente que tuviera los mismos intereses; tratar de hacer cosas que tiendan a demostrar que se puede cambiar un poco la normativa. Partiendo de la base de que no estoy de acuerdo con cómo se lleva el sistema de salud, porque sino capaz que no se entiende, o sea todo tendiente a demostrar no en lo técnico personal de cada médico sino en la forma de organizar un sistema de salud, cómo ciertos cambios básicos te ayudan, siempre que sean apoyados por una política, a cambiar realidades. Sin que sea un cambio social profundo, simplemente ser una pequeña punta que, por lo menos, en la parte técnico-sanitaria mejore un poquito la calidad de vida y que eso siempre, por supuesto, cuando vos mejorás la calidad de una población brindás herramientas para mejorar otras cosas que tiene que ver con política social, con la percepción de uno mismo, con cómo uno se maneja en una sociedad, con cómo reclama sus derechos, con cómo mejorar su salud en todos los aspectos amplios de la palabra y no en la parte solamente si está enfermo o deja de estar enfermo (Eo1 e/i 2011).

Además de las pequeñas brechas que puedan abrirse a través de una forma de pensar y actuar diferente en el marco de las instituciones oficiales, médicos egresados de la ELAM han desarrollado experiencias que se caracterizan por la relativa independencia que detentan para la toma de decisiones sobre la organización de su práctica, sobre todo en zonas apartadas como Bella Unión y Koñimo-Lamekura. Estas experiencias expresan con mayor fuerza la orientación hacia la atención primaria integral en su forma de ser/hacer. Si bien se ha logrado, por momentos, una articulación importante con muchos actores locales, ha faltado la articulación con otras instancias del aparato sanitario que garantice, por ejemplo, el acceso oportuno a la atención médica especializada y altamente especializada, algo que sería fundamental para poder hablar de atención primaria integral²⁵⁹. Además, decisiones tomadas en otras instancias administrativas tienden a influir fuertemente las posibilidades de desarrollo de las experiencias locales, a veces promoviéndolas por algún tiempo pero, en general, coartando más o menos pronto aquello que tienda hacia una atención primaria integral. Para distinguir estas experiencias propongo entenderlas como atención primaria colectiva.

El término hace referencia al campo de la salud colectiva que en Latinoamérica tiene un importante desarrollo. Sin embargo, no es mi intención afiliar o reconocer en la práctica una influencia particular hacia el pensamiento de la salud colectiva desde una perspectiva académica. La elección del término para definir las experiencias de atención en salud centrales de esta investigación responde directamente a las condiciones de la misma. El médico Jaime Ibacache Burgos, por entonces parte de la Unidad de Salud Colectiva del Servicio de Salud de Chiloé, propone:

bajo el concepto de salud colectiva caben todo lo que son las prácticas, todos los modelos, todos los sistemas que tienden hacia el bienestar y la sanación, pero sin desvinculación de lo que es la parte políticosocial de cada grupo. Y, por tanto, es un pensamiento, es una forma política de pensar la salud que, además, penetra e inunda las instituciones, las universidades, las academias; entonces tiene el don de ser un pensamiento más que una

259. En Bella Unión esta articulación mejoró notoriamente en el período posterior al que aquí se hace referencia así como también el abordaje intersectorial y otros aspectos referidos a la gestión en el nivel primario que denotan una orientación hacia la integralidad. Sin embargo, la práctica médica concreta no mantuvo las características de atención colectiva que desarrollaré a continuación, más bien se trató de una atención primaria médica aunque de características diferentes a la hegemónica, sobre todo, por su orientación hacia la equidad incluyendo intentos de promover el acceso de todos los ciudadanos a las instancias de mayor complejidad.

cosa de mención. Es una cosa que se ha ido construyendo en torno a la reflexión en donde supera incluso un concepto de medicina social, porque la medicina social era hasta el año 78, 80, el mismo modelo occidental pero para todo el mundo y ojalá gratis, sin tomar en cuenta las diversidades locales y los conceptos de salud, enfermedad y atención de las poblaciones locales. El concepto de salud colectiva sí los toma en cuenta y toma en cuenta que en un territorio determinado puede haber gente que pertenece a diferentes orígenes culturales pero que tienen una matriz común que es el territorio y que, por lo tanto, pueden compartir conocimiento e ir generando un movimiento mucho más colectivo [...]. Lo colectivo es un movimiento que, además, fortalece mucho el tema de la base, o sea que sea la base la que se empodere y empiece a generar sus propias políticas, que es un proceso que a mí me da la impresión que es mucho más sano, si bien es cierto es político pero se escapa un poco de este maniqueísmo de las políticas globales (e/i 2010).

El concepto hace referencia al hecho fundamental de que “en un territorio todos saben de salud y todos pueden aportar” (Ibíd.). Esto está en la base de la posibilidad de compartir y construir localmente conocimiento, es decir de articular saberes, y representa el primer aspecto que me parece fundamental en la práctica de los egresados de la ELAM en las experiencias de atención primaria a las que me estoy refiriendo.

El segundo aspecto íntimamente relacionado a éste, tiene que ver con lo que el salubrista Edmundo Granda considera que es ante todo la salud colectiva:

Un decidido esfuerzo por ver más allá del horizonte que nos ha legado la salud pública convencional; es una profunda vocación por transformar nuestra acción en un quehacer humano profundamente comprometido con la vida y con el cuidado de la enfermedad de nuestras poblaciones (una militancia socio-política, en las palabras de Testa); es un intento de construirnos como sujetos salubristas en función a respetar individualidades y apoyar la construcción de ciudadanos; es un intento por crear espacios de aprendizaje para multiplicar las fuerzas del compromiso; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para potenciar con ellas el desarrollo de la salud y la felicidad, así como la disminución del sufrimiento de los enfermos y controlar las enfermedades controlables; es el empeño porque nuestras instituciones tengan sabor a nosotros a pesar de que cada día nos quieren convencer que no vale la pena lo humano. Esa cosa llamada Salud Colectiva, es algo que vale la pena darle cariño e impulsar su crecimiento porque en última instancia es crear “aquello” que es una gran realidad: la solidaridad para generar el mundo que soñamos (Granda 2004:Online).

Y propone que:

El reto de criticar, conservar y superar la salud pública convencional, no solo radica en la potencialidad de ampliar los horizontes de visión sino al mismo tiempo cambiar las prácticas que buscan únicamente éxito técnico hacia el compromiso por alcanzar logro práctico, es decir, ejercer el deber y derecho de cuidar nuestras poblaciones. Al hacerlo, desarrollar ese cuádruple movimiento que nos recomienda Testa de construcción de sentido y significado, de constitución y determinación, comprendiendo además que aquello podrá darse siempre y cuando los actores individuales y sociales se constituyan igualmente en sujetos que construyen su salud enriqueciéndose con el aporte científico que trae la Salud Colectiva, y al hacerlo, ejercen su poder y derecho en cuanto a la ciudadanía (Ibíd.).

En las experiencias a las que me estoy refiriendo se evidencia el respeto de las individualidades y el apoyo en la construcción de ciudadanos con derechos y capacidad de ejercerlos, de sujetos que construyen su salud enriqueciéndose con el aporte científico.

Entonces, más allá de la imposibilidad de hablar de atención primaria integral o salud colectiva en sentido estricto, la práctica de algunos egresados de la ELAM bajo ciertas condiciones –entre las cuales la central es la relativa independencia respecto de las formas de hacer locales– se ha desarrollado, en ciertos momentos y espacios, una atención primaria colectiva que ha tenido como componentes fundamentales (1) el reconocimiento de la

racionalidad individual y colectiva respecto del proceso/salud/enfermedad atención y (2) la posibilidad de buscar articulaciones con la racionalidad médica en el marco de un proceso de construcción de ciudadanía.

Para este trabajo resulta importante comprender que los momentos en el devenir histórico de la atención primaria antes reseñados forman parte de un proceso que Menéndez identifica como una constante en el desarrollo de la biomedicina:

Más allá de críticas y crisis, lo que observamos es una continua expansión de la biomedicina que afecta su relación con las otras formas de atención. Dicha expansión se caracteriza por un proceso de continuidad/discontinuidad, donde la continuidad está dada por el constante aunque intermitente proceso de expansión basado en la investigación biomédica, en la producción farmacológica y en la medicalización no sólo de padeceres sino de comportamientos; y la discontinuidad por las orientaciones críticas surgidas al interior y fuera de la propia biomedicina, así como por las actividades y representaciones impulsadas por las otras formas de atención y especialmente por las prácticas de los diferentes conjuntos sociales para asegurar la atención y solución real y/o imaginaria de sus padecimientos (Menéndez 2003:193).

En particular en algunos momentos de su desarrollo las experiencias en Bella Unión y Koñimo-Lamekura pueden considerarse prácticas críticas que expresan esa discontinuidad. En ellas, actividades y representaciones críticas provenientes de la propia biomedicina, en particular de la experiencia de formación médica en el marco del proyecto ELAM, así como del trabajo anterior de otros médicos en estos sectores, se articularon con actividades y representaciones impulsadas por diferentes conjuntos sociales para propender hacia la solución de padecimientos y la búsqueda de una mejor vida. Ambas experiencias han sido en alguna medida frenadas, inhibidas, intervenidas o discontinuadas por factores diversos que guardan relación con expresiones de continuidad del proceso de expansión biomédica. El grado de institucionalización alcanzado parece ser directamente proporcional al freno del potencial crítico. La institucionalización ha significado mayor disponibilidad de recursos materiales y humanos y a la vez mayor dependencia de las instituciones sanitarias, menor poder de decisión autónoma, burocratización y aceptación de pautas externas para la utilización de los recursos, todo lo cual tiende a frenar, entorpecer o inhibir las características más innovadoras de estos procesos.

La mayor institucionalización tiene que ver con la promoción de reformas de salud que, nuevamente, buscan impulsar la atención primaria y las experiencias comunitarias. Desde el comienzo del siglo XXI los llamamientos a recuperar las propuestas de atención primaria integral se hacen cada vez más presentes. El informe de la OMS del año 2008 que se titula “Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca” (OMS 2008) da cuenta de este proceso. En el marco de este nuevo impulso, a partir de mediados de la primera década del siglo XXI, tanto en Chile como en Uruguay se han emprendido nuevos procesos de reforma sanitaria que manifiestamente pretenden colocar a la atención primaria como eje del sistema sanitario. En ambos países, las normativas que apoyan las reformas apuntan mucho más hacia una atención primaria selectiva y médica que hacia una integral, si bien existen diferencias respecto de las concepciones y prácticas de las décadas anteriores que expresan las arduas luchas al interior de las instituciones sanitarias, las academias, el empresariado y la profesión médica en torno a las transformaciones sugeridas.

En Chile algunos analistas plantean que la reforma ha debilitado aún más a la atención primaria y que en algunos aspectos, a pesar de su espíritu original, podría ser vista más bien como un “‘antimodelo’ de lo universalmente aceptado como APS [atención primaria de salud], por estar más centrado en la enfermedad que en la salud, ‘medicalizando’ el sistema, postponiendo el desarrollo local y la promoción, relegando la prevención a las acciones curativas expresadas en canastas de servicios a ser exigidas para condiciones médicas

específicas” (Montero et al. 2010:5). En Uruguay también se observa esta tendencia a centrarse más en la enfermedad que en la salud; “medicalizar” el sistema (sobre todo en relación a lo que se propone y desarrolla como prevención); posponer el desarrollo local (por lo menos si se lo piensa en términos de coexistencia del ser humano con el resto de la vida en el planeta a mediano y largo plazo) y la promoción; relegar la prevención a las acciones curativas; normar las intervenciones asistenciales y preventivas según criterios economicistas y metas asistenciales que se prestan para agudizar la mercantilización. Además, en ambos casos a pesar de un discurso que habla de propender hacia la equidad en el acceso a los servicios de salud, se mantienen las inequidades en el acceso a la medicina especializada y altamente especializada y la falta articulación de la atención primaria con otras formas de atención así como con otros aspectos y sectores de la vida colectiva. Uno de los ejes centrales de las dificultades de estas reformas es que pretenden garantizar el derecho a la salud sin modificar o coartar las ganancias empresariales en el ámbito de la atención médica e incluso promoviéndolas. En un contexto de hegemonía neoliberal –en lo económico, sociocultural y político-ideológico– las reformas chocan constantemente con serias limitaciones conceptuales.

En resumen, desde Alma Ata se considera a la atención primaria como “la clave para alcanzar en todo el mundo y en un futuro previsible un nivel aceptable de salud”, la meta acordada internacionalmente en 1977 en Ginebra denominada Salud para todos en el año 2000 (Dhillon 1995:2). Desde entonces, las reformas de los sistemas de salud impulsadas en América Latina y el Caribe apuntan indefectiblemente a una priorización de la atención primaria y a la recuperación del vasto campo de trabajo que ofrece la salud pública y lo hacen manifestamente en contraposición al énfasis en la alta tecnología, la atención individual curativa y la superespecialización médica. Sin embargo, existe una profunda contradicción entre las intenciones manifestadas en los proyectos de reforma –atención primaria integral, garantizar el derecho a la salud– y las políticas y estrategias concretas para impulsar estos cambios –estrategias de intervención selectiva y que privilegian la eficiencia por sobre la equidad desde una perspectiva monetaria de costo-beneficio.

El interés de las experiencias que propongo abordar radica en que pueden indicar una dirección hacia la cual encaminar los esfuerzos médicos y profesionales en el campo de la salud. Se trata de un camino que promueve, en primera instancia, la transformación del saber profesional para posibilitar su articulación con el de los conjuntos sociales subalternos²⁶⁰. Esta transformación tiene el potencial de modificar las concepciones dominantes sobre el proceso salud/enfermedad/atención, lo cual puede actuar como base para promover alternativas de vida que apunten a la felicidad y dignidad humana fundamentada en valores de equidad, justicia, libertad, armonía, etc.

260. Las condiciones socioeconómicas y políticas que enfrentan estos conjuntos los impulsan necesariamente al desarrollo de saberes específicos, al menos una parte de los saberes sobre procesos de salud/enfermedad/atención así desarrollados refiere mucho más a su situación particular y a las posibilidades de mejorarla que los saberes profesionales (cfr. Menéndez 2009).

5.3.2 Llegar y sentarse lejos: la distancia médico-paciente

Como ya mencioné la investigación en Bella Unión en el año 2012 procuró explorar el impacto de la experiencia de atención primaria colectiva realizada en tres sectores periféricos. Una de las participantes de la comisión que gestionaba la policlínica en uno de ellos recuerda:

Una de las cosas que nosotros notábamos como Comisión y con la gente cuando hacíamos los talleres era que la gente tenía la costumbre de llegar y sentarse lejos, se sentaba el médico atrás del escritorio y el paciente allá [gesto de lejanía]. Entonces, la gente como que lo trataba con un super respeto al médico porque se veía con la obligación de que, como era el médico, no lo podía tutear, no le podía hacer preguntas, y fueron cambiando, fueron cambiando un montón de cosas (e/i 2012).

Se trata de una distancia real y simbólica que aleja al médico de las personas que lo consultan que se manifestaba a través de un alejamiento físico: quienes concurrían a la consulta tomaban la silla del paciente ubicada en el lado opuesto del escritorio detrás del que se sentaba el médico y la alejaban lo más posible de él²⁶¹. Implica también no preguntar, prácticamente no hablar y actuar como si se comprendiera lo que el médico diagnostica como problema e indica como tratamiento y como si se fuera a seguir esa indicación. La opinión de esta entrevistada compartida por los demás actores significativos en los tres barrios es que el trabajo de los egresados de la ELAM contribuyó a la superación de esa forma de encuentro entre médico y paciente. Lograr un acercamiento, un acortamiento de la distancia es considerado uno de los mayores aportes de aquella experiencia: “había como una costumbre, un maltrato del médico hacia el paciente. Lo que más me quedó fue esa atención de igual a igual, de que no porque yo soy el médico vos te sentás ahí [lejos] y el paciente ya tiene que ir [gesto de sumisión, cabizbajo], no. Eso fue lo que más me gustó y me quedó. Siempre cuando llevo a los gurises al médico es lo que observo, a ver cómo los tratan porque siempre me acuerdo del trato que daban ellos” (Ibíd.)

La distancia se fue superando en la medida en que se fueron estableciendo relaciones “de igual a igual”, más horizontales, más frontales, que no anulan las diferencias pero que expresan un convencimiento sobre la igualdad en cuanto a la valoración de los participantes como seres humanos, con habilidades y saberes propios, que pueden dialogar y compartir conocimientos en un proceso de enriquecimiento mutuo y donde el paciente es quien más conoce su vida y sus padecimientos. Desde esta base epistemológica el médico puede apoyar iniciativas tendientes a mejorar las condiciones de vida de los pacientes en tanto los reconoce como los actores centrales de sus vidas y saberes. En Koñimo-Lamekura los primeros médicos que trabajaron en el proyecto de salud comunitario ya aportaron sustancialmente a ese acercamiento. La egresada de la ELAM que a partir de 2007 se hace cargo de la atención médica le dio continuidad y lo profundizó a través de su presencia más o menos continua en el sector, no sólo en el rol de médico sino también como familiar, amiga y miembro de la comunidad.

La relación más frontal entre médico y paciente/conjunto social se va construyendo a partir de acciones muy concretas como saludar, mirar a los ojos, conversar, salir del consultorio y observar la sala de espera, pedir opinión respecto de diferentes temas incluyendo sus padecimientos, escuchar, examinar, compartir alimentos, salir caminando por el barrio, visitar las casas, respetar las decisiones y los espacios de la organización comunitaria, participar en actividades y en la vida social del sector, etc. En particular, realizar actividades fuera del consultorio y sobre todo visitar las casas de las personas aparece como un aspecto fundamental en ambos contextos: “el hecho de que el médico venga a tu casa y que te llame y te diga: ‘che, ¿cómo está?’ y que vos lo puedas tratar de igual a igual, no el Señor Doctor o la Señora Doctora, aquello que está allá arriba en un pedestal que, prácticamente, tengo que

²⁶¹. Registré esta acción durante el trabajo de campo desarrollado seis meses después de la llegada de los médicos al sector en personas que concurrían por primera vez a la consulta.

irme a poner a los pies para que me cure, eso es un cambio”, propone un vecino de Bella Unión, mientras una promotora de salud recuerda: “intentaron entender como vivía cada familia también, y ahí se manejaban con el tema de las enfermedades y eso, se manejaba el entorno familiar a la vez, no era solo con el paciente, era investigar eso también” (e/g 2012).

Los egresados de la ELAM en las experiencias de atención colectiva han procurado poner en práctica la herramienta que en Cuba se conoce como Análisis de la Situación de Salud y que determina o marca el inicio o la llegada de cualquier médico a un sector determinado desde una visión de la salud que incluye aspectos sociales, económicos, ambientales, emocionales, etc.. Para realizar este análisis se visitan todas las casas del sector. En ambos casos más allá de las dificultades que enfrentaron para desarrollarlo y de la utilidad de la sistematización de la información recogida para los médicos, lo que resultó central para las personas fue la visita recibida, el tiempo que él o los médicos permanecieron con ellos, la conversación que sostuvieron, la aceptación de la comida o bebida ofrecida, los consejos que brindaron ante alguna situación que les fue relatada o que observaron en el hogar, es decir la visita en sí y el comportamiento del médico durante la misma. Como dije en el 3 tres la aplicación de programas de salud e investigaciones en los contextos de inserción plantea desafíos diferentes a su aplicación en Cuba. El significado de este tipo de actividades debe ser analizado en relación a la orientación que las guía y sus efectos prácticos más allá de los objetivos manifiestos, así como al contexto en el que se aplican. Desde esta perspectiva considero que en el marco de las experiencias de salud colectiva el tratar de investigar, de conocer cómo vive cada familia como parte de la labor médica restituye la centralidad del entendimiento y manejo que los grupos domésticos tienen de sus procesos de salud/enfermedad/atención como parte de su vida cotidiana y marca un acercamiento entre la racionalidad de los conjuntos sociales y la racionalidad médica.

En Bella Unión el acortamiento de la distancia se ha mantenido a pesar de que sean otros los médicos que concurren a las policlínicas y de que el tiempo que dedican a las mismas sea menor²⁶². Esto tiene que ver con el trabajo de los promotores de salud que se propusieron mantener, sobre todo, el “buen trato” que permite que las personas se sientan acogidas y cómodas cuando concurren al médico y que regresen a sus casas habiendo comprendido la opinión del médico sobre el motivo de su consulta. En ocasiones ello implica la intermediación para despejar dudas o plantear directamente al médico el motivo real de consulta porque, si bien los médicos que actualmente trabajan en las policlínicas tienen una buena relación con los pacientes y son considerados “buenos médicos”, no se ha logrado una relación “tan cercana” como la que se había construido en el marco de la atención colectiva con los egresados de la ELAM. Esto se debe a diversos factores, entre ellos el breve lapso de tiempo que permanecen en el sector, el hecho de que trabajan en muchos lugares diferentes y que no tienen “la misma sencillez”, ni la misma “forma de llegar a la gente” aunque tampoco reproducen el tipo de relación vertical y autoritaria que dominaba anteriormente. Por su parte, los médicos que actualmente atienden en esas policlínicas consideran que los promotores son un pilar fundamental para su trabajo, son el “nexo” entre el médico y la comunidad, conocen a las personas, conocen el sector.

Aquí interesan, en especial, las observaciones de estos médicos sobre algunos aspectos que se originan en la experiencia de atención colectiva y se han transformado en costumbre. Una de ellas, egresada de la UDELAR, recordando la llegada de los dos primeros egresados de la ELAM realiza un relato que condensa algunos aspectos importantes del impacto local del proyecto ELAM:

262. Algunos médicos enviados a trabajar en estas zonas luego de la experiencia de atención colectiva no tuvieron aceptación por parte de la comunidad que reaccionó dejando de concurrir a la policlínica pero también gestionando un cambio de médico. Aquí me refiero a quienes sí han permanecido en el tiempo trabajando en esos sectores.

Recuerdo primero que se iban en bicicleta, se cargaban su mochilita y se iban a todos lados. Eso así. Entonces eso generó el decir: “mirá, vienen a nosotros de la forma que sea, sin tener ningún recurso, de automóvil, de... vienen igual”. En la población fue sumamente aceptado y hubo un cambio en el usar la policlínica, porque si vos mirabas en aquella época, que [nombre de los médicos] bajo rayo de sol, lluvia, tormenta, se iban igual en bicicleta, se iban igual, la gente decía: “bueno, si éstos vienen acá de la forma que sea, yo tengo que responder, yo voy a ir a la policlínica”. Antes no iban porque el médico si no tenía en que ir, suspendía, si llovía, no iba, si... Eso pasaba antes en Bella Unión. Con ellos hubo eso de que sí o sí hay que ir. Eso cambió la mentalidad de todos los demás médicos, porque ahora los médicos viejos que estaban antes de [nombre de la directora del primer nivel], durante y después, van mucho más a la policlínica, suspenden cada vez menos policlínicas, van como sea, a donde les toca. [...]

Después que fui a esos lugares, lo que vi que dejaron, lo que quedó, es la atención grupal, grupal en familia: va uno, van todos los de la familia, aunque no tengan nada y eso es un acercamiento, un aprovechar para hacer un chequeo general a quien tengas que hacerle, para dar un... que eso no había antes. [...] me parece que lo dejaron [nombre de los médicos]; porque en las historias clínicas lo ves. Ellos hacían una historia y te hacían todo el familiograma, que eso sí no lo tenemos nosotros, que es re positivo de ellos. Cuando ellos te hacen una historia clínica del primer nivel, es una historia clínica completa, lo hacían sin hojas, porque no tenían hojas, arrancaban hojas de la cuaternola, que hasta ahora hay en las historias, y lo hacían igual (e/i 2012).

El contacto entre formas de ser/hacer en medicina diferentes impulsó este cambio de mentalidad, “cambio de cabeza”, que involucra tanto a otros médicos y trabajadores de la salud como a los conjuntos sociales en general. Se trata de una observación muy extendida respecto de la cual aparecen explicaciones como la de un integrante de la comisión barrial:

Creo que el equipo este se involucró de otra manera con la gente. Es gente que viene a trabajar con la gente, más allá de si económicamente les sirve o no. [...] Entonces, ahí está el cambio de cabeza. Esta gente, estos médicos que vinieron a trabajar acá vienen –ta ¿a quién no le gusta ganar un poquito más?– pero creo que no está en la cabeza de ellos el venir acá porque acá hacen la guita sino que vienen porque acá hace falta. Entonces, gente que trabaja con esa mentalidad, el trabajo es diferente, la dedicación es diferente, la atención es diferente²⁶³ (e/i 2012).

Las diferencias se manifiestan en el relación médico/paciente: “es otro tipo de vínculo con el paciente, en donde el paciente empieza a sentir en el médico a alguien con el que puede hablar, es fundamental eso”, como también que el médico puede ayudarlo a resolver situaciones o problemas que lo aquejan (Ibíd.).

Otros actores (trabajadores de la salud, promotores, vecinos y pacientes) coinciden en que se ha dado un “cambio de mentalidad” en el sentido de un acercamiento o acortamiento de la distancia entre médicos y población. Egresados de la ELAM también observan un cambio importante del cual se sienten partícipes:

Más allá de que al principio a uno le daba miedo con los colegas, al también haberse cambiado la generación de médicos acá, viste que hay médicos nuevos, hay más interacción, como que estamos más mezclados todos. Entonces, yo pienso que ellos aportaron en nosotros y nosotros aportamos pila en los médicos de acá y en cómo la comunidad ve al médico. Nos

263. También médicos formados en la universidad local pueden orientar de esta manera su trabajo pero él plantea que la tendencia a partir de los 70', con la intervención de la universidad por la dictadura, fue hacia una formación cada vez más mercantilista que ha dado como resultado que un porcentaje importante de los médicos –“la mayoría, me atrevería a decir”– orienten su ejercicio profesional a la ganancia económica mercantil transformándose en médicos-empresarios. Siguiendo a Sinclair la dimensión “empresarial” y “vocacional” está desde un comienzo presente en la profesión médica e inicialmente fusionada lo cual genera tensión a nivel individual de cada médico y de la profesión (1997:65).

falta mucho todavía, muchísimo, pero cómo se ve la atención veo que ha cambiado. Entre que los médicos muchos son nuevos, de los médicos recibidos acá, y que nos juntamos mucho, ellos con nosotros, y la forma de atención y cómo se ve la medicina y al médico, la figura del médico, pienso que cambió muchísimo y que está bueno para el lugar (Ea1 e/i 2012).

En relación al sentido o la dirección de este cambio la entrevistada plantea:

Con un poquito más de igualdad con la gente, más sencilla la cosa, el relacionamiento, no desde el pedestal sino más de frente. Eso nomás, eso influye y está bueno porque la gente viene a preguntarte o te dice, me ha pasado a mi, “no, ¿en español me lo decís?” Está bueno que te lo digan, porque antes era la cosa, que yo veo que con algunos médicos pasa todavía, de que van con miedo, no se animan ni a preguntar, no se animan a hablar los pacientes, es horrible. Y para colmo esos médicos se la tiran de muy los perfectos, algunos vos ves que la tratan hasta de sucia a la gente. Puede ser que a veces venga alguien que le tenés que decir que se bañe por una cuestión de salud y de mil cosas, pero ves cómo se lo decís. Y la gente se calla la boca y no le reclama a nadie y hacen cualquier cosa y no reclaman sus derechos ni mucho menos. De a poco se está cambiando eso y es un avance, está bueno (Ibíd.)²⁶⁴.

En un trabajo anterior abordé la cuestión del relacionamiento entre médicos egresados de la ELAM y sus pacientes y las diferencias que éste presenta con respecto al hegemónico que había marcado la mayor parte de los contactos de los pobladores de esos sectores con médicos y en general con las instituciones de salud (Picaroni 2008:181-189). La relación que los egresados de la ELAM establecen con los pacientes/conjuntos sociales es más simétrica que la dominante caracterizada por la verticalidad, es decir el movimiento violento y autoritario que coloca a una de las partes por encima de la otra y excluye, niega o subordina la palabra y la subjetividad del paciente. La construcción de este tipo de relación médico/paciente tiene que ver con desigualdades de poder construidas culturalmente durante los procesos de socialización y con las inequidades de género, territorio, clase, etnicidad y raza, entre otras, que, en gran parte de los casos, tienden a fortalecer la subordinación (cfr. Artiles 2005:Online). Establecer una relación más simétrica no implica negar las diferencias (que en el caso de la relación médico-paciente juegan además un rol central) sino construir desde ellas una relación que no requiera del acto violento de subordinación para reafirmar el poder y el saber de una de las partes y que permita la complementariedad en el sentido de una articulación de saberes y construcción de nuevos conocimientos. En aquel trabajo, identifiqué cuatro factores que promueven la construcción de este tipo de relación que han sido mencionados a lo largo de este trabajo y forman parte de propuestas y tendencias médicas históricas y actuales. Nos se trata de aspectos novedosos pero interesa mencionarlos aquí en relación a las posibilidades que abren las experiencias de atención primaria colectiva en cuanto aplicación concreta de esas propuestas. Abordo tres ya que dedico el próximo apartado al cuarto.

Primero, mientras en el imaginario de la profesión y de las instituciones médicas de Uruguay permanece una autovaloración que establece insistentemente jerarquías o vínculos asimétricos (Romero 2006:207) y verticales, lo que también es válido para Chile, la autovaloración y valoración del otro que establecen los egresados de la ELAM insiste en la igualdad de valor de las posiciones, en el reconocimiento del otro como un igual con el cual es posible establecer una relación frontal, que en lugar de promover la subordinación funcione en un sentido de aumento de la autoestima y valoración de ambos y de reafirmación de la autonomía del paciente (cfr. Picaroni 2008:181-182).

264. En las instituciones de salud pública uruguayas, que hasta el momento de la reforma de salud estaban constitucionalmente abocadas a la atención de “indigentes”, considerar que los pacientes están o son “sucios” forma parte de una construcción de una imagen muy extendida y que aparece también en las instituciones privadas en la medida en la que son utilizadas por personas que aparecen ante el médico como “pobres”. Esto debe interpretarse en el contexto de las relaciones sociales dominantes y un imaginario construido respecto del pobre en la sociedad en su conjunto del cual la profesión médica participa, y con respecto del cual es imprescindible generar profundas reflexiones a nivel social amplio.

En segundo lugar, esta autovaloración y valoración del otro promueve el establecimiento de una relación humanamente significativa entre médicos y pacientes/conjuntos sociales, que incluye la palabra y las referencias socioculturales del paciente, y del médico, ya que conocer a las personas con quienes trabaja, su entorno, sus creencias, las significaciones que le dan a los padecimientos y las problemáticas y conflictos sociales que forman parte de sus vidas es entendido por los médicos como un aspecto integral y fundamental de su labor (cfr. Picaroni 2008:183). En este sentido es fundamental reconocer las diferencias y los límites desde una posición de respeto a las decisiones y promoción de la autonomía de los conjuntos sociales con relación a asuntos en los cuales es importante que el médico tenga la capacidad de no involucrarse. Es necesario que pueda involucrarse a nivel humano con las personas que lo consultan pero manteniendo una distancia crítica respecto a las dinámicas sociales locales, entendiendo que los actores principales en atención primaria de salud no son los médicos ni el personal de salud sino los conjuntos sociales. El manejo de las dinámicas sociales y cómo involucrarse en ellas es probablemente uno de los aspectos más difíciles del trabajo con conjuntos sociales y en donde más patente se hace la preparación o falta de preparación del profesional. La experiencia de vida y las posiciones filosóficas incorporadas en el proceso de socialización y en la formación universitaria son fundamentales en este sentido y puedan, en algunos casos, actuar como guías o factores que promuevan un mejor manejo de estas dinámicas.

En tercer lugar, la instancia de consulta en sí misma juega un papel central para la construcción de una relación más simétrica entre médicos y pacientes/conjuntos sociales. En especial interesa destacar el rol de la escucha, la palabra, el ojo y la mano clínica así como el recurso a exámenes complementarios, a tecnologías diagnósticas (cfr. Ibíd.:183-186). En el marco de las experiencias de salud colectiva esto contrasta con las experiencias anteriores de las personas en el contacto con médicos e instituciones de salud: “Si vas al hospital te preguntan qué te duele y te dan un remedio, ni te miran, ni nada; en cambio ellos te miran, te preguntan, te revisan, te mandan análisis y te explican todo: ¡es otra cosa!” (n/c 2007), explica una vecina de Bella Unión. Y en 2012, refiriéndose a los factores fundamentales de aquella experiencia otra vecina plantea: “El trato, un trato muy especial que nosotros de los médicos de acá de Bella Unión nunca habíamos tenido, un trato muy especial, mucha paciencia, nos daban el tiempo necesario de poder expresarnos y explicar las cosas, lo que nos pasaba, también los problemas familiares” (e/i 2012).

La palabra del paciente y del médico adquieren un valor central en esta relación así como también el examen clínico exhaustivo (el tocar, el mirar, el “revisar de pies a cabeza”) y, en este contexto, la indicación de exámenes complementarios que expresan el interés del médico por abordar las causas del padecer y con esto la posibilidad de encontrar una solución. El hecho de que los padeceres y dolencias no sean abordados exclusivamente desde lo biológico juega un rol importante. Podemos asumir que los médicos en general son conscientes de que en muchos padecimientos los aspectos psicológicos, socioculturales, emocionales juegan un papel preponderante. Sin embargo, bajo las condiciones institucionales imperantes, en general, abdican de la posibilidad de incorporarlos en la consulta y tratamiento centrándose en las opciones biomédicas ante los factores biológicos. El identificar el origen de un padecimiento en otros niveles puede conllevar o bien la derivación a un psiquiatra (que en zonas apartadas en general requiere de una espera de muchos meses), a veces a un asistente social y en oportunidades la recomendación de iniciar prácticas de relajación, yoga, ejercicios o lo que el médico conozca y reconozca como útil (aunque a veces más desde la perspectiva de sacarse de encima a ese paciente que lo consulta sin que pueda ayudarlo, que por un convencimiento sobre el aporte de las mismas). Los egresados de la ELAM, en particular en las experiencias de atención colectiva, más que desentenderse de lo que no tenga una respuesta biomédica procuran, sobre todo, a través de la escucha como acto terapéutico abordar otros aspectos y buscan posibilidades para encararlos.

En relación a los estudios complementarios, como vimos las condiciones institucionales determinan dificultades importantes para el acceso oportuno incluso a las más básicas tecnologías diagnósticas. En este sentido, gestiones de los médicos y los conjuntos sociales organizados en torno a estas experiencias apuntan a garantizar el acceso a estas tecnologías. Este aspecto adquiere más relevancia si tenemos en cuenta que la trayectoria histórica de la biomedicina muestra que el médico “ha ido abdicando de su propia posibilidad de detectar y analizar síntomas respecto de los padecimientos al referirlos cada vez más a indicadores objetivos. Actualmente la posibilidad de establecer diagnósticos y tratamientos no se depositan en el análisis de los síntomas, ni de los signos detectados por el ‘ojo’ y ‘mano’ clínicos, sino en los signos producidos por los diferentes tipos de análisis” (Ibíd.:196). Lo fundamental en este caso es la combinación de estos análisis con el examen clínico exhaustivo y la palabra como elementos diagnósticos. Su utilización es profundamente valorada por los pacientes que no estaban acostumbrados a este tipo de atención médica. En ambos contextos, las experiencias de contacto y consulta con médicos estaban signadas por un modo de operar “como de almacén”, descrito como un: “¿qué le duele? ¡Tome esto!”. Muchos habían desistido de concurrir a las instituciones de salud, incluso por problemas que ellos consideraban que requerían atención médica y que no habían podido solucionar por otra vía, debido a que no esperaban encontrar allí ningún tipo de soluciones. La siguiente situación registrada en el trabajo de campo ejemplifica esto.

Una mujer con dos niños en edad escolar ingresa al local en el cual funciona una policlínica comunitaria, se acerca a la promotora de salud que permanecía en la sala de espera realizando una serie de actividades –anotar a quienes llegaban a consultar en una lista para determinar el orden en que les correspondía atenderse, pesar y tallar a los niños, evaluar signos de alerta, etc.– y le entrega los documentos de identidad de los niños solicitándole que un médico les otorgue un certificado de salud que ella recogería más tarde. Dos médicos egresados de la ELAM se encontraban hacia unas dos horas atendiendo simultáneamente en dos consultorios. La promotora le dice que “estos médicos no son así”, que no cree que le hagan el certificado sin ver a los niños y que mejor se anote en la lista. La mujer rechaza la sugerencia con expresión de molestia y le pide que por favor intente que le hagan los certificados. Se retira dejando los documentos de los niños en poder de la promotora. Unas tres horas después regresa con la intención de recoger los certificados. Quedaba sólo un paciente en la sala de espera y ambos médicos estaban aún con pacientes en los consultorios. La promotora le propone que ya que la doctora se desocuparía en breve pase a hablar directamente con ella, la mujer accede con cierto disgusto. Unos minutos después, ingresa junto a los niños al consultorio en el que permanecen por unos 40 minutos. Sale del consultorio despidiéndose amablemente de la médica, visiblemente satisfecha y sin ningún apuro. Me acerco a la mujer y le pregunto cómo le fue, contesta que le fue muy bien, la doctora revisó a los niños de pies a cabeza, los encontró bien y va a empezar a estudiar al menor que tiene problemas respiratorios desde hace varios años, algo que a ella le preocupaba. Le pregunto por qué entonces no quería consultar a lo que responde que no es que no quisiera consultar sino que los médicos nunca revisan a sus hijos, por lo cual “ir al médico es perder el tiempo”. Le pregunto si piensa volver, contesta que va a volver porque esta doctora va a ayudar a su hijo (n/c 2007).

Entonces, el interés que el médico muestra por el paciente en el acto de examinar, preguntar, escuchar y razonar en torno a los signos y síntomas que detecta así como explicar sus conclusiones asegurándose que sean comprendidas, aparece como un elemento fundamental de estas experiencias. Por un lado, expresa la búsqueda por entender y abordar las causas de los padecimientos que desde esa base pueden ser efectivamente curados, aliviados, paliados. Por otro, es la base de un aprendizaje positivo y conducente a prevenir enfermedades y promover la autonomía de las personas respecto de aspectos importantes. Este interés también se expresa en el hecho de que los médicos se consulten entre sí. En

ambas experiencias he observado en reiteradas oportunidades el abordaje en conjunto de un mismo paciente cuando hay más de un médico trabajando en paralelo u otros profesionales, terapeutas o sanadores. Para los pacientes esta práctica indica la buena calidad profesional, lo que se contrapone a una visión más o menos extendida que propone que tener dudas y expresarlas a través de consultar a otro médico o sanador iría en contra de la demostración de su competencia técnica frente al paciente.

Para terminar la reflexión de una vecina resulta concluyente: “ellos estimulan a la gente, es el respeto de ellos. La gente se siente tomada en serio, la gente encuentra lo que hace tanto tiempo que buscaba, ellos se importan por los pacientes,[...] es el cómo ellos se preocupan y resuelven las cosas” (n/c 2007). Es decir que lo interesante en relación al establecimiento de este tipo de relación es que se establece respecto de personas y conjuntos sociales subalternos para quienes constituye una experiencia novedosa.

5.3.3 “Ellos te explican todo”: aprender para la autoatención

El término autoatención se utiliza en el sentido que le da Menéndez referido a:

las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa (Menéndez 2003:198).

Se trata de “una de las actividades básicas del proceso salud/enfermedad/atención, siendo la actividad nuclear y sintetizadora desarrollada por los grupos sociales respecto de dicho proceso” (ibíd.). Es estructuralmente central para el manejo de los diversos padeceres que cotidianamente enfrentan los sujetos y sus grupos, y a partir de ella que se dan las articulaciones con otras formas de atención: “La decisión de consultar o no curadores profesionales se hace desde determinados saberes y determinadas experiencias que van a incidir en el tratamiento y en la relación curador/paciente” (Ibíd.:201). Por supuesto, esta decisión debe referirse también a las condiciones sociales y culturales incluyendo la disponibilidad y posibilidades de acceso a las otras formas de atención. La autoatención “constituye una actividad constante aunque intermitente desarrollada a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención” además de que puede constituir también parte de otras formas de atención, incluida la biomédica, porque con frecuencia es un paso necesario en su implementación (Ibíd.:198).

En un sentido amplio la misma abarca todas las actividades que “se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente del grupo doméstico”. Una definición restringida permitiría referirla a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso salud/enfermedad/atención (Ibíd.:199).

La biomedicina debe ser entendida como generadora de autoatención y es actualmente, por lo menos respecto de una percepción restringida de la autoatención, una de sus principales fuentes. Sin embargo, “la biomedicina ha desarrollado una relación contradictoria y escotomizante respecto del proceso de autoatención, dado que por una parte

lo cuestiona en términos de automedicación, mientras por otra impulsa constantemente actividades de autocuidado y de otras formas de autoatención” (ibíd.:200)²⁶⁵. Mientras que por un lado se cuestiona la automedicación, y prevalece una visión predominantemente negativa de la misma, por otro se impulsan, favorecen, incluyen o aceptan otras formas de autoatención incluidos algunos tipos de automedicación. Pero:

El proceso de autoatención evidencia no sólo que la gente se apropia y aprende, sino que el SS [Sector Salud], el personal de salud, el médico enseñan a autoatenderse más allá de la intencionalidad de hacerlo. Los sujetos y grupos aprenden constantemente el uso de indicadores diagnósticos y de fármacos a través de la relación médico/paciente, aun dentro del reducido tiempo que caracteriza la consulta médica actual. Gran parte del mayor y profundo aprendizaje opera en el momento clínico, pues es el momento en que se constituyen aperturas afectivas y cognitivas para poder asumir lo prescripto de una manera experiencial.

En consecuencia el SS debería impulsar intencionalmente la articulación entre los servicios de salud y el proceso de autoatención, de tal manera que se constituyera en parte central de sus estrategias (Ibíd.:205).

Y plantea que más allá de algunas articulaciones que el sistema sanitario ha impulsado “conjuntamente sigue manteniendo una crítica a determinadas formas de autoatención, y sigue estigmatizando la automedicación”. Su propuesta “no es eliminar la crítica, sino fundamentarla” y, sobre todo, tratar de mejorar los comportamientos de autoatención a través de una reorientación de las acciones de educación para la salud incluyendo las que específicamente se denominan y también lo que se procesa en la relación médico/paciente (Ibíd.).

En las experiencias de atención colectiva, los médicos han procurado intencionalmente contribuir a que las personas aprendan a autoatenderse mejor, incluyendo el recurrir a las instituciones de salud y al médico cuando sea necesario y el uso adecuado de medicamentos alopáticos. Tanto en Uruguay como en Chile los egresados de la ELAM consideran que entre las mayores y más importantes deficiencias de los sistemas de salud locales cuenta el desconocimiento, la falta de información y educación de las personas para la utilización de los servicios de salud así como el desconocimiento respecto de cómo solucionar autónomamente, sin recurrir al médico, toda una serie de asuntos cotidianos que no requieren de intervención médica y que pueden ser bien atendidos en el hogar.

En general, los pacientes consideran que en el contacto con estos médicos han aprendido mucho para cuidar de su salud y la de su grupo doméstico, abordando mejor sus procesos de salud/enfermedad/atención y recurriendo más oportunamente a las instituciones sanitarias, es decir logrando una mejor articulación con la atención biomédica. Eso se expresa, por ejemplo en que personas que recurrían con mucha frecuencia a la puerta de emergencia por consultas relacionadas con sus hijos –“yo iba a la emergencia por cualquier cosa, vomitaba una vez y yo salía corriendo para la emergencia”– a partir de los conocimientos que fueron adquiriendo resuelven actualmente casi todos los problemas en su hogar. Por otra parte, han aprendido a reconocer signos de gravedad concurriendo oportunamente ante situaciones que requieren atención médica urgente así como maneras de proceder ante accidentes o eventos que suponen daños, lo cual ha sido corroborado por los médicos y el personal de salud que actúan en estas situaciones.

Además de la escucha y el espacio para que el paciente exprese lo que le pasa que destaqué en el apartado anterior, también la palabra del médico ocupa un lugar primordial en las experiencias de salud colectiva en tanto es comprendida por las personas, lo que está íntimamente relacionado con el conocimiento y comprensión que el médico adquiere

265. La diferencia fundamental entre autocuidado y autoatención es que el primero refiere a procesos individuales mientras el segundo a procesos colectivos.

respecto de la forma de vivir de las personas que atiende y las dinámicas sociales, en general. La comunicación más simétrica y horizontal basada en el respeto mutuo promueve que la instancia de consulta así como otros contactos con el médico sean instancias de aprendizaje para una mejor autoatención. Al menos una parte de este aprendizaje refiere a el uso adecuado de fármacos que incluye su no utilización.

En los conjuntos sociales, sobre todo los subalternos, es fuerte la representación según la cual para todo padecimiento habría un remedio aportado por la industria químico-farmacéutico en forma de un medicamento alopático u otro tipo de intervención biomédica. Las personas que concurren a las instituciones oficiales en Ancud y Bella Unión esperan, y a veces exigen, uno o varios medicamentos alopáticos u otro tipo de intervención biomédica. La representación actual en biomedicina respecto de padecimientos y procesos que no requieren este tipo de intervenciones y las capacidades de autosanación del cuerpo no son las más extendidas, si bien están también presentes. Como dije antes, ante esta expectativa de los pacientes los egresados de la ELAM consideran que cuando se toman el tiempo suficiente para intercambiar opiniones con ellos, explicar y fundamentar su recomendación respecto, por ejemplo, de la conveniencia de no utilizar fármacos, los pacientes acceden y siguen con buenos resultados. Muchos pacientes confirman esto que además, ha sido observado en reiteradas oportunidades tanto en la instancia de consulta como en el seguimiento que realicé a algunos pacientes específicos.

En relación a las experiencias de atención primaria colectiva uno de los aspectos más destacado por las personas es que aprenden en el contacto personal con los médicos. Por ejemplo, reflexionando respecto del trabajo de los primeros egresados de la ELAM en Bella Unión, un paciente anciano plantea: “Los extrañamos, nosotros ya nos habíamos adaptado a ellos, cuando vino [apellido del médico que actualmente atiende en la policlínica] los extrañamos mucho, él es muy buen médico, lo que tiene es que es un poco quieto. [Nombre del egresado de la ELAM] enseñaba, a mí me enseñó: “Vos cuando te duele la columna no tomes muchos medicamentos”; “¿Y qué hago?”; “Tenés que hacer ejercicios” y ahí me enseñó” (e/g 2012). Enseñar intencionalmente en el contacto persona a persona aparece como una diferencia sustancial y positiva, que ha permanecido en el recuerdo de las personas y en sus acciones. Años después del contacto con el médico, este hombre manifiesta que aún aplica esos conocimientos ya que los ejercicios le resultaron verdaderamente efectivos y los medicamentos que antes consumía para aliviar sus dolores le provocaban una serie de efectos indeseados.

La automedicación fue abordada como un problema importante en ambas experiencias. En Bella Unión los médicos consideraban que las personas utilizaba medicamentos de manera indiscriminada y sin fundamentos poniendo en riesgo su salud y ocasionando un gasto fuerte al sistema sanitario y/o a su propio grupo doméstico. En Chiloé, el “empastillamiento” fue uno de los factores que motivaron el surgimiento del proyecto de salud comunitario. La automedicación en ambos casos ha sido criticada con fundamentos y el énfasis ha estado en procurar mejorarla, limitando el uso de fármacos a los casos en que muestran una efectividad importante y promoviendo la posibilidad de sustituirlos por medicinas caseras y otros tratamientos que pueden aplicarse autónomamente a partir de productos o sustancias sobre cuya producción y consumo pueden tener mayor control los conjuntos sociales.

Las acciones desarrolladas con ese objetivo son variadas. En Bella Unión, por ejemplo, se organizaron campañas de recolección de medicamentos: los vecinos aportaban los medicamentos que “coleccionaban” en sus casas, que les habían entregado las instituciones sanitarias o que habían comprado pero que no utilizaban o desconocían cómo utilizar, para que su uso fuera explicado o fueran almacenados y luego entregados a personas que sí los requerían. Reflexionando en torno a los cambios que suscitó en su barrio la experiencia de atención colectiva, una promotora plantea:

Nosotros allá siempre contamos con una mini farmacia, no una farmacia en general pero si hay lo básico y lo urgente que hay que tener en cada barrio, y la gente tenía el problema que llegaba a la policlínica y se servía de los remedios y eso fue cambiando, se fue implementando la medicina alternativa; ellos [los médicos] la implementaron, le sacaron también esa costumbre a la gente de automedicarse que era mortal.

Después, en el trato de la gente, en un montón de cosas ha cambiado. El hábito de que la gente vaya a consultar, no sólo cuando están enfermos sino después que vayan a hacer los seguimientos, porque había gente que iba con la presión altísima, me acuerdo, iba ese día que iba el médico y después no iba más. A esa gente se la iba a buscar para que, aunque no tuviera nada, viniera, que contara cómo le hizo el tratamiento, si el remedio que le dieron... porque también, la gente conocía unas marcas que identificaba con ese medicamento y si le daban otro como que no se curaban. Esa costumbre que tienen en los barrios y cómo se fue cambiando todo eso y después se hacía el seguimiento: era controlar si esa persona tomaba el medicamento bien, si se estaba controlando, todo eso se implementó porque eso no estaba, eso con los otros médicos no, al menos nosotros no lo hacíamos, no sé los otros barrios pero creo que no porque yo he conversado con las otras promotoras y tampoco (e/i 2012).

Sobre cómo se implementó esto contesta: “eso lo implementaron ellos a través de la atención de la gente, conversando, con talleres con la gente y de a poco se fue dando”. La consulta en sí y actividades intencionalmente dirigidas a la educación para la salud son reconocidas como espacios de aprendizaje en este sentido. Los médicos de la ELAM que la educación para la salud puede desarrollarse mejor en el “contacto persona a persona”. Ese contacto se da fundamentalmente en la instancia de consulta pero también es posible realizar actividades planificadas en este sentido en cuyo marco el contacto personal sigue siendo lo fundamental. En relación a los talleres, por ejemplo, la misma promotora recuerda:

A la gente se le preguntaba, se les decía, se buscaba, por ejemplo, las enfermedades más comunes en esta zona y ahí se empezaba a explicar cómo, en cuanto a la higiene, en cuanto a la toma de los remedios, la medicación, cómo tenías que hacerlo y todo eso. [...] En aquel momento, yo me acuerdo que en verano se daba el tema de la diarrea, el tema de la deshidratación, todas esas cosas se daban y la gente hacía algo, trataba de hacer algo, trataba de aplicarlo (e/i 2012).

Y sobre el éxito de esas aplicaciones propone:

Yo pienso que con éxito, porque nosotros íbamos a las casas y veíamos que la gente los hacía realmente, que empezaban los calores y te pedían los sueritos y vos sabías que lo llevaban y que después lo usaban, si iban de vuelta era porque lo usaban, en algo lo usaban y, además, preguntaban cómo era que se hacía. Y nosotros hacíamos el casero, después, había en la policlínica pero me acuerdo que empezamos a implementar el casero: íbamos y hacíamos una vez en la casa el suero, y después ya la gente lo hacía porque al principio pedían la bolsita de suero me acuerdo y después empezamos a hacer nosotros (Ibíd.).

Aquí la entrevistada menciona aspectos concretos de la autoatención que la biomedicina acepta y promociona pero que en estos sectores no estaban siendo utilizados. Más allá de que correspondan a lo que la biomedicina considera adecuado que la población maneje autónomamente, no había medidas tendientes a que esto se incorporara o las mismas no habían sido efectivas en el período de tiempo inmediatamente anterior a la llegada de los egresados de la ELAM. Por otra parte, en relación a la “medicina alternativa” la entrevistada plantea:

En aquel tiempo me acuerdo que la gente se atacaba del estómago y lo primero que hacía se iba al médico y quería que el médico le diera las gotitas o le diera algún remedio y ellos recetaban muchos yuyos; yo me acuerdo que recetaban la marcela y otros yuyos que ahora en este momento no me acuerdo pero sé que sí y vi un poco de resultado. Igual que para los parásitos, cuando no tenían el metazol recetaban el ajeno, que nosotros lo conocemos y sabemos que es para eso pero no lo tomamos y hay gente, allá, por ejemplo, en mi barrio,

que tiene cantidad de plantas de ajenco y nunca las tomaba y empezaron. Capaz que ahora ya no tanto pero hubo una época fuerte que ellos se adaptaron y fueron generando estas cosas. Después fueron cambiando los médicos, no se siguió haciendo lo mismo y como que la gente se fue olvidando y volvió a la medicina..., ya no quiso más nada alternativo (Ibíd.).

En este caso, el proceso no habría tenido continuidad pero lo que interesa es observar que la consulta al ser intencionalmente utilizada como instancia de aprendizaje para mejorar la articulación entre la atención médica y la autoatención permite transformaciones incluso con respecto al aspecto que en ambos contextos de investigación resulta central en la labor médica: la prescripción de medicamentos alopáticos. La identificación del médico con esta actividad es un proceso históricamente constituido que ha resultado central para la hegemonía de la biomedicina ya que reafirma y expresa varios de sus rasgos estructurales, entre ellos el biologisismo, por lo tanto, lo considero también central para los procesos contrahegemónicos. Es de esperar que las transformaciones en este sentido sean especialmente frágiles o difíciles de implementar en las instituciones oficiales. Una egresada de la ELAM reflexionando sobre los cambios más necesarios en el sistema de salud chileno plantea:

todavía existe la medicina alópata, no hay ninguna intervención de cosas naturales, solamente medicamentosas. No hay ningún estímulo en que tu digas: esta hierbita sirve. Entonces, eso falta: generar otro tipo de intervención. Son cosas básicas: prevención, promoción de salud que no hay, generar los espacios educativos dentro de la misma consulta, de los mismos talleres. Todo parte de arriba pero los cambios más necesarios es tener una conciencia que parte igual de nosotros, de los profesionales, porque tampoco hay conciencia educativa [...] o sea es tratar nomás (Ea24 e/i 2011).

Las condiciones institucionales, como expuse antes, no brindan espacios para otras actividades y ni siquiera para ahondar en las causas de los padecimientos durante la consulta en donde el médico se limita a paliar o suprimir un síntoma expresado en el cuerpo e identificado exclusivamente en su dimensión biológica. Por otra parte, la dimensión simbólica y económica de la prescripción de medicamentos alopáticos tampoco debe ser dejada de lado (cfr. Menéndez 2009).

En Koñimo-Lamekura el impulso al consumo de medicamentos alopáticos y el relativo abandono de otros métodos para la sanación, prevención o abordaje de padecimientos que durante mucho tiempo habían resultado útiles y efectivos se considera un hecho que afecta negativamente la salud. La propuesta de atención colectiva pretende intencionalmente contrarrestar esto para lo cual la actuación médica en los “días de atención” juega un papel fundamental así como también los talleres, reuniones y otras actividades. Éste sigue siendo uno de los aspectos que con más frecuencia vuelve a ser criticado, por ejemplo, en el marco de las reuniones de evaluación que se desarrollan como cierre del día de atención. En estas instancias miembros del equipo de salud han planteado reiteradamente que se utilizan demasiados medicamentos alopáticos y que es necesario reducir consistentemente su uso. El retorno de este “problema” es cíclico: hay etapas en las que ha disminuido la prescripción de medicamentos alopáticos y se ha potenciado el uso de otras formas de sanación y otras en las que se recae en la prevalencia de la prescripción de medicamentos alopáticos. La egresada de la ELAM considera que esta situación tiene que ver con falta de coordinación y comunicación hacia el interior del equipo de salud, con falencias en su conocimiento sobre el uso de hierbas y la medicina local –ya que a pesar de su esfuerzo por formarse en este sentido aún debe aprender mucho– pero sobre todo con el aumento de la demanda asistencial. Cuando aumenta la cantidad de personas que concurren y no hay otro médico atendiendo disminuye el tiempo dedicado a cada paciente y a la interacción con los demás terapeutas. Esto la lleva a recurrir al tipo de actuación más automatizada que es propia de su actividad laboral en las instituciones oficiales.

De cualquier manera, frenar el mal uso de medicamentos alopáticos es considerado como uno de los aspectos positivos de ambas experiencias junto a la recuperación del uso de remedios caseros, hierbas medicinales, masajes y otras técnicas que antiguamente se utilizaban o que comienzan a utilizarse. Es sustancial destacar que esto no se realiza con la intención de limitar el acceso de las personas a las tecnologías biomédicas. Por el contrario, los esfuerzos se orientan a promover su uso adecuado en tanto resulten efectivas reconociendo las limitaciones, riesgos y perjuicios de estas tecnologías e intentando tomar en serio la profunda implicación de la industria químico-farmacéutica y su posición como actor central en la producción y reproducción del saber médico. Se trata de una tarea sumamente compleja en el marco de las actuales condiciones internacionales de producción y difusión del conocimiento.

Desde la perspectiva que estoy desarrollando la prevención de enfermedades y la promoción de la salud son parte de los comportamientos de autoatención. Como tales pueden ser mejor articuladas con el saber médico y, como vengo exponiendo, lo han sido en los contextos de atención primaria colectiva. A su vez representan uno de los campos identificados como más deficientes en las instituciones en las que trabajan los egresados de la ELAM en Uruguay y Chile.

5.3.4 Articulando saberes

Las experiencias de atención primaria colectiva centrales para esta investigación se caracterizan por su potencial para promover una ciudadanía consciente. El punto de partida para esto es el reconocimiento de los saberes de los conjuntos sociales y la posibilidad de articularlos mejor con el conocimiento y los puntos de vista médicos desde una postura crítica y autocrítica respecto de la manera de pensar y actuar actualmente hegemónica.

La experiencia de vida y formación en la ELAM promueve una postura epistemológica que acepta diversidad de formas de pensar y actuar sin necesitar organizarlas en una escala jerárquica, sin necesidad de colocar a la propia en un nivel superior a otras. Desde esta base es posible apuntar hacia la articulación de saberes. Esta experiencia encierra también un potencial crítico respecto del propio saber, del saber biomédico en general y, simultáneamente, promueve una profunda confianza en las posibilidades de la medicina. Lo determinante para que este potencial crítico se desarrolle en el contexto de inserción como médicos y conlleve un actuar que lo refleje, son, por una parte, las convicciones y posiciones personales de vida y, por otra, las condiciones que encuentre el médico para continuar y profundizar la crítica, entre las cuales el encuentro con posturas que cuestionan las formas de ser/hacer dominante presentes en ese contexto resulta fundamental.

En ambos contextos de investigación coexisten formas de ser/hacer dominantes con orientaciones que buscan, proponen, construyen formas diferentes, que en contextos institucionales suelen ser marginales y pueden no mantenerse. Sin embargo, su impacto a nivel de la construcción de sentidos y significados puede trascender más allá de su permanencia institucional. En Chiloé, las propuestas de la Unidad de Salud Colectiva fueron una de las orientaciones que sirvieron como punto de apoyo para profundizar y encausar el potencial crítico de la formación en la ELAM. Uno de los egresados recuerda:

En ese tiempo cuando yo llegué acá se estaba tratando de fortalecer el tema de las comunidades, de fortalecer la salud familiar, de fortalecer la salud complementaria, de evitar un poco el tema del asistencialismo; se quería evitar el tema del asistencialismo, del empastillamiento que tenía la gente, de pedir pastillas para todo. Cuando llegué acá había un equipo que estaba trabajando en esto; que claro, yo como venía desde Cuba venía con toda esa formación también y lo encontraba super bueno, muy muy bueno. Comencé a tener buenas relaciones con estas personas y obviamente a apoyar el tema

de la complementariedad, del fortalecimiento de las comunidades, de las comunidades indígenas, de las juntas de vecinos; que no tan sólo se reunieran para pedir sino para otras cosas también, la forma misma de sanarse [...] Ese equipo de trabajo estaban todos en esa postura, obviamente que yo vine a apoyar completamente desde mis conocimientos (Eo 18 e/i 2011).

Ese trabajo se vio prontamente truncado a raíz de lo que define como “graves problemas de ego” en el equipo de salud al que él pertenecía que había comenzado a trabajar con este otro equipo en el cual “había gente que no tenía un título profesional, un título universitario, y eso acá era mal visto por personas que sí tenían un título universitario” (Ibíd.). Desde la perspectiva desarrollada en el apartado anterior esto refiere al cuestionamiento de las jerarquías institucionales y sociales que implica, pero lo que interesa aquí es que más de cuatro años después el médico sigue lamentando la discontinuación de esa línea de trabajo. A pesar de la brevedad de aquella experiencia, para él resultó fundamental en el sentido de:

llevar a la práctica, porque ya en Cuba me lo habían enseñando, el no ver al ser humano como un ser biológico solamente sino que él pertenece a un conjunto de cosas, es un cuento trillado pero es como el ser bio-psico-social y espiritual. Cosa que yo lo entendía, en teoría, pero ya prácticamente tú lo aplicas acá, o sea, por ejemplo, te llegaba un paciente, que no tan solo veas por la parte biológica sino que también trataras de interiorizarte un poco más, en ese tiempo, que teníamos más tiempo por cada paciente, te interiorizabas un poco más de su vida, de conocer su realidad, de conocer quizás por qué está mal, por qué viene a todas las consultas habidas y por haber y se ve con los diferentes médicos, entender eso. La verdad es que ir conociendo al ser humano en general, las complejidades del ser humano (Ibíd.).

También para otros egresados el contacto con esta Unidad o con algunos de sus miembros significó un punto de apoyo en su inserción en el aparato sanitario local. Sirvió de orientación en sus experiencias de encuentro con la manera dominante de pensar y actuar, en particular, para mantener aquellos aspectos de su forma de ser/hacer centrales para su identificación profesional, para buscar desarrollar una práctica médica más coherente con sus expectativas dentro de las condiciones locales y encontrar una manera de ejercer los aspectos centrales de su comportamiento de rol.

En este apartado interesa explorar el encuentro de los egresados de la ELAM con la manera dominante de entender y actuar respecto de dos campos que son centrales para las propuestas de atención primaria: la prevención (y promoción) y la interculturalidad procurando evidenciar, las diferencias, a veces sutiles, que pueden tener un impacto profundo en la vida de las personas y sus grupos indicando también una dirección para transformaciones más amplias en las formas de ser/hacer dominantes que apunten a entender y practicar la prevención y la interculturalidad de otras maneras.

5.3.4.1 ¿Qué es la prevención?

Respecto de todo lo relacionado a articular el saber de los conjuntos sociales con el saber médico el contacto “persona a persona” es central para los egresados de la ELAM; en este contacto tanto los médicos como los pacientes “aprenden mucho”. A través de la relación presencial y personal tiene lugar una articulación intencional y positiva entre la atención médica y la autoatención, entendida como primer nivel real de atención, que incluye mejorar la prevención de enfermedades y la promoción y cuidado de la salud. Para esta articulación en el contexto clínico se incluye a la persona en relación a los procesos colectivos (familiares, comunitarios) de los cuales forma parte. Al mismo tiempo, el apoyo e impulso de procesos colectivos más amplios es la base, fundamento y punto de partida de la prevención y promoción de salud. La acción de conjuntos sociales organizados localmente enfrenta serias limitaciones en contextos en los que buena parte de los procesos que afectan de forma más

negativa la salud y la vida refieren a las actividades de la agroindustria o de las industrias extractivas, por ejemplo. De todas formas, lo que interesa destacar aquí es que esta manera de entender y practicar la prevención se diferencia de la tendencia dominante en Uruguay y Chile en aspectos sustanciales así como de la práctica biomédica y salubrista internacional.

La tendencia dominante asume una carencia de concepciones y acciones preventivas y una actitud reacia de los conjuntos sociales hacia la prevención (cfr. Menéndez 2009:121-122). Los egresados de la ELAM por el contrario procuran conocer, comprender y utilizar las concepciones preventivas presentes en los conjuntos sociales, lo que implica estudiar, investigar y buscar articular las concepciones médicas con las de los conjuntos sociales, y asumir conscientemente modificaciones y transformaciones respecto del saber popular y del saber médico. Como plantea Menéndez “[e]l desarrollo de criterios de prevención respecto de los hechos, factores y/o actores que amenazan real o imaginariamente a un grupo, constituye un proceso estructural en el desarrollo de la vida de los grupos y sujetos sociales”. Lo cual significa que no hay grupos, familias, clases sociales o culturas que carezcan de estos saberes. Reconocer estos procesos y tomarlos como punto de partida constituiría para el autor un cambio radical en la perspectiva salubrista (Ibíd.).

Entonces las diferencias entre el saber preventivo de los conjuntos sociales y el biomédico no radica en una ausencia de conceptos preventivos o una actitud de rechazo hacia la prevención por parte de los conjuntos sociales sino en el hecho de que “la mayoría de los conceptos preventivos que utilizan los sujetos y grupos son producto de procesos sociales y colectivos” mientras que “gran parte de la prevención que están impulsando la biomedicina y el sector salud tienen como destinatario al individuo”. Los conceptos de estilo de vida y riesgo, que son centrales para el desarrollo de las concepciones preventivas biomédicas han sido manejados y referidos al individuo. Este proceso de focalización en el estilo de vida y riesgo individual, se articula y potencia con otros procesos sociales como la promoción del consumo individual, que incluye el consumo individual de salud (Ibíd.:126).

Los egresados de la ELAM cuestionan la manera en que el sector salud de Uruguay y Chile procura convencer a las personas sobre la necesidad o potencial beneficio de cambios en el estilo de vida individual o del sometimiento a procedimientos que la biomedicina considera preventivos. Sus críticas pueden agruparse en torno a tres ejes: (1) la ineffectividad de las acciones, (2) la limitación/reducción a la dimensión biológica e individual y (3) el efecto negativo de algunas medidas o formas de hacer prevención respecto de procesos sociales más amplios.

La ineffectividad de las acciones es cuestionada en varios sentidos. Uno de los más evidentes es el hecho de que en los contextos de atención primaria médica en Chile y Uruguay lo que se entiende y las instituciones promueven como prevención e incluso como promoción se desarrolla sobre todo a través de folletos, afiches o medios audiovisuales respecto de los cuales surgen una serie de reflexiones:

el otro día yo estaba mirando como tres carteles que hay por ahí, están pegados, después te los muestro: hay una mujer, terrible flaca, pelo liso, no tiene nada que ver con la mujer chilota, igual que hay dos ancianos así, canosos, altos, con unas bicicletas en un parque, o sea no son chilotos. Entonces, la gente mira y ¡qué se va a sentir identificado con eso! Y, por eso, no los pesca. Entonces, le digo a la gente que venga a hacerse el PAP o venga a hacerse el EFAM [Evaluación Funcional del Adulto Mayor], claro, pero cada vez que miran ven una foto de una persona que “eso no es para mí, no está a mi alcance” piensa, porque es otra gente, son gente que aparece en la tele, gente de la novela pero no es gente como nosotros. Entonces, la gente no se ve aquí adentro, la gente viene, mira y nos ve a nosotros y... [...] Creo que la gente no se siente identificada con los lugares donde se va a atender y ni siquiera con la gente que los atiende (Eo20 e/i 2011).

Para superar esta situación se requiere continuidad y un trabajo que vaya más allá de lo asistencial:

la gente después, conociendo al profesional y más si el profesional trabaja en la comunidad ahí más lo va a a conocer y uno puede tratar de cambiar la imagen que tenga la gente. Claro, yo hablo de cambiar la imagen de la gente pero nosotros tenemos que cambiar también la imagen que tenemos de la comunidad, o sea hay gente que viene y dice: “oh, pobre gente, que son gente pobre”, es un discurso asistencialista, de caridad, eso me molesta: “ay, que pobre gente”, que son gente que necesita asistencia, no, eso no me gusta.

Entonces, a partir de ahí, cuando empecemos a cambiar mentalidades, la nuestra y la de la comunidad y que funcionen juntos o sea que la comunidad sea más partícipe de esto. Por ejemplo, que acá en la posta la comunidad opine cómo debe funcionar, qué creen ellos que es mejor porque claro esto funciona para ellos, esto funciona para la comunidad y a partir de ahí, empezar a cambiar desde los municipios, de la base, desde abajo, ahí podríamos empezar a tratar de cambiar un poco el sistema de salud (Ibíd.).

El primer aspecto que aparece identificado como necesario para avanzar hacia una atención de salud que incluya la prevención y la promoción, que necesariamente implica actuar sobre los aspectos del entorno y de la forma de vivir, tiene que ver con la cercanía con las personas que concurren a las instituciones de salud y su participación en ellas. Se trata de algo que fue fundamental para las propuestas de atención primaria integral y que sufrió el mismo proceso que la propuesta en sí: fue prontamente apropiado por actores e instituciones que no tenían ningún interés en la participación real de los conjuntos sociales subalternos²⁶⁶.

Los egresados reafirman constantemente la posibilidad y necesidad de que sea tomada en cuenta la opinión de las personas a quienes están destinados los servicios de salud respecto de todos los aspectos de su funcionamiento. En las experiencias de atención primaria colectiva esta convicción ha sido puesta en práctica; en algunas experiencias de gestión de egresados de la ELAM también se ha procurado incorporarla. La directora del primer nivel de atención de Artigas considera que es la gente la que conoce sus necesidades y la que ha guiado su trabajo. Se trata de un aspecto complejo ya que las posturas y opiniones de las diferentes personas y conjuntos sociales que utilizan los servicios de salud son heterogéneas y, en oportunidades, se contraponen a las posturas, opiniones y lineamientos institucionales. Lo que interesa destacar es que resulta fundamental como punto de partida el convencimiento del médico respecto de que ese es el camino que es necesario recorrer a pesar de las limitaciones que tienen que ver con cambios profundos a nivel social amplio. Reflexionando sobre la implementación de la reforma de salud, esta médica plantea:

Tenés tres pilares: el cambio de gestión, el cambio de modelo de atención y la parte financiera. En el cambio de gestión, de modelo de gestión tenés no únicamente esto de que ASSE se separó del Ministerio, que tenés los cinco directores de ASSE, que toda esa vuelta sino que tenés, por ejemplo, el hecho de que para tomar decisiones para todo a nivel nacional y a nivel departamental y en la chiquita, hasta en el centro de salud, decidir con los trabajadores y con los usuarios. En la práctica es re difícil hacer eso (Ea1 e/i 2012).

Las dificultades tendrían que ver sobre todo con la prevalencia de intereses personales sobre los colectivos y la utilización de espacios de representación para la promoción de los primeros, algo que está profundamente arraigado en las formas de organización dominantes en el mundo actual y, en particular, en las democracias formales como la uruguaya o la chilena. Además, se suma otra dificultad en la relación con lo que desde la reforma de salud se define como usuarios: “hay tres movimientos de usuarios porque no se deciden y entonces se divide, se divide, se divide: ¿a quién le hacés caso?” (Ibíd.). Las divisiones al interior de las organizaciones sociales son otro de los aspectos característicos de sus relaciones con las

²⁶⁶. Al punto que en relación a políticas sanitarias actuales surge la pregunta: “¿dominar a través de la participación?” (Boccaro y Bolados 2008).

instituciones estatales en estos contextos. De todas maneras, el principal problema radica en las dificultades para reflexionar y proyectarse desde lo micro hacia aspectos más abarcadores. Las reuniones se centran en asuntos de carácter personal o diferencias internas: “al final caés en la chiquita, cuando, en serio, supuestamente es para entre todos proyectar, para entre todos pensar cómo resolver cosas, cómo mejorar”. Entonces, concluye: “nos falta mucho, a las autoridades y le falta mucho a todos para poder hacer eso bien, porque lo ideal sería que fuera así, [...] pero en la práctica eso no se da mucho, se da a veces, ojo, no es tampoco que nada funcione pero cuesta mucho y hay mucho conflicto, mucha cosa” (Ibíd.).

Para este trabajo lo importante es que de parte de los médicos existe la convicción de que el camino para mejorar, para resolver cosas, para proyectar formas de hacer diferentes implica articular las posiciones, conocimientos y opiniones de los conjuntos sociales y de los saberes profesionales en un proceso que apunte a la construcción de nuevos saberes. En algunos casos demuestran además capacidad para poner en práctica esta convicción. Las principales limitaciones que encuentran para ello tienen que ver con características propias de las sociedades actuales que refieren, en última instancia, con la (in)capacidad para proyectarse a partir de la situación concreta y particular de un grupo a un nivel social más amplio, para articular niveles de análisis y de acción que se incluyan.

La lejanía entre los conjuntos sociales y las instituciones sanitarias se expresa de variadas maneras afectando la efectividad de las formas de hacer prevención:

La otra vez estuvimos en una capacitación entonces salió el tema del SIMCE [Sistema de Medición de la Calidad de la Educación] y el [médico] general de zona dijo que se ha visto que muchos de los niños del octavo básico no tienen ni siquiera la mínima comprensión de lo que leen. O sea esto lo estamos viendo proyectado a un adulto: si no entiende lo que lee, difícil va a entender un folleto. Entonces, uno dice: ¿hasta donde son efectivos todos esos mecanismos que tenemos? Son, inefectivos. Entonces, es terrible yo creo que por eso es importante el trabajo persona a persona, explicarle con peras y manzanas la importancia de estos cambios de conducta, lo que estábamos hablando recién [se refiere a que las personas identifiquen en la conversación con el médico qué aspectos de su vida están influyendo negativamente en su salud] (e/i 2010).

La situación se agrava más al tener en cuenta que gran parte de lo que queda de la consulta con el médico es la anotación o indicación escrita de un tratamiento. Ante esta situación los egresados desarrollan diversas búsquedas para mantener un comportamiento de rol que los identifique, sobre todo, respecto de sí mismos como médicos. En ocasiones, en especial en lo referente a prevención y promoción estas búsquedas entran en contradicción con el comportamiento de rol esperado de ellos

Una variante bastante extendida de estas búsquedas es la de colocar carteles caseros realizados por los médicos, enfermeros, técnicos paramédicos, personas de la comunidad o en conjunto. En salas de espera en las que había este tipo de carteles he observado que las personas se detienen ante ellos, reproducen verbalmente el mensaje que captan y lo comentan. Esto puede deberse a que identifican allí el esfuerzo realizado por alguien cercano, o por lo menos identificable como persona que comparte o transita ese mismo espacio, para transmitir algún tipo de información. Se genera una cercanía mayor entre quien procura transmitir algo y quién aparece como receptor de ese mensaje que se ve promovida por la mayor presencia de la realidad local en el cartel ya que funciona como base para su construcción. Otra variante tiene que ver con promover medidas educativas y/o recreativas en sentido amplio: organización de campamentos, recuperación de espacios para actividades deportivas y recreativas, apoyo y promoción de actividades educativas (alfabetización, cursos para adultos, talleres de oficios, talleres de expresión para jóvenes, etc.), teatro, música. Entre las iniciativas de este tipo que he registrado interesa comentar la propuesta de desarrollar actividades de alfabetización en una zona apartada de Chiloé. La misma expresa además el segundo tipo de críticas: la reducción a

la dimensión biológica e individual, es decir la escisión de estas dimensiones respecto de otras que pueden tener igual o mayor influencia e importancia pero que son dejadas de lado.

La recepción y las transacciones que tuvieron lugar a raíz de esta propuesta dan cuenta de manera excepcional de las situaciones que se generan en el encuentro entre la forma de pensar y actuar de los egresados de la ELAM y la hegemónica. Además, manifiestan con claridad que la salud es un producto histórico y que lo que pertenece o no a este campo, lo que se reconoce o no como un problema de salud, es definido de acuerdo a situaciones históricas particulares en contextos socioculturales específicos. En esta definición, como propone Fassin, se expresan las tensiones fundamentales de las sociedades (cfr. Fassin 2004).

En Cuba el analfabetismo es considerado un problema de salud. Como expuse en el capítulo 3 la alfabetización y la construcción del sistema de salud fueron procesos paralelos desde comienzos de los 60' en el contexto de las transformaciones político-sociales emprendidas. Los programas de alfabetización se continuaron con programas de universalización de la educación primaria, secundaria y ahora terciaria. Los programas de salud pública cubanos están desde entonces estrechamente ligados al nivel de educación formal de la población. Los programas internacionalistas cubanos del área de la salud incluyen también actividades de alfabetización y educativas en general. Los egresados de la ELAM aprendieron en su formación que el analfabetismo es un problema de salud. En los contextos de inserción laboral en sociedades en las que el lenguaje escrito juega un rol fundamental, en particular, en el contacto de las personas con las instituciones sanitarias reafirman esta convicción:

Cuando llegué acá, me di cuenta que había un tema con la gente que no sabía leer y, ponte tú: ¿cuánta plata se gasta en Chile en hacer afiches? Mira el afiche que está acá: yo no lo alcanzo a leer de acá, no sé si tú, es super chico, es latero, es gente que no sabe leer, hay gente que le da vergüenza reconocer que no sabe leer. Entonces, me di cuenta que hay cero sensibilidad al respecto y no lo ven como problema de salud; ¿por qué?, porque ellos hacen sus afiches y dice: ¡Ohh, si tienes 60 años inscríbete en el AUGÉ porque te va a resolver tu sonrisa! Y la persona que ve eso está viendo un papel en blanco [...] Entonces, tratamos de hacer esa cuestión [alfabetizar]. El diagnóstico de salud arrojó un tanto por ciento de analfabetos; pensé que era más, resultó ser algo menos pero igual hay gente que no sabe leer y que cuando tú, por ejemplo, pones eso, es como si no estuvieras haciendo nada [...]. o, por ejemplo, escribes una receta, o un medicamento: “¿qué medicamento toma?”; “no, la pastillita blanca”. Entonces, cuando lo propuse, me sentí super mal porque me trataron así como de que nada que ver, que eso es un tema netamente de educación, no tiene que ver con salud (Eo23 e/i 2011).

Profundizando sobre la respuesta que tuvo su propuesta, comenta:

Y todos fue como: “no, lo que pasa es que tú tienes que aprender a expresarte bien”. Ese fue el tono: “tú tienes que saber explicarle a la señora”. [...] Me decían que a mí no me iban a estar pagando para enseñar a leer. Pero a la hora de hacer una exposición si llega una persona que no sabe leer, no puede leer, no cachea, hasta para ir a comprar: ¿cómo eso no va a incidir en la salud de una persona? Es ilógico. Entonces, no llegan a comprender que va todo junto, de la mano (Ibíd.).

Finalmente, se desarrollaron actividades de alfabetización a través de gestiones y apoyo de una agente comunitaria y la técnico paramédico del lugar (quien desde el principio consideró que lo que el médico proponía era oportuno). Ambas así como otros actores concuerdan en que la propuesta de abordar el analfabetismo suscitó profunda incompreensión en las instituciones sanitarias. Esto ratifica la hegemonía de una representación y manejo de la salud desde los aspectos biológicos curativos individuales. Más allá de que a nivel discursivo se hable de integralidad y de la inclusión de los aspectos sociales o de la promoción de la calidad de vida, a nivel de las representaciones y de las prácticas estos aspectos no han sido verdaderamente integrados por parte de las instituciones. En una entrevista la agente

comunitaria comenta espontáneamente el suceso en el marco de su reflexión sobre la inserción de médicos egresados de la ELAM en Chiloé, precisamente como ejemplo de lo que denomina “falta de apoyo” hacia estos médicos así como, en general, hacia profesionales que se radican en zonas apartadas:

recuerdo muy bien que acá cuando yo escuché hablar de [nombre del médico] que era el médico que está en [nombre del lugar], fue porque él en ese tiempo fue a Educación a solicitar un programa de educación para [nombre de un sector]. Porque claro, él vio una realidad que había una necesidad que era de educación. Sin embargo, acá se le dijo que no anduviera hueviando que a él no lo habían contratado para ver el tema de educación. Entonces tú dices: ¡pero cómo! si acá hay todo un discurso de que la salud es más allá de estar enfermo o no, tiene que ver con las condiciones de vida de la gente. Entonces, es super contradictorio porque ahí debió haber habido un apoyo y no lo hubo. Entonces, yo veo que se da en otras áreas, por ejemplo, el tema de acercarse más a los técnicos paramédicos, hacer una relación más cercana, no poh, el resto del equipo les dice: “oye no, tú no estás para eso, tú estás para atender solamente”. La dificultad es como que no se ve toda la potencialidad que puede tener este médico, que tiene otra formación, para Chiloé sino que siempre está limitado a la atención y a la atención del enfermo, porque también puede ser a la atención al sano en términos de promoción, prevención, calidad de vida (e/i 2011).

Esta reflexión condensa algunos asuntos importantes. A nivel oficial y técnico se pueden aceptar superficial y discursivamente representaciones, como las referidas a la integralidad o la inclusión de aspectos sociales, culturales, económicos, etc, que no pueden ser expresadas en acciones o prácticas concretas ya que contradicen rasgos centrales del modelo hegemónico y asumirlas verdaderamente, significaría cambios profundos. De esta manera la aceptación discursiva opera como freno al potencial crítico real de ciertas propuestas y concepciones, al tiempo que es necesario promover conductas que reproduzcan el modelo dominante, que se interpretan como técnicamente fundamentadas, e inhibir o por lo menos no impulsar iniciativas que apunten a poner en práctica lo aceptado verbalmente.

Lo que la entrevistada plantea como falta de apoyo no sólo refiere al apoyo ante propuestas o prácticas diferentes a las dominantes sino también a condiciones y costumbres institucionales que promueven el trabajo solitario del médico. En condiciones de aislamiento geográfico y vulnerabilidad socioeconómica la idea de que un médico individual puede hacerse cargo en solitario de la atención primaria de salud, aún cuando la misma sea concebida solamente como atención primaria médica y mucho más cuando se apunte a una atención primaria integral es, cuando menos, ingenua. Sin embargo, lo que los servicios de salud promueven es justamente esto. Conseguir que un médico se radique en una zona asilada es un logro que conforma simultáneamente a la población y a las autoridades sin mucho cuestionamiento sobre qué puede hacer el profesional en esas condiciones ni cuáles son las consecuencias para él. Es más, es bastante común el desmantelamiento de equipos que se habían conformado después de un lapso más bien breve. Por otra parte, las quejas de la población ante cualquier tipo de problemas suelen recaer en el médico o el escaso personal de salud sin tener en cuenta el peso de las condiciones institucionales. Esto contribuye a que la responsabilidad institucional pueda ser evadida.

El aporte que el médico pueda hacer para la prevención y promoción de salud entendida como aquella que incluye una actuación sobre los factores ambientales, socioculturales y económicos determinantes de los problemas de salud así como el fortalecimiento, mantenimiento o promoción de aquellos protectores a nivel individual y colectivo, depende tanto de su formación y habilidades personales como de la articulación con otros saberes, en particular los de los conjuntos sociales, de las demás formas de atención y de otras disciplinas. Asumir verdaderamente la complejidad de este proceso llevaría a abrir posibilidades para la aplicación de la concepción aceptada, tanto por parte de las propuestas de prevención en términos de estilo de vida como de las que plantean la centralidad de las condiciones

estructurales, de que los factores culturales, sociales y/o económicos son los principales factores de protección y prevención (cfr. Menéndez 2009:128).

El trabajo aislado de un médico enfocado exclusivamente a lo asistencial no permite este tipo de articulaciones. Por su parte, en las experiencias de atención primaria colectiva es central el hecho de que más de un médico participara constituyendo equipos médicos. En Bella Unión y en los momentos que se recuerdan como más positivos de la experiencia de egresados de la ELAM en Koñimo-Lamekura, el equipo estaba constituido por un hombre y una mujer quienes trabajaba en estrecho contacto con personas de la comunidad, y en Chiloé además con otros sanadores y terapeutas, lo cual facilitaba la articulación del saber médico con otros saberes.

Además de los cuestionamientos a la ineffectividad de las medidas preventivas y a la reducción a la dimensión biológica individual, el tercer tipo de críticas que destaca refiere al efecto negativo de algunas medidas o formas de hacer prevención sobre procesos sociales más amplios. La siguiente experiencia en el marco de una campaña de prevención del dengue (Uruguay, 2007) es uno de los ejemplos más claros. Una egresada plantea:

El mensaje era lo que había que decir pero me pareció muy alejada de la gente, a nivel del contacto persona a persona me pareció alejada. Por otro lado, acá hay una población importante que es de difícil acceso y además está el concepto, se cree, que con la televisión alcanza. Pero el proceso de promoción y educación no tiene tanto que ver con la información que puedas dar, ni cuántas veces pases el reclame en la tele, sino con cómo lograrás que la gente lo sienta, lo procese, lo identifique; eso me parece que faltó un poco. La otra contra que tenemos acá es el sensacionalismo en los medios, formaron un caos cuando no había que formarlo y no le dieron la importancia que le correspondía cuando empezó y todo para manipulación política. Estamos hablando de salud, de epidemiología, el manoseo político en esos planos es falta de ética total de los medios de comunicación y eso hace daño a todos los procesos educativos porque te descentra de los ejes. Creo que, sobre todo, hay que fortalecer el tema del trabajo de base (Ea21 e/i 2007).

Ella, al igual que todos los egresados que se encontraban trabajando en el nivel primario, reaccionaron inmediatamente ante la alerta de la presencia del vector transmisor de esta enfermedad organizando “comités de recorridas, talleres, difusión, lo que nos han enseñado” (Ibíd.). Básicamente convocando a actividades para dar a conocer la situación y promoviendo que los concurrentes repliquen ese conocimiento adaptado a las condiciones concretas del lugar y lo expresen en prácticas concretas. Esta egresada planificó y desarrolló las tareas junto con otro médico joven egresado de la UDELAR y recibió en su sector las actividades planificadas por instancias superiores de las instituciones sanitarias. El trabajo en conjunto con el médico fue bueno, la diferencia más importante que tuvieron tuvo que ver con que él manifestaba muchas dudas respecto de la capacidad de la gente de comprender el conocimiento biomédico sobre el dengue, ante lo cual llegaron a un acuerdo:

Una de las cosas que yo aprendí allá [en Cuba] es a no subestimar a la gente, vos tenés que darle la información y dejar que haga su proceso, él quería suprimir la cadena epidemiológica, que en realidad es compleja, entonces le dije: “mirá, vamos a dejarla, si vemos que no la entienden, como decís vos, la sacamos”. Estuvo de acuerdo y así lo organizamos y fue emocionante ver cómo la gente traducía lo que yo estaba explicando, cómo hicimos el esquema y bueno funcionó muy bien. Entonces, ese equipo de vecinos estaba preparado para salir a replicar [...] ya estábamos preparados, teníamos formado un comité de emergencia en la zona, todo el mundo estaba avisado (Ibíd.).

Por el contrario, la recepción de un equipo perteneciente a instancias institucionales superiores especialmente dedicado al tema resultó más bien contraproducente, en especial respecto de procesos colectivos de mediano y largo plazo:

El día que las ovitrampas dieron positivas los vecinos me avisan enseguida y empiezo a ponerme en contacto con todos, me entero que Salud Pública ya tenía algo organizado e iba a haber una recorrida. Entonces, la junta local [...] dice que no cuenta con personal pero que cuenta con vecinos de la Comisión de Usuarios que están capacitados, lo que para mí y mis vecinos fue un gran honor. Ahora, la dirección del sistema de salud no los tiene en cuenta: como las vecinas hablan lento, como escriben poco, salieron a hacer las recorridas casa por casa sin tenerlos en cuenta, quedando ellos ahí, totalmente disminuidos porque, además, acá la relación médico-paciente es una relación jerárquica: el médico es el que habla, el que decide, el que propone, entonces levantarle la autoestima a la gente no es fácil [...]. Eso repercutió en la relación que yo intento formar entre el equipo técnico y el equipo de vecinos (Ibíd.).

Volvemos aquí sobre la dificultad que implica el contacto entre distintas instancias o niveles de instituciones jerárquicamente organizadas y estratificadas de una manera que promueve contactos verticales que implican que las instancias organizativas superiores a priori consideran sus formas de proceder como mejores, más adecuadas, desconociendo, subestimando, menospreciando el trabajo realizado en otros niveles.

Los egresados de la ELAM insisten en que además de la cercanía respecto de las personas a quienes se destinan las actividades de prevención y promoción, sobre todo, su participación activa es fundamental pero no como colaboradores secundarios sino como principales articuladores del saber biomédico con los saberes y la realidad local. Para estos médicos nada reemplaza al contacto directo, persona a persona en relevancia y efectividad para promover cierto tipo de comportamientos ni a la incorporación de las condiciones reales y concretas de vida, ya que lo central no es tanto el mensaje que se quiere transmitir sino “cómo lográs que la gente lo sienta, lo procese, lo identifique”. Esto sólo puede darse desde la situación particular y concreta de vida de las personas y los conjuntos sociales.

Ahora bien, más allá de estos tres niveles de crítica hacia lo que se entiende y practica como prevención y promoción, hay aspectos filosóficos y estructurales que inhiben una concepción más abarcadora y verdaderamente preventiva. Entre ellos el centrarse en la enfermedad y la atención del enfermo determina una dificultad sustancial respecto de promover la salud. Esto tiene que ver con concepciones filosóficas profundas de la biomedicina, de la epidemiología y de la salud pública convencional que operan en el marco de las instituciones de salud en muchos niveles y que inhiben una comprensión diferente de qué puede ser la prevención. Las expectativas de prevención y diagnóstico precoz están puestas en el uso de tecnología que permita someter a escrutinio partículas cada vez más pequeñas y, lo que es más significativo para los contextos de esta investigación, estas tecnologías tienden a funcionar más como limitación para el acceso a un tratamiento que como garantía del mismo. En gran medida han desplazado la interpretación de los signos y síntomas clínicos tendiendo más a obstaculizar que a garantizar un diagnóstico precoz e incluso de un diagnóstico que conlleve un tratamiento en contextos donde la estratificación de la atención biomédica tiende a desconocer las realidades locales y las posibilidades reales de acceso a los servicios de segundo y tercer nivel respecto de los cuales la atención primaria funciona como filtro.

Además de las inequidades en el acceso a estas tecnologías, su desarrollo y utilización se ve impulsado más por consideraciones económicas y por su poder como mecanismo de control y normatización que por consideraciones respecto de la vida, salud, libertad o felicidad de las personas a las que son aplicadas. Algunas medidas promovidas actualmente desde las instituciones estatales como prevención implican la obligatoriedad de sometimiento de las personas incluso a tecnologías nada inocuas y sobre las que no existe consenso en cuanto a su utilización como mecanismo preventivo²⁶⁷.

267. Es el caso de la ley que promueve la obligatoriedad de la mamografía para mujeres mayores de 40 años en Uruguay. Ante este tipo de situaciones, los médicos en general y los médicos jóvenes en

Reflexionado sobre la biomedicina actual el médico Jaime Ibacache Burgos plantea:

Lo que tenemos hoy día es una biomedicina que prioriza el mantener el cuerpo en buen estado, evitar que el cuerpo enferme a través de una serie de procesos diagnósticos y terapéuticos que están dirigidos justamente hacia el tema del cuerpo. Lo cual la hace diferente de la medicina originaria, de la salud de los pueblos originarios que es un todo integral y nunca sufrió separación pero que llega un momento en que es complicado porque es tan fuerte el poder hegemónico de la biomedicina que muchas de estas experiencias de los pueblos originarios, ya sea en Chiloé como también en el resto del país, han sido influenciadas por esta mirada biomédica. Entonces, las experiencias al final terminan reproduciendo este mismo modelo, haciendo de la medicina originaria..., fraccionándola y una parte se empieza a preocupar del cuerpo y así tenemos que, por ejemplo, el uso de las plantas medicinales, el uso de cosas energéticas, el uso de rituales van básicamente dirigidas hacia el fortalecimiento del cuerpo sin preocuparse de la causa de las causas ni tampoco de cómo están introducidas ahí o tienen que ver las emociones y la cosa espiritual (e/i 2010).

Pensando en algunas experiencias que podrían caracterizarse como de salud colectiva por su carácter incluyente y no excluyente de los conocimientos y las formas de ver la realidad, la salud y la enfermedad, entre ellas la de Koñimo-Lamekura, propone que

El gran aporte de estas experiencias creo yo va a ser justamente ir hacia poder determinar y tratar la causa de las causas de las enfermedades que en la biomedicina se desconocen. El 80% de las enfermedades de la biomedicina aparecen como esenciales o ideopáticas, o sea están queriendo decir que no se conoce la causa. Pero, sin embargo, las causas sí las comunidades saben cuáles son y eso es el aporte que se puede hacer, la promoción de la salud y prevención de estas enfermedades (Ibíd.).

Éste es un aspecto fundamental: la prevención de enfermedades y promoción de la salud requiere de un análisis, conocimiento y explicación adecuada respecto de los aspectos causales de las situaciones en las cuales las personas y conjuntos sociales viven, enferman, sanan o mueren que se inscriben en procesos históricos específicos. Se trata de algo reiteradamente reconocido por parte de epidemiólogos, médicos, antropólogos, historiadores, etc., algunos de los cuales han desarrollado propuestas teórico-metodológicas muy ricas y útiles (cfr. Menéndez 2009:91-109). Por ejemplo, se han desarrollado tendencias teóricas que refieren a la existencia de campos sociales o situaciones patologizantes en los cuales se juegan las causas, los actores y los padecimientos e incluso apuntan a la necesidad de partir de las condiciones y modos de vida entendidos en toda su complejidad social para encontrar la real causalidad (Renaud 1992; Menéndez 1996, 2008; Fassín 2004, Farmer 1992, 2003). Estas tendencias son marginales tanto en epidemiología y salud pública como en antropología.

Analizando la perspectiva epidemiológica Menéndez destaca que hay corrientes que colocan la causalidad, los mecanismos de enfrentamiento y solución en campos de fuerza, en relaciones sociales o espacios patologizantes, y no en factores aislados, pero “lo dominante sigue siendo, a nivel de discursos teórico/ideológicos, la multicausalidad, y a nivel de las prácticas la búsqueda de algún tipo de unicausalidad. Y ello por múltiples razones, pero sobre todo en función de la posibilidad de establecer estrategias preventivas puntuales, sencillas y frecuentemente basadas en fármacos” (Menéndez 2009:94). Además, las expectativas colocadas en la investigación genética refuerzan la “ideología de la causalidad única” pero el pensar hegemónico fue dejando de lado no sólo las posibilidades de asumir verdaderamente la multiplicidad de causales, la complejidad, profundidad histórica y situacional que requiere el análisis y la intervención desde esta perspectiva sino la preocupación por la causalidad en sí. La misma ha sido reemplazada por la construcción de indicadores y grupos de riesgo que permitan una intervención en términos de prevención no referida a los aspectos causales sino

particular tienen una tarea constante y nada fácil de crítica, cuestionamiento y discernimiento respecto de lo que aparece, se promueve, se distribuye y se enseña como conocimiento científico.

a modos de vida sumamente simplificados e interpretados como estilos de vida individuales (cfr. Ibíd.:94-95).

Por su parte, en la antropología fue ganado hegemonía la tendencia a focalizarse en la dimensión simbólica de los procesos de salud/enfermedad/atención dejando de lado los procesos socioeconómicos, políticos, ideológicos e históricos lo cual tiende a reforzar el desinterés por las causas que se observa en la epidemiología. De esta manera, la participación de antropólogos en análisis epidemiológicos orientados al desarrollo de estrategias preventivas en ocasiones contribuye a descontextualizar más los fenómenos dificultando el desarrollo de estrategias que aborden y asuman los procesos históricos en los cuales se juegan los padecimientos²⁶⁸.

Interesa volver sobre la reflexión del médico antes citado que propone que “la gente sabe perfectamente cuáles son las causas de las causas” que tienen que ver “con una serie de angustias, emociones y tiene que ver muchas veces con el tema de territorio, la pérdida de tierras, la pérdida de la naturaleza, la pérdida del borde costero” (e/i 2010). Buena parte de las personas que habitan estos territorios, desde una perspectiva situacional e histórica, reconocen en la ocupación del espacio siconatural de reproducción de la vida por empresas transnacionales con actividades orientadas al mercado internacional y altamente nocivas para la vida en las “fronteras del capitalismo global” la causa central de los desequilibrios que afectan la salud. Sin embargo, las instituciones oficiales y la biomedicina nacional e internacional siguen teniendo dificultades para aprehender estas causas o determinantes y sobre todo, para actuar sobre ellas. Asumir plenamente los efectos que el capitalismo global y su expansión constante tiene sobre la vida en el planeta implica que la prevención de enfermedades y la promoción de salud no pueden ser enfocadas como responsabilidades individuales o de los microgrupos ni aisladas de las inequidades y desigualdades sociales y de poder. Es imprescindible, entonces, tener en cuenta los “productores de padecimientos” y actuar sobre ellos (Mc Kinlay 1982 en Menéndez 2009:117).

Resulta imprescindible acercarse a las personas y los conjuntos sociales el conocimiento sobre las enfermedades que ha acumulado la biomedicina y sus tecnologías diagnósticas y de tratamiento, al menos una parte de ellas, pero permitiendo y promoviendo el intercambio con el conocimiento y las acciones de esas personas y conjuntos respecto de su salud. Articular el saber biomédico con el de los conjuntos sociales desde una perspectiva crítica, desde una ética que apunte a la construcción de un saber sobre la salud y la enfermedad, sobre la vida y la muerte que deje de ser funcional a la forma de organización socioeconómica imperante. La antropología podría aportar en tanto se conciba como posibilidad de análisis situacional e histórico referido a las condiciones de vida y procesos concretos que afectan a las personas y conjuntos sociales en comunicación y diálogo con otros saberes.

5.3.4.2 ¿Qué es la interculturalidad?

En la línea de lo que venía desarrollando también la “interculturalidad en salud”, “salud intercultural”, “diversidad cultural”, “multiculturalidad” u otras variantes de estas denominaciones enfrenta serias limitaciones. Este concepto al igual que los de atención primaria, participación, prevención y promoción, ha sido apropiado o resignificado por organismos internacionales, agencias multilaterales y estados neoliberales como forma de mantenimiento de la racionalidad hegemónica –y de la dominación a la que es funcional– más

268. Esto aparece con claridad en el estudio de Fassin sobre el abordaje del saturnismo infantil en Francia (cfr. Fassin 2004) y será retomado en el próximo apartado. El desinterés de antropólogos y científicos sociales por las causalidades de los fenómenos es particularmente notorio en el campo del desarrollo. Se generan programas de ayuda a partir de análisis que no refieren a las condiciones de pobreza, inequidad, abusos de poder e injusticias sociales y que no incorporan el contexto sobre todo respecto de sus aspectos transnacionales (cfr. por ej. Groves y Hinton 2005).

que como forma de transformación. En la mayoría de los contextos el potencial emancipador que encierra el reconocimiento de la diversidad, multiplicidad, pluralidad cultural no puede ir más allá del nivel discursivo²⁶⁹. Esto no niega la importancia del reconocimiento internacional de la diversidad cultural ni la existencia de experiencias positivas en la aplicación de los lineamientos nacionales e internacionales y tampoco los esfuerzos que varios estados, organizaciones, instituciones y grupos de base han desarrollado en este sentido. Más bien pretende señalar las limitaciones para la puesta en práctica de las concepciones y propuestas inter, multi, pluriculturales a pesar de la cantidad y riqueza de la discusión teórica y de la aparente unanimidad en la aceptación de ciertas bases y puntos de partida. A la vez pone de manifiesto algunas limitaciones teóricas importantes entre las cuales una parte sustancial refiere a la unilateral orientación hacia los aspectos simbólicos de la cultura que desde los 70' fue ganando hegemonía en la antropología y que, por lo menos en los contextos de esta investigación, sigue prevaleciendo en el manejo de la interculturalidad en salud.

Dentro de la práctica médica de los egresados destacan algunos aspectos que si bien pueden parecer sutiles o no directamente relacionados con la interculturalidad (si la misma se entiende desde la perspectiva culturalizante), indican un mejor punto de partida para la comprensión y manejo práctico de las relaciones interculturales. Y también para enfrentar uno de los problemas que Menéndez identifica como centrales: la “necesidad de discutir un concepto de interculturalidad que no agota la cultura exclusivamente en la dimensión simbólica” así como de reflexiones y propuestas metodológicas para el estudio de relaciones sociales, económicas y culturales desde la particularidad de un antropólogo que describe, analiza y/o interviene sobre grupos que pertenecen a su propia sociedad (Menéndez 2006:63).

En este apartado discuto, primero, cómo se maneja y concibe la interculturalidad con el fin de identificar las principales limitaciones para establecer relaciones interculturales más respetuosas y simétricas, algo fundamental tanto para Uruguay y Chile como a nivel global y que, por lo menos como deseo, resulta central para las propuestas interculturales. Luego, desde esa base, identifico aspectos de la manera de ser/hacer en medicina de los egresados que cuestionan las prácticas hegemónicas e indican un camino posible para otro manejo y comprensión de la interculturalidad en salud.

Para empezar es necesario señalar que “la interculturalidad no es un hecho reciente ni unívoco sino que constituye un proceso que ha tenido diversas interpretaciones a lo largo de la trayectoria de la Antropología” ya que está en el núcleo mismo de su especificidad inicial como disciplina, constituida a partir de la alteridad, así como de su diferenciación metodológica respecto de otras (Menéndez 2006:51). Es fundamental conocer el desarrollo histórico del concepto y la utilización de las relaciones interculturales en la disciplina²⁷⁰.

269. En relación a ese potencial emancipador se pueden consultar los trabajos de Walsh sobre interculturalidad y decolonización entre los cuales “Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado” (2008) representa un resumen actualizado de su perspectiva, en el que discute los usos de los conceptos de interculturalidad, multiculturalidad y pluriculturalidad para Ecuador y para la región.

270. Aquí es suficiente distinguir esquemáticamente cinco momentos. El primero refiere al predominio de las escuelas evolucionistas y difusionistas y su aproximación (etnocéntrica) caracterizada por la asimetría cultural y económico-política. El segundo, décadas de los 20' y 30', implica la radicalización de esta posición que establece un patrón de interculturalidad no ya definido por la asimetría sino por la diferencia biocultural en términos de inferioridad/superioridad racial y étnica. Desde los 30', en reacción a este desarrollo y su asociación con los movimientos fascistas en especial con el nacionalsocialismo, cobra fuerza una concepción que entiende al sujeto exclusivamente en términos de diferencia cultural y social. La misma tiene como centro el relativismo cultural y se desarrolló sobre todo en EEUU estableciendo la especificidad cultural como núcleo de la diferencia pero sin valoraciones en términos de inferioridad/superioridad. La mayoría de los antropólogos actuales asumen a ésta como la primera propuesta de interculturalidad. La distancia cultural entre el antropólogo y los sujetos de estudio pasa a un primer plano metodológico. En este período la cultura refiere casi exclusivamente

Para este trabajo interesa destacar que durante los 90' y hasta la actualidad el concepto de interculturalidad ha sido muy utilizado en América Latina en distintos campos antropológicos pero sobre todo en relación a los procesos de salud/enfermedad/atención. El contexto en que se “redescubre” y utiliza la interculturalidad, en términos generales y en especial referida a estos procesos (Menéndez 2006:58) está marcado por el proceso de neoliberalización-globalización. Éste implica, desde los 70', un enorme incremento de las desigualdades sociales, de la pobreza y extrema pobreza que impulsa el proceso migratorio masivo hacia Europa y EEUU, el que a su vez, promovió las propuestas multiculturalistas y la concentración en el inmigrante como sujeto de estudio antropológico en esos contextos. Los grupos indígenas y afrodescendientes fueron los más afectados por estos procesos. Los primeros siguen siendo los principales sujetos de estudios antropológicos a quienes es fundamentalmente referida la interculturalidad por los antropólogos latinoamericanos (cfr. Ibíd.:52).

Sin embargo, la “explosión antropológica de las diferencias” omite tres diferencias fundamentales: las establecidas en términos raciales, de clase e ideológicos de manera que las relaciones raciales, de clase e ideológicas no son estudiadas justamente en un momento de agudización de algunos hechos que se expresan a través de ellas (Ibíd.:57). Estos hechos en América Latina cubren un amplio espectro que va desde el terrorismo de estado –que entre los 70' y 90' es la expresión máxima de estas tres diferencias– hasta el extractivismo actual en cuyo marco se define como terrorista a quienes se le oponen, en particular si son indígenas, lo cual es especialmente notorio en Chile. Este país representa actualmente uno de los contextos donde la dimensión represiva del multiculturalismo neoliberal se hace más visible (Kaltmeier et al. 2012:107).

De acuerdo a Menéndez en la “recuperación” del concepto y uso de la interculturalidad se pueden distinguir dos ejes básicos antagónicos pero complementarios. Uno reconocible en el desarrollo de propuestas de autonomía cultural/política impulsadas por numerosos grupos étnicos, que tienen su expresión más notoria en el “levantamiento” de Chiapas a mitad de la década, y el otro en las propuestas de considerar en especial la situación de pobreza y salud de los pueblos indígenas afectados por el ajuste estructural desarrolladas por los organismos internacionales desde la OPS hasta al Banco Mundial (2006:58)²⁷¹. Ahora bien lo que se

a los aspectos simbólicos y se excluye o reduce el uso de la historicidad que había caracterizado a las escuelas alemanas. De esta manera son excluidas las consecuencias de la expansión colonial sobre los grupos que estudian los antropólogos. Durante los 50' y 60' surgen serios cuestionamientos que parten de reconocer que la mayoría de esos grupos se caracterizan justamente por la situación colonial y por el subdesarrollo económico y social, aspectos que tienen además implicaciones metodológicas importantes. En este cuarto momento, lo económico/político y las diferencias de poder aparecen como uno de los ejes dominantes de las relaciones interculturales tanto en las tendencias marxistas como en determinados trabajos fenomenológicos, interaccionistas simbólicos y funcionalistas críticos. Desde finales de los 60' y principios de los 70', con la crisis de las principales corrientes teóricas, van desapareciendo estas propuestas y ganando hegemonía las corrientes posmodernas y posestructuralistas que enfatizan el reconocimiento y estudio de la “diferencia”. Desde los 70' y sobre todo en los 80' y 90', se da una recuperación de los contenidos básicos del relativismo cultural y pasan a primer plano conceptos como “multiculturalismo” y “pluralismo cultural” provenientes sobre todo de los estudios culturales que se caracterizan por una unilateral orientación hacia los aspectos simbólicos de la cultura (Menéndez 2006:53-57). Desde comienzos del siglo XXI se identifica una “crisis del multiculturalismo” –y se va instalando también un discurso sobre “post-multiculturalismo”– aunque éste sigue siendo la forma dominante en que las democracias formales enfrentan la heterogeneidad cultural, los legados coloniales y la migración. Para un resumen actualizado de las críticas al multiculturalismo en las Américas y su posible superación ver Kaltmeier et al. (2012).

271. Las propuestas y programas de éstas y otras instituciones asociadas al desarrollo internacional como la USAID y el BID representan la articulación del multiculturalismo con el neoliberalismo, uno de los aspectos que ha sido más criticado en particular por tendencias foucaultianas. A su vez, se ha criticado la consideración de esta articulación como central para comprender la práctica del multiculturalismo planteando que sobreestima el impacto de la “gubernamentalidad neoliberal” sobre

entiende por interculturalidad como dije al principio no es unívoco; los diversos usos de la interculturalidad desde mediados de los 90' hasta la actualidad se pueden ordenar en dos líneas básicas.

La primera línea maneja el concepto básicamente en términos culturales y es la más difundida entre quienes estudian los procesos de salud/enfermedad/atención. Se caracteriza por recuperar gran parte de las concepciones del relativismo cultural y parte de la base de que “los sujetos pertenecientes a culturas diferentes desarrollan representaciones y prácticas distintas que reducen la posibilidad de una relación complementaria”(Ibíd.). Las relaciones interculturales son interpretadas en términos de malas condiciones de comunicación cultural por lo cual se apunta a mejorarla para posibilitar una mejor interrelación. El objetivo es la modificación de los saberes que están en relación y respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención se focaliza en las relaciones entre el sector salud y los grupos sociales ‘diferentes’, especialmente los grupos étnicos, en particular, en la relación entre el equipo de salud, sobre todo el médico, y los sujetos pertenecientes a grupos étnicos:

se asume que hay diferencias, y que algunas afectan negativamente la relación médico/paciente, por lo cual se propone informar/educar tanto a médicos como a los miembros de las comunidades para facilitar una convergencia entre las representaciones y prácticas que ambos utilizan. Se propone educar no sólo para informar, sino para establecer niveles de tolerancia y de respeto hacia los saberes de los otros.

Se asume que a través de información la población, pero también el personal de salud, pueden modificar sus concepciones respectivas, y establecer un tipo de interacción que favorezca la relación intercultural así como la eficacia médica (Ibíd.).

Sin desconocer la importancia de los procesos educativos y el aporte que pudieran significar, esta línea de manejo de la interculturalidad encuentra importantes limitaciones debido a que a través de la educación sólo se pueden resolver algunos de los problemas que afectan las relaciones interculturales y la relación médico/paciente o personal de salud/conjuntos sociales. En estas relaciones operan procesos que tienen que ver con la orientación profesional, social y económica expresados en los rasgos estructurales del MMH que obedecen a condiciones institucionales y profesionales que no pueden modificarse con mayor información (o por lo menos con mayor información sobre “la cultura” de los grupos “diferentes”)²⁷². Teniendo esto en cuenta es que Menéndez propone que “las actividades educativas desarrolladas con el personal de salud desde una perspectiva intercultural

las comunidades indígenas (Kaltmeier et al. 2012:107). Más allá de lo acertado o no de estas críticas lo que interesa destacar es que no sólo estas tendencias consideran central dicha articulación y que proponer que sobreestiman el impacto del neoliberalismo omite o desconoce que el otro eje identificado por Menéndez, sobre cuya base se propone esta sobreestimación, también refleja el impacto del neoliberalismo. Esto da cuenta de la ambivalencia del proceso en tanto proceso social, pero no le resta significado ni centralidad, simplemente indica su complejidad. Para dar cuenta de esta complejidad la aproximación de Menéndez que vengo desarrollando es la síntesis más acabada que conozco y queda de manifiesto si se compara esta perspectiva con las desarrolladas en publicaciones recientes como Baumann y Vertovec (2011) y Kaltmeier et al. (2012). En el primer caso, destaca la mayor adecuación de la perspectiva de Menéndez para el contexto regional pero también su mayor capacidad de incluir otros contextos en tanto continuamente coloca en relación lo global y lo local. En el segundo, queda de manifiesto que la salida o prospectiva que se propone desde parte de las visiones de crisis del multiculturalismo y posmulticulturalismo concuerda en aspectos fundamentales con la propuesta del autor (cfr. Kaltmeier et al. 2012:111-112).

272. En reiteradas oportunidades he observado la futilidad e incluso el carácter contraproducente de algunas medidas educativas englobadas en programas de salud intercultural, lo que se relaciona con la manera en que se conciben las relaciones sociales y humanas en general así como con el hecho fundamental de que prevalece un concepto estático de cultura. A pesar de que la antropología académica lo ha abandonado, en la práctica sigue dominando tanto en Uruguay como en Chile, posiblemente, al menos en parte, porque es más aplicable que las definiciones dinámicas en los programas de esta línea dominante de manejo de la interculturalidad.

deberían partir, por ejemplo, de la existencia de concepciones racistas en una parte muy significativa de la población latinoamericana, y del personal de salud en particular” que son parte intrínseca de la relación personal de salud/grupos étnicos así como en general de los aspectos del saber y la práctica médica que restringen e inhiben la posibilidad de practicar relaciones interculturales simétricas y respetuosas (Ibíd.).

Una limitación sustancial para ello es que esta línea de manejo de la interculturalidad no incluye la presencia de representaciones y prácticas en términos raciales, de clase ni ideológicos en esas relaciones; no asume “que el racismo constituye un fuerte componente de las relaciones de hegemonía/subalternidad que se desarrollan especialmente a través de procesos de s/e/a [salud/enfermedad/atención], y que se expresan en América Latina a través de situaciones cotidianas de muy diferente tipo” (Ibíd.:59), lo que el autor denomina “racismo intersticial”. Este concepto refiere a que “si bien a nivel reflexivo, el racismo puede aparecer cuestionado y considerado como una ideología negativa, las representaciones y prácticas biologicistas [o culturalistas, agregó] pueden formar parte del sistema cultural e ideológico, legitimando y normalizando determinadas actividades racistas en forma no consciente” (Menéndez 2001:28). Lo mismo puede ser afirmado respecto de las representaciones y prácticas xenofóbicas, homofóbicas, misóginas, etc. El autor propone que el saber biologizado va penetrando nuestras representaciones y prácticas sociales cotidianas y que debe

ser articulado con la producción y reproducción de relaciones desiguales, selectivas o discriminatorias en la vida cotidiana; así como con el avance de una ideología que ve en la eficiencia, en la competencia, en determinados símbolos de status o en niveles de ingreso, los indicadores básicos de la calidad de los sujetos, de tal manera que los logros o la permanencia o caída en la pobreza serán remitidas a las diferencias individuales, a las “negligencias” personales respecto de las cuales los deslizamientos racistas constituyen un proceso potencial (Ibíd.).

Tanto en Uruguay como en Chile son notorios los procesos de racismo intersticial y su articulación con la producción y reproducción de relaciones desiguales, selectivas o discriminatorias en la vida cotidiana y con la ideología de eficiencia, competencia y definición de las personas de acuerdo a su nivel de ingresos y símbolos de estatus. Esto se expresa en una variedad de situaciones cotidianas en todos los ámbitos sociales y con mucha fuerza en el de los procesos salud/enfermedad/atención lo que considero ha quedado de manifiesto en buena parte del material presentado hasta aquí.

Desde esta perspectiva interesa retomar la propuesta de Boccara y Bolados de que a partir del restablecimiento formal de la democracia en Chile (1990) se da un proceso de redefinición de la relación del Estado con los pueblos originarios que instaura el multiculturalismo neoliberal como nuevo marco socio-ideológico y político-institucional, con notoria continuidad con formas anteriores de dominación. Como ya expuse, estos autores investigan la “formación del campo etnoburocrático de la salud intercultural” como uno de los componentes fundamentales de ese multiculturalismo (Boccara 2007, Boccara y Bolados 2008, 2010, Bolados 2010); consideran a la salud intercultural un subcampo englobado institucional, administrativa y conceptualmente dentro de un campo burocrático mayor, el de la salud pública. La salud intercultural representaría “una nueva ingeniería social que se inscribe dentro de un nuevo diagrama de saber/poder o de una gubernamentalidad de un nuevo tipo que tiende a producir nuevos sujetos étnicos colectivos e individuales a través de una doble dinámica de etnicización y de responsabilización” (Boccara 2007:186). Desde su perspectiva:

el campo social y semántico de la interculturalidad, entendido como juego concreto entre los agentes (Fassin 2000) y no como entidad abstracta, remite más bien a una nueva gestión de la diversidad, a la emergencia de nuevos modos de legitimación de las prácticas y de los agentes terapéuticos llamados tradicionales, a una redefinición del cuerpo individual y

colectivo indígena, así como también, a un nivel más global, a un recorte del cuerpo social en clave étnica (Bocara 2007:186).

Reconocen que se trata de un espacio social “‘contestado’ y tensionado” en el cual surgen “nuevas disputas de significaciones y clasificaciones” algunas de las cuales resultan contrahegemónicas (Ibíd.:187) como vimos en el apartado anterior en relación a las posibilidades de la experiencia de Koñimo-Lamekura para transformar la concepción de la prevención. Sin embargo, más allá del potencial contrahegemónico de ésta y otras experiencias inscriptas en este campo, lo que se observa es una tensión más o menos constante respecto de un aspecto fundamental de análisis de estos autores: la salud intercultural en Chile funciona como espacio de etnicización y reificación de la cultura: “la política multicultural o intercultural del estado tal y como se actualiza a nivel local produce y esencializa lo étnico, etnifica” (Ibíd.:196). La salud intercultural se está constituyendo y construyendo “como un espacio de definición de la diferencia cultural, de etnicización de los conflictos sociales y de negociación de los nuevos roles sociales en un contexto ideológico cada vez más marcado por la retórica multiculturalista de incorporación de la diferencia en la economía política nacional por un lado y por la cultura neoliberal de responsabilización de las personas por el otro” (Ibíd.:190).

Esto representa una manera de gestionar la diferencia cultural, asignar identidades, clasificar a los grupos y responsabilizar a los funcionarios de la salud en el marco de la reforma general del sistema de salud que “remite tanto a una nueva aproximación a las luchas sociales en clave cultural y étnica como a una nueva gestión de los servicios públicos” (Ibíd.:191).

En Chile y a nivel internacional ha sido notoria la participación de antropólogos en esta línea de manejo e interpretación de la interculturalidad y de gestión de la salud intercultural. En programas de salud, investigaciones, etc. se requiere que encuentren en los sujetos especificidades culturales que “expliquen” las más diversas situaciones respecto de daños a su salud y que permitan tomar medidas educativas referidas a cambios conductuales en esos sujetos lo que contribuye a secundarizar las muchas veces evidentes y suficientemente documentadas causas de esos daños que suelen referir a condiciones estructurales de desigualdad, marginación, pobreza y discriminación. Esto ha sido evidenciado por una serie de estudios entre ellos los de Fassin sobre saturnismo en Francia y Farmer sobre SIDA en Haití o tuberculosis en las cárceles rusas (cfr. Fassin 2004, 2008 y Farmer 1998, 2003).

Ahora, si bien esta línea (que podemos llamar culturalizante) de manejo y conceptualización de la interculturalidad es dominante:

Hay otra línea que también reconoce la significación de la dimensión simbólica y de los aspectos etnicistas de la interculturalidad, pero necesariamente articulados con la dimensión económico-política, de tal manera que la situación de pobreza y de desigualdad social constituyen parte central de las relaciones interculturales. Propone como central la cuestión de la autonomía de los grupos en relación con la sociedad dominante; y si bien esto se da con énfasis diferenciales, en todos los casos se subraya que no sólo existen la diversidad y el pluralismo cultural, sino también oposiciones y hasta incompatibilidades entre los grupos que están en relación. Y es en función de ello que colocan en primer lugar la cuestión de la autonomía como un paso necesario para poder establecer una interculturalidad realmente simétrica.

Desde ésta y otras propuestas, esta línea asume la existencia de toda una serie de situaciones y problemas que difícilmente pueden ser solucionados a través de la educación o de mejorar la comunicación, ya que refieren a procesos de dominación, de exclusión, de estigmatización impulsados por objetivos económico/políticos, profesionales y/o ideológicos de los sectores sociales que están en relación. Por lo cual se asume que si bien las relaciones pueden estar impulsadas unilateralmente, implican no obstante el desarrollo de procesos transaccionales entre los sujetos y grupos que operan dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad (Menéndez 2006:60-61).

Implica asumir también la existencia de objetivos, intereses y trayectorias particulares entre los distintos sujetos y grupos que se relacionan que no pueden resolverse solamente con procesos educativos o informativos. El autor reconoce una variedad de propuestas que oscilan entre las características de ambas líneas (Ibíd.).

Si bien la mayor parte de quienes utilizan el concepto de interculturalidad en el campo de la salud lo refieren básicamente a las relaciones entre personal de salud y miembros de grupos indígenas y lo hacen además desde una representación monolítica de los mismos (Ibíd.:59), desde la perspectiva de este trabajo las relaciones entre el personal de salud y los grupos sociales subalternos en general aparecen como un ámbito de relaciones interculturales. Además, propongo que eliminar y transformar aquellos aspectos que promueven la discriminación y las injusticias sociales debería ser la condición central y previa de toda propuesta intercultural. En primer lugar, es necesario revisar todos aquellos aspectos, factores y rasgos de las instituciones y saberes dominantes y subalternos que impiden en la práctica asumir la diversidad cultural existente desde una base horizontal y simétrica²⁷³. Por otra parte, la necesaria promoción de la autonomía de los sujetos y grupos no implica negar las responsabilidades estatales, nacionales e internacionales como marco de relaciones interculturales simétricas.

Entre los egresados de la ELAM prevalece la segunda línea de manejo de la interculturalidad. Por un lado, estos médicos manifiestan y practican una notoria desconfianza respecto de explicaciones culturalistas y etnicistas que apuntan a la responsabilización de los individuos respecto de procesos que requieren sin duda la inclusión de aspectos socioculturales pero en relación con los aspectos económico-políticos. Por otro, la discriminación y la desigualdad social son consistentemente colocados en el centro de sus reflexiones en torno a las relaciones interculturales junto al respeto que merecen las diferentes maneras de vivir y de entender la vida, de enfermar y de sanar. Estos médicos manejan las relaciones interculturales como relaciones humanas que se dan en contextos marcados por desigualdades de poder y discriminaciones que es necesario superar para apuntar a relaciones interculturales más simétricas y reconocen que la constitución de estas relaciones desiguales no se da solamente desde los conjuntos sociales y saberes hegemónicos sino también desde los subalternos.

Esto refiere por lo menos a dos aspectos de la estructuración de la manera de pensar y actuar de los egresados abordados en el capítulo 4. Primero, que la misma se desarrolla en un contexto marcado por una heterogeneidad sociocultural, económica, ideológica, etc. mucho más acentuada que en otras universidades médicas y, sobre todo, bajo una igualdad de condiciones y oportunidades nada frecuentes en el mundo actual. Segundo, que la formación no gira exclusivamente en torno a los aspectos biomédicos sino que incluye información consistente sobre formas de atención diferentes a la biomédica. En una conversación entre un grupo de estudiantes de la ELAM, un médico joven egresado de una universidad chilena que dirigía un hospital en territorio pewenche²⁷⁴ de Chile y una facilitadora cultural del mismo hospital se da el siguiente intercambio que condensa aspectos centrales para la construcción

273. Por supuesto no se trata de una perspectiva original, además de su evidente relación con lo que venía desarrollando, por ejemplo, la trabajadora social Hilda Llanquiao, desde la perspectiva de incorporar aquellos aspectos y valores que serían de gran relevancia educativa propone que los programas de educación intercultural deberían estar dedicados a la sociedad chilena en su conjunto y no a los niños mapuche que desde hace mucho tiempo reciben una educación intercultural. Y además que: “dadas las condiciones actuales, en Chile la educación intercultural no sería el camino adecuado por ahora; mientras no se resuelvan las diferencias, las discriminaciones y las injusticias presentes en las convivencias de los pueblos originarios con la sociedad chileno occidental, que no permiten el desarrollo de la interculturalidad” (2009:127).

274. El término refiere en la división del territorio sacionatural mapuche al sector de la cordillera de los Andes.

de mejores relaciones interculturales. La interculturalidad ha llegado a ser una preocupación constante de las instituciones locales²⁷⁵, de manera que el director pregunta al grupo de estudiantes “¿qué les pasan sobre interculturalidad?”, es decir qué les enseñan sobre el tema:

Estudiante 1: A nosotros nunca nos hablaron de interculturalidad, pero en MGI te enseñan cómo llegar a una comunidad, por ejemplo, que uno tiene que llegar a una comunidad respetando desde todo punto de vista, sus creencias y todas sus cosas, que no se puede imponer la medicina que le enseñan a cualquier comunidad, que uno como médico tiene que adaptarse a eso, o sea que es al revés la cosa.

Estudiante 2: Además, la ELAM tiene peculiaridades, si bien no nos pasan el concepto de interculturalidad como tal, la ELAM tiene espacios para que los mismos estudiantes digan, por ejemplo, qué tipo de medicina utilizan en sus comunidades porque muchos son de pueblos originarios igual, otros no, pero son de sectores rurales y también utilizan otras medicinas (n/c 2009).

Desconozco si en otro momento de la carrera se aborda la “interculturalidad en salud” desde la perspectiva de la primera línea identificada por Menéndez que es la forma dominante de entenderla en las instituciones sanitarias chilenas y a nivel internacional y a lo que apuntaba la pregunta del director. Lo que interesa es destacar que la práctica cotidiana, las relaciones sociales cotidianas son el espacio en que se construyen las relaciones interculturales y, por tanto, el más relevante para construir una sensibilidad hacia las relaciones interculturales en salud y en la vida social en general.

Los estudiantes mencionan tres aspectos que son centrales para la constitución de mejores relaciones interculturales, específicamente entre médicos y conjuntos sociales subalternos: (1) la actitud de respeto hacia las personas; (2) que el aspecto central de la interculturalidad no es que los conjuntos sociales se diferencien culturalmente sino que la medicina “que a uno le enseñan” está atravesada de procesos sociales y culturales; (3) el reconocimiento del pluralismo médico característico de todas las sociedades actuales. Que al comienzo de sus estudios estos estudiantes aprecien con claridad estos aspectos aunque no les hablen de “interculturalidad como tal” pone de manifiesto que, como plantea Menéndez:

la interculturalidad existe en la realidad social de los grupos más allá de que la estudiemos o le demos una denominación técnica, tal como también ocurre con la pobreza, la desigualdad social o la estigmatización. Los diferentes grupos sociales latinoamericanos practican la interculturalidad respecto de los procesos de s/e/a [salud/enfermedad/atención] mucho antes de que a los antropólogos se les ocurriera estudiar dichos procesos en términos de interculturalidad. La Antropología se plantea actualmente problemas de interculturalidad que han sido ‘solucionados’ en la práctica por los propios grupos sociales (Menéndez, 1981; 2004). Y una de las tareas básicas de los estudios interculturales sería la de registrar dichos procesos gestados por los propios conjuntos sociales, para aprender de la práctica de los mismos (Menéndez 2006:52).

Lo que aquí propone el autor no implica que no interese abordar cuestiones relativas a la interculturalidad o que no se hayan desarrollado propuestas teóricas útiles a partir de estas temáticas ni que las “soluciones” que en la práctica han encontrado los grupos sociales sean necesariamente positivas. Lo que indica es la necesidad de asumir como punto de partida de la interculturalidad “su existencia prácticamente en todo contexto en los cuales operen en forma conjunta sujetos diferenciados culturalmente, lo cual implica la existencia potencial de relaciones tanto de solidaridad como de opresión. Más aun de relaciones que pueden ser simultáneamente cooperativas y competitivas”²⁷⁶. Esto quiere decir asumir cabalmente el

275. En el marco de la conformación del campo de la salud intercultural en Chile durante casi 20 años las instituciones de salud del sector han sido destinatarias constantes de actividades y programas de salud intercultural, en buena medida actividades educativas destinadas al personal de salud.

276. La propuesta de Llanquino antes mencionada respecto de que los niños mapuches reciben ya una educación intercultural debe ser comprendida de igual manera y evidencia que los procesos a los que

hecho de que en dichas relaciones operan ideologías, poderes y sectores sociales que tratan de imponer su hegemonía (Ibíd.).

Se trata, en primera instancia, de relaciones sociales que ocurren bajo condiciones de desigualdad de poder y en el marco de procesos históricos de hegemonía/subalternidad en contextos que, especialmente en América Latina y el Caribe, están signados por relaciones de dominación y explotación en el marco de un patrón de poder definido por su colonialidad que comenzó a construirse –justamente a partir de las relaciones entre grupos diferenciados culturalmente (pero también política y económicamente)– hace cinco siglos y que desde el siglo XVIII es mundialmente hegemónico (cfr. Quijano 2005:Online); en sociedades donde las inequidades, violencias y discriminaciones de partes sustanciales de sus miembros están profundamente arraigadas y han sido fuertemente reactivadas en el marco del proceso de neoliberalización-globalización. Hasta el momento justamente este hecho ha impedido la producción democrática de una sociedad democrática, que para Quijano representa: “el horizonte común de los nuevos imaginarios de cambio social y político” (Ibíd.). Para estos imaginarios resulta central la conformación de relaciones interculturales verdaderamente simétricas, en la articulación de la atención en salud con ellos se juegan las posibilidades de mejorar la interculturalidad en salud.

El cuestionamiento y reflexión crítica a este nivel (a nivel de la constitución práctica de las relaciones culturales) expresa resistencias respecto de la forma de pensar y actuar hegemónica y es parte fundamental de los procesos contrahegemónicos. A partir del material etnográfico, en la actuación de los egresados de la ELAM, en particular en las experiencias centrales de investigación, identifiqué tres aspectos que abren una brecha para la constitución de una interculturalidad más simétrica que la dominante: (1) el respeto como base de las relaciones interpersonales; (2) la capacidad de escuchar, observar y procurar entender los procesos históricos a los que refieren los procesos de salud/enfermedad/atención así como los procesos sociales en general; (3) una actitud firme de oposición a la discriminación y estigmatización de los conjuntos sociales subalternos. Los tres refieren a una actitud autocrítica y reflexiva respecto del saber médico así como profesional en general y, sobre todo, de las representaciones y prácticas hegemónicas en los contextos de inserción pero también del saber de los conjuntos sociales en tanto asumen, por ejemplo, las representaciones y prácticas hegemónicas que expresan el racismo intersticial. En este trabajo presenté ya suficiente evidencia de los dos primeros por lo cual aquí propongo profundizar en el tercero.

Un punto de partida fundamental para construir relaciones interculturales más simétricas es el reconocimiento y cuestionamiento de las concepciones racistas y de las discriminaciones existentes en las representaciones y prácticas del personal de salud. Ahora bien, como propone Menéndez, “[l]as concepciones racistas operan en gran medida inconscientemente en términos culturales; son parte de una ideología de discriminación y estigmatización que la población no registra en sus actividades cotidianas, incluido el personal de salud, pero también los propios grupos étnicos” (Menéndez 2006:60). Esto se expresa en actitudes como no preguntar y sentarse lejos comentadas en el apartado anterior, agachar la cabeza ante rezongos y reproches de parte del médico u otros funcionarios de las instituciones pero también intentar seguir las instrucciones del personal de salud aunque contradigan aspectos sustanciales de la vida personal y doméstica²⁷⁷ o aceptar situaciones muy comunes en las instituciones sanitarias oficiales, como por ejemplo:

Tenés una urgencia que vos sabés que es una urgencia, ejemplo: llegó una vez una niña de 3 años con un cuerpo extraño en el oído que era un bicho porque se movía, ella gritaba. ¿Qué

aquí refiere el autor sobrepasan los procesos de salud/enfermedad/atención.

277. Como en el caso de un hombre de edad avanzada que continúa realizando trabajos pesados e intentó seguir la dieta aportada por una nutricionista que incluía básicamente el consumo de frutas y verduras crudas y eliminar las papas y el pan. Además de las dificultades que desde un sector urbano marginal de Chiloé tenía para financiarla, se desmayó trabajando, momento en que decidió que no podía continuarla.

hay que hacerle?: sacarle el bicho, a una niña de 3 años. Eso fue un sábado, llamamos al otorrino y dice: “No, no, mirá: dale antibiótico y que vaya el martes a mi consulta”. Ese tipo de cosas, todos los días [...] Y la población: “Ah, está bien”(Ea5 e/i 2012).

Este tipo de situaciones, que reflejan en la práctica médica discriminaciones y su aceptación/reproducción por los conjuntos sociales incluyendo a médicos y pacientes, genera profundo cuestionamientos en los egresados: “¿cómo les permiten [las personas/conjuntos sociales] esas cosas [a los médicos]?”; “¿dónde está la dirección?”; “¿por qué no se agarran de los pelos?” (Ibíd.)

El cuestionamiento de las expresiones de las discriminaciones, estigmatizaciones y concepciones racistas en los contextos de inserción es muy común entre los egresados de la ELAM y adquiere muy variadas formas. En Chiloé en 2010/2011 desde las instituciones de salud se planteaba que la población de la isla se caracterizaba por mayores índices de retraso mental que otras zonas de Chile lo que, sin que yo propusiera abordar el tema, fue cuestionado en varias de las entrevistas realizadas a egresados de la ELAM. Los entrevistados ponían en duda la seriedad de este dato, lo asociaban a las discriminaciones o proponían explicaciones y abordajes alternativos. A modo de ejemplo, uno hablaba de “retraso social” con el fin de incluir las inequidades socioeconómicas y estigmatizaciones de las que fueron y son objeto los habitantes de la zona. En la práctica, la ya mencionada “lucha” desatada entorno a equiparar los tiempos de atención en las postas rurales con los de los consultorios urbanos es un ejemplo de oposición a las discriminaciones. Lo importante es que el contacto con las concepciones racistas y estigmatizaciones que operan en las instituciones y, de manera diferencial, en el personal de salud en los contextos de inserción se actualizan aspectos de la formación médica y de la experiencia de vida en el marco del proyecto ELAM que apuntan a su cuestionamiento. En el caso del médico que hablaba de “retraso social”, ese contacto lo llevó a plantear que:

El compromiso social para mí ya no va en el tema si eres mapuche o eres williche o si eres más pobre, independientemente que seas winka o no; mi compromiso social es en general, sin hacer discriminaciones porque, algunas veces, de repente suena irónico, pero dentro de ese mismo grupo de personas hay discriminaciones y hay prejuicios entre cada grupo: si eres winka, eres williche, eres mapuche. Es lo que yo he visto acá [en Chiloé] (Eo18 e/i 2011)²⁷⁸.

Otras actitudes cuestionadas por los egresados que denotan estigmatizaciones y discriminaciones mencionadas, en parte, antes incluyen que algunos médicos locales tratan a las personas de sucias, ignorantes o incultas, que ponen expresión de asco o realizan gestos inapropiados cuando las examinan o directamente no las examinan así como que se refieren a ellas con términos despectivos. También la frecuencia con que, sobre todo las mujeres, los niños y los ancianos, son medicados con psicofármacos ante muy diversos motivos de consulta da cuenta de estigmatizaciones que son cuestionadas por los egresados y ante las que su práctica propone alternativas.

Su práctica médica evidencia tanto consciencia respecto de la ideología de discriminación y estigmatización que prevalece en las instituciones sanitarias como un entendimiento de las relaciones interculturales diferente al dominante. Esto se aprecia con claridad en la organización de los servicios de salud y de ello aporta varios ejemplos la actuación de la responsable del primer nivel de atención en Bella Unión quien trabajó activamente para erradicar costumbres que son expresión concreta de la influencia no consciente de las estigmatizaciones y concepciones racistas y clasistas en el personal y las instituciones sanitarias.

278. “Winka” es un término que refiere a los y lo no indígenas.

Una de esas costumbre, mencionada antes a partir de una médica egresada de la universidad local en Bella Unión, era que los médicos no concurrían a zonas periféricas o rurales a la hora y día previsto sin justificación ni previo aviso. Los esfuerzos de la directora para erradicarla fueron múltiples e incluyeron mecanismos que fueron desde la conversación abierta y reiterada hasta sanciones. Para ella era fundamental que se comprendiera que el médico no tiene derecho a dejar a la gente esperando, más aún teniendo en cuenta que muchas personas para poder consultarlo recorren grandes distancias, a veces con mucho esfuerzo o con un gasto económico importante. En este sentido, como planteaba la entrevistada en el apartado anterior y como reconoce también ella, han habido cambios importantes que no refieren únicamente a su capacidad de sanción sino también al rol del ejemplo que representó su actuar, y de otro egresado de la ELAM, como médico en la zona y al hecho de que el encuentro con esa forma de ser/hacer permitió a otros médicos cuestionar, y a partir de allí modificar, aspectos naturalizados y no conscientes de la manera de ser/hacer hegemónica que habían asumido o incorporado.

Esta egresada también procuró acortar los tiempos y mejorar las condiciones de espera en las instituciones sanitarias oficiales. Pudo concretar medidas como colocar asientos y agua en las salas de espera, medidas que tienen un impacto importante, aunque han sido frágiles ya que en muchas oportunidades sigue encargándose personalmente de las mismas. En lo referente a organizar horarios para evitar largas esperas considera que no ha tenido mayor éxito, a pesar de algunas mejoras no ha logrado que los funcionarios administrativos apliquen mecanismos para acortar la espera.

Finalmente, las medidas destinadas a promover el “buen trato” también dan cuenta del enfrentamiento a las discriminaciones, ya que la “costumbre de maltrato” a la que una promotora hacía referencia en el apartado anterior así como la disposición del tiempo de las personas, más allá de ser expresiones del MMH, se agudizan notoriamente en la relación de las instituciones sanitarias y el personal de salud con los conjuntos sociales subalternos. Las medidas tomadas, además de conversación y esfuerzos para que el personal sanitario comprendiera la relevancia de una actitud acogedora, amable y de buena disposición hacia los pacientes, incluyeron alejar del contacto directo con ellos a aquellos funcionarios que se caracterizaban por dificultades en el trato: “el que está siempre de mal humor, siempre con cara larga y contesta siempre de mal modo o le habla mal a la gente no puede ser el que reciba a las personas, a ese lo ponés a hacer papeles” (e/i 2012).

La médica considera que se trata de “cosas obvias” pero que no parecía haber consciencia del rol que juegan en la atención en salud. Esto indica nuevamente que las concepciones racistas y clasistas son parte de una ideología de discriminación y estigmatización que opera en gran medida inconscientemente en todos los ámbitos de la sociedad y en sus diferentes grupos, incluyendo los subalternos que naturalizan su posición subalterna y las discriminaciones.

Como dije antes, la construcción de relaciones interculturales más simétricas en atención primaria de salud es una tarea compleja que enfrenta grandes desafíos en tanto las relaciones interculturales desiguales son uno de los núcleos constitutivos centrales de las sociedades. El reconocimiento y cuestionamiento de las concepciones racistas y de las discriminaciones en las representaciones y prácticas del personal y las instituciones de salud es un buen punto de partida para apuntar en esa dirección. En contextos interculturales resulta asimismo fundamental la mayor horizontalidad y el respeto en la relación hacia los pacientes y hacia las demás formas de atención, que se discutió en el apartado anterior. Las experiencias de atención primaria colectiva indican posibilidades concretas de mejorar las relaciones interculturales. La aceptación de múltiples racionalidades y de las posibilidades de articulación entre las mismas está en la base de la construcción de una interculturalidad no escencializante de lo étnico que permita reconocer la significación de la dimensión simbólica

y de los aspectos étnicos articulados con la dimensión económico-política. Esto implica también reconocer que la interculturalidad así entendida debe necesariamente articularse con transformaciones político-económicas, sociales y con imaginarios que apunten a la producción democrática de una sociedad democrática.

6

De ida y vuelta a ninguna parte: reflexiones finales

Y eso que vuelan gratis: tanto prestigio,
tanto arrogante junto, tanto congreso.
Revistas y revistas y majestades,
cuando los eruditos ponen un huevo.

Ponen un huevo hueco tan husserlino,
tan sibilinamente heideggeriano,
que, exhaustivos y todo, los hermeneutas
dejan el laberinto más enredado.

Paren, paren la música de esta prosa:
vieja la vieja trampa de los sofistas.
A los enmascarados y enmascarantes este
cauterio rojo de poesía.

Fragmento final del poema de Gonzalo
Rojas Victrola Vieja (1999:136)

A riesgo de que fuera demasiado provocante decidí abrir este trabajo con la afirmación del poeta hecha pregunta ¿vendrán siempre de vuelta sin haber ido nunca a ninguna parte los doctorados? Pensaba por supuesto en el mío, como seguramente pensaba el poeta; pensaba también en los 12.000 doctores de la ELAM. A riesgo de que sea demasiado pretensioso decidí abrir el cierre con el final de aquel poema, pensando ahora, como seguramente no pensaba el poeta, en que un cauterio es una excelente metáfora para pensar la ELAM; y quizás también la antropología, la medicina (la literatura, el arte, la poesía) y todo esfuerzo por conocer y reflexionar.

Pensar al proyecto ELAM como un “hierro al rojo para cauterizar”, que es aproximadamente lo que cauterio significa en su etimología griega, un instrumento, “aquello que corrige o ataja eficazmente algún mal”, que es lo que significa en español, tiene un potencial explicativo interesante. La herida o “mal” a cauterizar, corregir o atajar es nada menos que la

muy profunda estratificación vertical y jerárquica de nuestras sociedades. La posibilidad de construcción de un saber y práctica médica que apueste por la horizontalidad y la simetría en las relaciones humanas cuestiona la estratificación social desigual, las profundas inequidades sociales, es decir el núcleo constitutivo central de las sociedades latinoamericanas actuales y éste es mi argumento central. En este último capítulo resumo brevemente la manera en que procuré presentarlo y propongo algunas reflexiones a partir de la exploración de la inserción de los egresados de la ELAM en los sectores salud de Uruguay y Chile desarrollada en esta tesis y de mi intento de hacer antropología.

Organicé el trabajo en dos partes. En la primera (Introducción y Metodología) explicité o al menos senté las bases para reconocer los presupuestos teórico-metodológicos y la postura política y ética desde la cual definí la problemática, construí su abordaje y escribí esta tesis con el fin de promover su comprensión crítica. En la segunda (capítulos 3, 4 y 5) presenté una parte de los resultados de la investigación en una espiral ascendente de elaboración teórica a partir del material empírico y bibliográfico. Con esta forma de elaboración busqué aportar a la contextualización de la discusión teórico-explicativa y dar cuenta de las conexiones temáticas y analíticas que pone de manifiesto el abordaje antropológico y que, por su amplitud, requieren necesariamente un recorte que implica, al menos momentáneamente, dejar de lado otras posibilidades de abordaje y análisis.

Propuse que la inserción de los egresados de la ELAM en Uruguay y Chile es un espacio de expresión de los retos fundamentales de las sociedades, en particular, de los que refieren a la definición y reconocimiento de los agentes socialmente legitimados como curadores y de su comportamiento de rol; un espacio de significaciones sociales que manifiestan las tensiones en las relaciones de cooperación o lucha, de complementación y competencia que enmarcan la definición y producción de la realidad actual y de las posibilidades futuras. Específicamente, propuse abordarlo como encuentro entre maneras de pensar y actuar, de ser/hacer, entre representaciones y prácticas, entre saberes médicos diferentes, desde la perspectiva de que el trabajo y la formación médica son actos sociales institucionalizados. La manera de ser/hacer de cada médico y el saber médico en general –concepto que sintetiza las representaciones y prácticas médicas a un nivel mayor de abstracción– se estructura, como proponen Menéndez y di Pardo (1996), en la interacción entre la formación académica, el entrenamiento recibido como estudiante de medicina en las instituciones sanitarias, las costumbres institucionales y la resignificación de las representaciones y prácticas socioculturales, en la interacción entre las instituciones formadoras, las instituciones sanitarias y los conjuntos sociales.

Primero, contextualicé la construcción de la manera de pensar y actuar de los egresados de la ELAM a partir de la descripción de los aspectos que considero fundamentales en la constitución del sistema de salud cubano desde comienzos de los 60' con énfasis en el internacionalismo y el surgimiento del proyecto ELAM. Después, analicé la estructuración de una manera de ser/hacer como médico a través de la formación académica, la experiencia de vida en el proyecto ELAM y, sobre todo, su actualización en el encuentro con otras formas de ser/hacer en el marco de la inserción en los sectores salud de Chile y Uruguay. Por último, abordé las transacciones conflictivas y complementarias que se dan en ese proceso de inserción y que expresan, sobre todo, los desafíos centrales de esas sociedades. Procuré abordar el contexto histórico y sociocultural de construcción del saber médico en ellas, y especialmente en las zonas centrales de esta investigación, para después enfatizar las implicaciones del modelo hegemónico en el recibimiento y la práctica médica de los egresados de la ELAM, el cuestionamiento que la misma representa a la hegemonía médica local así como las articulaciones reales o potenciales con saberes y prácticas contrahegemónicos.

Apliqué un enfoque relacional que a partir de los puntos de vista de todos los actores identificados como significativos permite analizar y descubrir sus relaciones, articulando las dimensiones simbólicas y económico-políticas desde la perspectiva de que las relaciones sociales se constituyen en procesos de hegemonía/subalternidad. Algunos actores imponen o intentan imponer su hegemonía y su forma de entender y organizar el mundo a otros que, en el proceso de subalternización, aceptan y reproducen esa hegemonía de manera que otras formas de entender y organizar se van definiendo cada vez más en su articulación con la hegemónica. Al mismo tiempo, surgen propuestas cuestionadoras o de resistencia, algunas de las cuales pueden volverse contrahegemónicas: pueden enfrentar y transformar las hegemónicas en un proceso histórico que como tal se define por continuidades/discontinuidades que expresan las relaciones entre el sujeto y la estructura, las representaciones y las experiencias, lo local y lo global. Propongo ahora sintetizar algunos de los resultados centrales de su aplicación.

En Cuba la hegemonía biomédica (de la medicina científica, occidental, alopática) se fue constituyendo a partir del siglo XVIII y sobre todo en el XIX, en paralelo a su constitución internacional. A partir de 1959, en el marco de transformaciones sociales y político-económicas la misma fue reforzada con fuerza y desde posiciones de fuerza, como señala Beldarraín, impulsada por el estado con una voluntad política sin precedentes en la región que dio como resultado “una sociedad con elevados conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad, que sabe y que además está acostumbrada a acceder en todo momento y lugar a servicios de salud que representan a la ‘medicina científica’, que es la hegemónica” (2009:61). Ese momento histórico en Cuba, en la región e internacionalmente, estaba marcado por una serie de procesos, movimientos y conflictos que en su conjunto cuestionaban, con diferencias según regiones o problemas, el “patrón de poder mundial” como tal produciendo un escenario revolucionario o sea de transformación (Quijano 2000:Online). En relación a los procesos de salud/enfermedad/atención esto se expresó en una serie de propuestas de intervención técnica y concepción filosófica de estos procesos, que fueron sintetizadas posteriormente como atención primaria integral en torno a cuatro principios: el compromiso político y social, la participación real de los conjuntos sociales, la intersectorialidad y la universalidad; y que suponían como una de sus bases fundamentales la constitución de relaciones sociales más horizontales, simétricas y complementarias. En este escenario se constituyó en Cuba y ganó hegemonía un saber y práctica médica que incorporó parte de esas críticas y propuestas adquiriendo rasgos que hasta hoy diferencian a la medicina cubana y que permiten la aplicación de conceptos, propuestas, desarrollos científico-tecnológicos aceptados internacionalmente a nivel discursivo pero que en la mayoría de los contextos no pueden practicarse o se aplican con una orientación que en la práctica niega lo que afirma en el discurso.

A partir de los 70' a nivel mundial gana hegemonía un saber médico cuyos rasgos estructurales y funciones Menéndez propone analizar a nivel teórico a partir de una construcción metodológica que denomina Modelo Médico Hegemónico (MMH). El saber médico en Cuba en su relación histórica con la institucionalización internacional de una biomedicina sustentada en este modelo, conservó algunos rasgos diferenciales entre los que interesa destacar el manejo de la salud como derecho humano universal, en contraposición a su mercantilización; la intersectorialidad en el sentido de que el abordaje de problemas de salud incluye necesariamente las dimensiones económicas, sociales y políticas y debe ser encarado a nivel colectivo, en contraposición a la orientación curativa individual centrada en la dimensión biológica; el enfoque preventivista, en oposición a la centralidad de la práctica curativa individual; una relación médico-paciente más simétrica y horizontal que promueve el aprendizaje para la autoatención como aspecto central de la práctica médica, en lugar de una vertical y asimétrica que niega y excluye la subjetividad del paciente; y finalmente también la incorporación de información sistemática sobre formas de atención no biomédicas en la formación médica, opuesta a su ausencia en la mayoría de las universidades latinoamericanas.

La conservación o adquisición de estos rasgos probablemente tiene mucho que ver con las adversidades, venidas de adentro y de afuera, que Alonso (2012) identifica como motor de buena parte de la dinámica social, política y económica de Cuba en los últimos 50 años, una parte de las cuales fueron discutidas en el capítulo 3. De cualquier manera lo central es que el contexto en que se formaron los médicos de la ELAM presenta diferencias significativas con los contextos de su inserción profesional.

A nivel de la formación académica estas referencias refieren a la aplicación e incorporación de una serie de propuestas, contenidos, conocimientos y orientaciones reconocidas y constantemente ratificadas desde la biomedicina, la salud pública y la epidemiología internacional pero no aplicadas ni incorporadas en la mayoría de los contextos de formación y atención médica de América Latina; refieren también a contenidos transmitidos intencional y no intencionalmente respecto del rol del médico y de la medicina. En general el currículo se mantiene dentro de la tradición médica universitaria, la incorporación de estos contenidos no excluye ningún área o aspecto que internacionalmente se considere básico en la formación médica. Las diferencias en aspectos “técnicos” se concentran en las áreas que más denotan la redefinición de las condiciones socioculturales como técnicas y sobre todo la producción de la salud entendida como proceso histórico, en aquellas que reflejan y traducen la relación entre el cuerpo individual y los procesos políticos y sociales. A la vez la manera hegemónica de encarar estos aspectos de los procesos salud/enfermedad/atención en Cuba tiende a ser reconocida internacionalmente a nivel discursivo pero negada en la práctica por el modelo internacionalmente hegemónico. Por ejemplo, la definición del analfabetismo como problema de salud, la concepción de que los determinantes sustanciales de la mayor parte de las enfermedades son las condiciones sociales, político-económicas y culturales, o la relevancia de la palabra y la escucha como medio diagnóstico y terapéutico, se relacionan con los procesos históricos locales, al tiempo que son propuestas aceptadas a nivel internacional, al menos en el discurso.

Las diferencias más importantes, las que marcan un quiebre con la formación en la mayoría de las universidades del continente, se concentran a nivel de lo que denomino experiencia de vida y tienen que ver con las relaciones sociales que caracterizan al proyecto ELAM. Incluyen las relaciones con los profesores y con todos quienes forman parte de la atención en salud, sobre todo, con los sujetos y conjuntos sociales así como las relaciones entre estudiantes. La heterogeneidad sociocultural presente en la ELAM y en las universidades médicas cubanas, la diversidad de trasfondos étnicos, socioeconómicos, lingüísticos, geográficos, políticos, culturales, etc. es mayor que en cualquier otra institución formadora de médicos del continente. Sin embargo, no es la heterogeneidad en sí misma lo que le da su carácter diferencial y la transforma actualmente en un contexto único de formación médica sino la igualdad de oportunidades y condiciones para el desarrollo académico y profesional y la garantía universal de derechos económicos y sociales. Cuando los médicos de la ELAM reflexionan sobre esta experiencia aparecen una serie de aspectos interesantes como el reconocimiento de la diversidad cultural y, al mismo tiempo, de similitudes y aspectos compartidos que permiten la unidad sin escencializar ni negar las diferencias; el respecto como base de las relaciones humanas y de la labor médica; el cuestionamiento de los prejuicios y presupuestos socioculturales propios; el no subestimar a los demás; el reconocimiento de las limitaciones del saber propio y del enriquecimiento que significa la diversidad de saberes y modos de vida. Las implicaciones de esta experiencia son además identificables en una serie de comportamientos y actitudes espontáneas de los médicos que dan cuenta por ejemplo del reconocimiento de discriminaciones y estigmatizaciones en la vida cotidiana y su oposición práctica a las mismas. Se trata de las implicaciones de la posibilidad de construcción de relaciones sociales en un contexto que promueve la equidad, algo que se contrapone fuertemente con las experiencias previas y posteriores de estos médicos, y en general de todos, por lo menos en los contextos de esta investigación.

En los 70' se da un proceso de reconcentración mundial del poder que representa un cambio dramático respecto del momento histórico anterior en tanto es un proceso de carácter contrarrevolucionario impulsado desde mediados de esa década por la crisis mundial del capitalismo y que se acelera desde finales de los 80'. Quijano plantea que se trata en rigor de un proceso de re-reprivatización del control de la autoridad colectiva que funciona como base para la profundización y aceleración de las tendencias básicas del capitalismo y una reconfiguración del sistema de dominación política. A este proceso refiere el término globalización (2000:Online).

En los 70' y 80' la globalización-neoliberalización fue violentamente impuesta en Chile y Uruguay, y en la región en general, a partir de procesos dictatoriales que sentaron las bases para su continuación/profundización en los 90' y a hasta la actualidad. En relación a los procesos de salud/enfermedad/atención su impacto es profundo incluyendo transformaciones político-económicas y simbólicas que enmarcan y determinan el saber, la formación y el trabajo médico actual. En ambos países, el saber, la formación y el trabajo médico pueden ser analizados tomando como marco referencial el MMH. En ambos, y muy especialmente en las zonas específicas de esta investigación, la globalización-neoliberalización implicó un recrudecimiento de las desigualdades sociales con fuertes implicaciones para la salud y la vida de sus habitantes en paralelo a la desestructuración y privatización de los aparatos sanitarios nacionales, este proceso significó un recrudecimiento de la estratificación social vertical sobre la base, sobre todo, de diferencias socioeconómicas, étnico-raciales e ideológicas.

En Uruguay el proceso desembocó en una profunda crisis económica y social a comienzos del siglo XXI que para el aparato sanitario implicó la aceptación de una reforma que tiene como base la definición de la protección y atención de la salud como derecho ciudadano. En Chile, donde las políticas de neoliberalización promovidas por los organismos internacionales de crédito fueron aplicadas con mayor rigor, la salud y la educación –pero también el transporte, la vivienda, el agua, la alimentación, el trabajo, la tierra y en general todos los aspectos de la vida social afectados– se han constituido en espacios de reivindicación y conflicto más o menos constante. También en este país se procuró implementar medidas de contención de los efectos más negativos de las transformaciones impuestas y la salud se definió como derecho en el marco de una reforma sanitaria. Sin embargo, aunque con diferencias, en ambos contextos las reformas hasta ahora tienden más bien a mantener, estabilizar, e incluso en algunos campos profundizar, un manejo de la salud/enfermedad/atención que responde al MMH y, en última instancia, al mantenimiento y reproducción de las condiciones sociales, económico-políticas y culturales que lo impulsaron, así como a controlar y contener el potencial de conflicto social en este campo.

A nivel retórico ambas reformas apelan a la atención primaria de salud e incluso a una atención primaria integral y a un modelo de medicina familiar que contrarreste el énfasis asistencialista, individualista y hospitalocéntrico. En la práctica, las políticas concretas y su implementación, aunque con diferencias, en general reproducen el modelo de intervención vertical, asistencialista y economicista característico de la biomedicina hegemónica. En ambos contextos surgen en espacios puntuales, en parte a partir de la aplicación de estas mismas políticas, propuestas divergentes que retoman y profundizan el cuestionamiento y la crítica al MMH. Precisamente dos de ellas, desarrolladas con participación de egresados de la ELAM y que defino como experiencias de atención primaria colectiva, constituyeron el centro de esta investigación.

Hacia el final de la primera década del siglo XXI la propuesta de atención primaria integral vuelve a ganar fuerza en el discurso de organizaciones internacionales como la OMS lo cual refuerza las intenciones de reforma en Uruguay y Chile y el apoyo internacional a las mismas que conlleva una mayor institucionalización de experiencias como las de atención

primaria colectiva en Bella Unión y Koñimo-Lamekura. De maneras distintas, junto al aumento de la disponibilidad de recursos, la institucionalización conllevó también un proceso de burocratización y pérdida de la autonomía que opera limitando, sin anularlo, su potencial transformador.

Este potencial gira en torno a la mayor simetría en la relación entre médicos y conjuntos sociales así como al cuestionamiento y la oposición a discriminaciones y estigmatizaciones que se articulan con la producción de relaciones desiguales, selectivas o discriminatorias en la vida cotidiana y con el avance de una ideología que ve los indicadores básicos de la calidad de los sujetos en la eficiencia, la competencia, el niveles de ingresos económicos y en determinados símbolos de status (cfr. Menéndez 2001:28). Esta relación más simétrica se construye a partir de una autovaloración y valoración del otro apreciable en los egresados de la ELAM que coloca a médicos y pacientes en un nivel más horizontal, en una relación “de frente” entre personas que como tales tienen igual valor y posibilidades de complementarse. Pacientes y otros trabajadores de la salud manifiestan que construyen un trato “de igual a igual” con estos médicos y que el respeto que experimentan en esta relación es una experiencia singular en su historia de relacionamiento con médicos e instituciones sanitarias. La autovaloración de los egresados de la ELAM ve en la verticalidad, la soberbia, el individualismo y la prepotencia, un impedimento para la buena práctica médica que requiere humildad, reconocimiento de las limitaciones propias y del saber médico, aprender de la experiencia de otros, compartir conocimientos.

Desde esta base las experiencias de atención primaria colectiva, por una parte, permitieron y promovieron compartir conocimientos relativos al proceso salud/enfermedad/atención impulsando la construcción de nuevos saberes desde la realidad local que apuntan a abordar las causas múltiples de los padeceres que afectan a los sujetos y conjuntos sociales en un proceso en el cual el médico no es el actor central pero sí un referente fundamental. Asumir ese rol implica una actuación que supera la prescripción de un tratamiento individual a partir de la prescripción de medicamentos alopáticos (que continúa siendo en Uruguay y Chile el centro de la actividad médica en las instituciones oficiales) e incluye el intercambio constante y el trabajo en conjunto con otros actores dentro y fuera de las instituciones sanitarias. Para los egresados de la ELAM la complejidad de su saber se expresa en una práctica que apunta a resolver los problemas concretos por los que son consultados y las situaciones patologizantes que identifican en su inserción en el medio en el que trabajan. Por otra parte y al mismo tiempo, esa práctica apoya procesos de construcción de una ciudadanía consciente, de ciudadanos con derechos y capacidad de ejercerlos, de actores individuales y sociales que construyen su salud enriqueciéndose con el aporte científico pero, sobre todo, que ganan autonomía en el manejo de sus procesos de salud/enfermedad/atención. Desde esta perspectiva estas experiencias permiten pensar una atención primaria distinta a la dominante que promueve un manejo diferente de la prevención y de la interculturalidad en salud, dos áreas que hoy resultan centrales en las discusiones sobre atención médica en América Latina.

Las experiencias de atención primaria colectiva son marginales en la inserción de egresados de la ELAM en Uruguay y Chile, y en general en los sectores salud de ambos países. Su continuidad, al igual que la de otras experiencias, propuestas y tendencias críticas está siempre cuestionada ya que la orientación de las instituciones sanitarias locales difiere notoriamente de esta línea de manejo de las relaciones médico/paciente, instituciones sanitarias/conjuntos sociales subalternos y de manejo del proceso salud/enfermedad/atención.

La orientación dominante tiende con mucha fuerza a la legitimación y reproducción de la estratificación social vertical que implica que los diferentes estratos sociales sólo deben relacionarse en un plano vertical. Esta estratificación actúa al interior de la profesión médica, entre ésta y otras profesiones así como entre profesionales médicos y otros trabajadores de las

instituciones sanitarias y en las relaciones con los conjuntos sociales y se expresa en toda una serie de actitudes “técnicas” y cotidianas. Desde saludar, conversar y compartir alimentos “sólo con pares” en los hospitales hasta proponer niveles diferenciales de necesidades y urgencias asistenciales de acuerdo al estrato social al del paciente expresan la estratificación. El peso de la estratificación social en el trabajo médico es un factor que queda en evidencia de muchas maneras en la incorporación de los egresados de la ELAM a las instituciones sanitarias en Chile y Uruguay y que tiene implicaciones en la relación cotidianas entre médicos y pacientes, entre médicos y otros trabajadores de la salud y entre médicos de diferente formación o que trabajan en distintas instituciones.

La práctica médica a través del conjunto de rasgos y funciones que caracterizan al MMH contribuye en forma significativa a la reproducción socioideológica y económica de la sociedad en la que se constituye y a la cual constituye. Sin embargo, como propone Menéndez, lo hace sobre todo a través de la identificación y utilización eficaz de las prácticas curativas y restitutivas y, en menor medida, de las preventivas. Estas funciones constituyen sólo una parte de las funciones que cumple el modelo y la identificación profesional casi exclusiva con ellas tiende a opacar, y por lo tanto promover, el cumplimiento de otras funciones. Estas otras funciones a un mismo nivel que las preventivas y curativas tienen que ver con el mantenimiento que en estas sociedades refiere, por ejemplo, al mantenimiento de la estratificación social. También cumple funciones de control, normalización, medicalización y legitimación, por ejemplo, de las inequidades sociales o el control de conflictos así como funciones económico-ocupacionales asociadas a la industria de la salud/enfermedad. El opacamiento o no reconocimiento de estas funciones es lo que le da su fuerza como mecanismo de reproducción socioideológica y económica a la práctica médica.

Ahora bien, los médicos para mantener su identidad profesional necesitan representar ante sí mismos y ante los demás el rol de médico, ejercer un comportamiento de rol que fue adquirido en la formación y en el trabajo en las instituciones sanitarias y que redefine como técnicas una parte de las representaciones sociales colectivas. A través del ejercicio espontáneo de ese comportamiento la práctica médica cumple las funciones antes mencionadas. El comportamiento de rol de los egresados de la ELAM difiere en aspectos importantes del dominante en Uruguay y Chile, que produce y reproduce sus instituciones sanitarias y aporta a la reproducción socioideológica en general.

Las diferencias abarcan desde actividades técnicas básicas como la manera de producir un diagnóstico o la prescripción de medicamentos pasando por la forma de referirse a los pacientes o de actuar en la consulta con otro médico hasta actividades cotidianas que incluyen la manera de hablar, vestir, escribir y la forma de participación en la vida social en general. La necesidad de los médicos egresados de la ELAM de ejercer el comportamiento de rol incorporado en la formación para poder mantener su identidad profesional es la que promueve las búsquedas más creativas e intensas en el proceso de inserción. En este sentido, el encuentro con la forma de ser/hacer dominante en Uruguay y Chile puede tener resultados que esquemáticamente van desde la posibilidad teórica, ya que no fue observada en ningún participante de esta investigación, de incorporar un comportamiento de rol que difiera e incluso contradiga en aspectos importantes al incorporado en el proceso formativo; hasta la articulación con transformaciones institucionales que permitan el ejercicio de los aspectos sustanciales de ese comportamiento. Entre estas posibilidades en la práctica se observan varios estadios intermedios que refieren a negociaciones, transacciones y articulaciones con el comportamiento de rol observado en otros médicos.

En contextos como las experiencias de atención primaria colectiva, los egresados pueden ejercer más o menos el comportamiento de rol incorporado en la formación por lo menos en la relación directa con los pacientes, mientras en las interacciones con otras instancias

son necesarias una serie de transacciones ante situaciones que dificultan la identificación profesional, por ejemplo, para que los pacientes que son atendidos por ellos a nivel primario accedan a consultas especializadas, mecanismos diagnósticos o de tratamiento que requieren la participación de otros médicos y otros niveles de atención. En otros contextos de inserción, especialmente en lo que en Uruguay y Chile se considera atención primaria o nivel primario de atención, las limitaciones e incluso imposibilidad de practicar un comportamiento de rol que los identifique ante sí mismos como médicos es uno de los aspectos centrales de sus experiencias. La misma refiere al peso de las condiciones institucionales y las costumbres ocupacionales en el trabajo médico, específicamente en la atención primaria refiere al hecho de que se practica una atención primaria médica que actúa como filtro que controla el acceso de una parte importante de la población a los niveles de mayor complejidad del aparato sanitario, en especial la población atendida por las instituciones sanitarias oficiales, es decir la de menos recursos económicos .

Entre los egresados que participaron de esta investigación prevalece una actitud de búsqueda para la generación de espacios para su desarrollo profesional definido desde el aporte real que pueden realizar a la solución de situaciones que afectan negativamente la vida de las personas y conjuntos sociales. En muchas oportunidades esos intentos no dan el resultado esperado y muchas veces implican transar con aspectos de las costumbres institucionales y de las formas de ser/hacer dominantes que tienden a entorpecer, limitar o anular el aporte social del trabajo médico. La frustración, el desencanto y sobre todo el cuestionamiento de la utilidad de su trabajo marca la inserción de la mayoría de los egresados al sector salud de Uruguay y Chile. En primera instancia, esto refiere a reconocer con claridad en la práctica las funciones de mantenimiento, control, legitimación y en definitiva reproducción de una estructuración social desigual que cumple el trabajo médico. Lo que un egresado definía como perderse en un laberinto en el cual a pesar de las intenciones de transformación y cambio se está manteniendo un estatus quo, un sistema que nunca va a ser justo (Eo3 e/i 2012).

Esta situación muchas veces implica desconformidad, frustración y nuevas búsquedas –cambio de puesto de trabajo, de localidad, presentación de proyectos, formación en áreas específicas– que expresan la tensión existente en Uruguay y Chile entre un trabajo médico socialmente útil y la obtención del sustento económico a través del mismo como de cualquier otro tipo de trabajo. Los desafíos que enfrentan los egresados no son exclusivos o específicos de ellos sino que expresan las tensiones fundamentales de las sociedades. Al mismo tiempo expresan las tensiones que históricamente han definido a la profesión médica entre las dimensiones vocacional y empresarial, idealista y mercantilista o entre la colaboración y la competencia, el individualismo y el trabajo en equipo, la curación y la prevención, etc (cfr. Sinclair 1997). Además, expresan también la heterogeneidad al interior de esta profesión y de estas sociedades así como la existencia de proyectos sociales diferentes y divergentes a pesar o más allá de las tendencias homogeneizantes del momento histórico actual.

En este sentido, el encuentro entre la manera de ser/hacer como médicos de los egresados de la ELAM en Uruguay y Chile con las formas locales hegemónicas, con saberes subalternos y con prácticas y propuestas contrahegemónicas no sólo pone de manifiesto las tensiones básicas de estas sociedades sino que también encierra un potencial de cuestionamiento y transformación. El mismo se expresa en propuestas alternativas desarrolladas por estos médicos, en su participación en propuestas locales o la articulación de su trabajo con ellas. Sin embargo, es más fuerte en la práctica médica cotidiana incluso cuando ellos opinan que no están realizando ningún aporte, nada distinto, que no apoyan ni proponen transformaciones sustanciales sino que se adaptan a y reproducen una forma de actuar con la que en principio discrepan tanto a nivel técnico como social.

Sin negar la reproducción y mantenimiento institucional que representa su trabajo, la ambivalencia del proceso de inserción de estos médicos queda de manifiesto en tanto el ejercicio espontáneo de al menos los aspectos sustanciales del comportamiento de rol que les permite identificarse ante sí mismos como médicos y como médicos formados en la ELAM, tiene que ver con la constitución de relaciones humanas más horizontales, simétricas y complementarias y con las posibilidades de colaboración y solidaridad que no niegan las diferencias pero tampoco las similitudes. Esto puede tener profundas implicaciones en contextos donde este tipo de relaciones son la excepción, sobre todo en las instituciones sanitarias que se relacionan con las posibilidades de cuestionamiento y reflexión que promueven en ellos mismos y en otras personas: otros médicos, otros trabajadores de la salud, los pacientes, es decir los conjuntos sociales que componen estas instituciones.

Las estructuras determinan el actuar de los sujetos y el momento histórico actual está marcado por un peso muy fuerte de los aspectos estructurales sobre la vida de la gran mayoría de las personas lo que está suscitando en la antropología un renovado interés por estos aspectos. En sociedades estructuradas sobre relaciones desiguales de poder en la vida cotidiana los sujetos producen y reproducen esas estructuras y también las cuestionan y transforman desde posiciones hegemónicas, subalternas y de resistencia. La reflexión de los sujetos sobre su rol como reproductores incluso de aquellos rasgos que conscientemente cuestionan, critican o con los que están en desacuerdo; la reflexión respecto de la constitución y las características básicas del saber propio y el reconocimiento de otros saberes si bien no es suficiente, es un punto de partida fundamental para la articulación de propuestas y modos de vida diferentes a los actuales. La inserción de los egresados de la ELAM en Uruguay y Chile es un espacio de significaciones sociales y como tal un espacio para la reflexión teórica académica y cotidiana. Al menos en parte, radica allí el potencial cauterizador del proyecto.

A mi entender esto adquiere un papel cada vez más sustancial. Una experiencia probablemente compartida por la mayoría de los antropólogos más allá de las tendencias teórico-metodológicas, las posiciones éticas, políticas y las explicaciones que construyamos tiene que ver con el valor que los sujetos con quienes trabajamos dan a la conversación, sobre los temas más diversos, en tanto posibilidad de reflexión y cuestionamiento. Muchas veces en el trabajo de campo y también analítico en contextos y con sujetos muy variados se me agradeció la posibilidad de reflexión que mi trabajo aportó. Quiero compartir, para cerrar estas reflexiones, dos maneras en que este aspecto de la antropología fue abordado por personas que participaron de esta investigación.

Dos médicos egresados de la ELAM en una calurosa tarde en Bella Unión agradecen la propuesta de mi entrevista: “te deja pensando, mirá que a mí me dejó pensando”, propone ella y él agrega: “te hace pensar, te hace reflexionar, te hace ver para atrás”. Por su parte, una pareja de ancianos hacia el final de una visita a su hogar en una lluviosa tarde en Koñimo-Lamekura comenta: “Yo no sabía lo que hace un antropólogo, ¿tú?” pregunta él; “tampoco –contesta ella– pero es bueno”; “sí –agrega él y dirigiéndose a mí:– ¿sabe qué es lo importante de su trabajo?: que apagamos la televisión y conversamos”; “así era antes”, concluye ella.

El quehacer antropológico sirve entonces para apagar la televisión y conversar, reflexionar, ver para atrás; sirve, en las palabras andantes de Galeano, como “puerto de partida”²⁷⁹. El asunto radica en qué hacemos con esas reflexiones, hacia dónde las orientamos.

279. Me refiero al texto “Ventana sobre la memoria” (Galeano 1993).

7

Fuentes

7.1 Bibliografía

ADAMS, Vincanne, Thomas E. NOVOTNY y Hannah LESLIE

2008: Global Health Diplomacy. Rev. Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness, 27(4): 315-323.

ALBA RICO, Santiago y Carlos FERNÁNDEZ LIRIA

2005: Cuba, la Ilustración y el socialismo, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, Cuba.

ALLENDE GOSSENS, Salvador

1961: Charla ofrecida a los empleados del Ministerio de Salud Pública. Tribuna Médica de Cuba, a. XXII, n. 459.462:13-19.

ALONSO, Aurelio

2012: Conferencia inaugural del III Encuentro de Crítica e Investigación Joven «Pensamos Cuba», convocado por la Asociación Hermanos Saíz, el 9 de marzo de 2012, La Habana, Cuba.

ÁLVAREZ ACOSTA, María Elena

2008: La enseñanza de la historia de África en Cuba. proximación a sus presupuestos teóricos y metodológicos. En: Lechini G.: Los estudios afroamericanos y africanos en América Latina. Herencia, presencia y visiones del otro. CLACSO, Córdoba, Argentina:229-320.

ANDERSON, Tim

2008: Solidarity Aid: The Cuba-Timor Leste Health Program. Ponencia presentada en la 17ª Conferencia Bienal de la Asociación Australiana de Estudios Asiáticos en Melbourne 1-3 julio de 2008. Conference Proceedings Website.

ASOFAMECH /Asociación de Facultades de Medicina de Chile y COLEGIO MÉDICO DE CHILE

2008: Propuesta de ASOFAMECh y Colegio Médico de Chile para la aplicación del examen que indica la Ley 20.261.

ÁVILA MARTÍN, Ivette, Dailys GARCÍA JORDÁ y Zoe DÍAZ BERNAL

2006: La asistencia a los servicios de salud de jóvenes latinoamericanos y su modificación al vivir en Cuba. Ponencia presentada en ella VIII Conferencia Internacional de Antropología, La Habana, Cuba.

BAUMAN, Zygmunt

1998: Globalization The Human Consequences. Columbia University Press, EEUU.

BAUMANN, Gerd y VERTOVEC (eds.)

2011: Multiculturalism: critical concepts in sociology. Routledge.

BECERRA LOIS, Francisco y Jesús PINO ALONSO

2005: Evolución del concepto de desarrollo e implicaciones en el ámbito territorial: experiencia desde Cuba. Rev. Economía, Sociedad y Territorio 5(17): 85-119.

BECKER, Ernest

1969 La psicología de Wright Mills y la gran conversión histórica en el problema de la alienación. En: Horowitz I. (comp.): La nueva sociología. Tomo I. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina:131-159.

BECKER, Howard et al.

1961: Boys in White: Student Culture in Medical School, Chicago, University of Chicago Press, EEUU.

BELDARRAÍN Chaple, Enrique

2009: ¿Estudia el proceso salud-enfermedad la antropología cubana? Revista Cuicuilco, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, n. 46: 55-70.

2006: Los retos de la antropología médica en cuba. Ponencia presentada en ella VIII Conferencia Internacional de Brigety 2008 Antropología, La Habana, Cuba.

BITRAN, Marcela et al.

2005: Influencia de la personalidad y el estilo de aprendizaje en la elección de especialidad médica. Rev Méd Chile, n. 133: 1191-1199.

BOCCARA, Guillaume

2007: Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. Chungara, Revista de Antropología Chilena, Universidad de Tarapaca, Arica 39(2):185-207.

BOCCARA, Guillaume y Paola BOLADOS

2010: ¿Qué es el multiculturalismo? La nueva cuestión étnica en el Chile neoliberal. Revista de Indias, LXX(250):651-690.

2008: ¿Dominar a través de la Participación? El Neoindigenismo en Chile de la Postdictadura. Memoria Americana 16 (2): 167-196.

BONFIL BATALLA, Guillermo

1988: La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos. Anuario Antropológico/86, Universidade de Brasília, Tempo Brasileiro: 13-53.

BONVENTRE, Eugene

2008: Monitoring and Evaluation of Department of Defense Humanitarian Assistance Programs. Military Review, Ejército de los EEUU: 123-129.

BORGIA, Fernando

2008: La salud en Uruguay: avances y desafíos por el derecho a la salud a tres años del primer gobierno progresista. Medicina Social 3(2):130-147.

BRIGETY, Reuben

2008: Humanity as a Weapon of War. Sustainable Security and the Role of the US Military. Washington D.C.: Center for American Progress, Washington, EEUU.

CARDOZO et al.

1988: La región de Bella Unión: cooperativismo y desarrollo agro-industrial. Editorial Indice, Montevideo, Uruguay.

CASTRO RUZ, Fidel

1999: Acto de inauguración de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas. La Habana, Cuba.

1962: Acto de inauguración del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón" (17/10/62). Tribuna Médica de Cuba, año 23 n. 476-478, La Habana, Cuba: 8-13.

CARRIZO ESTÉVEZ, Juan D. y Maritza GONZÁLEZ BRAVO

2012: La Universidad del siglo XXI y la formación de recursos humanos en salud. Revista Congreso Universidad, Editorial Universitaria Felix Varela 1(2): 1-5.

CÁRDENAS, Felipe y Douglas MARTICORENA

2007: Reflexiones sobre salud rural y reforma de la salud. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción. Osorno, Chile.

CARVAJAL, Yuri et al.

2007: Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural. Cuadernos Médicos Sociales, 47(3): 139-154.

CAYUL MORALES, Leonardo Andrés

2006: Actualización de la Identidad Étnica Williche en la Comunidad de Koñimo Lamekura: Un emergente proceso de Etnogénesis. Tesis, Facultad de Artes, Humanidades y Ciencias Jurídicas y Sociales. Escuela de Antropología, Universidad Católica de Temuco, Chile.

CEPAL / Comisión Económica para América Latina y el Caribe

2002: Panorama Social de América Latina 2001-2002. Publicaciones de Naciones Unidas, Santiago de Chile, Chile.

CIEM / Centro de Investigaciones sobre la Economía Mundial

2004: Investigación sobre ciencia, tecnología y desarrollo humano en Cuba 2003. PNUD, La Habana, Cuba: 113-125.

COMELLS Josep M. y Àngel MARTINEZ HERNAEZ

1993: Enfermedad, Cultura y Sociedad. EUDEMA, Madrid, España.

CONCEPCIÓN, Eloy

1987: ¿Por qué somos internacionaistas? Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, Cuba.

CUETO, Marcos

2004: The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. En: American Journal of Public Health, v. 94: 1864-1874.

DENZIN, Norman K. u.a. (ed.)

2008: Handbook of critical and indigenous methodologies. SAGE Publications, Los Angeles, EEUU.

DEPARTAMENTO DE DEFENSA DE LOS EEUU

2009: Instruction Number 3000.05 September 16, 2009. Departamento de Defensa de los EEUU, Washington, EEUU.

DHILLON, H. S. 1995: Promoción sanitaria y acción de la comunidad en pro de la salud en los países en desarrollo. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

DÍAZ BERNAL, Zoé, Dailys GARCÍA JORDÁ e Ivette ÁVILA MARTIN

2006: Algunos aspectos de la asistencia médica en un contexto intercultural. Ponencia presentada en ella VIII Conferencia Internacional de Antropología, La Habana, Cuba.

2006a: La práctica y consulta médicas en la interculturalidad. Ponencia presentada en ella VIII Conferencia Internacional de Antropología, La Habana, Cuba.

DILGER, Hansjörg y Bernhard HADOLT

2010: Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt. Peter Lang, Frankfurt, Alemania.

DOMINGUÉZ RABAZA, Amelia Aurora

2012: Las prácticas de sanación colectiva de la Congregación Nueva Reforma Apostólica en el barrio "El Transformador", Comunidad de Baire (Cuba). Batey Rev. Cubana de Antropología Sociocultural 3(3): 63-71.

DOUGLAS, Mary

1987: A Distinctive Anthropological Perspective. En: Douglas, M. (de.): Constructive Drinking : Perspectives on Drink from Anthropology. Cambridge University Press, Inglaterra.

DRESANG, Lee T. et al.

2005: Family Medicine in Cuba: Community-Oriented Primary Care and Complementary and Alternative Medicine. Journal of the American Board of Family Medicine 18(4): 297-303.

ELAM / Escuela Latinoamericana de Medicina

2002: Información sobre el proceso docente educativo. Vicerrectoría Docente, ELAM, La Habana, Cuba. Sin publicar.

ERSIMAN, Michael

2012: Brain Drain Politics: The Cuban Medical Professional Parole. International Journal of Cuban Studies 4(4): 269-290.

ESCOBAR, Arturo

2002: Globalización, Desarrollo y Modernidad. En: Corporación Región, Colombia: 9-32.

1995: Encountering Development: The Making and Unmaking of The Third World.

Princeton University Press, Princeton, EEUU.

FANON, Franz

1961: Les damnés de la terre. Francois Maspero París, Francia.

1952: Peau noire, masques blancs. Éditions du Seuil. Paris, Francia.

FARMER, Paul

2003: Pathologies of Power Health, Human Rights, and the New War on the Poor. University of California Press, California, EEUU.

1992: AIDS and accusation. Haiti and the geography of blame. University of California Press. Berkeley, EEUU.

FASSIN, Didier

2008: Faire de la santé publique. Éditions de l'École des Hautes Études en Santé Publique. Francia.

2004: Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: hacia una antropología de la salud. Rev. Colombiana de Antropología, v. 40: 283-318.

2000: Les Enjeux Politiques de la Santé. Editions Khartala, Paris, Francia.

FEINSILVER, Julie

2010: Fifty Years of Cuba's Medical Diplomacy: From Idealism to Pragmatism Cuban Studies, University of Pittsburgh Press. EEUU, v. 41: 85-104.

2008: Médicos por petróleo La diplomacia médica cubana recibe una pequeña ayuda de sus amigos. Rev. Nueva Sociedad, Fundación Friedrich Ebert, Buenos Aires, Argentina. n. 216: 107-122.

1993: Healing the Masses: Cuban Health Politics at Home and Abroad. University of California Press, Berkeley, EEUU.

FERGUSON, James

1996: Development. En: Barnard, Alan y Jonathan Spencer (eds.): Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology. Routledge, Londres, Inglaterra: 154-160.

FERNÁNDEZ DÍAZ, Daniel

2005: La solidaridad como incuestionable respuesta a la Globalización Neoliberal.

Transcripción de la conferencia presentada en el Encuentro de Padres de Familia de la ELAM 2005, La Habana, Cuba. Sin publicar.

FERRANDO, Victoria, María LAGOS y Gabriela LLARENA

2008: Impacto Socio-Económico de Alur en Bella Unión. Tesis. Facultad de Ciencias Económicas y Administración, UDELAR, Montevideo, Uruguay.

FLEGEL, Ken

2009: A Cuban revolution in medical education: A commentary on Huish. Rev. Social Science & Medicine, 69(3) Elsevier Journals, : 305-306.

FOUCAULT, Marcel

1994: Dits et écrits, 1954-1988. Gallimard, París, Francia.

FRANCO, Rolando

2003: América Latina: la realidad de la pobreza regional. CEPAL, Naciones Unidas.

FRANCO, Rolando y Pedro Sáinz

2001: La agenda social latinoamericana del año 2000. Revista de la CEPAL 73, CEPAL, Santiago, Chile: 55-66.

FRESNEDA CAMACHO, Edel y Raúl DELAGADO WISE

2013: Migración y desarrollo en Cuba: socialismo, subdesarrollo productivo y globalización neoliberal. Rev. Migración y Desarrollo, 11(20): 155-185.

FRIEDSON, E

1978: La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento. Península, Barcelona, España.

FUENTES, Guillermo

El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del frente amplio y las condiciones que la hicieron posible. Revista Uruguaya de Ciencia Política, v. 19 n.1:119-142.

GALEANO, Eduardo

1993: Las Palabras andantes. Siglo XXI, Montevideo, Uruguay.

GARCÍA ÁLVAREZ, Anicia y Betsy ANAYA CRUZ

2007: Política social en Cuba, nuevo enfoque y programas recientes. Cuba Siglo XXI Rev. de trabajos científicos sobre diversas facetas de la realidad cubana y latinoamericana, n. LXXXVI, Cuba: 1-53.

GARCÍA JORDÁ, Dailys y Zoé DÍAZ BERNAL

2010: Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. Rev. Cubana de Salud Pública, La Habana, Cuba 36(4): 330-336.

GARCÍA JORDÁ, Dailys, Zoé DÍAZ BERNAL y Marlen ACOSTA ÁLAMO

2012: El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil 17(7):1893-1902.

2012a: Legislación y atención medicalizada al nacimiento en el ejercicio de la maternidad y la paternidad en Cuba. Rev. Ciencias de la Salud, Rosario, Argentina 2012; 10 (2): 207-221

GARCÍA SALMAN, Jorge Daniel

2013: Consideraciones sobre la Medicina Natural y Tradicional, el método científico y el sistema de salud cubano. Revista Cubana de Salud Pública, 39(3):540-555.

GARFIELD, Richard y Timothy HOLTZ

2000: Health System Reforms in Cuba in the 1990s. En: Lloyd-Sherlock, Peter (Comp.): Health Care Reform and Poverty in Latin America. Institut of Latin American Studies, University of London, Inglaterra: 112-127.

GINGRICH, Andre

2001: Ethnizität für die Praxis. En: Wernhart, K y W. Zips (ed.): Ethnohistorie: Rekonstruktion und Kulturkritik. Eine Einführung. Promedia, Viena: 99–111.

GOMEZ, Bea, Walter SCHICHO y Arno SONDEREGGER (eds.)

2008: Rassismus: Beiträge zu einem vielgesichtigen Phänomen. Mandelbaum Verlag, Viena, Austria.

GONZALEZ López, David

2008: Impactos de África en Cuba: cincuenta años. Revista Temas n. 56, La Habana, Cuba:29-37.

GOODHART, David

2011[2004]: Too Diverse? En: Baumann, Gerd y Vertovec (de.) Multiculturalism: critical concepts in sociology. Routledge.

GROVES, Leslie y Rachel HINTON (ed.)

2004: Inclusive Aid: Changing Power and Relationships in International Development. Sterling, London.

GUANCHE, Julio César

2008: El continente de lo posible Un examen sobre la condición revolucionaria Instituto Cubano de Investigación Cultural Juan Marinello, La Habana, Cuba.

GÜEMES, Cecilia y Guillermo FUENTES

2010: A cada cual lo propio, la priorización de lógicas privatistas y responsabilidades individuales en la provisión de bienestar social. Ponencia presentada en el II Congreso Anual REPS: Crisis económica y políticas sociales, Madrid, España.

GUEVARA DE LA SERNA, Ernesto

1965: En Seminario Económico de Solidaridad Afroasiática, 24 de febrero de 1965, Argel, Argelia. En: Guevara, Ernesto 1975: Obra revolucionaria, Ediciones Era, México: 489-497.

1960: Discurso a los estudiantes de Medicina y trabajadores de la salud, 19 de agosto de 1960, La Habana, Cuba. En: Regalado, Roberto (ed.) 2007: Contexto Latinoamericano. Rev. de análisis político, Ocean Sur, México: 48-56.

1960a: El médico revolucionario. Discurso en el acto de inauguración del curso de adoctrinamiento organizado por el Ministerio de Salud Pública el 20 de agosto de 1960, La Habana, Cuba. En: Guevara, Ernesto 1970: Obras. Tomo II 1957-1967, Casa de Las Américas, La Habana: 70-80.

GOFFMAN, Erving

1989[1959]: La presentación de la persona en la vida cotidiana. Amorroutu, Buenos Aires, Argentina.

1970: El ritual de la interacción social. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, Argentina.

HATTAB, Abdulla y José ACOSTA

2004: Bioethics in the arab world. The experience of Aden School of Medicine. Revista Latinoamericana de Bioética 6, Colombia: 88-113.

GUILLOU, Michèle, Jorge CARABANTES y Verónica BUSTOS

2011: Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. Rev Med Chile, n. 139: 559-570

HERNÁNDEZ, Noslén y Marta CONTRERAS

2011: ONU: destacan ayuda de Cuba a víctimas de Chernobil. Clíps de energía nuclear. Suplemento mensual de Clips de Energía. Cubaenergía, Centro de Gestión de la Información y Desarrollo de la Energía, La Habana, Cuba.

HERVICK, y Andre GINGRICH

2011: Rassismus. En: Kreff, F., A. Gingrich y E-Maria Knoll: Lexikon der Globalisierung. Transcript, Bielefeld, Alemania.

HOMEDES y UGALDE

2010: Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Cuadernos Médico Sociales 81: 31-42.

2008: La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. Salud Colectiva, Buenos Aires, 4(1):31-56.

HUISH, Robert

2009: How Cuba's Latin American School of Medicine challenges the Ethics of Physician Migration. Social Science & Medicine, Elsevier Journals, 69(3): 301-304.

2008: Going where no doctor has gone before: the place of Cuba's Latin American School of Medicine in building health care capacity for Ecuador. Tesis de Doctorado, Departamento de Geografía, Simon Fraser University. Burnaby, BC, Canadá.

2008a: Going where no doctor has gone before: The role of Cuba's Latin American School of Medicine in meeting the needs of some of the world's most vulnerable populations. Rev. Public Health. 122(6) 552- 557.

IGLEHART, John K.

2004: Thompson Interview: Advocating For Medical Diplomacy: A Conversation With Tommy G. Thompson, Rev. Health Affairs, 23(3): 262-268.

JORALEMON, Donald

1999: Exploring Medical Anthropology. Allyn & Bacon, Needham Heights, EEUU.

ILLICH, Ivan

1995 [1975]: Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. Beck, Munich, Alemania.

KALTMEIER, Olaf, Josef RAAB y Sebastian THIES

2012: Multiculturalism and Beyond: The New Dynamics of Identity Politics in the Americas, Latin American and Caribbean Ethnic Studies, 7(2), 103-114.

KATZ, Claudio

2006: El rediseño de América Latina. ALCA, MERCOSUR y ALBA. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, Cuba.

KATZ, Rebecca et. al.

2011: Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization. The Milbank Quarterly, 89(3): 503-523.

KIRK, John M.

2012 El internacionalismo médico de Cuba: ¿dónde está el secreto? Temas n.71:84-91.

KIRK, Emiliy y John M. KIRK

2010: Cuban medical cooperation in Haiti: one of the world's best-kept secrets. Cuban Studies 41:166-172.

KIRK, John M. y H. Michael ERISMAN

2009: Cuban Medical Internacionalism. Origins, Evolution, and Goals. Palgrave Macmillan, Nueva York, EEUU.

KNOLL Eva-Maria, Andre GINGRICH y Fernand KREFF

2011: Globalisierung. Kreff, F., A. Gingrich y E-Maria Knoll: Lexikon der Globalisierung. Transcript, Bielefeld, Alemania.

KREFF, Fernand, Andre GINGRICH y Eva-Maria KNOLL

2011: Lexikon der Globalisierung. Transcript, Bielefeld, Alemania.

KULICK, Don und Margaret WILLSON (ed.)

1995: Taboo: Sex, Identity, and Erotic Subjectivity in Anthropological Fieldwork. London, Routledge.

LANDER, Edgardo (comp.)

2000: La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. UNESCO-CLACSO, Buenos Aires, Argentina.

LANDER, Edgardo

2000: Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos. En: Lander (comp.): La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. UNESCO-CLACSO, Buenos Aires, Argentina:11-40.

LEMKE, Thomas, Susanne KRASMANN y Ulrich BRÖCKLING

2000: Gouvernementalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien. Eine Einleitung. En: Bröckling U. et al. (eds.): Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt am Main, Alemania.

LLANQUINAO TRABOL, Hilda

2009: Valores de la educación tradicional mapuche: posibles contribuciones al sistema educativo chileno. Tesis Doctoral, Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona, España.

MARIMÁN QUEMENADO, Pablo 2006: Los mapuche antes de la conquista militar chileno-argentina. En: Marimán Quemenado y otros: ¡...Escucha, Winka...! Cuatro ensayos de Historia Nacional Mapuche y un epílogo sobre le futuro. LOM Ediciones, Santiago, Chile.

MARIMÓN TORRES, Nestor y Evelyn MARTÍNEZ CRUZ

2010: Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública Revista Cubana de Salud Pública, 36(3):254-262.

MARTI, José

2003[1891]: Nuestra América. En: Por Nuestra América. Editorial José Martí, La Habana.

s/f[1885]: Obras Completas. Volumen 5. Cuba Mujeres, Version Digital. Cuba.

MARTÍNEZ CRUZ, Evelyn y Nestor MARIMÓN TORRES

2012: Abordaje de la salud ocupacional dentro de la cooperación médica internacional. Desafíos y retos futuros. Revista Cubana de Salud y Trabajo 13(1):58-658.

MARTÍNEZ MARTÍNEZ, Elisa

2001: Formación en valores en el personal de salud. Rev. Cubana de Medicina Militar 30(3):190-201.

MARRERO LAHERA, Liudmila y Juan C. ROSARIO MOLINA

2013: Sanación popular y Medicina Natural y Tradicional. Dos sistemas de salud en el municipio de Contramaestre. Revista Batey, 5(5): 111-141.

MAYAN, Maria

2001: Una Introducción a los Métodos Cualitativos: Módulo de Entrenamiento para Estudiantes y Profesionales. Qual Institute Press. International Institute for Qualitative Methodology, Edmonton, Canadá.

Mc KINLAY, J.

1982: En favor de un nuevo enfoque hacia arriba: la economía política de la enfermedad. En: Gartly Jaco (eds): Pacientes, médicos y enfermedades, IMSS, México: 19-28.

MEJÍAS SÁNCHEZ, Yoerquis, Orgel DUANY MACHADO, Ana TOLEDO FERNÁNDEZ

2010: Cuba y la cooperación solidaria en la formación de médicos del mundo. Educación Médica Superior, 24(1)76-84.

MENÉNDEZ, Eduardo L.

2012: Búsqueda y encuentro: modas, narrativas y algunos olvidos. Cuadernos de Antropología Social, n. 35: 29-53.

2009: De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina.

2006: Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas. En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (ed.) 2006: Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador.

2005: El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva 1(1):9-32.

2003: Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 8 (1), Rio de Janeiro, Brasil: 185-207.

2002: El malestar actual de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico. Revista de Antropología Social, n. 11, Madrid, España: 39-87.

2002: La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Ediciones Bellaterra, Brcelona, España.

2001: Biologización y racismo en al vida cotidiana. Rev. Alteridades 11(21): 5-39.

1991: Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes. Revista Alteridades, 1(1), Ciudad de México, México: 21-32.

1990: Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Alianza Editorial Mexicana, D.F, México.

1985: El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. Revista Desarrollo Económico, 24(96), Buenos Aires, Argentina: 593-604.

1976: El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Basaglia, F. et al.: La salud de los trabajadores. Nueva Imágen, México.

MENÉNDEZ, Eduardo y Renée DI PARDO

1996: De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. Ediciones de la Casa Chata, CIESAS, D.F, México.

MÉNDEZ, Claudio

2009: Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. Rev Panam Salud Publica, 26(3):276–80.

MENNEL, Lucía

2012: Gesundheitskulturen in Kuba unter besonderer Berücksichtigung der Zeit nach 1989: “el período especial en tiempos de paz”. Dissertation, Universidad de Viena, Austria.

MERENSON, Silvana

2007: El “rincón de la rinconada”: lecturas de la frontera, narrativas de la nación. Bella Unión, República Oriental del Uruguay. Papeles de trabajo. Revista electrónica del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín, año 1(2):1-19.

2005: Ser peludo: una etnografía histórica de tránsitos y pasajes en la construcción de un sujeto social. En: Romero Gorski, Sonia (Comp.): Anuario de Antropología Social y Cultural 2005. Nordan-Comunidad, Montevideo, Uruguay: 175-180.

MERTON, Robert et al.

1957: The Student-Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education. Harvard University Press, EEUU.

MIETTINEN O. S. y FLEGEL K. M.

1992: Medical curriculum and licensing: still in need of radical revision. The Lancet, 340: 956–957.

MILLALÉN PAILLAL, José 2006: La sociedad mapuche prehispánica: kimün, arqueología y etnohistoria. En: Marimán Queménado y otros: ¡...Escucha, Winka...! Cuatro ensayos de Historia Nacional Mapuche y un epílogo sobre el futuro. LOM Ediciones, Santiago, Chile: 17-52.

MILLER, Stephen

1970: Prescription for Leadership: Training for the Medical Elite. Aldine Publishing Company, Chicago, EEUU.

MINEDUC / Ministerio de Educación de Chile

2012: Análisis y Recomendaciones para el sistema de financiamiento estudiantil. Comisión de Financiamiento Estudiantil para la Educación Superior. Ministerio de Educación, Santiago, Chile.

MINSAL / Ministerio de Salud Pública de Chile

2008: Ley 20.261. Crea examen único nacional de conocimientos de medicina, incorpora cargos que indica al sistema de alta dirección pública y modifica la ley nº19.664.

1968: Código Sanitario. Decreto con Fuerza de Ley 725.

MINSAP / Ministerio de Salud Pública de Cuba

2013: Anuario estadístico de Salud 2012. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, La Habana, Cuba.

2012: Anuario estadístico de Salud 2012. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, La Habana, Cuba.

2011: Anuario estadístico de Salud 2012. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, La Habana, Cuba.

2011a: Programa para el Desarrollo y la Generalización de la Medicina Tradicional y Natural. MINSAP, La Habana, Cuba.

2010: Anuario estadístico de Salud 2012. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, La Habana, Cuba.

2009: Resolución Ministerial No. 261 del 24 de agosto de 2009, MINSAP, La Habana, Cuba.

1999: Programa Nacional de Medicina Tradicional y Natural. MINSAP, La Habana, Cuba.

1996: Análisis del Sector Salud en Cuba. Editorial Palacio de las Convenciones, La Habana, Cuba.

1977: Fundamentos para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad. La Habana, Cuba.

MONTERO, Joaquín, Alvaro TÉLLEZ y Cristian HERRERA

2010: Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Temas de Agenda Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile, año 5(38):3-12.

MORAÑA, Mabel, Enrique DUSSEL y Carlos JAUREGUI

2008: Latin America and the postcolonial debate. Duke University Press, EEUU.

MORÓN RODRÍGUEZ, Francisco y José JARDINES MÉNDEZ

1997: La medicina tradicional en las universidades médicas. Revista Cubana de Plantas Medicinales 2(1), La Habana, Cuba: 35-41.

MSP / Ministerio de Salud Pública de Uruguay

2013: Tasa de Mortalidad Infantil por Departamento de residencia materna. Uruguay 1992-2012. MSP, Uruguay.

2010: Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud. Desarrollo y presentación de los primeros resultados. Departamento de Habilitación y Control de los Profesionales de la Salud. MSP, Montevideo, Uruguay.

MUMFORD, Emily

1970: Interns: from students to physicians. Cambridge, Harvard University Press; EEUU.

OMS/Organización Mundial de la Salud

2008: The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever. OMS.

1978: Atención Primaria de Salud. Alma Atta 1978. OMS.

1978a: The promotion and development of traditional medicine. World Health Organization Technical Report. OMS

MUÑOZ, Manuel

2001: Territorialidad e identidad: contexto en el que se sustentan los factores protectores de la salud willeche. Ta kiñe chafün. Servicio de Salud Llanquihue, Chile.

NARBONA, Karina y Gonzalo DURÁN

2009: Caracterización del Sistema de Salud Chileno Enfoque Laboral, Sindical e Institucional. Cuaderno 11. Fundación Sol, Chile.

ONU/Organización de Naciones Unidas

2014: Informe sobre desarrollo humano. ONU.

OPS/Organización Panamericana de la Salud

2006: Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela.: OPS/OMS para Venezuela, Caracas, Venezuela.

2005: Consulta regional recursos humanos em saúde: desafios críticos. OPS, Toronto, Canadá.

PEDRÓN, Olga

1970: Episodios históricos. En: Aljantí, D. et al. (eds.): Los Departamentos: Artigas. Editorial Nuestra Tierra, Montevideo, Uruguay.

PERNAS GÓMEZ, Martha, Lourdes ARENCIBIA FLORES y Martha ORTIZ GARCÍA

2001: El plan de estudio para la formación del médico general básico en Cuba: Experiencias de su aplicación. Rev. Cubana de Educación Médica Superior 15(1):9-21.

PICARONI SOBRADO, Natalia

2010: Sanadores de Koñimo y Lamekura. Koñimo, Chile. Sin publicar.

2008: Pensar y actuar la salud de manera diferente: un análisis antropológico del “Proyecto ELAM / Escuela Latinoamericana de Medicina” (Cuba). Tesis de Magister, Instituto de Antropología Social y Cultural Universidad de Viena, Viena, Austria.

2008a: Algunos aspectos destacables del Proyecto ELAM y su impacto en el Uruguay: una mirada desde la antropología social y cultural. En: Romero Gorski, S. (Hg.): Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay 2008. Nordan-Comunidad, Montevideo, Uruguay: 187-198.

2007: Hacia un modelo diferente de pensar y actuar en relación a la salud: formación de médicos uruguayos en la Escuela Latinoamericana de Medicina / ELAM. En: Romero Gorski, S. (ed.): Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay 2007. Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo, Uruguay: 207-215.

PICO GARCÍA, Nieves

2012: La externalización de los servicios: una oportunidad de inserción para Cuba en el comercio internacional. Ponencia presentada en la Conferencia Deslocalización de servicios y cadenas globales de valor: ¿Nuevos factores de cambios estructurales en América Latina y el Caribe? Santiago, Chile.

PNUD-Cuba

2004: Tecnología y Desarrollo Humano en Cuba. PNUD-Cuba, Informe Nacional sobre Desarrollo Humano Cuba 2003, La Habana, Cuba.

PNUD/Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

2014: Informe sobre Desarrollo Humano 2014: Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia. Communications Development Incorporated, Washington DC, EE.UU.

PRITCHARD, Evans

1937: Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande. Oxford University Press, Inglaterra.

QUIJANO, Anibal

2010: América Latina: hacia un nuevo sentido histórico. En: Irene León (coord.): Sumak Kawsay/Buen Vivir y cambios civilizatorios, 2° edición, FEDAEPS, Quito, Ecuador: 55-71.

2009: Otro horizonte de sentido histórico. Rev. América Latina en Movimiento 441, Quito, Ecuador:2-5.

2007: Colonialidad el Poder y Clasificación Social. En Castro-Gómez, S. y R. Grosfoguel (eds.): El Giro Decolonial: Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Siglo del Hombre Editores, Bogotá.

2000a: Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina. En: Lander, Edgardo (comp.): La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. UNESCO-CLACSO, Buenos Aires, Argentina.

2000b: ¡Qué Tal Raza!. Revista Venezolana de Economía y Ciencias sociales, 6(1), Caracas: 37-45.

1998: La Colonialidad del Poder y la Experiencia Cultural Latinoamericana. En Briceño-León R. y H. Sonntag (Eds.): Pueblo, Época y Desarrollo: La sociología de América Latina. Editorial Nueva Sociedad, Caracas: 27-38.

1992: Colonialidad y Modernidad/Racionalidad. En: Bonilla H. (Comp.): Los Conquistados: 1492 y la población indígena de las Américas. FLACSO / Ediciones Libri Mundi, Quito: 437-449.

REDFIELD

1941: Yucatán: una cultura en transición. Fondo de Cultura Económica, México.

RIBEIRO, Gustavo Lins

2007: Poder, redes e ideología en el campo del desarrollo. Tabula Rasa 6, Bogotá, Colombia: 173-193.

RIGOL RICARDO, Orlando et.al.

1994: Medicina General Integral. Tomo I. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, Cuba.

RODRIGUEZ, Eloísa et al.

2009: El caso estudiado. En: SMU/ Sindicato Médico el Uruguay: Cuadernos del CES, diciembre de 2009:57-65.

RODRÍGUEZ JÚSTIZ, Félix et al.

2000: La globalización y el modelo de Medicina General Integral en Cuba. retos y oportunidades Rev Cubana Medicina General Integral, 16(1):73-9.

ROJAS RONCAGLIOLO, Gemma y Alex CAICHEO NONQUE

s/f: La re-emergencia de identidades indígenas en Chile a la luz de la Ley 19.253. Reflexiones desde la la comunidad de Koñimo-Lamekura, Chiloé. Sin publicar.

ROJAS, Gonzalo

1999: Oscuro y otros textos. Pehuen, Santiago, Chile.

ROJAS OCHOA, Francisco

2009: Salud Pública Medicina Social. Editorial de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.

ROJAS Ochoa, Francisco et al.

2013: El debate sobre la Medicina Natural y Tradicional y sus implicaciones para la salud pública. Revista Cubana de Salud Pública, 39(1) 107-123.

2013a: La Medicina Natural y Tradicional y la Medicina Convencional no responden a paradigmas en pugna. Revista Cubana de Salud Pública, 39(3):571-587.

SACHS, Wolfgang (ed.)

1992: The Development Dictionary. A Guide to Knowledge as Power. Zed Books Londres, Inglaterra.

SANTOS-BRIONES de los, Saúl, Carlos GARRIDO SOLANO y Manuel CHAVEZ-CHAN

2004: Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. Revista Biomédica 15(2) México: 81-94.

SARIEGO, Joan Luis

2009: Presentación: Algunas palabras sobre Eduardo. En: Menéndez, E.: De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina.

SCHNEPF, Tabea

2013: Hilfe die ausländischen Ärzte kommen?! Eine ethnologische Untersuchung der Vorbereitung zugewanderter Ärzte auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken. Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades des Magister Artium. Eberhardt Karls Universität Tübingen, Alemania.

SERRA VALDÉS, Miguel

2013: El trabajo educativo en la Universidad de Ciencias Médicas en el contexto histórico actual. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2013;12(4):637-649.

SILVA AYÇAGUER, Carlos et al.

2013: Medicina Convencional y Medicina Natural y Tradicional: razones y sinrazones metodológicas. Rev. Cubana de Salud Pública, 39(3):556-570.

SILVERMAN, David

2001: Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction. SAGE, Londres, Inglaterra.

SINCLAIR, Simon

1997: Making Doctors: An institutional apprenticeship. Berg, Oxford, Inglaterra.

SMC / Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos S.A.

2013: Convocatoria para servicios académicos de postgrado. Requisitos de matrícula e información general. SMC, La Habana, Cuba.

SMITH, Linda Tuhiwai

1999: Decolonizing methodologies: research and indigenous peoples. Zed Books, Londres, Inglaterra.

SPERANZA, Noelia et al.

2015: Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública. Rev. Méd. Urug. 2015, 31(2):111-118.

TABLADA, Carlos, Roberto SMITH y François HOUTARD

2007: África codiciada. El desafío pendiente. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, Cuba.

TORO GARCÍA del, Grisel y Yoagne TRAPERO QUINTANA

2007: La Medicina Tradicional y Natural en el Sistema de Salud Pública Cubano. Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas, 6 (3), Chile:48-51.

TORRE de la, MONTEJO et al.

2005: Salud para todos sí es posible. Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social, La Habana, Cuba.

TURNER, Victor

1980[1967]: La selva de los símbolos: aspectos del ritual ndembu, Siglo XXI, Madrid, España.

UDELAR/Universidad de la República

2013: VII Censo de Estudiantes Universitarios de Grado, año 2012. Departamento de Publicaciones, Montevideo, Uruguay.

2011: Censo. Facultad de Medicina. Departamento de Publicaciones, Montevideo, Uruguay.

2007: Censo. Departamento de Publicaciones, Montevideo, Uruguay.

UBIETA GÓMEZ, Enrique

2002: La utopía rearmada. Historias de un viaje al nuevo mundo, Casa Editora Abril, La Habana.

UNIDAD DE SALUD COLECTIVA

2010: Síndromes culturales en el archipiélago de Chiloé: sobrepeso, mal, susto y corriente de aire. Servicio de Salud Chiloé, Chile.

UNODC/Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito

2012: Informe Mundial sobre las Drogas 2012. ONU.

URBINA BURGOS, Rodolfo

1988: Chiloé, foco de emigraciones. En: Chiloé y su influjo en la XI Región: II Jornadas Territoriales. Universitaria, Santiago, Chile.

URIARTE, Miren

2002: CUBA La Política Social en la Encrucijada: Manteniendo las Prioridades, Transformando la Práctica, Oxfam America, Boston, EEUU.

VAN DE VELDE, Herman

2006: Procesos de Facilitación: texto de consulta y referencia. Centro Universitario Regional del Norte - Centro de Investigación, Capacitación y Acción Pedagógica, Estelí, Nicaragua.

VÍCTORA, Ceres (ed.)

2004: Antropología e ética: o debate atual no Brasil. ABA, Associação Brasileira de Antropologia, Ed. da Univ. Federal Fluminense. Niterói, Brasil.

VOGT, Evon

1976: Tortillas for the Gods. A symbolic analysis of zinacantec rituals. Harvard University Press, Cambridge, EEUU.

WAITZKIN, Howard

2011: Medicine and Public Health at the End of Empire. Paradigm Publishers, Boulder, EEUU.

WALSH, Catherine

2008: Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. Tabula Rasa. Bogotá - Colombia, No.9: 31-152.

WATERMAN, Peter

1992: El internacionalismo socialista ha muerto. ¡Viva la Solidaridad Global! En: Nueva Sociedad, n. 122, Buenos Aires, Argentina: 47-54.

WOLF, Eric

Europe and the People Without History. University of California Press, California, EEUU.

7.2 Fuentes electrónicas

AFP

2013: Una Torre de Babel en Cuba forma médicos pobres para los pobres. El Nuevo Diario, Nicaragua:

<http://www.elnuevodiario.com.ni/internacionales/300642-torre-de-babel-cuba-forma-medicos-pobres-pobres> [16/8/2014]

AGUILAR GUERRA, Tania, Esther TORRES MARTÍNEZ y Georgina FONSECA BIBESCO

2010: Los procesos de negociación para la homologación de títulos e inserción laboral de los egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba. Revista Salud Pública Internacional, 1(1):

http://bvs.sld.cu/revistas/spi/vol01_01_10/spi05110.htm [17/09/2015]

ANIL Louis-Juste, Jean

2008: Desarrollo comunitario y crisis agraria: metamorfosis del movimiento campesino haitiano. En: OSAL : Observatorio Social de América Latina. año 8(23), Buenos Aires, CLACSO:

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal23/10S1LouJus.pdf> [17/09/2015]

ARTILES VISBAL, Leticia

2005: El proyecto Magisterio y la categoría género en la formación del recursos humanos en salud. Rev. Cubana de Educación Médica Superior, 19(2):

<http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v19n2/ems01205.pdf> [17/8/2014]

BAN KI-MOON

2014: Secretary-General's remarks to students at Escuela Latinoamericana de Medicina. Havana, Cuba, 28 January 2014. Latest Statements. United Nations.

<http://www.un.org/sg/statements/index.asp?nid=7437> [21/03/14]

2014a: Secretary-General's remarks to the officials at Latin American School of Medicine (Escuela Latinoamericana de Medicina/ELAM) [as prepared for delivery]. Latest Statements. United Nations.
<http://www.un.org/sg/statements/index.asp?nid=7435> [21/03/14]

CARREÑO DE CELIS, Ramón y Lourdes SALGADO GONZÁLEZ

2005: Evolución histórica de la educación médica superior en Cuba a partir de 1959. Revista Cubana de Educación Médica Superior, 19(2):
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412005000200008&script=sci_arttext
[30/10/07]

2005a: Otros aspectos de la evolución histórica de la educación médica superior en Cuba desde 1959 hasta el 2004. Revista Cubana de Educación Médica Superior, 19(3):
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000300008&lng=es&nrm=iso [29/10/07]

CASTRO-GÓMEZ, Santiago y Eduardo MENDIETA (eds.)

1998: Teorías sin disciplina (latino-americanismo, poscolonialidad y globalización en debate):
<http://www.duke.edu/~wmignolo/InteractiveCV/Publications/Teoriassindisciplina.pdf>
[26/02/08]

CEPAL / Comisión Económica para América Latina y el Caribe

2002: Elevadas tasas de deserción escolar en América Latina. Informa de la CEPAL Panorama Social de América Latina 2001-2002
<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/0/11260/P11260.xml>

DIARIO AUSTRAL TEMUCO

2003: Lo bueno, lo malo y aquello para no olvidar.
<http://www.australtemuco.cl/site/edic/20030107082022/pags/20030107091003.html>
[17/08/14]

DOTRES MARTÍNEZ, Carlos et al.

1995: Programa para la atención médica integral a niños expuestos a contaminación ambiental por sustancias radiactivas. Rev. Cubana Pediatría 67(1) Ciudad de la Habana, Cuba:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75311995000100002&script=sci_arttext
17/08/14

ELAM

s/f: Misión. Escuela Latinoamericana de Medicina, ELAM, Cuba:
<http://instituciones.sld.cu/elam/mision/> [16/8/2014]

2012: Historia

<http://instituciones.sld.cu/elam/historia-de-la-elam/>

ESPINOSA BRITO, Alfredo

2005: La formación social del médico. Revista Cubana de Salud Pública, 31(4):
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400010&lng=es&nrm=iso [02/09/07]

EUNACOM / Examen Nacional Unico de Conocimientos

s/f: Sitio Oficial: <http://www.eunacom.cl/>

EZLN / Ejército Zapatista de Liberación Nacional

1996: Cuarta declaración de la Selva Lacandona. Comité Clandestino Revolucionario Indígena-Comandancia General del

Ejército Zapatista de Liberación Nacional:

http://palabra.ezln.org.mx/comunicados/1996/1996_01_01_a.htm [4/12/14]

FELDBAUM, Harley y Joshua MISHAUD

2010: Health Diplomacy and the Enduring Relevance of Foreign Policy Interests. PLoS Medicine, 7(4): 1-6. Disponible en: e1000226. doi:10.1371/journal.pmed.1000226

[4/12/14]

GARCÍA SALABARRÍA, Joaquín

2006: ¿Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana? Rev Cubana Salud Pública 32(1): <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu14106.pdf> [17/08/14]

GOBIERNO DE CUBA Y GOBIERNO DE VENEZUELA

2000: Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela 2000. Barrio adentro:

<http://www.barrioadentro.gov.ve/convenio.htm> [27/10/07]

GRADUADOS DE LA ELAM CHILE

2005: Carta entregada en La Moneda al Presidente Lagos. Graduados de la ELAM Chile, sábado 29 de octubre de 2005:

<http://medicoschile-elam.blogspot.co.at/2005/10/carta-entregada-en-la-moneda-el-jueves.html> [27/10/07]

GRANDA, Edmundo

2004: ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? Revista Cubana de Salud Pública 30(2):

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009 [24/02/08]

JIMÉNEZ ESPÓSITO, Yiliam

2010: El Programa Integral de Salud de Cuba. Un Modelo de Cooperación Sur- Sur. Revista Cubana de Salud Pública Internacional, 1(1):

http://bvs.sld.cu/revistas/spi/vol01_01_10/spi07110.htm [19/05/2014]

LAZAROV, Luis, Julio LORENTE y Antonio TURNES

2001: Número de médicos en Uruguay: elementos para un análisis. Sindicato Médico del Uruguay: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/estadistica/numeromedicos.pdf> [01/01/08]

LOPEZ BLANCH. Hedelberto

2005: Historias secretas de médicos cubanos. Ediciones La Memoria, Centro Cultural Pablo de la Torriente Brau:

http://www.centropablo.cult.cu/libros_descargar/historiamedicos_cubanos.pdf [17/08/2014]

LUGONES BOTELL, Miguel y Luis PICHES GARCÍA

2005: La atención primaria de salud y los estudiantes latinoamericanos de medicina. Revista Cubana de Medicina General Integral 21(5-6):
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n5-6/mgi235-605.pdf> [26/02/08]

MACIAS Llanes, María Elena

2005: La Política de Salud Cubana y valores sociales a la luz de los Estudios Ciencia - Tecnología - Sociedad. Rev Humanidades Médicas 5(1), Ciudad de Camaguey, Cuba:
<http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v5n1/hmc030105.pdf> [17/08/2014]

MENÉNDEZ, Eduardo L.

2012: Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica. Gazeta de Antropología, 28(3):
<http://hdl.handle.net/10481/22988> [17/09/2015]

MIGNOLO, Walter

1998: Postoccidentalismo: el argumento desde América Latina. En: Castro-Gómez, Santiago y Eduardo Mendieta (Ed.): Teorías sin disciplina (latinoamericanismo, poscolonialidad y globalización en debate) México: <http://www.duke.edu/~wmignolo/InteractiveCV/Publications/Teoriassindisciplina.pdf> [26/02/08]

MINREX / Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba

2014: Graduados en Cuba más de 50 mil jóvenes del mundo:
<http://www.cubaminrex.cu/es/graduados-en-cuba-mas-de-50-mil-jovenes-del-mundo> [11/03/2014]

2002: Programa Integral de Salud para América Latina, el Caribe y África. MINREX, La Habana Cuba.
http://www.cubaminrex.cu/Cooperacion/PIS_generales.html [27/10/2007]

MINSAL/Ministerio de Salud

2010: Padrón Nacional de Prestadores Individuales de Salud: <http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-5587.html> [18/09/2015]

MSP/Ministerio de Salud Publica (Uruguay)

2006: Concurso de Méritos y Oposición para proveer 100 puestos y el doble del doble de suplentes de médicos generales en apoyo a los equipos del Primer Nivel de Atención a nivel nacional:
http://www.msp.gub.uy/noticia_559_1.html [14/06/2007]

PÉREZ VALERINO, Daney

2013: La diplomacia de salud y su presencia en las relaciones internacionales del siglo XXI. Rev. Salud Pública Internacional 3(1):
http://bvs.sld.cu/revistas/spi/vol03_1_12/spi082013.html [01/12/14]

QUIJANO, Anibal

2005: El “movimiento indígena” y las cuestiones pendientes en América Latina. Revista Tareas, n.119, CELA, 31-62: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/tar119/quijano.rtf> [17/09/15]
2000: Colonialidad del poder, globalización y democracia. Rev. América Latina en Movimiento: <http://alainet.org/active/1382&lang=es> [01/12/14]

RODRÍGUEZ, Lissy y Lisandra FARIÑAS ACOSTA

2014: De Cuba me llevo todo. Granma:

file:///Volumes/Natalia/A%20TESIS/BIBLIOTECA/ELAM/Granma%202014_Nota%2015%20anios%20ELAM%20De%20Cuba%20me%20llevo%20todo%20%E2%80%BA%20Mundo%20%E2%80%BA%20Granma%20-%20Órgano%20oficial%20del%20PCC.
webarchive

ROJAS Ochoa Francisco

2003: Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. Rev. Cubana Medicina General Integral 19(1), Ciudad de La Habana, Cuba:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-212520030001&lng=es&nrm=iso [17/08/14]

2003a: La enseñanza de la salud pública a estudiantes de Medicina en Cuba. Rev. Cubana de Educación Médica Superior, 17(2):

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412003000200001&script=sci_arttext [24/02/08]

ROSELL PUIG, Washington

2006: Antecedentes de la primera misión internacionalista cubana en el campo de la docencia médica. Rev. Educación Médica Superior 20(1):

<http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v20n1/ems07106.pdf> [17/08/2014]

SANSÓ SOBERATS, Felix

2005: Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. Rev. Cubana de Salud Pública 31(2) Ciudad de La Habana, Cuba:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-346620050002&lng=es&nrm=iso [17/08/2014]

SANTANA IGLESIAS, Michele y Evelyn MARTÍNEZ CRUZ

2013: La solidaridad médica cubana desde la perspectiva del Programa Integral de Salud, 1998-2010. Revista Cubana de Salud Pública Internacional, 3(1): 1-23:

http://bvs.sld.cu/revistas/spi/vol03_1_12/spisu2013.htm [17/08/2014]

SMC / Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos S.A.

s/f: Quiénes somos

<http://smcsalud.cu/smc/servlet/wpquienessomos> [01/12/14]

THEnet/ The Training for Health Equity Network

s/f: About THEnet: <http://thenetcommunity.org/about-thenet/> [17/08/2014]

TOLEDO Sande, Luis

2005: ¿Por qué “patria es humanidad”? Periódico CUBARTE:

<http://www.cubarte.cult.cu/periodico/letra-con-filo/12567/12567.html> [01/12/14]

UBIETA GÓMEZ, Enrique

2006: Venezuela rebelde. Solidaridad versus dinero, Casa Editora Abril, La Habana, Cuba. Versión digital:

<http://www.rebelion.org/docs/83054.pdf> [17/08/14]

UNIVERSIDAD DE CHILE

s/f: Reválida y reconocimiento de títulos profesionales de las carreras de la salud

<http://www.med.uchile.cl/revalida-de-titulo.html> [01/12/14]

US NAVY

2013: Continuing Promise: <https://www.facebook.com/navycp> [01/12/14]

WATERMAN, Peter

2010: Five, Six, Many New Internationalisms! Nine Reflections on a Fifth International. Rev. América Latina en Movimiento: <http://alainet.org/active/37930> [01/12/14]

WERNER David et a.

2000: Cuestionando la solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil. HealthWrights. Edición digital: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/inicio.htm> [02/02/08]

7.3 Fuentes audiovisuales

ANDERSON, Tim

2008: The Doctors of Tomorrow. A documentary on the Timor Leste-Cuba health cooperation. Tim Anderson, Duración: 34 minutos, Inglés, Australia.

AUDIOVISUALES ELAM

2012. Los egresados que yo conozco. Duración: 44 minutos, Audiovisuales ELAM, La Habana, Cuba.

ELAM

s/f: Revista Informativa

<http://audiovisuales.sld.cu/contenidos/embed/176/>

FIELD, Connie

2006: ¡Salud! What puts Cuba on the map in the quest for global health... Duración 93 minutos, EEUU.

OLIVERA RODRÍGUEZ, Hansel y Carmen SANTOS HERNÁNDEZ

2006: Por la Salud de los Pueblos del Mundo. Escuela Latinoamericana de Medicina. Segunda Graduación 2006. Audiovisuales ELAM, La Habana, Cuba.

PICARONI SOBRADO, NATALIA

2012. ¿Quién le dijo? Una experiencia de salud en territorio williche. Documental (reedición), Chiloé, Chile. Duración: 35 Minutos, Español con subtítulos. Presentado en 54. ICA, Viena, Austria.

7.4 Figuras

Figura 1: Elaboración personal a partir de Base de Datos de la Unidad Central de Cooperación Médica (en Santana y Martínez 2013:11) y datos recogidos en el trabajo de campo.

Figura 2: Elaboración personal a partir de Base de Datos de la Unidad Central de Cooperación Médica (en Santana y Martínez 2013:11) y datos recogidos en el trabajo de campo.

Figura 3: Estimación del Universo de médicos en Chile (Guillou et al. 2011:561)

Anexo I:

Estudiantes egresados de la ELAM que participaron en esta investigación

Código	Ingreso ELAM	Egreso ELAM	País de Residencia	Código	Ingreso ELAM	Egreso ELAM	País de Residencia
EAE1	1999	2005	UY	EAE15	1999	2005	UY
EOE1	1999	2005	UY	EAE16	2000	2006	UY
EOE2	1999	2005	UY	EAE17	1999	2005	UY
EAE2	1999	2005	UY	EAE18	1999	2005	UY
EAE3	2000	2006	UY	EAE19	1999	2006	UY
EAE4	2000	2007	UY	EAE20	1999	2005	UY
EOE3	2001	2007	UY	EOE15	1999	2005	UY
EOE4	2001	2007	UY	EAE21	1999	2005	UY
EOE5	2001	2007	UY	EOE16	2000	2006	UY
EOE6	2001	2007	UY	EAE22	1999	2005	UY
EAE5	2001	2007	UY	EOE17	2000	2006	UY
EOE7	2002	2009	UY	EAE23	2003	2009	CL
EOE8	2002	2008	UY	EOE18	2000	2006	CL
EOE9	2002	2008	UY	EOE19	2000	2006	CL
EAE6	2002	2008	UY	EOE20	2004	2010	CL
EAE7	2003	2010	UY	EOE21	1999	2005	CL
EOE10	2005	2011	UY	EAE24	2002	2008	CL
EAE8	2003	2009	UY	EAE25	2003	2009	CL
EOE11	2005	2011	UY	EOE22	1999	2005	CL
EAE9	2005	2011	UY	EOE23	2002	2008	CL
EOE12	2000	2006	UY	EOE24	2000	2006	CL
EAE10	2000	2006	UY	EAE26	2000	2006	CL
EAE11	1999	2005	UY	EOE25	1999	2005	CL
EOE13	2000	2006	UY	EOE26	2002	2008	CL
EAE12	1999	2005	UY	EOE27	1999	2005	CL
EOE14	2000	2006	UY	EOE28	2003	2009	CL
EAE13	2000	2006	UY	EOE30	2005	2011	UY
EAE14	1999	2005	UY				

Anexo II:

Resumen

En 1999 se inicia en Cuba el proyecto Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM). Desde entonces jóvenes de todos los países latinoamericanos y caribeños, EEUU, algunos africanos, asiáticos e islas del pacifico se han formado como médicos a través de una beca de estudio total y gratuita. Hasta 2012 egresaron más de 12.000 médicos generales, más de 3.000 habían completado también el posgrado de Medicina Familiar y más de 800 además otro posgrado médico. Para poder ejercer su profesión fuera de Cuba deben obtener la habilitación requerida en cada país. Actualmente, en más de 32 países de América Latina y el Caribe trabajan médicos formados en el proyecto ELAM.

Desde una perspectiva antropológica el trabajo y la formación médica son actos sociales institucionalizados; la manera de ser/hacer de cada médico y el saber médico en general se estructura en la interacción entre las instituciones formadoras, las instituciones sanitarias y los conjuntos sociales. La inserción de los egresados de la ELAM en los sectores salud de los países beneficiarios del proyecto, constituye un espacio de significaciones sociales que manifiestan las tensiones en las relaciones de cooperación o lucha, de complementación y competencia que enmarcan la producción de la realidad actual y de las posibilidades futuras. El proceso de inserción a nivel teórico puede ser abordado como encuentro entre maneras de pensar y actuar, de ser/hacer, entre representaciones y prácticas, entre saberes médicos diferentes.

Para abordar este proceso seleccioné dos contextos nacionales; Uruguay y Chile y en cada uno una experiencia de atención primaria de salud en una región apartada: Bella Unión y Chiloé. Desarrollé una investigación (2006-2012) que apuntó a describir, documentar y analizar el saber y la práctica médica de los egresados de la ELAM y las presentes en esos contextos. Desde esa base interrogué las posibilidades y limitaciones del encuentro entre maneras de ser/hacer diferentes en el sector salud. En varios períodos sucesivos de trabajo de campo en Cuba, Uruguay y Chile, apliqué una serie de técnicas y métodos, con especial énfasis en entrevistas y observación participante, con el fin de recoger los puntos de vista de todos los actores significativos tanto a través de sus representaciones como de sus prácticas. Esto permite analizar y describir sus relaciones articulando las dimensiones simbólicas y económico-políticas y dando cuenta de los procesos de hegemonía/subalternidad en los que se constituyen.

En la primera parte de esta tesis (Introducción y Metodología) explicito los presupuestos teórico-metodológicos y la postura ético-política desde la cual definí la problemática, construí su abordaje y escribí el trabajo. En la segunda, presento una parte de los resultados de la investigación en una espiral ascendente de elaboración teórica a partir del material empírico y bibliográfico.

Primero, describo aspectos fundamentales de la constitución del sistema de salud cubano a partir de comienzos de los 60' que constituye el contexto en el cual la formación médica debe ser abordada. Después, analizo la estructuración de una manera de ser/hacer a través de la formación académica y la experiencia de vida en el proyecto ELAM desde su actualización en el encuentro con otras formas de ser/hacer en el proceso de inserción en Chile y Uruguay. Por último, abordo las transacciones conflictivas y complementarias que se dan en ese proceso enfatizando las implicaciones del modelo médico hegemónico en el recibimiento y la práctica médica de los egresados así como el cuestionamiento que la misma representa a la hegemonía médica y las articulaciones reales o potenciales con saberes y prácticas contrahegemónicas.

La hegemonía médica en Cuba fue notoriamente reforzada en los 60'. En relación a los procesos de salud/enfermedad/atención ese momento histórico estaba marcado por una serie de propuestas que fueron sintetizadas, posteriormente, como atención primaria integral en torno a cuatro principios: el compromiso político y social; la participación real de los conjuntos sociales; la intersectorialidad; la universalidad para el acceso a la atención médica. Esta concepción suponía como una de sus bases fundamentales la constitución de relaciones sociales más horizontales, simétricas y complementarias. En este escenario se constituyó en Cuba un saber y práctica médica que adquirió rasgos diferenciales que permitieron la aplicación de conceptos y desarrollos científico-tecnológicos aceptados internacionalmente a nivel discursivo pero que en la mayoría de los contextos latinoamericanos no han sido aplicados. Por ejemplo, los referidos a la prevención y promoción; a la determinación socioeconómica y cultural de los problemas de salud; o también a la importancia de la palabra y la escucha en la relación médico/paciente. Al mismo tiempo, el proyecto ELAM se caracteriza por la heterogeneidad étnica, socioeconómica, cultural, lingüística, territorial, político-ideológica de sus estudiantes y la igualdad de oportunidades y condiciones para el desarrollo académico. En este sentido, la formación médica en la ELAM constituye una experiencia única en una región donde la estratificación social desigual representa el núcleo constitutivo central de las sociedades. Durante el proceso de formación los médicos interiorizaron un comportamiento de rol y representaciones sobre la medicina, la salud y su rol como médicos que difieren de las dominantes en Uruguay y Chile.

La práctica y el saber médico en Uruguay y Chile pueden ser analizadas tomando como marco referencial el concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH) propuesto por Eduardo Menéndez. Su influencia se expresa por ejemplo en el hecho de que, como expresa una egresada, la relación médico/paciente en una "relación jerárquica, el médico es el que habla, el que propone, el que decide". El MMH cumple una serie de funciones que en su conjunto apuntan a la reproducción socio-ideológica para la cual es central la reproducción de una estratificación social vertical y jerárquica. En estos contextos el trabajo de los egresados de la ELAM que, por ejemplo, construyen una relación médico-paciente/conjuntos sociales más simétrica y complementaria que la dominante, cuestiona en la práctica aspectos centrales de la manera de ser hacer hegemónica. Al mismo tiempo, las costumbres ocupacionales y las condiciones institucionales en las que desarrollan su trabajo cuestionan su identidad profesional, muchos plantean que no sienten que están trabajando como médicos. Sobre todo en las instituciones sanitarias oficiales la práctica médica es inminentemente asistencialista y apunta a aliviar síntomas, los egresados la definen como "poner parches". Esto conlleva que no se abordan las causas de los problemas por los cuales las personas consultan al médico de manera que los mismos no pueden ser solucionados. De esta manera contradice su entendimiento de rol que incluye el abordaje de las situaciones concretas en las cuales las personas enferman y sanan.

La frustración, el desencanto y sobre todo el cuestionamiento de la utilidad de su trabajo marca la inserción de la mayoría de los egresados al sector salud local. Esto refiere a reconocer las funciones de reproducción socio-ideológica que cumple el trabajo médico, funciones en general opacadas a través de una identificación exclusiva con las funciones curativas y preventivas. Un egresado definía este aspecto como perderse en un laberinto en el cual a pesar de las intenciones de transformación y cambio se está "manteniendo un estatus quo, un sistema que nunca va a ser justo". Sin embargo, algunos aspectos de su práctica cotidiana cuestionan las discriminaciones y las inequidades sociales y señala así la posibilidad de construcción de un saber médico que supere las limitaciones estructurales.

La inserción de los egresados de la ELAM en Uruguay y Chile pone de manifiesto las tensiones y desafíos centrales de estas sociedades y de la profesión médica a la vez que abre la posibilidad de pensar y construir alternativas. En esta tesis me dedico a explorar desde distintos puntos de vista esas tensiones y esas posibilidades.

Anexo III:

Zusammenfassung

Im Jahre 1999 wurde in Kuba das Projekt Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) ins Leben gerufen, in dessen Rahmen junge Erwachsene aus allen lateinamerikanischen und karibischen Ländern, den USA sowie afrikanischer, asiatischer und pazifischer Nationalität mittels Vergabe von Voll-Stipendien Medizin studieren. Bis ins Jahr 2012 zählte man mehr als 12000 ausgebildete AllgemeinmedizinerInnen. Mehr als 3000 derselben haben zusätzlich die Facharztausbildung für Allgemeinmedizin und ca. 800 davon noch eine weitere Facharztausbildung absolviert. Um ihren Beruf in ihren Herkunftsländern ausüben zu können, müssen sie ihre Studienleistungen durch die lokalen Universitäten amtlich anerkennen lassen. Aktuell arbeiten ELAM-ÄrztInnen in 32 Ländern Lateinamerikas und der Karibik.

Aus kultur- und sozialanthropologischer Sicht sind medizinische Ausbildungen und die Arbeitstätigkeit als MedizinerIn sozial-institutionelle Phänomene: das Denken und Handeln jeden/r Arztes/Ärztin und das medizinische Wissen im Allgemeinen werden im Zusammenspiel von Ausbildungsinstitutionen, lokalen Stätten des Gesundheitswesens und den sozialen Rahmenbedingungen geformt. Die Eingliederung der ELAM-MedizinerInnen in das Gesundheitswesen der Zielländer des Projekts ist als ein Feld sozialer Bedeutungen zu verstehen, das die gesellschaftlichen Spannungen widerspiegelt. Diese Spannungen definieren und formen die aktuelle Lebensrealität sowie die Zukunftsperspektiven der lokalen Bevölkerung.

Auf theoretischer Ebene, kann der vielschichtige soziale Eingliederungsprozess der ELAM-MedizinerInnen als das Zusammentreffen verschiedener Denk- und Handlungsweisen und unterschiedlicher medizinischer Wissenssysteme verstanden werden. In dieser Arbeit beschäftige ich mich mit diesem Prozess des Zusammentreffens beruhend auf empirischem Material aus Uruguay und Chile. In diesen Ländern untersuchte ich die Eingliederungsprozesse von ELAM-MedizinerInnen in die Primärgesundheitsversorgung der eher abgelegenen Regionen Bella Unión und Chiloé.

Im Mittelpunkt meiner Feldforschungen (2006-2012) stand die Dokumentation, Beschreibung und Analyse der in diesen Regionen vorherrschenden medizinischen Repräsentationen und Praktiken. Auf dieser Basis ging ich der Frage nach den Potentialen und Einschränkungen des Aufeinandertreffens verschiedener Denk- und Handlungsweisen im Bereich von Medizin und Gesundheit nach. Mit dem Ziel die Repräsentationen und Praktiken aller für die Thematik relevanten AkteurInnen ethnographisch zu erfassen, setzte ich unterschiedlichen Forschungstechniken und -methoden in aufeinanderfolgenden Feldforschungsperioden (in Kuba, Uruguay und Chile) ein. Besondere methodische Bedeutung hatten dabei die halbstrukturierten Interviews und die teilnehmenden Beobachtungen. Die angewandten Forschungs- und Analysemethoden zielten darauf ab, ausgehend von den Sichtweisen aller wichtigen AkteurInnen, deren Beziehungen und Alltagsrealitäten von einem vergleichenden Standpunkt aus beschreiben und analysieren zu können. Sowohl symbolische als auch politisch-ökonomische Tatsachen wurden berücksichtigt, um die Vorort gelebten sozialen Beziehungen im Kontext von hegemonial/subalternen Prozessen zu erfassen.

Im ersten Teil dieser Dissertation (Einleitung und Methodologie) erkläre ich meine theoretisch-methodologischen Vorannahmen und Vorgehensweisen sowie die ethisch-politische Ausgangsposition der Forschung. Im zweiten Teil stelle ich die Forschungsergebnisse zu oben genannter Thematik vor, die sich ausgehend von empirischem und bibliographischem Material gleichsam einer aufsteigenden Spirale im Arbeitsprozess nach und nach theoretisch verdichten ließen.

Eingangs diskutiere ich jene Aspekte, die für die Konstitution des kubanischen Gesundheitssystems seit den Anfängen in den 1960er Jahren besonders relevant erscheinen. Dieses Gesundheitswesen stellt den Kontext für die Analyse der Ausbildung der ELAM-

ÄrztInnen dar. Danach analysiere ich die Ausformung einer bestimmten Art des Denkens und Handelns im Rahmen des Ausbildungsprozesses und durch die Teilnahme am Projekt ELAM. Die inkorporierte medizinische Wissens- und Handelsmuster erhalten durch das Zusammentreffen mit anderen Formen des Denkens, Seins und Handelns in den jeweils national-lokalen Gesundheitssektoren Chiles und Uruguays eine Aktualisierung, Relevanz und besondere Brisanz. Letztlich fokussiere ich mich auf die teils konfliktiven, teils komplementären Effekte dieses Zusammentreffens in den lokalen Gesundheitsversorgungseinrichtungen und betone die Auswirkungen des hegemonialen Modells im Aufnahmeprozess und in der konkreten medizinischen Praxis der ELAM-AbsolventInnen. Gleichzeitig zeige ich durch die Darstellung der Eingliederungsprozesse das damit verknüpfte Infragestellen lokaler medizinischer Hegemonie auf sowie das real-alltägliche bzw. potentielle Zusammenspiel mit lokal vorhandenem, gegenhegemonialem medizinischem Wissen und Praxis.

Die Basis des bis heute dominierenden medizinischen Systems Kubas wurde in den 1960er Jahren offenkundig: Bezug nehmend auf Prozesse rund um Gesundheit, Krankheit und Versorgung war dieser historische Abschnitt weltweit durch eine Reihe von Vorstellungen gekennzeichnet, die später in dem Konzept der „Primäre Gesundheitsversorgung“ zusammengeführt wurden. Diese stützte sich auf die Grundprinzipien: die politische und soziale Engagement im Bereich von Gesundheit, die reale Partizipation und Zusammenarbeit gesellschaftlicher Sektoren und der Zugang aller Menschen zu medizinischer Versorgung. Diese Konzeption beinhaltet als fundamentale Grundannahme die Konstitution sozialer Beziehungen auf der höchst möglichen Ebene der Gleichwertigkeit, Symmetrie und Komplementarität. Davon ausgehend konstituierte sich in Kuba ein medizinisches Wissen und eine Praxis, die Teile dieser Konzeption in sich trug und die Eigenschaft beinhaltet, international anerkannte wissenschaftliche Konzepte und technologische Entwicklungen zu übernehmen und diese lokal anzuwenden bzw. weiterzuentwickeln. Dies ist im Fall der zentralen Rolle der Primären Gesundheitsversorgung und der Prävention besonders relevant, vor allem i. B. auf die Anerkennung der sozioökonomischen und kulturellen Determinierung von Gesundheitsproblemen oder auch bezüglich der Bedeutung der Sprache und des Zuhörens in der PatientIn/ArztIn-Beziehung. Es handelt sich dabei um Entwicklungen, welche in anderen lateinamerikanischen Ländern, trotz diskursiver Anerkennung, bis jetzt nicht umgesetzt wurden.

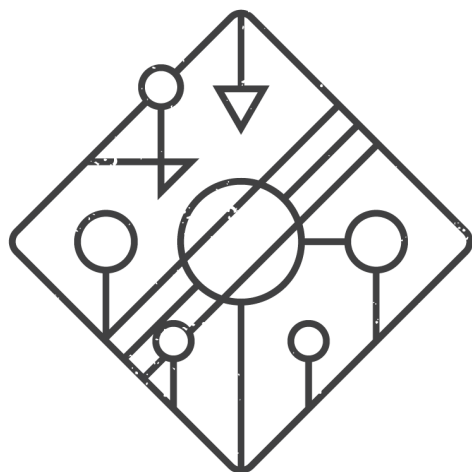
Trotz der Ähnlichkeit des ELAM-Curriculums mit anderen regionalen und internationalen Ausbildungsprogrammen, gibt es Unterschiede, die sich sowohl auf diese Aspekte beziehen als auch auf spezielle Charakteristika des Projekts, insbesondere die ethnische, sozioökonomische, kulturelle, sprachliche als auch polit-ideologische Heterogenität der Studierenden bei deren gleichzeitiger Chancengleichheit und egalitären akademischen Entwicklungschancen. In diesem Sinne, stellt die medizinische Ausbildung eine in der Region einzigartige Erfahrung dar, insofern als Vertikalität, Asymmetrie, sozial ungleiche Stratifizierung und damit verbundene soziale Ungleichheiten immer noch den konstitutiven Kern und ein Charakteristikum lateinamerikanischer Gesellschaften ausmachen.

ELAM-MedizinerInnen internalisieren in ihrer Ausbildung medizinische Denk- und Handlungsmuster sowie Rollenerwartungen, welche relevante Unterschiede zu den in Uruguay und Chile dominanten aufzeigen. Als Referenzrahmen für die Analyse der lokal dominanten medizinischen Praxis ziehe ich das sozialanthropologische Konzept vom Hegemonialen Medizinischen Modell (HMM) von Eduardo Menéndez heran. Das HMM drückt sich z.B. dadurch aus, dass die PatientIn/ArztIn-Beziehung „eine hierarchische Beziehung ist: der Arzt spricht, schlägt vor und entscheidet“, wie eine ELAM-Medizinerin anmerkte. Durch diese und andere Merkmale erfüllt das HMM verschiedene Funktionen, welche insgesamt zur sozio-ideologischen Reproduktion der Gesellschaft beitragen. Durch die ausschließliche Identifikation, sich als Arzt der Heilung und Vorbeugung von Krankheiten zu widmen, werden diese anderen Funktionen medizinischer Praxis überdeckt. Besonders in Uruguay und Chile ist die Erhaltung und Reproduktion einer sozial-vertikalen und hierarchischen Stratifizierung durch die konkrete medizinische Praxis von zentraler Bedeutung.

Die Einbindung von ELAM-ArztInnen in die lokalen Gesundheitseinrichtungen zeichnet sich z.B. dadurch aus, dass diese ÄrztInnen eine Beziehung zu den PatientInnen und den ArbeitskollegInnen eingehen, die symmetrischer als die dominierende ist. Auf dieser Weise werden in der Praxis zentrale Merkmale der hegemonialen Denk- und Handlungsmuster in Frage gestellt. Gleichzeitig ist das Gewicht der institutionellen Rahmenbedingungen für die medizinische Tätigkeit entscheidend. Diese Rahmenbedingungen erschweren z.B. die Suche nach den Gründen der Erkrankungen bzw. die Untersuchung der konkreten Situationen, welche zur Erkrankung und Heilung führen. Damit werden auch die Möglichkeiten der ÄrztInne eingeschränkt, zur Lösung konkreter Gesundheitsproblematiken beizutragen. Die herrschende Tendenz, sich als Arzt fast ausschließlich der Linderung von Symptomen zu widmen – u.a. in Interviews als „poner parches“ beschrieben – stellt die Identität von ELAM-AbsolventInnen als ÄrztInnen in Frage. Viele beschreiben die Situation mit folgenden Worten: „ich habe nicht das Gefühl, dass ich als Arzt arbeite“; „ich spüre, dass ich als Ärztin ,erstarre“.

Frustration, Freudlosigkeit und darüber hinaus das Infragestellen der Nützlichkeit der eigenen Arbeit charakterisieren die Eingliederungsprozesse vieler ELAM-ArztInnen in die lokalen Gesundheitssektoren. Dies bezieht sich in erster Linie auf das Anerkennen der Reproduktionsfunktion sozialer Ungleichheiten, die die medizinische Arbeit nach sich zieht. Ein Absolvent definierte diesen Aspekt mit dem „Sich-Verlieren“ in einem Labyrinth, in dem man, trotz der Absicht, Transformation und Wandel möglich zu machen, „an einen Status quo gebunden ist, an ein System, das niemals gerecht sein wird“. Nichtsdestotrotz zeigen etliche Aspekte der täglichen medizinischen Arbeitspraxis ein praktisches Hinterfragen von tagtäglichen Diskriminierungen, Stigmatisierungen und sozialer Ungerechtigkeit auf. Somit ergeben sich Möglichkeiten, ein alternatives medizinisches Wissen zu konstituieren.

In diesem Sinne macht die Eingliederung der ELAM-MedizinerInnen in den beschriebenen Fällen die zentralen Spannungen und Herausforderungen innerhalb der untersuchten Gesellschaften sowie des medizinischen Berufsfeldes sichtbar, und gleichzeitig eröffnet dies die Möglichkeit, alternative Denk- und Handlungsweisen im Gesundheitsbereich und im sozialen Zusammenleben zu konstruieren.



Natalia PICARONI SOBRADO, Mag^a phil.

Curriculum Vitae

ESTUDIOS Universitarios

- **Desde marzo de 2011.** Doctorado en Ciencias Sociales, Antropología Social y Cultural. Universidad de Viena, Austria.
- **2008-2011.** Doctorado en Filosofía, Antropología Social y Cultural. Universidad de Viena, Austria (en 2011 ingreso a nuevo plan de estudios).
- **2003-2008. Antropología Social y Cultural (Mag phil.).** Universidad de Viena, Austria. Título otorgado con mención de honor el 23/04/08.
Tesis: Pensar y actuar la salud de manera diferente: un análisis antropológico del Proyecto ELAM / Escuela Latinoamericana de Medicina (Cuba).
- **2001-2002.** Alemán como lengua extranjera. Universidad de Innsbruck y Universidad de Viena, Austria. Österreichisches Sprachdiplom.
- **1999-2001.** Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología. Universidad de la República, Uruguay.

ESTUDIOS SECUNDARIOS: Liceo Departamental n.1, Rocha, Uruguay. Diciembre de 1998: Título de Bachiller. Liceo Departamental n.1, Rocha Uruguay. **ESTUDIOS PRIMARIOS:** Escuela Estados Unidos, Montevideo, Uruguay.

RECONOCIMIENTOS Seleccionados

- **Enero de 2010.** DoktorandInnen-Stipendium. Academia Austríaca de las Ciencias. Duración: 24 meses.
- **Enero de 2009.** Forschungsstipendium. Servicio de Investigación y Relaciones Internacionales de la Universidad de Viena. Duración: 12 meses.
- **Enero de 2009.** Auslandskostenzuschusses. Servicio de Investigación y Relaciones Internacionales, Universidad de Viena. Duración 3 meses.
- **Febrero de 2007.** Stipendium für kurzfristige wissenschaftliche Arbeiten im Ausland. Servicio de Investigación y Relaciones Internacionales de la Universidad de Viena. Duración: 2 meses.

PONENCIAS Seleccionadas

- **2014.** Siminario Chiloé. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. *Meli Tripantu: de raíces, semillas y brotes.*
- **2012.** 54. ICA, Congreso Internacional de Americanistas, Viena, Austria. *¿Quién le dijo? Una experiencia de Salud en territorio Williche.* Documental.
- **2011.** Interdisziplinären Kolloquium Medizinethnologie, Giessen, Alemania. *Ausbildung von lateinamerikanischen MedizinerInnen in Kuba: Überlegungen zu Interkulturalität und Gesundheit am Fallbeispiel Chiloé.*

- **2010.** Stipendiatinnenwochenende 2010 de la Academia Austríaca de las Ciencias, Viena, Austria. *Neue Praktiken des Denkens und Handelns in medizinischen Versorgungssystemen Lateinamerikas*. Poster.
- **2009.** 22. Fachkonferenz Ethnomedizin der AGEM/Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Heidelberg, Alemania. *„Differente Praktiken“ des Denkens und Handelns in medizinischen Versorgungssystemen Lateinamerikas. Bericht über eine kultur- und sozialanthropologische Studie zum Projekt Escuela Latinoamericana de Medicina*.
- **2009.** Feldpraktikum del Instituto de Antropología Social y Cultural. Viena, Austria. *Verführung und Feldforschung: Reflexionen aus einem ethnologischen Feldaufenthalt*

PUBLICACIONES Seleccionadas

- **2013.** *Meli Tripantu. De semillas, raíces y brotes*. Documental. Chiloé, Chile. Duración: 20 Minutos, Español. Grupo Weche Folil. Presentado en el Tercer Congreso Williche de Chiloé, Ancud, Chile.
- **2012.** *¿Quién le dijo? Una experiencia de salud en territorio williche*. Documental (reedición), Chiloé, Chile. Duración: 35 Minutos, Español con subtítulos. Presentado en 54. ICA, Viena, Austria.
- **2011.** *Sanadores de Koñimo y Lamekura: desde 1900 a la actualidad*. Publicaciones del Equipo de Salud Complementaria Williche Koñimo-Lamekura, Chiloé, Chile.
- **2008.** *Algunos aspectos destacables del Proyecto ELAM y su impacto en el Uruguay: una mirada desde la antropología social y cultural*. En: Romero Gorski, Sonia (ed.): Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay 2008. Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo, Uruguay: 187-198.
- **2007.** *Hacia un modelo diferente de pensar y actuar en relación a la salud: formación de médicos uruguayos en la Escuela Latinoamericana de Medicina / ELAM*. En: Romero Gorski, Sonia (ed.): Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay 2007. Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo, Uruguay: 207-215.

TRABAJO ETNOGRÁFICO

- **2005** (religiones afrouruguayas, Uruguay), **2006, 2006, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012** (proyecto ELAM, Cuba, Uruguay, Chile)

OTRAS Actividades

- **Enero de 2014:** Coordinación de la mesa sobre Comunicación del Tercer Congreso del Pueblo Williche de Chiloé, Ancud, Chile.
- **Desde junio de 2010:** Coordinación del grupo de jóvenes Weche Folil de la comunidad williche Koñimo-Lamekura, Chiloé, Chile. Proyecto de Salud Complementaria Williche Koñimo-Lamekura, Chiloé, Chile. Junio-diciembre de
- **2010:** Coordinación de la investigación sobre antiguos y actuales sanadores del sector Koñimo-Lamekura del Equipo de Salud Complementaria Williche Koñimo-Lamekura, Chiloé, Chile.

IDIOMAS: Español (lengua materna); Alemán: fluido (oral, escrito y lectura); Inglés: fluido (escrito y lectura), intermedio (oral); Francés, Portugués, Italiano: fluido (lectura), básico (oral y escrito).

Los sellos usados en esta tesis son el trabajo de **Galactic Black** (<http://everydaysigils.tumblr.com>). El del principio se llama **I will finish the project I've started**. El del final, **I will have the spoons to do everything I need**.

