

EL COMPONENTE SOCIAL DE LA MEDICINA: UNA CONVERSACIÓN CON GRACIELA URIBURU

Entrevista realizada por Lucas
Rubinich, Nicolás Viotti, Violeta
Carrera Pereyra, Luisina Burone y
María Belén Riveiro

56



EL COMPONENTE SOCIAL DE LA MEDICINA: UNA CONVERSACIÓN CON GRACIELA URIBURU

Entrevista realizada por Lucas Rubinich¹, Nicolás Viotti², Violeta Carrera Pereyra³, Luisina Burone⁴ y
María Belén Riveiro⁵

Transcripción de Luisina Burone y Violeta Carrera Pereyra

7 Ensayos: Les presentamos a Graciela Uriburu, una médica con un gran historial dentro de la medicina, que tiene una preocupación por la atención primaria de la salud que supone entender la diversidad de sujetos con los que uno se encuentra en la práctica profesional. Para nosotros, como gente que proviene de la Sociología, esto es un tema que nos llama muchísimo la atención, sobre todo en un presente marcado por una medicina más preocupada por el aspecto comercial, por el peso de los laboratorios, determinando muchas de las prácticas cotidianas de la medicina. Querríamos recorrer tu historia de médica de la Maternidad Sardá, recorrer tu historia como consultora a nivel internacional pero trabajando en el terreno, estando allí tras el terremoto de Haití, en Bolivia, y en Costa Rica y también tu experiencia en la Universidad de La Matanza tan valiosa, aunque podríamos decir efímera, pero de todas maneras no por voluntad de los participantes más importantes, sino por esas cuestiones que tienen que ver con las determinaciones del mundo corporativo y del mundo científico, del mundo universitario. Vamos a comenzar la pregunta con algo que nos interesa muchísimo a nosotros que es tu periodo de formación. ¿Por qué esa mochila de sensibilidad por lo social? ¿Ese capital de sensibilidad hacia lo social tiene que ver con los inicios de tu período de formación?

Graciela Uriburu: Bueno, se hace difícil contestar todo eso, pero vamos a intentarlo. Sí, tiene que ver con los inicios y con algunas cosas que me marcaron. En realidad, yo hice mi secundaria en la Escuela Normal de Paraná. Cuando estaba terminando todavía el cuarto año de la Escuela, se dio en el país un evento que a mí me marcaría para toda la vida y que también creo que ha marcado al país, el famoso artículo 28 del año 1958. En época de la “Revolución Fusiladora” se intentó crear universidades privadas. En ese momento no había universidades privadas en el país y entonces se dio una lucha que se llamó “la laica y la libre” porque las universidades y también las escuelas secundarias que se querían imponer en el país eran universidades privadas religiosas. Fue una gran movilización nacional y en Paraná había congresos a donde llegaba gente, estudiantes secundarios de distintas provincias y sobre todo de Buenos Aires. Nosotros en ese momento, yo junto con un grupo de compañeros y compañeras que estábamos con la laica, tomamos la escuela. Fue un período de la historia nacional que tuve el privilegio de vivir de muy

¹ Universidad de Buenos Aires.

² Universidad Nacional de San Martín.

³ Universidad de Buenos Aires.

⁴ Universidad de Buenos Aires.

⁵ Universidad de Buenos Aires.



joven y eso me marcó y después marcó mi militancia universitaria. Esta fue mi primera pelea y también mi primera derrota porque nos ganaron en aquella oportunidad y por eso es que el país hoy está lleno de universidades privadas. En aquel momento para nosotros, y yo digo nosotros pero era la mayor cantidad de población nacional, no necesariamente universitarios, la gente, los argentinos, no entendíamos cómo podía haber universidades privadas en la nación. Era algo impensado y bueno, nos ganaron esa pelea y hoy esto es un semillero de universidades privadas de cultos religiosos o no necesariamente. Universidades que son emprendimientos comerciales incluso, producto de aquella gran derrota, de aquella primera mía a nivel de vida.

A continuación, entré a la universidad en los años 60 y fue la Revolución Cubana en 1959. Otro gran evento que también tuvo un gran impacto a nivel de toda la gente de América Latina y que nos impactó muy fuertemente, porque el triunfo de la Revolución Cubana y todo lo que eso implicó, la alfabetización masiva, las políticas de atención primaria en salud, la creación del médico de familia, la salud gratuita para todo el mundo, la distribución del ingreso, de los alimentos, el tratamiento de todo el mundo por igual. Eso nos impactó muy fuertemente y marcó mi vida universitaria prácticamente, fueron eventos muy fuertes que marcaban las conductas para un lado y para el otro, porque teníamos enemigos muy fuertes también. Eso convergió en el Cordobazo, además yo estudié en Córdoba, hice la carrera de Medicina en Córdoba y naturalmente en la universidad pública y los enemigos ya estaban, se había creado la Universidad Católica que prácticamente eran los rivales nuestros. Pero yo estaba en la Federación Universitaria de Córdoba que actuaba muy al lado del movimiento obrero, era una unidad de lucha del movimiento obrero junto a la Federación Universitaria de Córdoba.

Y creo que la tercera cosa que a mí me marcó muy fuertemente fue la residencia pediátrica, porque también tuve un privilegio cuando entré, cuando vine acá a Buenos Aires al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez a hacer la residencia. Tuve dos maestros fundamentales para la historia de la pediatría nacional, que fueron el doctor Gianantonio y el doctor Escardó. Fueron dos marcas muy fuertes y si bien en aquella época no les llamaban modelo médico hegemónico, aprendimos que los pacientes debían ser tratados con muchísimo respeto y de manera simétrica. Escardó decía que si teníamos una camilla y una silla quien se debía sentar en la silla era la madre del niño y el médico se tenía que quedar de pie, algo que era absolutamente revolucionario en ese momento porque los médicos se sentaban y los pacientes, que sobre todo venían de las villas de los alrededores de Buenos Aires, no tenían derechos. Empezamos a ver a la salud como un derecho y como cosa fundamental y no como un mero producto comercial, no como una cosa, que para aquella época era extremadamente natural. Un hecho que también marcó todas las vidas de la generación de pediatras fue que en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y en todos los hospitales de niños del país, los chicos estaban solos, las madres no podían, excepto a la hora de visita, quedarse con sus niños. Escardó elaboró y conceptualizó el tema, lo que entendió es que los chicos hacían unos síndromes de abandono materno y a eso se le llamó “abandonismo” u “hospitalismo” y levantando esa bandera hizo entrar a las madres en forma permanente al hospital al lado de sus chicos con una enorme resistencia por parte de los demás médicos y médicas y de la enfermería también, las enfermeras



se negaban diciendo que las madres les iban a dar más trabajo pero fue exactamente lo contrario, en realidad, la entrada de las madres a las salas de hospital junto a sus chicos lo que hacía era ayudar a las enfermeras en su trabajo cotidiano. Fue un momento muy importante en la salud física y mental de los niños muy chiquitos, los lactantes. Por otro lado, nosotros que éramos los residentes nos quedábamos a la tarde en el hospital, los médicos de planta iban solamente por las mañanas y después se iban a atender sus consultorios. Y nosotros los residentes estábamos todo el día ahí, es decir que, por las tardes, cuando los médicos de planta se iban, hacíamos entrar a todas las madres a las salas. Al día siguiente, cuando llegaban los jefes de salas, se encontraban con que las madres tenían cada cual una silla al lado de su chico y después una reposera, eso se iba haciendo de a poquito como para que durmieran ahí y más adelante había lugares donde ellas podían dormir. En la mayor parte de los hospitales públicos y gratuitos de la Argentina que siguen siendo gratuitos y digo de la Argentina y no de América Latina porque hay muchos lugares de América Latina en que los hospitales públicos no son gratuitos, hasta ahora en Chile no lo eran, probablemente ahora puedan llegar a serlo con todo este nuevo proceso que se está dando en Chile. Las madres ahora se internan siempre con sus hijos y eso es un producto de aquella lucha impulsada por los doctores Gianantonio y sobre todo Escardó quien además estableció una residencia de psicología dentro del hospital, creada a fines de los años 60, entonces en ese momento hubo no solo residencia de Pediatría sino también residencia de Psicología donde los psicólogos ya recibidos rotaban por el hospital como residentes, esto también fue una gran novedad que se mantuvo durante un tiempo pero desconozco si aún se mantiene.

Esto marcó lo que fue mi experiencia docente a partir de ese momento. Todo lo que hice como docente lo hice centrado en la lucha contra el modelo médico hegemónico. Propuse que uno de los elementos del modelo debería ser la simetría, simetría médico-paciente y la lucha contra el mercantilismo, por supuesto, la lucha contra el modo asocial, ahistórico, biologicista y aparatista de entender la salud. Prácticamente los médicos y las médicas no tocan a sus pacientes, no hay exámenes clínicos, sino que está todo basado en los aparatos de las radiografías, de los análisis, es decir, de lo tecnocrático.

Bueno, esas son algunas de las cosas que me marcaron en general para toda la vida, luego seguimos avanzando sobre eso cada vez más en la Maternidad Sardá, y en el año 1970 y yo como médica de planta, hacíamos que los padres entraran al parto y cuando el chico nacía lo poníamos en la panza de la madre, para que tomara la teta inmediatamente y esto sucedía cuando apenas se estaban publicando artículos en las revistas científicas sobre las bondades y la composición de la leche materna ya que apenas se estaban sabiendo estas cosas. Después se supo mucho más en revistas muy especializadas. Los obstetras de la maternidad nos miraban muy mal a los pediatras que veníamos con esa fuerza de más, porque éramos muy jóvenes y veníamos con esa fuerza de imponer cambios y los imponíamos por presencia, porque estábamos todo el día y no nos íbamos.

Bueno, todo lo que yo hice después se basó fundamentalmente en este punto que fue en docencia, que fue en trabajo de campo, pero cuando yo estaba en el campo trataba de imponerme a mí misma y trataba de que los demás entendieran que había que basarse en el respeto al paciente y en el respeto del otro ya



que la relación médico paciente debe de ser una relación simétrica y que la hegemonía no es del médico, sino que es del paciente o la paciente, en general la madre en este caso, porque nosotros hemos trabajado generalmente con las madres.

Cuando trabajé en Bolivia como consultora de Materno Infantil, de salud de la madre y del niño, me encontré con que los hospitales estaban vacíos, sobre todo los de mujeres estaban vacíos ya que las mujeres no iban al hospital porque tenían muchísimo miedo, tenían miedo de una cosa que implicaba mucha violencia cultural, porque esas mujeres tenían que parir, en primer lugar, en contra de como ellas habían visto parir a sus madres, a sus tías u a otros miembros de la comunidad. Y traían adentro un modelo cultural, el parto en esas comunidades andinas es un evento comunitario, un evento en donde la comunidad participa, pero en los hospitales las hacían desvestirse y ellas habitualmente paren vestidas, habitualmente en sus casas, donde les dan matecitos, tecitos de coca, de canela o del yuyo que tengan y el parto se hace en cuclillas. Bueno, las obligaban a desvestirse, una violencia, las obligaban a estar acostadas, segunda violencia, es una violencia para una mujer de cualquier etnia, de cualquier proveniencia cultural, es una violencia estar acostada porque es una posición que es muy cómoda para quien recibe el chico, pero no para quien está pujando para que el niño salga. Les hacían cosas que ojalá no se hagan más, como por ejemplo, rasurarlas sin razón, porque si el parto iba a ser normal, si iba a ser un parto natural, no había por qué rasurarlas, no había por qué hacerles un enema, se les daba enema y se les sigue dando, esto es un protocolo que se sigue utilizando en muchísimos lugares, yo he peleado contra eso de una manera infinita porque son protocolos que están naturalizados en nuestra sociedad y forman parte del modelo biologicista, del modelo occidental, y entonces las mujeres no iban a los hospitales, simplemente no iban porque además había una violencia verbal del tipo blanco que agrede al que siente que es inferior, podían ser mujeres que son analfabetas, podían ser mujeres que vienen de comunidades muy alejadas y que tienen pautas culturales diferentes pero no solamente esa violencia, sino también la violencia física que implicaba la violencia cultural al utilizar otras pautas y no las pautas del modelo que ellas tenían en sus comunidades.

7E: Con respecto a la experiencia como consultora de organismos internacionales, la cuestión de la presencia del modelo biologicista, por llamarlo de alguna manera, ¿sigue estando también en los consultores internacionales?

GU: No, tratamos de que no, precisamente. Yo era una consultora internacional y mi función era pelear contra eso, esa fue mi función como consultora internacional de salud de la madre y del niño, función no solamente a nivel de terreno, directamente yo me pasaba la mitad del tiempo en el terreno arriba de una camioneta y yéndome al Altiplano, estando en contacto directo con las comunidades pero también tenía una carga horaria de docencia y era con los médicos de atención primaria del lugar con quienes más trabajamos así como también con estudiantes de salud, estudiantes de otras carreras como Antropología, Sociología, tuve alguna vez algún grupo de sociólogos que también estaban trabajando en terreno y que ayudaban en las campañas de vacunación.



Pero también lo que nosotros teníamos y desarrollamos allí fueron los Centros de Educación Inicial del Altiplano, de las comunidades alejadas atendidos por “promotores”, quienes estaban a cargo de un grupo de niños de atención de nivel inicial antes de entrar a la escuela. También ahí se les daba de comer a los chicos. Hacíamos docencia con maestros y maestras rurales, de manera que estábamos siempre trabajando el modelo médico hegemónico biologicista, pero luchando contra ese modelo médico hegemónico.

7E: ¿Podías producir algún cambio con respecto a la asistencia a los hospitales? Con respecto a si hubo posibilidad de pensar, por lo menos en tu experiencia inmediata, que los médicos locales respetasen el parto en cuclillas, que respetasen la vestimenta de las mujeres.

GU: Y bueno, fue todo un proceso, en realidad cuando yo llegué a Bolivia por primera vez, acababa de caer la dictadura de García Meza y era la recuperación de la democracia, esto es muy importante saberlo porque ese era el entorno, y además había un gran entusiasmo a nivel de la gente joven, de los viejos también, pero en este caso eran los jóvenes quienes se estaban formando. El Ministro de Salud creó un grupo de trabajadores de la salud, de médicos ya recibidos especializados en atención primaria, con ellos yo trabajé muchísimo, también se creó una entidad en ese momento llamada los “comités populares de salud”. Entonces cada comunidad tenía, cuando se podía por supuesto ya que es un país muy grande, muy extendido y de muy difícil movilidad entre una comunidad y la otra, estos comités populares de salud que cogestionaban la salud con los médicos de atención primaria, y ellos eran los que a su vez reproducían la lucha contra el modelo médico hegemónico. Había una gran preocupación por la mortalidad materna, el peor país de América Latina era Haití en términos de mortalidad materna y el segundo era Bolivia y no había forma de cambiar esto, pusieron el parto gratuito porque les repito, los hospitales en Bolivia eran pagos, los hospitales públicos había que pagarlos, solo con Evo Morales se resolvió este problema, se levantó esto. Nosotros lo que queríamos era que hubiera una materia llamada “interculturalidad”, decíamos en aquella época, que cruzara todas las materias del grado de medicina, de psicología, enfermería, obstetricia y demás, que la cruzara para hablar de lo que era la convivencia de los modelos ya que en realidad lo que pasaba era que los estudiantes llegaban con un modelo en su cabeza y había que deconstruirlo, los profesores respetaban mucho más el modelo biologicista que el modelo de ellos, entonces entraban a la universidad los chicos y las chicas que venían de sus comunidades con un modelo y salían de la universidad despreciando ese modelo, esto era muy terrible.

Hubo mucha gente del país que nos apoyó naturalmente. No era solamente yo, porque además tuve la suerte de tener un grupo de gente a nivel internacional que estaba de acuerdo conmigo, trabajamos todos juntos –y teníamos tal vez la credibilidad que da el hecho de ser internacional– y eso fue fundamental. Pero recién con el triunfo de Evo Morales, la que fue su primera Ministra de Salud, Nila Heredia, creó en 2006 una diplomatura en salud e interculturalidad, diplomatura que aún existe, que está en pie.



7E: Los cambios así son muy complicados. Yo siempre recuerdo que había entrevistado a un embajador de Venezuela a principios del chavismo, y el tipo había sido Ministro de Salud y en una conversación informal me decía “claro, queremos cambiar la salud, ahora por decreto no lo podemos hacer porque todos los médicos quieren tener el consultorio y quieren tener medicina comercial entonces cómo le digo yo a un estudiante de medicina que tiene esas aspiraciones que vaya a trabajar al barrio”. Nosotros gracias a los médicos cubanos, me dijo el tipo, pudimos hacer atención primaria de la salud y después pensar en un proceso que puede salir bien o mal, pero en un proceso que quizás dure 10 años de formación de profesionales que tengan esa sensibilidad, son las expectativas previas acerca de lo que es la medicina tan extendida, eran como un obstáculo muy fuerte para esa persona y al respecto te quería preguntar sobre tu experiencia en Cuba también como médica.

GU: Bueno sí, a Cuba fui como directora de un Programa de Naciones Unidas del Programa Mundial de Alimentos, yo trabajé también con los Comités de Defensa de la Revolución y con los médicos de familia, que es el programa que hay en Cuba donde hay un médico por cada cuadra más o menos, trabajé con ellos, pero en realidad yo lo que estaba haciendo era consiguiendo leche porque el período que yo viví allí era un período de mucha necesidad y muchos problemas. Ahora también, el modelo médico cubano no es un modelo médico mercantilista de ninguna manera porque la salud es gratuita, pública, universal para todos, sin embargo, lo que nosotros veíamos, es que lo que tiene el modelo médico hegemónico también es que es muy machista, extremadamente machista. Aún a las médicas les dicen médico, eso es que está tan naturalizado, en Bolivia también, nosotras nos llamamos médicas como producto de una gran lucha que dieron las primeras médicas argentinas a las que también les llamaban médicos, las primeras médicas de los primeros 20 años del siglo XX. Sin embargo, a las médicas en Cuba les llamaban médicos. Y hay una cosa muy machista y jerárquica del médico, el médico es un tipo que sabe más que todos ahí, aunque sea el médico de familia. Sin embargo, efectivamente las brigadas médicas internacionalistas salen y no cobran nada y por eso es que en algunos países, Venezuela es uno de ellos, lo primero que hicieron fue mandar para sus casas a los médicos cubanos.

Yo no estuve en Venezuela, pero en Venezuela lo que sucede es que los Colegios de Médicos, algo que pasó en La Matanza también, ven una competencia muy fuerte en el médico que no cobra. Los cubanos hicieron una operación, una campaña llamada “Operación Milagro”, es una operación de Oftalmología en realidad, donde venían a hacer fundamentalmente operaciones de cataratas. Venían a Bolivia, a Venezuela e iban a otros países. Se llamaba Operación Milagro porque los pacientes decían “pero es un milagro, yo ayer no veía y hoy veo” que es algo que sucede con la operación de cataratas, uno de repente al día siguiente ve luz. Los médicos cubanos no cobran, para ellos la salud es un derecho y no pueden cobrar. En Venezuela, el Colegio de Médicos se opuso terminantemente a la presencia de los médicos cubanos en el territorio. Lo que pasa es que es una competencia enorme, porque los otros son los médicos locales que cobran, vienen los médicos cubanos y les quitan pacientes y para los locales que se operan realmente es maravilloso porque de otra manera no se podrían operar, no podrían ir a pagar lo que tienen que pagar.



7E: Quisiéramos retomar un poco la experiencia de la Universidad de la Matanza. Sobre todo cómo fue armar y llevar a la práctica ese proyecto que está basado en todas estas ideas que comentaba de sus maestros, pero en un momento completamente diferente ¿Cómo fue su relación, ahora como maestra, con los estudiantes que están formados, asumimos, en otras tradiciones?

GU: La carrera de Medicina en la Universidad de La Matanza es una experiencia que comienza en 2012. En La Matanza ya existían las carreras de Enfermería, de Kinesiología y de Nutrición, pero no existía medicina. Cuando lo nombran a Mario Rovere director del Departamento de Salud de la universidad, él decide que va a crear la carrera de medicina, y la diseña en función de las nuevas ideas que existían y que estaban basadas fundamentalmente en la Universidad McMaster de Canadá. Este modelo está destinado a formar médicos con conciencia social, que vean la salud como un derecho y no como un producto mercantil.

El diseño de la carrera estuvo a cargo de un grupo de gente liderado por el Dr. Rovere, actualmente director de la Escuela de Gobierno en Salud de la provincia de Buenos Aires; porque claro, de la Matanza nos echaron a todos. Pero les estoy contando el final, vuelvo al principio. Mario con un grupo de gente diseñó la carrera y luego la sometió a la CONEAU, que aprobó el proyecto y, entonces, se largó la carrera. Contemplaba a muchos más profesores en relación con los alumnos que hay en las carreras tradicionales, porque había escenarios de los más diversos; por ejemplo, el campo. Los estudiantes salían al terreno desde el primer año y había semanas donde solo se trabajaba en terreno, que podía ser un hospital, un centro de salud o la calle simplemente. Cuando yo me formé en la carrera empecé a tocar un paciente y salir al terreno en cuarto año. También había tutorías con grupos muy pequeños. Tutorías y campo fueron los dos elementos que más se atacaron cuando vino el gran ataque contra la carrera.

La carrera estaba estructurada de una manera bastante diferente con mucho componente social dentro de la currícula. Empezamos en 2012 con una cohorte de alrededor de 50 estudiantes y con materias de primer año, saliendo al terreno y trabajando todo el tiempo deconstruyéndonos, porque había que deconstruir la cabeza de los profesores y de los chicos. Había que deconstruir todo lo que se traía para crear un modelo nuevo, para construir un modelo distinto en relación con la comunidad y con los propios estudiantes. Un modelo que tenía que ser democrático desde la base, desde la educación, desde la relación profesor-estudiante, que muchas veces no es distinta a la relación médico-paciente. Buscábamos deconstruir un modelo asimétrico y biologicista. Los estudiantes, que venían del conurbano y que eran, en su mayoría, primera generación de universitarios en su familia, venían a ser médicos para tener prestigio y ser ricos. La lucha fue la deconstrucción de ese modelo para construir otro en donde el derecho a la salud fuera el pilar fundamental de nuestra carrera y de nuestras vidas.

También peleamos, con los profesores, con los estudiantes, cuando el proyecto empezó a ser atacado por el Rector de la Universidad. El proyecto duró tres años. A Mario, que era el Decano, lo degradaron a Vice decano, lo metieron en un cuartito, e hicieron cambios institucionales. Entonces, los profesores creamos un sindicato llamado SIDUNLaM (Sindicato de Docentes Universitarios de La Matanza). Fue, también, una



de mis últimas derrotas, porque nos fuimos, nos echaron en ese diciembre que asume Macri en el 2015; ahí se terminó.

Cuando yo estaba en la escuela normal, en 1958, estaban prohibidos los centros de estudiantes en la escuela secundaria. Había clubes colegiales en donde uno podía publicar revistas con poemas y juntarse para cantar, pero no podía hacer ningún tipo de campaña política. En aquella época peleábamos por el Centro de Estudiantes, peleas muy apasionantes, por la educación pública gratuita y contra el artículo 28. Cuento esto porque acá en La Matanza, hoy, está prohibido tener un sindicato y está prohibido que los estudiantes tengan un Centro de Estudiantes excepto el Centro de Estudiantes que el rector dirige. Nosotros, con los estudiantes, hicimos un centro de estudiantes. Esto también es una tarea docente: la tarea de poder agremiarse libremente. De, por ejemplo, tener una agrupación o un sindicato, aunque el rector se oponga.

Así como lo echaron y degradaron a Mario, empezaron a degradarnos a todos. Nosotros nos reuníamos de forma permanente, le pedíamos reuniones al rector y a la gente con altos cargos. Esto terminó siendo peor, porque en la práctica no se podía asociar nadie que no estuviera bajo la dirección ideológica del rector, porque él quería que lo reeligieran y no quería que, de ninguna manera, hubiera algún profesor que se opusiera. Terminó ganando por unanimidad, no hubo nadie que se opusiera, pero ya nos habían echado a casi todos. Cambiaron las autoridades, pusieron a un decano que no entendía nada de lo que era el currículum innovador que nosotros estábamos implementando y que habíamos hecho con los estudiantes. Porque ya hay una o dos camadas de chicos y chicas que se han recibido y que están repitiendo y reproduciendo la lucha contra el modelo médico hegemónico de la salud en sus prácticas cotidianas y, sobre todo, en sus prácticas de atención primaria de salud en La Matanza

7E: En la Facultad de Sociales siempre se cita una frase de Antonio Gramsci: “el pesimismo de la inteligencia, el optimismo de la voluntad”. Dentro del pesimismo de la inteligencia está tu evaluación diagnóstica acerca de las derrotas que no fueron menores en términos de procesos históricos. La derrota de la laica es una derrota significativa porque transforma todo el sistema universitario y la derrota de la Matanza tampoco es una derrota menor, porque es la posibilidad de que un gobierno con sensibilidad social, aunque con muchas limitaciones, pueda iniciar algún otro proceso, aunque sean pequeños nichos que digan alguna otra cosa. Pero realmente nos parece muy importante tu optimismo de la voluntad, los estudiantes, algún estudiante, va a tener esa experiencia de dos o tres años realmente interesantes y van a ser médicos de otra manera. Otros no, pero algunos de ellos sí, y los procesos históricos son complejos. Como se dice comúnmente: se ha puesto algo acá, andá a ver qué ocurre. En ese sentido se puede hacer una evaluación diagnóstica de una derrota objetiva en términos políticos y también se puede hacer una revalorización de la propia práctica como algo no terminado.

GU: Una de mis compañeras, médica psiquiátrica que trabajó mucho en el proyecto de La Matanza, ahora es la coordinadora de una nueva carrera de medicina, que ya aprobó la CONEAU, en la Universidad de José C. Paz. La armaron con los mismos lineamientos de la carrera que teníamos en La Matanza. La



diferencia que hay con el proyecto de La Matanza es que el nivel socioeconómico es mucho menor, los y las estudiantes provienen de familias más pobres. Esto implica que, probablemente, más estudiantes tengan que trabajar y estudiar y que más estudiantes tengan un menor nivel de comprensión por la escuela secundaria que han hecho mientras trabajaban. Esto puede llegar a hacer que la experiencia sea más trabajosa y que puedan llegar a ser necesarios otros soportes, pero todavía yo no lo sé.

7E: Es un gran problema. Yo hoy estuve hablando con un profesor de la Universidad Florencio Varela y él me decía que no hay que dejar de formularse esa pregunta porque, efectivamente, muchas comunidades quedaron profundamente deterioradas. No quiere decir que sean tabulas rasas, hay mucha vitalidad en esos mundos. Y no es solamente que las personas están en un lugar subordinado, sino que se cortaron expectativas y esperanzas. Los colegios secundarios funcionan muy mal porque los docentes se cansan, los pibes están deteriorados, a veces los hacen pasar así nomás y entonces, de pronto, te llegan muchachos que no saben escribir ni una frase después de quinto año. Él decía “es una pregunta que hay que formularse” lo que no quiere decir que no tenga solución, porque si uno se pone las pilas como parte de una política agresiva esto puede afrontarse, pero es un problema.

GU: Yo esto lo planteo como una diferencia con la otra universidad porque, si bien había chicos y chicas que trabajaban, muchos y muchas enfermeras y otros que trabajaban en cualquier cosa para poder mantenerse, había un grupo grande que no tenía que trabajar además de estudiar. Había un tema que a mí me preocupaba en aquellas épocas: cuando llegamos a la universidad, la asistencia a clases era obligatoria, entonces había que tomar asistencia todos los días. Para mí tomar asistencia era agresivo, una agresión permanente que yo sentía en el cuerpo, porque yo que era egresada de una universidad donde las clases no eran obligatorias y donde íbamos a las que queríamos ir. Lo sentía como un ataque a mi integridad, a mi historia.

En esta universidad nueva, la de José C. Paz, la currícula es una currícula innovada, exactamente como la de La Matanza. El currículum innovado, con todo el componente social, se está repitiendo también, por ejemplo, en la Facultad de Medicina de Rosario, en la carrera de medicina de Tucumán o en la de Bahía Blanca. A los cursos de formación que teníamos los sábados en la universidad para deconstruir y construir, para cambiar la cabeza, venían dos profesores de Bahía Blanca. En este momento se están repitiendo los modelos, con todas las características particulares de cada lugar. Es posible pensar que en algún momento las facultades de medicina tendrán un modelo respetuoso, basado en el derecho a la salud y en donde se plantee la lucha contra el mercantilismo y la lucha contra la industria farmacéutica, que es otro problema terrorífico que tenemos en este momento, mucho más ahora, con el tema del COVID y las vacunas. Por ejemplo, en Rosario hay un departamento que se ocupa de intoxicaciones por plaguicidas. Todavía hay gente del sector de las carreras de Medicina que dicen que el glifosato no hace nada. Hoy, que está absolutamente demostrado que produce cáncer, malformaciones congénitas y que mata y que estamos en la lucha contra las fumigaciones. La calidad educativa implica que hay que plantear científicamente estas cuestiones.



7E: Graciela, no te vamos a molestar mucho más; quisiera que nos cuentes algo de tu experiencia en el terremoto de Haití. Resultan particularmente interesantes las situaciones de catástrofe en una época como esta, donde todo se transformó en algo comercial, inclusive esas formas de solidaridad. Por supuesto, hay gente profundamente implicada con su mirada profesional y sensible, pero también hay una situación compleja que aparece en una situación dramática como la de Haití y nos gustaría que vos relates algo de eso.

GU: Yo fui pasando años en distintos países: 4 o 5 años en Bolivia, 4 o 5 años en Cuba, 4 o 5 años en Belice. Cuando me tocó trabajar como representante de la Organización Panamericana de la Salud, en Belice, llegué como Materno Infantil. En los cinco años que estuve allí tuve cuatro huracanes mayores. Como yo venía de América del Sur no había tenido experiencia con huracanes y terremotos, ahí conocí lo que eran y aprendí lo que era la preparación para este y otro tipo de desastres. De esto resultó que terminé como experta en desastres y, por eso, cuando yo ya me había jubilado, trabajé allí con consultorías cortas.

Cuando fue el terremoto de 2010 yo ya me había jubilado. Con ese terremoto se cayó todo lo que se había construido sin un código antisísmico. Había casas de ricos que estaban de lo más paraditas, pero la Casa Presidencial de Haití, que era de 1.700, se cayó. Hoy es un baldío. No había hoteles y vivíamos en carpas y nos bañábamos como podíamos. Después vinieron los escandinavos e hicieron hoteles de carpas, donde cada uno tenía una habitación propia que se abría con cierre de relámpago. Estas carpas tenían dormitorios, había otros lugares que eran de comedor, otros que eran baños. Esta fue toda una experiencia porque ahí estaba toda la cooperación internacional. Había muchas personas que llegaban de Irak, por ejemplo. Gente que se había ido a Irak, durante o después de la guerra, para hacerse ricos, y que ya no les quedaba mucho en Irak, entonces se vinieron para Haití. Eran expertos en desastres en Irak y así llegaron a Haití, donde no tenían peligro de vida, a diferencia de Irak donde había balaceras.

Creo que de la cantidad de recursos que se habían prometido para reconstruir Haití llegó solamente un 10% o 15%, más de eso no. Las casas no se reconstruyeron hasta tres o cuatro años después. Las plazas públicas estuvieron llenas de campamentos durante años y los escombros ocupaban las calles, era muy difícil circular en auto. La Casa Presidencial no la reconstruyeron, pero lograron finalmente demolerla completamente.

Toda esta situación planteó problemas graves de salud. Ahí llegaron los cubanos y Médicos Sin Fronteras, hicieron sus carpas hospitales y los problemas cambiaron de alguna manera. Había una gran cantidad de violaciones. Los problemas de salud de género eran terribles; aumentaron las violaciones no solo de los locales, de los nacionales, sino también de los cooperantes internacionales. Eran impresionantes los problemas con los que nos enfrentamos. Inmediatamente después del terremoto hubo una gran epidemia de cólera en Haití, y cuando se investigó epidemiológicamente dónde estaba el foco del cólera se detectó que un batallón, que creo que era de Indonesia, estaba acampando en un lugar y los primeros casos de cólera salían de ahí. Sus campamentos estaban en bajada del río, los Cascos Azules hacían sus necesidades,



que iban a parar al río y que venían con bacilo colérico, y los haitianos tomaban el agua de ese río y se contagiaron. Después de los muertos por el terremoto, que fueron 300.000, vinieron los muertos del cólera que fueron muchísimos también. La reconstrucción siguió llevando años, porque después vinieron huracanes y otros terremotos.

En el momento en que sucede este terremoto en Haití sucede otro en California. En Haití hubo 300.000 muertos y en California hubo uno, y por infarto. La preparación para los desastres es muchísimo más importante que los desastres. Decimos: no hay desastres naturales. Los desastres que se producen por las inundaciones, los terremotos o los huracanes se producen porque no hay preparación para ellos, y porque tienen que ver con el calentamiento global y con los cambios climáticos que son producidos por esta humanidad mercantilista de la que somos parte y víctimas al mismo tiempo.

7E: Mencionabas cómo modelos no tradicionales permitían cierta simetría entre pacientes y doctores, nos interesa preguntarte por la relación entre médicos o médicas y enfermeros o enfermeras ¿También se puede romper esa asimetría que se da en modelos hegemónicos?

GU: En el hospital y en las comunidades de salud se da la ley del gallinero, el que está arriba es el que manda a todos los que están abajo. Y el que está arriba es el doctor, y si es *la* doctora es el doctor también. Abajo están las enfermeras, abajo las auxiliares de enfermería y abajo están los que limpian el hospital, y abajo de todo están los pacientes. Ese es el modelo hegemónico. Hay un orden vertical, piramidal.

Las enfermeras tienen un rol en la atención de la salud que es muy despreciado porque está en el medio. Es lo que está pasando en la Ciudad de Buenos Aires: las y los enfermeros no son considerados profesionales y han hecho una carrera universitaria. Todavía están luchando para que se les reconozca como profesionales y no se les pague un salario de administrativo. Esta es la visión que existe de los profesionales de la salud que más trabajo hacen, en términos de horas, al lado de los pacientes.

Por supuesto, también respetan fuertemente el modelo médico hegemónico, si es que es hegemónico en el lugar donde están trabajando, porque si ahí no hay un médico o médica más arriba el más importante son los o las enfermeras. La estructura piramidal se reproduce. La enfermera es la que está más arriba, si no hay alguien más arriba. Esto es lo horroroso del modelo médico hegemónico; el equipo de salud debería ser igualitario y, también, interdisciplinario, deberían conformarlo, además, otros profesionales, como los psicólogos, antropólogos o sociólogos.

Lo que sucede en general es que las enfermeras y los enfermeros son auxiliares de los médicos y no actúan con criterio propio. Como dicta que actúen el modelo existente. Actúan, pero no deberían actuar según el modelo. Esto hace que les quiten autoridad y la categoría de profesionales, y, por tanto, hace que cobren menos. Mirá cómo son de despreciados que tienen un menor salario porque no se los considera profesionales, acá, en la Municipalidad de Buenos Aires.

7E: Muchas gracias por esta entrevista. Es muy interesante toda la reflexión sobre tu experiencia de vida, sobre todo en estos momentos, porque, independientemente de que existan las experiencias de Rosario,



que celebramos que existan, van contra el viento. Celebramos que existan esas experiencias, y por eso mismo para nosotros es importante ver desde dónde surgen esas sensibilidades particulares, cómo se construyeron estas miradas que no responden a lo que es la cultura predominante. Así que es una experiencia extraordinaria para nosotros, te agradecemos profundamente.

