

ENTREVISTAS

Pampa Coffee Art - Serie "El Regreso del Juntasueños o Las Seis Noches de la Soñadora"

Pampa

Andino Tinoco, Janicce Marcela

"La Universidad se debe una reflexión sobre el perfil de quienes egresan". Entrevista a Guido Enrique Mastrantonio

Cuadernos de Extensión Universitaria de la UNLPam, Vol. 6, N° 1, enero-junio 2022.



Sección: Entrevistas, pp. 131-142

ISSN 2451-5930 e-ISSN 2718-7500. DOI: [10.19137/cuadex-2022-06-08](https://doi.org/10.19137/cuadex-2022-06-08)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Entrevista a Guido Enrique Mastrantonio

La Universidad se debe una reflexión sobre el perfil de quienes egresan

Janicce Marcela Andino Tinoco

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

janicce.andino@unah.edu.hn

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1933-8904>

Bioquímico, Master en Toxicología y Doctor en Ciencias Biológicas. Secretario de Extensión de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata y coordinador de las Brigadas Sanitarias Ramona Medina. Miembro de la Carrera del Investigador en Salud en la categoría Adjunto de la Comisión Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Docente en diferentes cursos de posgrado en disciplinas de la química forense, la inocuidad y toxicología de los alimentos, toxicología ambiental, y la bioanalítica aplicada a la investigación clínica. Director y evaluador de proyectos de extensión universitaria.

En esta entrevista se refiere al protagonismo que tuvieron las Brigadas Ramona Medina como colectivo de salud que actuó durante la pandemia y cómo fue ese abordaje territorial.



¿Cuál es el contexto en el que surgen las Brigadas Ramona Medina y qué aspectos sanitarios se priorizaron en las primeras semanas de la pandemia por la COVID-19?

La idea de organizar brigadas sanitarias la teníamos prevista al inicio de nuestro trabajo en la Secretaría en el 2018. El diagnóstico con el que asumimos era que la Facultad cobija a las carreras de la salud, organizadas fuertemente desde una visión hospital-centrista, médico-hegemónica, medicamentalizada y con falencias al abordar las dimensiones comunitarias de la salud. Desde esta perspectiva creamos la Prosecretaría de Gestión en Salud, para ordenar los dispositivos de salud al interior de la Facultad, y la Prosecretaría de Políticas Sociales, para encarar fuertemente acciones en territorio. Planteamos iniciativas para trabajar e incorporar la atención primaria y la salud comunitaria como un aspecto del trabajo extensionista y para la apertura de espacios de formación de las y los estudiantes. Un poco antes de que se declarara el ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) en Argentina, hicimos una convocatoria a estudiantes, docentes, no docentes, egresadas y egresados de la Facultad para constituir brigadas sanitarias que pudieran salir a dar respuesta de manera organizada y militante a las demandas existentes en territorio.

Nuestra Facultad ya estaba preparándose con la organización de un laboratorio de diagnóstico para COVID-19, que tenía que ver con el trabajo intramuros, orientado a dar una asistencia a los hospitales de la Provincia. En los primeros días del ASPO, hubo dos demandas inmediatas. La primera fue la

continuidad de los planes de vacunación de calendario que en ese momento se interrumpieron por una decisión del gobierno municipal de La Plata, que cerró todas las salas de atención primaria. Ante esto, nuestros primeros equipos salieron a territorio enfocados en la vacunación antigripal de personas adultas mayores. El otro grupo que se armó fue el de la problemática del uso de los tapabocas y barbijos y su diferenciación. Era una discusión técnica –pero también social–, que se superponía con acciones solidarias ya que, en distintos espacios de producción casera o cooperativos, se elaboraban para donar, distribuir, autoabastecer o generar trabajo. Hubo un equipo de farmacéuticas dedicado a recopilar información, buscar normas y asesorar a muchas cooperativas textiles que empezaron a trabajar para proveer a hospitales y personal de salud. También en estos meses iniciales hubo equipos que elaboraron sanitizantes, en coordinación con gremios y el Ministerio de Salud, que se distribuían en comedores y espacios barriales.



La siguiente tarea fue trabajar con la gran cantidad de información que circulaba por los medios, que más adelante se definió como *infodemia*. La información en exceso, falsa o falseada, dificultaba mucho el proceso de empoderamiento de las comunidades respecto de las prácticas de cuidado necesarias. Se organizó un equipo de comunicación para la salud con periodistas y brigadistas. Fue el primer grupo de trabajo virtual que produjo material multimedia en un intento de clarificar conceptos y ser parte de discusiones públicas. También de esa primera etapa fue la organización de los equipos para el relevamiento sociosanitario, sobre una consigna del Ministerio de

Salud de la Provincia de Buenos Aires, “vamos a buscar el virus casa por casa”. Eso significó pensar la organización de equipos para el relevamiento, con un dispositivo de levantamiento de datos geolocalizados. Se diseñó un software para detectar casos con celulares sin señal, porque en los barrios más alejados muchas veces no contábamos con conectividad. Esa información luego se subía a los servidores de la Facultad, se procesaba y se generaban informes, los que utilizábamos en los relevamientos siguientes. El mapeo que se hizo en barrios populares aún hoy sirve para el abordaje territorial de equipos de extensión y de investigación en salud; también sirvió como base de datos para el trabajo de las autoridades sanitarias y de los efectores locales que fueron, básicamente, las organizaciones en territorio, que discutieron y diseñaron sus propias estrategias de abordaje comunitario.

La muerte de Ramona Medina en mayo, nos encontró un domingo con tres equipos vacunando puerta a puerta y fueron ellos quienes decidieron dedicarle esa jornada. Su deceso clarificó su lucha por la desatención de las autoridades sanitarias, el reclamo por medidas higiénicas, por el acompañamiento del Estado en favor de las comunidades más vulnerables... Su propia muerte fue una representación de cómo la pandemia no era democrática.

En el trabajo desplegado en el territorio, ¿armaron protocolos propios de la Universidad, o trabajaron con alguno que se facilitó por parte de las instituciones?

Contábamos con la ventaja de poder racionalizar más rápido de qué se trataba el virus; por eso, una de las primeras cosas que hicimos antes de salir al territorio fue diseñar protocolos, con cierta incertidumbre porque en ese momento había muchas cosas que no se sabían. Entre marzo y abril ya teníamos protocolos propios que, vistos desde el presente, resultan un poco exagerados. Aun así, pudimos salir con alguna confianza y sin riesgo de contagio. Esa confianza nos la dio, de algún modo, el hecho de venir desde disciplinas con herramientas teóricas y prácticas suficientes, que nos permitieron manejar las incertidumbres.

¿En algún momento pensaron que había algún vacío disciplinar en los equipos?

Sí, pero, de alguna manera, lo resolvimos internamente. El cierre del Barrio José Luis Cabezas, en junio de 2020, fue un hecho que nos puso frente a esta situación, porque fuimos convocados por el Ministerio de Salud. Es un barrio vulnerable, migrante, con una serie de estigmatizaciones fuertes. Durante los dos o tres primeros días se registraron más de 70 casos confirmados. Ese escenario nos mostró las distintas dimensiones de la pandemia: el manejo del temor, del papel de la organización popular, la dimensión comunitaria y la necesidad de la empatía como una herramienta sanitaria. Acuñamos como idea la necesidad de aprender a sonreír con los ojos, entendiendo que no éramos solo personal de salud, sino también seres humanos que nos acercábamos a otros seres humanos, en el contexto de una situación trágica y sumamente conmovedora. También apareció muy fuerte la problemática de género: en ese barrio había una población trans importante, mayoritariamente trabajadoras sexuales y, además, la disparidad de la pandemia respecto de cómo afectaba a mujeres y hombres. Ese mismo día surgió un equipo de género.

Es decir, los primeros equipos de bioquímica, farmacéutica, biotecnología, química y medicina no contaban con el sustento de otras disciplinas y profesionales que dieran más contundencia a las primeras acciones. Fue así como, paulatinamente, las brigadas se enriquecieron en la medida que esas carencias se identificaron y completaron con otras disciplinas como la psicología, el trabajo social o el derecho. Y sobre todo la incorporación a las brigadas de referentes de los barrios. Fueron 400 integrantes que, entre graduadas, graduados, estudiantes, docentes y no docentes de distintas facultades, junto con referentes barriales, dieron forma a este colectivo.

¿Qué trabajo o diagnóstico previo había en el territorio en el momento en el que ustedes se incorporan con las brigadas?

Si bien nuestra Facultad tiene una historia de trabajo en extensión muy rica desde finales de los '80 y hoy cuenta con cinco programas permanentes, con una cuarentena de proyectos, convocatorias anuales, cargos destinados al trabajo en extensión,

laboratorios y talleres para equipos de extensión, el diagnóstico definitivo lo aportó la interacción con un establecimiento de salud, la Unidad Pronta de Atención número 6 (PUA) de Los Hornos que tenían como mandato el trabajo en territorio.

Me parece que fue importante visibilizar que el trabajo de la universidad necesitó de estas correas de transmisión y que, más allá de la vocación de servicio y las herramientas teóricas, conceptuales y técnicas que posea, no es la universidad la que tiene esa llave. El diagnóstico final y certero lo tiene el Estado, en sus dispositivos territoriales y las organizaciones populares asentadas en el territorio.

¿Qué papel tuvieron las políticas públicas que respaldaron a las brigadas Ramona Medina?

Pienso que la pandemia significó un desafío para el Estado. El propio sistema de salud se nutre, principalmente, de una lógica que es hospital centrista, médico hegemónica, mercantilizada, muy orientada al tratamiento de la enfermedad y menos dirigida a estrategias sanitarias y de enfoque comunitario. Sin embargo, en las propuestas iniciales estaba la idea de que la problemática de la pandemia alcanzaba a toda la población y eso requería cuestionar el hacer habitual del sistema de salud. Hay dos ejemplos que me parece que son bastante ilustrativos. El primero es la creación, por ley, de la figura del vacunador y la vacunadora eventual, que es propuesta en la Ley 27491 del año 2019, pero que hasta entonces no se había implementado. Esta figura fue sumamente pertinente para la pandemia, pero entraba en colisión con la lógica de quién y cómo debía vacunar. Cuando ya se estaban anunciando los primeros desarrollos vacunales a mediados del 2020, visualizamos que iban a llegar las vacunas COVID-19 al país y que, con el esquema existente, no iban a poder satisfacer las necesidades de la campaña. Por ello, planificamos un espacio de capacitación desde la universidad que acompañó las iniciativas del Ministerio de Salud y nos permitió entrenar en territorio alrededor de 750 personas, quienes, según el paradigma del sistema de salud, en condiciones normales, jamás habrían vacunado. El otro ejemplo es la figura del promotor y la promotora territorial de salud, referente del territorio que cuenta con herramientas para articular dentro de la comunidad con tareas centrales en los abordajes preventivos, que exceden a la atención

de personas enfermas. Se pusieron en juego las discusiones acerca de si eran parte o no del sistema de salud, y otras tantas cuestiones.



En estas disputas, fue muy interesante construir espacios de capacitación compartidos con referentes del barrio y estudiantes de la universidad de igual a igual, en la adquisición de saberes e intercambio de experiencias. La idea de construir estos espacios como esquema del acceso a la salud ha influido en la política pública y me parece que la universidad ha jugado un papel allí. Este aporte tiene que ver con la experiencia puesta en juego, con los aprendizajes respecto de lo que significa la salud comunitaria y con cómo se materializa la teoría en experiencias en el territorio.

¿Qué lugar tiene la extensión en esta experiencia de las brigadas?

Con las tareas desplegadas en la emergencia se fortalecieron muchas políticas. Se reformulan preguntas: ¿de qué tipo de políticas de salud se habla?, ¿cómo influyen las condiciones económicas?, ¿cómo se promueve la salud desde áreas distintas de promoción y garantía de otros derechos?, ¿qué tiene que ver la salud con un plan de viviendas que garanticen buenos

hogares? La universidad se debe una reflexión sobre el perfil de quienes egresan, que terminan siendo la base material de los ministerios, municipios, y del estado en su conjunto. La crítica que se pueda hacer a las políticas públicas desde la universidad, desde sus claustros, sus proyectos de extensión, sus equipos de investigación, no puede desentenderse de los currículos con los que se forman las y los profesionales que la misma universidad ofrece.

En este sentido, entiendo que la extensión no es una función sustantiva equivalente a las otras dos, docencia e investigación, sino que aparece y se desarrolla como respuesta a ciertos fracasos de la función educativa y de la función investigativa por parte de la universidad pública, en relación con las deudas que desde ellas aparecen respecto de su rol social. La extensión se prefigura, entonces, como un intento para resolver esas cuestiones.

El día que la universidad cuente con currículos que organicen trayectos de formación profesional que nutran las estructuras del Estado y los entes de derecho privado, con personas comprometidas con políticas públicas inclusivas, que garanticen derechos, constituyan soberanía y que estén a la altura en sus funciones; la universidad habrá cumplido su rol social. De igual manera sucederá cuando la universidad sea capaz de conformar –naturalmente, dentro de su ecosistema– equipos de investigación que sean capaces de abordar la totalidad de las problemáticas sociales, sanitarias, productivas, y se disponga a proveer de herramientas para erradicar la desigualdad y el sufrimiento de las personas más vulnerables. En ese momento, la extensión va a dejar de tener sentido, al menos tal como estamos tratando de concebirla ahora.

¿Cuál es la transformación que ha visto hacia adentro de los equipos de extensión?

Hay una dimensión que es más empática-personal, que nuestros equipos pudieron incorporar en las tareas en territorio. Quienes vacunaron casa por casa cuentan con una perspectiva humanista diferente que aquellos que aprendieron a vacunar integrándose a esas tareas directamente en el 2021. En cuanto a los equipos de investigación, modificaron sus perspectivas en relación con las hipótesis que podían enunciar.

Estos cambios tienen un componente empático y humanista, y esto no es solo porque la epidemiología es una disciplina esencialmente territorial. Hubo estudiantes, investigadores, doctorandos que salieron de su laboratorio y fueron al territorio durante varios meses, y hoy vuelven a hacer su trabajo, a investigar, a dar clase, a tener otra mirada del territorio. El solo hecho de encontrarse con la materialidad de las condiciones de injusticia, el poder describirla, no solo denunciar que existe, sino que sucede con Juan, con María, con esta familia en este barrio. Eso, sin duda, genera cambios que son por ahora subjetivos, pero de gran profundidad.



Estos procesos subjetivos, seguramente, darán paso a la materialidad. Habremos de encontrarnos con nuevas asignaturas optativas, nuevos sujetos en los títulos de los proyectos de investigación, se hará visible la dimensión territorial, el abordaje de la problemática interprofesional, de los equipos de salud, la cuestión de la interdisciplina y del territorio como cuestiones centrales acerca de cómo se formulan las hipótesis y se abordan las problemáticas. En un principio, pueden ser aportes o cambios imperceptibles, la universidad suele ser muy inercial, pero esa misma inercia también puede dar cuenta del inicio de un movimiento, producto de la pandemia, que será muy difícil de detener. Va a ser difícil, me parece, cuantificar esto rápidamente. Si nos encontramos a charlar dentro de diez años, quizás podamos decir esto fue un antes y un después: esta carrera nueva, este equipo de trabajo, este nuevo instituto, este grupo de investigación que tenemos ahora es un producto

de la necesidad que se dio primero como un aprendizaje en la emergencia, luego como un proceso de reflexión interna, surgido a partir de la experiencia en la pandemia.

¿Cuál es la perspectiva de trabajo en el mediano plazo para las Brigadas? ¿Cómo se proyectan?

La Ramona ha tenido dos características, una es la del trabajo de tipo celular, de equipos con cierta autonomía, bajo una misma identidad, que se conformó como una articulación de distintos equipos. La otra característica ha sido la de trabajar sobre la inmediatez: no hubo en la Ramona planes a largo plazo, solo contábamos con un plan de lo que había que hacer al otro día, intentando encontrarnos un paso delante de los desafíos que planteaba la pandemia, es decir, el mediano plazo. Estas dos características pueden funcionar bien en el contexto de la emergencia. Sin embargo, una de las primeras tareas como colectivo fue el poder modificar la planificación, lograr algún tipo de estructura de coordinación más articulada, que le dé una inteligencia común para lo que va a ser el trabajo de la nueva emergencia y, al mismo tiempo, el pensar en planes de mediano y largo plazo para los que hasta ahora no nos habíamos dado el tiempo. Esta nueva emergencia, sin duda, estará determinada por el aumento feroz de la demanda por las problemáticas de salud desatendidas durante dos años, la falta de diagnóstico precoz, la falta de adherencia a los tratamientos de patologías de curso crónico, la disminución de la cobertura de vacunación de calendario, el impacto sobre la salud mental y la sinergia de todo esto junto. Eso es lo que empezamos a llamar la última ola de la pandemia.

Si la primera, la segunda, la tercera ola por COVID-19 transcurrieron con lapsos de un mes, dos meses de duración, la última ola va a tener muchos meses de duración; tal vez dos o tres años. Lo anterior nos va a permitir planificar de otro modo y prepararnos para las nuevas contingencias de lo que ya se empieza a llamar la 'nueva normalidad'. Por otro lado, vienen los tiempos de las miradas sobre nuestra universidad: hasta hoy las Ramona han sido un colectivo en el territorio que tenía su foco en la comunidad, poniéndose a disposición. Con ese aprendizaje, ahora debemos dar la media vuelta y prestar atención en las discusiones que nos debemos hacer adentro de la universidad, para aportar estos aprendizajes como

parte de los procesos de transformación que entendemos se van a dar en varias dimensiones, no solo en los equipos de extensión, sino en la universidad en su conjunto.

Ahí no hay ningún mérito individual, sino un enorme esfuerzo colectivo. En ese punto, ponemos en discusión la idea del voluntariado: no fueron actividades desarrolladas por una suma de voluntarios, sino que fue la tarea que se pusieron al hombro hombres y mujeres, para entenderse como parte del tiempo que les tocó vivir.

La universidad se reconoce como depositaria de un saber que implicaba el deber de aportar sus herramientas científicas y técnicas, de sumarse a los esfuerzos del Estado, a los de la comunidad y sus organizaciones, haciéndose cargo de lo que correspondía hacer. En esa tarea, nadie finalmente estuvo a la altura de los hechos. No podemos ser autocomplacientes. La pandemia nos pasó por arriba. Más de 120 mil muertos son un dolor insoportable y las secuelas sanitarias, económicas, sociales son enormes. La pregunta que nos hacemos es cuáles son los aprendizajes y qué transformaciones nos quedan por delante. Ahí estará la medida de nuestro paso por la pandemia.

Fecha de recepción: 14/04/2022

Fecha de aceptación: 21/04/2022

