

POSICIONAMIENTOS EN EDUCACIÓN Y SALUD PARA
DILUCIDAR LA POTENCIALIDAD DE SU ARTICULACIÓN EN EL
TRABAJO CON COMUNIDADES

Positions in education and health to elucidate the potential of their articulation in the work with communities

Positionen in den Bereichen Bildung und Gesundheit zur Herausarbeitung des Potenzial ihrer Verknüpfung in der Arbeit mit Communities

María Paula Juárez

Instituto de Investigaciones Sociales, Territoriales y Educativas (ISTE),
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET),
Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina
mpaulajuarez@gmail.com - mpaulajuarez@hum.unrc.edu.ar

Recibido: 05-04-2022 Aceptado: 04-06-2022

María Paula Juárez es Doctora en Psicología (UNSL), Magíster en Ciencias Sociales (UNRC), DEA en Psicología Evolutiva y de la Educación (UAB Barcelona) y Licenciada en Psicopedagogía (UNRC). Se desempeña como Investigadora Asistente del CONICET donde desarrolla estudios en un enfoque biográfico-comparativo y psicosociopedagógico sobre las concepciones y las prácticas en salud de mujeres en situación de pobreza y de clase media. Es Codirectora del proyecto SeCyT-UNRC: “Entramados y desencuentros entre educación y salud: la tensión exclusión-inclusión en comunidades en situación de pobreza”, Proyecto integrante del Programa “Escenarios político-educativos y de la salud: hacia la recuperación de derechos sociales en poblaciones vulneradas y la construcción de categorías en clave latinoamericana” dirigido por la Mgter. Sonia de la Barrera. Profesora Adjunta en la Lic. en Trabajo Social de la UNRC. Sus publicaciones más recientes son “Creencias,

© erasmus. Revista para el diálogo intercultural.

La revista científica de la Fundación ICALA - ISSN (en línea): 2718-6288

<http://www.icala.org.ar/erasmus/erasmus.html> – Contacto: [michelini.rio \(at\) gmail.com](mailto:michelini.rio(at)gmail.com)

Licencia de Creative Commons. Atribución-NoComercial-Compartir Igual 4.0 Internacional
(CC BY-NC-SA 4.0), <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



saberes y prácticas populares de salud en mujeres en situación de pobreza” (2022), en la revista mexicana Horizonte sanitario; y “Mujeres narrando sobre su salud en tiempos de COVID-19” (2021) en el libro “Justicia como Equidad” de Ediciones del ICALA.

Cita sugerida: M. P. Juárez (2022). Posicionamientos en educación y salud para dilucidar la potencialidad de su articulación en el trabajo con comunidades. *Erasmus. Revista para el diálogo intercultural*, 24.

Resumen

El artículo desarrolla la matriz teórico-conceptual que sustenta un estudio en curso cuya finalidad es conocer concepciones y prácticas de trabajadores y trabajadoras de la educación y de la salud pública, así como las formas en que estas personas desarrollan su quehacer con comunidades pobres, identificando el favorecimiento o la obstaculización de un Desarrollo Humano Integral (DHI) para la vida de los niños y familias de esas comunidades. Desde un abordaje metodológico cualitativo-interpretativo se explicitan perspectivas conceptuales en educación y salud, se recupera lo explicitado en normativas sobre derechos humanos, de las que se analiza que, traducidas en quehaceres cotidianos de los profesionales de estos campos y en consonancia con perfiles institucionales, es posible arribar a la reflexión de cómo estas concepciones podrían resultar en prácticas genuinas, garantes de la educación y la salud como derechos humanos fundamentales para el DHI de las comunidades. Finalmente se recupera en puntos claves la potencialidad de este vínculo.

Palabras clave: Educación; Salud; Desarrollo humano integral; Derechos humanos.

Abstract

The article develops the theoretical-conceptual matrix that supports an ongoing study whose purpose is to know the conceptions and practices of workers in education and public health, as well as the ways in which these people carry out their work with poor communities, identifying the favoring or hindering of an Integral Human Development (IHD) for the life of the children and families of these communities. From a qualitative-interpretive methodological approach, conceptual perspectives in education and health are explained, what is explicit in regulations on human rights is recovered, from which it is analyzed that, translated into daily tasks of professionals in these fields and in accordance with institutional profiles, It is possible to arrive at the reflection of how these conceptions could result in genuine practices, guarantors of education and health as fundamental human rights for the IHD of the communities. Finally, the potential of this link is recovered at key points.

Key words: Education; Health; Comprehensive human development; Human rights.

Zusammenfassung

Der Artikel entwickelt die theoretisch-konzeptionelle Matrix, auf der eine laufende Studie basiert, deren Ziel es ist, die Vorstellungen und Praktiken von Beschäftigten im Bildungswesen und im öffentlichen Gesundheitswesen kennenzulernen, sowie die Art und Weise, wie sie ihre Arbeit mit armen Communities ausführen, und zu identifizieren, wie sie eine Integrale Menschliche Entwicklung (IHD) des Lebens der Kinder und der Familien dieser Communities begünstigen oder behindern. Ausgehend von einem qualitativ-interpretativen methodischen Ansatz werden konzeptionelle Perspektiven in Bildung und Gesundheit erläutert und das in den Menschenrechten normativ Festgelegte expliziert. Wenn man diese - übersetzt in alltägliche Praktiken der Fachleute in diesen Bereichen und in Übereinstimmung mit institutionellen Profilen - analysiert, kann darüber reflektiert werden, wie diese Vorstellungen zu echten Praktiken führen und Garanten für Bildung und Gesundheit als grundlegende Menschenrechte für die Integrale Menschliche Entwicklung der Communities sein könnten. Schließlich wird das Potenzial dieser Verbindung an Schlüsselstellen rekonstruiert.

Schlüsselwörter: Bildung; Gesundheit; umfassende menschliche Entwicklung, Menschenrechte.

Introducción

Tradicionalmente educación y salud han sido consideradas pilares básicos de toda sociedad. Autores y autoras han pensado sus relaciones desde diferentes enfoques, tales como: educación y salud como instancias de gestión de gobierno; educación para la salud como iniciativa de programas de prevención o promoción de la salud; la dimensión educativo/pedagógica reconocida en el campo de la salud; la salud escolar; salud y educación en perspectiva de derechos humanos. (Emmanuele, 1998; Meeroff 1999; Pastorino, 2006; Agrest, 2008; Huergo, 2009; Maglio, 2009; Viñao 2010; Villanueva, 2010; Fainsod y Busca, 2016; Juárez, 2014; Lillos, 2014)

Los dos años de desarrollo del estudio “Entramados y desencuentros entre educación y salud: la tensión exclusión-inclusión en comunidades en situación de pobreza”¹, que vienen sucediéndose en un escenario dinámico de adversidad sociosanitaria por la pandemia de Covid-19, interpelan la necesidad de explicitar y argumentar acerca del porqué reflexionar sobre la relación entre educación y salud en los tiempos que corren, con el fin de reconocer en qué radica la potencialidad de este vínculo para el trabajo con comunidades.

Con el fin de avanzar en análisis posibles de cuestiones, el artículo se organiza en cuatro secciones: 1) Inicialmente se explicita la matriz teórico-conceptual que sustenta el estudio en relación a la educación y la salud concibiéndolas como pilares del Desarrollo Humano Integral. (en adelante DHI); 2) Seguidamente se reflexiona sobre estos campos en perspectiva de derechos humanos, analizando su implicancia en el quehacer cotidiano de sus trabajadores. 3) Posteriormente se analiza el tipo y perfil de instituciones de

¹ Proyecto de Investigación: “Entramados y desencuentros entre educación y salud: la tensión exclusión-inclusión en comunidades en situación de pobreza”, dirigido y codirigido por Mgter. Sonia de la Barrera y Dra. María Paula Juárez. Se enmarca en el Programa de Investigación: “Escenarios político-educativos y de la salud: hacia la recuperación de derechos sociales en poblaciones vulneradas y la construcción de categorías en clave latinoamericana” (Resol. Rectoral N°. 083/20). Período 2020-2022. (SECyT. UNRC.)

educación y de salud que desplegarían características consecuentes con el hecho de concebirlas como pilares de un DHI. 4) Finalmente se esgrimen algunas reflexiones emergentes sobre la potencialidad del vínculo atendiendo a un trabajo integral con comunidades.

Algunos interrogantes sobre los que se intentará hechar luz plantean: ¿Qué posicionamientos en educación y salud sustentarían los pilares de un DHI? ¿Qué se expresa en perspectiva de derechos humanos para estos campos? ¿Cómo se traducen (o deberían traducirse) estos derechos en las prácticas cotidianas de los trabajadores y las trabajadoras de la educación y la salud? ¿Qué tipo de instituciones en educación y salud promoverían genuinos encuentros entre ambas en pos del DHI de las poblaciones? ¿A qué refiere la idea de potencialidad de este vínculo?

1. Precisando posicionamientos: educación y salud como pilares de un DHI

Saforcada (2019) considera que el DHI es un proceso de desenvolvimiento de la vida de las personas, sus familias y los tejidos sociales de los que forman parte que se caracteriza por el hecho de que en estos procesos cada uno de ellos mantienen constante la puesta en acto de las potencialidades positivas del proceso de salud desde su gestación hasta la muerte. El autor reconoce que ello implica un progresivo desarrollo psicosociocultural y económico-político, armónico y sustentable, de los diferentes ecosistemas en que las personas están implicadas.

No caben dudas que entornos humanos claves del DHI en que las personas, familias y comunidades están involucradas son los ámbitos de la educación y de la salud que los Estados ofrecen como servicios públicos desde sus sistemas educativos y de salud. Para Saforcada, el DHI supone exigencias que él analiza desde el Paradigma Latinoamericano Multidisciplinar de Salud Comunitaria en diálogo con un Paradigma Social Expansivo en concepciones y prácticas profesionales de salud. Por su parte, Lillo (2014) considera la necesidad de una labor de corresponsabilidad entre instituciones de educación y de salud al velar

por estos derechos orientados al desarrollo humano. Lillo y Saforcada dan cuenta en sus trabajos de requerimientos que supone pensar el DHI, y el garantizarlo desde una perspectiva de derechos atendiendo a los campos educativos y de salud. Aunado al desafío reflexivo que proponen, en lo que sigue se intentará avanzar hacia un esclarecimiento argumentativo y analítico sobre posicionamientos y concepciones en torno a la salud y la educación como pilares del DHI.

1.1 Sobre la educación humanizadora e intercultural como pilar del DHI

Pensar una concepción de educación como sustento de la promoción de un DHI favorecedora de desarrollos psicosocioculturales, salubrista² -educativos y económico-políticos en la vida de las personas, sus familias y sus comunidades desde el despliegue de sus capacidades, recursos y proyectos de vida conduce al planteo educativo de Paulo Freire. (1965, 1973, 1990, 1992, 1997) Para el gran pedagogo latinoamericano, la educación refiere a una especificidad humana que puede entenderse desde un desdoblamiento analítico que supone instancias de denuncia y anuncio correspondientes a dos concepciones de la educación:

Una, que la concibe como instrumento de opresión, que puede reaccionariamente inmovilizar la historia y mantener el orden injusto desde el compromiso con la sociedad dominante, reproduciendo la estructura y el proceso histórico de producción del ser humano. Educación que Freire denunció como “concepción bancaria”, identificándola como imperante en el contexto brasileño y latinoamericano de los años 50’, 60’, 70’ y 80’, con características de las llamadas “pedagogía tradicional” y “pedagogía tecnicista”, que aún por nuestros días prevalecen en tantas prácticas y experiencias en contextos educativos formales y no formales.

² La idea de desarrollo salubrista de las comunidades remite a la promoción de la salud integral. En este sentido, debe tenerse en claro que las definiciones de sanitarismo o salubrismo no refieren a lo mismo. Mientras lo sanitarista o sanitario refiere a sanar (aludiendo a enfermedad y por consiguiente a la prevención en los tres niveles), lo salubrista alude a promover salud integral desde la idea de la protección y promoción de la salud.

La otra, que la concibe como posibilidad de transformar una realidad de injusticia y opresión desde su desenmascaramiento y la lucha por humanizar la vida desde un quehacer permanente en razón de la inconclusión de los seres humanos y del devenir de la realidad. Educación que Freire caracterizó por rehacerse constantemente en la praxis, como acto de intervención en el mundo a partir de su desvelamiento, procurando cambios radicales en la sociedad, en campos inherentes al DHI como las relaciones humanas, la propiedad, la economía, el derecho al trabajo, a la tierra, la educación y a la salud, y que denominó “concepción problematizadora de la educación”.

La apuesta por pensar la educación como pilar del DHI encuentra en esta perspectiva de la educación liberadora a aquella que representa una lucha por el sentido de la liberación del ser humano, identificada con las condiciones de su realidad, integrada a su tiempo, su espacio y a la posibilidad de reflexionar sobre su lugar en la historia. Para Freire la educación es una apuesta por cambiar de actitud, por crear disposiciones democráticas a través de las cuales el ser humano releve hábitos naturalizados y permeados por la pasividad y los transforme en nuevas prácticas de participación e injerencia en la vida, predisponiendo al ser humano a la posibilidad de transitar de una consciencia ingenua a una crítica de su realidad.

En diálogo con ello, se entiende que una de las vías para lograr un DHI en las sociedades actuales latinoamericanas es avanzar en una perspectiva de “educación intercultural”, como apuesta que, desde los años ‘90, promueven referentes como Catherine Walsh en términos de una la interculturalidad crítica como herramienta pedagógica que problematiza y reflexiona sobre la racialización, la inferiorización y los patrones de poder, indagando en comprensiones que promuevan el diálogo de las diferencias en contextos de dignidad e igualdad, desde modos “otros” de ser pensar, estar, aprender, enseñar y vivir. (Walsh, 2009, 2010, 2013, 2017) La propuesta se orienta a construir relaciones positivas entre diversos grupos culturales para dar respuesta a situaciones de injusticia social como la discriminación, el racismo y la exclusión. Se trata de un ámbito ineludible que busca la construcción de sociedades más justas, igualitarias, equitativas y plurales. (Galletto, 2020)

1.2 Sobre la salud comunitaria como pilar del DHI

Es importante considerar que, durante muchos años, la salud fue concebida de manera reduccionista como ausencia de enfermedad. Los autores de Lellis, Álvarez, Rosseto y Saforcada (2006) consideran que la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la entiende como "...estado de completo bienestar, físico, mental y social..." (OMS, 1948), si bien representó en el contexto histórico en que se la acuñó un salto cualitativo, dado que fue la primera definición positiva de salud -exponiendo con claridad sus componentes inseparables- implicó asimismo una homologación de la salud a un concepto de bienestar absoluto. Esta forma de concebir la salud resultó poco realista al escindir las relatividades inevitables de toda situación vital -históricas, culturales, económico-políticas, ambientales, etc.

Como contrapartida, Saforcada (2019) concibe al DHI como un proceso de desenvolvimiento de la vida de las personas, sus familias y los tejidos sociales, en el que cada uno de ellos despliega sus potencialidades involucrando el proceso de salud a lo largo de toda su vida y apuesta por sistemas de servicios de salud centrados en la vertiente positiva de la salud, es decir, orientados al desarrollo de estrategias para su protección y promoción.

En ese escenario, para pensar en una concepción de salud como sustento de procesos de DHI, se adhiere al "Paradigma Multidisciplinar Latinoamericano de Salud Comunitaria" (Saforcada, 2010; 2011; Saforcada, de Lellis, Mozobancyk, 2010; Saforcada, Castella Sarriera, Alfaro, 2015; Isla y Muñoz Rodríguez, 2022; entre otros), como aquel orientado a reconocer las distintas realidades y situacionalidades en que transcurren las vidas de las personas, valorando sus saberes populares, sus prácticas, su cultura, sus hábitos y costumbres, sus vivencias y experiencias en salud, poniéndolas en diálogo con distintos desarrollos de las ciencias humanas, de la salud y las ciencias sociales. Se trata de un paradigma en salud pública cuyo componente principal son las comunidades, con sus grupos populares como protagonistas de su tiempo histórico y de sus actuaciones sociosanitarias, desde un verdadero

empoderamiento sociopolítico. Escenario en el que los equipos de salud se posicionan como colaboradores de ellos.

Desde este paradigma, Saforcada (2017, p. 5) concibe la salud como un “relativo bienestar físico, psíquico, espiritual, social y ambiental -el máximo posible de acuerdo a las circunstancias socioculturales e históricas determinadas- considerando que dichas situaciones son producto de la interacción de las personas y sus ambientes humanos, teniendo en cuenta que estos componentes integran el complejo sistema de la trama de la vida. Desde esta perspectiva, la interacción entre factores estructurales o contextuales y aquellos propiamente individuales marcarían el desarrollo del individuo”.

En sintonía con esta definición como sustento del DHI, Huergo (2009, p. 8) comprende la salud como “una capacidad de lucha contra los diversos factores limitantes de la vida humana y que, por lo tanto, significa conservar la posibilidad individual y/o colectiva de producir las transformaciones que sean necesarias para revertir las situaciones adversas que presenta la realidad”, dando cuenta de una perspectiva política ligada a la construcción de prácticas y saberes en salud que abona al componente político-social del DHI.

Asimismo, para pensarla como dinamizadora del DHI, se concibe la salud en términos de una “salud positiva” (Saforcada, de Lellís, y Mozobancyk, 2010; Saforcada 2012), como aquella que se orienta a aportar a los procesos que logran que las personas que están sanas en una sociedad sigan manteniéndose en tal condición. Se trata de un enfoque que exige apartarse de una perspectiva centrada en la enfermedad y su tratamiento, para posicionarse en una perspectiva social-expansiva basada en los derechos humanos. Su intencionalidad es mantener y mejorar las condiciones de buena salud de las poblaciones, incidiendo en el bienestar y desarrollo salubrista de ellas. Ello implicaría enfocarse en la gestión de salud positiva, partir del empoderamiento y puesta en acción de los recursos de la comunidad en armonía con un uso eficaz de los dispositivos de salud que dispone el Estado, quien debería comprometerse con ello otorgándole más peso a la gestión de salud positiva que a la gestión de enfermedad, que es, lamentablemente, de lo que hoy, a criterio

de Saforcada (2012), se ocupan los servicios públicos de atención de la salud en Occidente.

2. Salud y educación en clave de derechos humanos

Lillo (2014) plantea que, en relación al derecho a la educación, es en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en su artículo 26, y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), en sus artículos 28 y 29, donde se consigna el reconocimiento de los Estados Partes en relación con el derecho del niño a la educación, enunciándose que la misma se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades. Asimismo se acuerda que la educación deberá estar orientada, entre otras cuestiones, a desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades, preparándolo para asumir una vida responsable en una sociedad libre. Respecto al derecho a la salud, la autora expresa que en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en su artículo 25, y en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), particularmente en su artículo 24, se establece el reconocimiento de los Estados Partes sobre el derecho a la salud: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...” (Artículo 25). “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios” (Artículo 24). La autora plantea que en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) se consignó como derecho humano fundamental el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. (Lillo, 2014, p. 360)

Saforcada, con la finalidad de señalar pautas para el desarrollo en terreno de programas de gestión de salud positiva, propone analizar uno de los recursos técnicos básicos expresado en la idea de “trabajar por el derecho principal”

(Saforcada et al., 2010, p. 120), aludiendo a la idea de considerar la obligación de prestar atención y respetar los derechos en lo relativo a salud humana, lo que exige para el autor establecer un orden de prelación, identificando cuáles son los derechos principales. En esta jerarquización, el autor plantea que el primero es el derecho a la vida, el segundo es el derecho al crecimiento y desarrollo integral temprano (aclarando “no a la posterior compensación de las deficiencias”), el tercero es el derecho a la salud (aclarando “no a ser atendido si se está enfermo”, sino a “no ser enfermado” a través de factores totalmente evitables por los poderes del Estado, o sea, a no ser objeto de enfermedad pública (Saforcada y Moreira Alves, 2014); el cuarto es el derecho a ser atendido en caso de enfermarse (y aclara “a no a ser objeto de abandono”); y finalmente, el quinto es el derecho a una muerte digna (y aclara “no a ser objeto de manipulaciones que implican elevados sufrimientos inútiles afines a la avaricia lucrativa e inhumana del mercado de la enfermedad”) (Saforcada y otros., 2010, p. 120-124).

2.1 De la retórica de los derechos a la cotidianeidad de las instituciones y sus prácticas

Eduardo Rinesi (2018), el destacado pensador argentino del campo de la educación, se pregunta: “¿El derecho pertenece al plano del ser o del deber ser de las cosas?” Analiza que el derecho pertenece a una especie de hiato, como hendidura o fisura entre el deber ser y lo que en la realidad es el derecho, reconociendo que es en ese hiato donde se genera un “escándalo”, entendido como palabra política que permite cuestionar la distancia entre el ser y el deber ser de los derechos humanos. Escándalo que el autor también reconoce como motivador de la lucha, al expresar: “no puede ser que algunas cosas sean privilegios de algunos y no posibilidades ciertas de todos” (Rinesi, 2018).

Relacionado con ello, Saforcada y otros (2010, p. 120) reconoce que uno de los ámbitos en los que es posible visualizar con facilidad la cotidiana violación o microviolación de derechos humanos es el de la salud, señalando que en los servicios de atención se transgrede y viola el derecho a la salud al que todo ser humano debe aspirar.

Se torna así un desafío pensar en la posibilidad de enlazar estas líneas de pensamiento, desde una apuesta por reflexionar, extrapolando -humildemente en lo que aquí refiere al ejercicio, pero elocuentemente en lo que atañe al enriquecimiento que supone- el discurso de Rinesi para pensar la salud. En ese sentido, recreando los cuestionamientos del autor (Rinesi, 2018), emergen los interrogantes: *¿Qué significaría postular que los pueblos tienen el derecho a la salud si eso no significaría que las universidades –al menos las del Estado– los provean de profesionales con una formación completa e integral (con médicos y médicas sociales, odontólogos y odontólogas sociales, psicopedagogos y psicopedagogas sociales, entre otras– y no de profesionales reduccionistas, biologicistas o psicologicistas) para que ese derecho a la salud no sea puramente nominal? Las instituciones de salud: ¿Se reconocen como garantes y portadoras del derecho expresado en las declaraciones de DDHH y del niño? ¿Se preguntan si están haciendo las cosas del modo adecuado para garantizarles el derecho a sus comunidades? ¿Está imperante la premisa de que el derecho a la salud supone una salud de la más alta calidad -humana y científica-? Estas preguntas, formuladas a partir del pensamiento de Rinesi para interpelar el campo de la educación, nutren el ámbito de la salud para develarlo.*

Relacionado con la idea de reflexionar sobre la calidad humana de los vínculos en la atención sanitaria, Saforcada expresa que promover la salud positiva de las comunidades supone (entre otras cuestiones) trabajar en el mejoramiento de la relación entre el componente formal (el personal de las instituciones de salud) y el informal (las poblaciones y comunidades consultantes del sistema), donde ha sido habitual poder reconocer a lo largo de los años -entre ambos componentes- la generación de un espacio intersubjetivo virtual en el que se procesan reacciones afectivo emocionales coyunturales (producto de la interacción circunstancial entre la subjetividad de los pobladores y la subjetividad del personal) que luego retroalimentan las representaciones sociales que regulan los comportamientos posteriores. Cuando las reacciones efectivo-emocionales circunstanciales son negativas se establece una “barrera psicosociocultural” (Marconi, 1969; Saforcada 2001; Juárez y Saforcada, 2013; Juárez, 2015) creciente, que explica no sólo gran parte de la ineficacia e

ineficiencia de la inversión en salud, sino la microviolación cotidiana del derecho a la salud.

Es interesante pensar en el componente formal (los trabajadores de la salud) como eslabón clave entre los responsables de garantizar el derecho a la salud. En este sentido, interpelar sobre esto -en consonancia con la forma en que lo hace Rinesi (2018) en el campo de la educación-, continúa resultando un ejercicio desafiante: *si las comunidades no tienen salud, si no viven en salud, en la protección de su salud, la promoción de su salud, si no desarrollan autocuidados y la prevención de enfermedades, no es porque sean pobres, ignorantes y que sus familiares no sepan cómo hacerlo, es porque los trabajadores de la salud y el sistema público de salud no han sido capaces de garantizar ese derecho...* [se añade las cursivas a la idea recreada a partir del autor].

Se advierte así sobre la importancia de una perspectiva de derecho explicitada en el cuerpo legal, y el derecho como posibilidad real en la vida cotidiana de las familias, derechos en educación y salud que, por más que existan en un plano normativo declaratorio, no terminan de materializarse en pos de garantizar el DHI de las familias y comunidades.

3. Identificando escuelas y CAPS para el DHI

Analizadas las concepciones en salud y educación que se valoran como base de la promoción del DHI de las comunidades, y revisadas las instancias declaratorias que las expresan como derechos humanos e interpeladas sobre su real cumplimiento, interesa aquí considerar qué tipo de instituciones -junto con las prácticas consecuentes de sus trabajadores- serían las responsables de traducir al orden de lo concreto la garantía de esos derechos a la salud y a la educación.

En este sentido, Rinesi (2018) expresa que es necesario crear instituciones que permitan hacer efectivos los derechos humanos. Lillo (2014), por su parte, se detiene en las instituciones que traducirían este tipo de derechos y concepciones en educación y salud analizadas anteriormente. La autora se

refiere a las “escuelas para aprender” (Lillo, 2014, p. 359) como aquellas escuelas donde la intencionalidad es el aprendizaje de todos sus estudiantes, donde se crean las condiciones para que ellos aprendan partiendo de la situacionalidad en que históricamente se encuentran, atendiendo a la realidad de sus familias, como a la situación de pobreza en que puedan hallarse. Se trata de una escuela que reconoce factores causales y motivaciones para aprender, activando una apropiación del deseo por conocer, y basando los aprendizajes en experiencias previas situadas en el mundo personal y social del niño o niña desde el cual otorgan sentido y significado a los mismos. Se trata de escuelas que a la base sustentan concepciones en educación desde perspectivas humanistas, reflexivas, liberadoras, problematizadoras e interculturales.

En consonancia con este tipo de escuelas, Lillo (2014, p. 361) piensa en Centros de Atención Primaria de la Salud con enfoque inclusivo, en los que las relaciones médico-consultante se basan en la idea de un sujeto de derechos y capacidades. Ya en trabajos anteriores se ha concebido la dimensión pedagógica de ese encuentro: (Juárez, 2012; 2015); en los mismos se caracterizaba al agente de salud como el responsable de promover un encuentro horizontal y dialógico basado en la escucha profunda, en el conocimiento del mundo sociocultural y de la vida del consultante; el profesional se orienta a aprender de ese mundo, de esos saberes que lo sustentan, al tiempo que ser generador de nuevas matrices de aprendizaje enriquecido partiendo de esos conocimientos previamente construidos por ellos. En esta forma de pensar las relaciones en las instituciones de salud se trata de promover “puentes psicosocioculturales” como facilitadores de la interacción entre profesionales y consultantes. “Se llega a esta alternativa cuando el espacio interactivo tiene como soporte la consideración permanente de que quienes interactúan... son sujetos de derechos integrales inalienables y esos derechos son respetados cotidianamente por ambas partes” (Juárez y Saforcada, 2013, p. 213).

Lillo (2014) considera que en instituciones con estos perfiles se promueve el autocuidado en salud como estrategia continua de las personas para responder a una situación de salud o enfermedad; siendo el quehacer de estos espacios y

sus trabajadores promover el desarrollo y fortalecimiento de sus capacidades gracias al rol educativo de los profesionales de la salud.

4. La potencialidad del encuentro entre educación y salud

Este artículo intenta generar un desarrollo que permita reconocer la fertilidad que supone idear encuentros y entramados entre educación y salud para pensar el DHI de las comunidades y sus familias. Para su análisis se partió de explicitar lo que serían tres dimensiones incipientes: a) las concepciones como posicionamientos asumidos en educación y salud; b) la vinculada al plano del derecho humano en estos campos; c) la del perfil institucional y del quehacer de los trabajadores en estos campos.

Se desarrollaron concepciones en educación y salud desde perspectivas humanistas, interculturales, críticas e integrales, lo que permitió reconocer la vehemencia de las instancias declaratorias de derechos humanos en estos campos, así como una realidad que se traduce en instituciones con profesionales que desde sus prácticas se constituyen en trabajadores responsables -o no- de construir posibilidades reales de vivenciar estos derechos.

La explicitación de estas dimensiones de análisis definió posicionamientos y dilucidaciones político-ideológicas y conceptuales en educación y salud, permitiendo la construcción de una matriz conceptual sobre la temática. Ésta aporta como una lente que permite visualizar la realidad, agudizando miradas, favoreciendo la lectura y comprensión crítica de la realidad acerca de cómo están, cómo se conciben y se vinculan -o desvinculan- en los contextos actuales estos campos, y cómo ello incide en las comunidades y sus familias. Se genera así la posibilidad de realizar lecturas en dos sentidos:

- *Una lectura para la denuncia:* desde la cual la lente conceptual construida permite identificar las diferentes situaciones que atraviesan las comunidades en estos ámbitos, reconociendo lo que aparece como ausente, aquello que debe denunciarse, pronunciarse para trabajar por ello y hacerlo real. Espacios en los que muchas veces se reproducen lógicas deshumanizadoras “escandalosas” -al decir de Rinesi- por lo “bancario, asimétrico y verticalista”, en el sentido freireano en lo que refiere al vínculo con las poblaciones,

propiciando –tanto desde CAPS como desde escuelas- barreras psicosocioculturales que generan o favorecen procesos de exclusión.

- *Una lectura para el anuncio:* análogamente, esta matriz conceptual permite reconocer aquellas experiencias satisfactorias en términos de articulaciones entre educación y salud en pos del DHI de las comunidades; identificar experiencias que en el transcurso de años dan cuenta de entramados entre escuelas y CAPS, destacando en ellas elementos como: recursos que disponen, fortalezas que poseen, modalidades o formas que les han permitido resolver dificultades, capacidades con las que cuentan para favorecer las sinergias con las familias, y evidenciar cómo en la práctica se cristalizan sus concepciones humanistas e integrales en educación y salud. Se trata de experiencias que valoran lo recorrido, aquello capitalizado, pero más aún: que apuestan por un compromiso en relación con aquello que falta transitar o queda por aprender, por construir junto con las comunidades.

Entonces, *¿A qué refiere la idea de la potencialidad del vínculo entre educación y salud?* Pues a la capacidad que entraña para generar, producir o promover el DHI en las comunidades donde las personas, por vivir y estar implicadas en un contexto, con un progresivo desarrollo psico-socio-sanitario-educativo-cultural y económico-político, caracterizado por ser armónico y sustentable, van viviendo sus vidas desplegando todos sus recursos, fortalezas, capacidades, voluntades, aptitudes y posibilidades a través de la plena experiencia del proceso de salud en sintonía con su tejido social, siendo acompañados y contenidos en estos procesos por instituciones con sus educadores y agentes de salud que velan por propiciar los mismos, trabajadores que a su vez despliegan esa labor con el sustento de un Estado y las políticas públicas que el mismo implementa en materia de educación y salud.

Concebir y llevar a la práctica por parte de educadores y agentes de salud una forma de quehacer mancomunado en la que se implican unos con otros (en distintas iniciativas, niveles, temáticas, intenciones), escuchando las demandas comunitarias como sus necesidades sentidas, deseos y anhelos de vivir y hacer por estos espacios de la vida, dará cuenta del poder y la fuerza que entraña ese vínculo en pos de un vivir íntegro y digno de las comunidades.

Desde una concepción más filosófica, puede pensarse la idea del “potencial de ese vínculo” en proyección, como capacidad de llegar a ser a futuro, en calidad de algo que es posible (y no que ya existe en acto), lo que se engarza

con el espíritu de este artículo, que reconoce que en el presente los vínculos no están plenamente dados, ni desarrollados.

Si se atiende la potenciación del vínculo desde una idea más matemática podría pensarse en el hecho de multiplicar la intensidad de la calidad humana y dialógica del encuentro tantas veces como sea necesario para lograr, en la realidad, la promoción del DHI de las comunidades. Si se lo sustantiva, es decir, si se piensa en “salud y educación potenciadas por su relación”, se hace referencia a todo el esfuerzo del que son capaces estos campos para lograr justamente ese fin, el DHI. En otras palabras, potenciar la salud y la educación en su articulación implica incrementar toda su capacidad y aptitudes en pos de ese desarrollo integral para las comunidades.

Lo planteado nos advierte sobre la importancia que reviste articular concepciones y prácticas de salud y educación desde posicionamientos sociocríticos, integrales, interculturales y humanistas. Éstos, al considerar y tomar como eje de análisis a las instituciones de salud y educación situadas en territorios, permiten reconocer prácticas de profesionales y trabajadores de estos campos que, sustentados en el carácter humanizador de su quehacer lo orientan a la posibilidad de transformación de las realidades de las familias, desde un compromiso intencionado hacia la construcción de “verdaderos entramados salud-educación”. Entramados en los que se ponen en diálogo aprendizajes de los vecinos y las vecinas, sus saberes, vivencias y experiencias, con la de los profesionales y trabajadores, propiciando sinergias inclusivas sustentadas en pos del respeto a los Derechos Humanos y la Promoción del Desarrollo Humano Integral (Saforcada, 2019).

Atendiendo a lo planteado, dos puntos claves en el encuentro entre comunidades y trabajadores de la educación y la salud, que incidirán en la posibilidad de seguir potenciando ese encuentro, radican en:

Un tipo particular de relación que deben promover escuelas y CAPS con las comunidades: Se trata de relaciones pedagógicas basadas en la escucha profunda, la horizontalidad dialógica, la empatía y la amorosidad. Donde los trabajadores de la educación y la salud trabajen conjuntamente, desde una perspectiva de co-construcción de conocimientos, con las comunidades (sobre su vida y condiciones concretas de existencia), de co-responsabilidad

en la atención y acompañamiento a los grupos humanos, basado en la retroalimentación de sus roles educativo y salubrista. En este sentido, se apuesta, por un lado, a un rol educativo pedagógico –que debe ser asumido por los profesionales de la salud–, orientado a la intencionalidad de enseñar a las familias sobre protección y promoción en las instancias de la crianza o de cualquier otro ciclo de vida en que la familia se encuentre. Y, por otro lado, a un rol salubrista de los educadores en lo que atañe acompañar y promover un vivir en salud de su población estudiantil y de sus familias, un vivir el proceso de la vida desde la gestión de la salud positiva, la estima y cuidado de uno mismo y los próximos.

Lo que cada institución tiene para enseñar y tiene que aprender de las comunidades: Mucho es lo que escuelas y CAPS tienen para enseñar a las comunidades, más aún si asumen el desafío de un trabajo articulado, orientado a la preservación, protección y cuidado de la salud. Pero mucho más es lo que tienen para aprender de las comunidades, sus vivencias, experiencias, prácticas y saberes acumulados generacionalmente en relación al cuidado de la salud. (Juárez, 2019) En este sentido, cuando se piensa en relaciones pedagógicas y salubristas en escuelas y CAPS, como se mencionaba en el punto anterior, se piensa en educadores y profesionales de la salud en rol de educadores y educandos, maestros y aprendientes de las comunidades.

Entendemos que sólo así -desde un trabajo sostenido, revisado y fundamentado con claridad en los posicionamientos reflexivos, humanistas, interculturales e integrales asumidos- será posible favorecer procesos de inclusión, en los que las personas transiten por una concienciación creciente de sus propias condiciones de vida, de las potencialidades de su propio desarrollo humano integral y el de su familia, amalgamado a una búsqueda permanente de liberación colectiva, desde su incorporación y participación plena a un proyecto educativo, salubrista, cultural, social y político que, como un poliedro, reúna en una única unidad potente estos determinantes de lo que es una vida plena.

Referencias

Agrest, A. (2008). *Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

- Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946*. Disp. en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution> (17-02-2022)
- Convención sobre los Derechos del Niño* (1989). Disp. en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf> (17-02-2022)
- Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948). Disp. en: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf (17-02-2022)
- Emmanuele, E. (1998). *Educación, salud, discurso pedagógico*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Fainsod, P. y Busca, M. (2016). *Educación para la salud y género. Escenas del currículum en acción*. Buenos Aires: HomoSapiens.
- Freire, P. (1965). *Educación como práctica de la libertad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (1973). *Pedagogía del Oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (1990). *La naturaleza política de la educación. Cultura poder y liberación*. Buenos Aires: Paidós.
- Freire, P. (1992). *Pedagogía de la esperanza*. México: Siglo XXI.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. México: Siglo XXI.
- Galetto, M. N. (2020). Interculturalidad y educación liberadora. Experiencias en una institución educativa de nivel inicial de Argentina. En M. Eckholt y V. Durán Casas (Eds.), *Religión como fuente de un desarrollo liberador. 50 años de la conferencia del Episcopado Latinoamericano en Medellín. Continuidades y rupturas* (págs. 391-398). Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Huergo, J. (2009). *Del modelo hegemónico a la intervención contrahegemónica en salud*. Disp. en: <http://fordocsalud.blogspot.com/2009/06/del-modelo-hegemonico-la-intervencion.html> (23-03-2022)
- Isla, C. y Muñoz Rodríguez, M. (2022). *Intervención en salud comunitaria. Relatoría de Experiencias*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- Juárez, M.P (2015). *Relación médico-consultante en el Primer Nivel de Atención de la Salud. Análisis y propuesta desde la pedagogía de Paulo Freire*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- Juárez, M.P. (2019). Entramados de pobreza, trabajo y enfermedad en el ciclo vital de mujeres. *Horizonte Sanitario*, 18 (3), 269-280.
- Juárez, M. P. y E. Saforcada (2013). El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales. Reflexiones sobre una cuestión compleja. *Revista Salud & Sociedad*, 4 (3), 1-29.
- Lillos, V. (2014). Educación y Salud: dos vocaciones al servicio de los derechos humanos. *Rev. Med. Clín. Condes*, 25 (2), 357-362.

- Maglio, F. (2009). *La dignidad del otro. Puentes entre la biología y la biografía*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Marconi, J. (1969). Barreras culturales en la comunicación que afectan el desarrollo de programas en control y prevención de alcoholismo. *ACTA Psiquiátrica y Psicológica en América Latina*. XV (4).
- Meeroffá.M (1999). *Medicina Integral, Salud para la comunidad*. Buenos Aires: Catálogos Editora.
- Pastorino, I. C. (2006). *Críticas y tendencias en educación para la salud. Aportes a la formación del profesorado de biología*. Trabajo Final de Especialización en Docencia Universitaria. UNRC. Río Cuarto. Manuscrito no publicado.
- Rinesi, E. (2018). *Foro de debate académico: la educación superior como derecho*. Disp. en: https://www.youtube.com/watch?v=EG_qo3jozjQ (27-03-2022)
- Saforcada E, J. Castella Sarriera y J. Alfaro (Orgs). (2015). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- Saforcada E, M. de Lellis y S. Mozobancyk (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada E. (2017). *El rol fundamental de la psicología en el campo de la salud*. Conferencia Magistral presentada en: Congreso Universitario de Psicología. Mayo de 2017, Asunción, Paraguay: Universidad Nacional de Asunción, Carrera de Psicología de la Facultad de Filosofía. 2017. p.1-22
- Saforcada, E. (2011). La salud en indoafroiberoamerica: el paradigma necesario. *Revista Salud & Sociedad*, 2 (3), 311-320.
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, 37, 7-22.
- Saforcada, E. (2019). *Aproximaciones a la definición de Desarrollo Humano Integral* (DHI). Manuscrito no publicado.
- Saforcada, E. y Moreira Alves, M. (2014). Enfermedad Pública. *Revista Salud & Sociedad*, 5 (1), 22-37.
- Villanueva, A. (2010). Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. análisis espacial de las localidades de necochea y quequén. *Revista Transporte y Territorio*. 2. Disp. en: <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/rtt/article/view/237/215> (04-02-2022)
- Viñao, A. (2010). Higiene, salud y educación en su perspectiva histórica. *Educar Revista* (Curitiba, Brasil), 36, 181-213. Disp. en: <https://www.redalyc.org/pdf/1550/155015820013.pdf> (17-02-2022)
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. En J. Viaña, L. Tapia y C. Walsh, *Construyendo interculturalidad crítica* (págs. 75-96). Bolivia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.

- Walsh, C. (2013). Introducción. Lo pedagógico y lo decolonial: Entretejiendo caminos. En C. Walsh (Ed.), *Pedagogías decoloniales. Prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir* (Tomo I) (págs. 23-68). Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Walsh, C. (2017). ¿Interculturalidad y (de)colonialidad? Gritos, grietas y siembras desde Abya Yala. En A. Garcia Diniz y D. Araujo Pereira (Coords.), *Poéticas y políticas da inguagem em vias de descolonizacao* (págs. 19-53). Foz Igacu, Brasil: Universidad de Integración Latinoamericana.