

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN FORMAL EN NIVEL INICIAL Y PRIMARIO

Health promotion and formal education in preschool and elementary school
Gesundheitsförderung und formale Bildung in der Vor- und Grundschule

Enrique Teófilo Saforcada y Natalia Da Silva

Universidad Favaloro, Universidad Nacional de San Luís (UNSL), Universidad
Nacional de Cuyo (UNCuyo), Argentina
Universidad Favaloro, Universidad de Buenos Aires (UBA), Universidad de
Palermo (UP), Argentina

enrique.saforcada@gmail.com
mndasilva@yahoo.com.ar

Recibido: 18-08-2022 Aceptado: 30-09-2022

Enrique Teófilo Saforcada es Doctor en Psicología (Universidad de Belgrano). Profesor Titular de Psicología Sanitaria en la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta de la Universidad Favaloro. Director y docente de la “Diplomatura en Salud Comunitaria: soportes conceptuales, técnicos y estratégicos” (Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favaloro). Investigador; director de becarios e investigadores del CONICET; director de tesis de maestría y doctorado en psicología; evaluador de proyectos de investigación y de investigadores en el ámbito del CONICET, de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, de la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación y de UBACyT. Profesor Consulto Titular de Salud Pública y Salud Mental

© 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@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/>



de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (2000-2015). Ex-Vicedecano de esta facultad de 1986 a 1994. Ex-Coordinador del Programa de Epidemiología Social y Psicología Comunitaria (Programa Avellaneda – Por convenio entre la Facultad de Psicología UBA y la Municipalidad de Avellaneda). Fue fundador y director del Centro de Investigaciones en Psicología Social en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), en donde con su equipo de trabajo dieron origen a la Psicología Sanitaria en la década de 1970. Recientemente ha publicado los siguientes libros, capítulos de libros y artículos: *Psicología y Salud Pública*; “The impact of Covid-19 on Latin American Psychology: research, profession, and public policy” (2022); “La Salud Pública y su más grande problema, la Enfermedad Pública” (2022); “La delincuencia sistemática de los tres principales hitos de la salud pública en el siglo XX” (2022); “Psicología, bienestar, psicología comunitaria y política en nuestra américa” (2021); “La vertiente de la Salud Mental en la Psicología Comunitaria” (2020).

Natalia Da Silva es Licenciada en Psicología (UBA). Diploma superior en control y gestión de las políticas públicas (FLACSO). Docente de la Cátedra Salud Pública y Mental de la Facultad de Psicología (UBA). Ex integrante del Área capacitación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Docente de cursos de posgrado en diversas universidades e instituciones del país. Asistente Técnica Pedagógica del Programa de Fortalecimiento Institucional de la Escuela Media (CABA). Recientemente ha publicado los siguientes capítulos de libros y artículos: “Abordaje de las violencias hacia las mujeres en contexto de pandemia: Un estudio desde la perspectiva de género y derecho” (2021); “Estudio sobre los conocimientos y opiniones de las/los profesionales de salud en torno al acceso a la interrupción legal del embarazo en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires” (2020); Capítulos: “La Ley Nacional de Salud Mental en la formación universitaria” (2019); “Recomendaciones y lineamientos para la formación en salud mental: una construcción interdisciplinaria e intersectorial” (2016).

Cita sugerida: E. T. Saforcada y N. Da Silva (2022). Promoción de la salud y la educación formal en nivel inicial y primario. *Erasmus. Revista para el diálogo intercultural*, 24.

Resumen

El presente escrito tiene por objetivo señalar tres cuestiones centrales sobre la interacción entre salud y educación. La primera, explicitar los dos paradigmas que desde el Renacimiento se fueron estructurando como ejes de las concepciones y prácticas de salud en Occidente. Estos dos paradigmas se han denominado *paradigma individual restrictivo* (PIR) y *paradigma social expansivo* (PSE) por las razones que más adelante se explicitan. La segunda, reflexionar con intención de mostrar con claridad que desde las perspectivas del PIR no es posible adentrarse en la salud positiva y la promoción de la salud que son los dos soportes y orientaciones esenciales del interaccionar de salud y educación. Esto puede lograrse solo desde el PSE, quedando en manos del PIR la intervención involucrada en lo que se denominó higiene desde fines del siglo XIX en adelante. La tercera refiere a lo que se erige como el objetivo síntesis de la interacción del ámbito de la salud con el de la educación: el *desarrollo humano integral* como única vía por la cual respetar a cabalidad los derechos: el *desarrollo integral de la Nación*, o sea, el *desarrollo integral de la sociedad nacional*.

Palabras clave: Salud; Educación; Paradigmas; Niñas/os y Adolescentes

Abstract

The aim of this paper is to highlight three central issues concerning the interaction between health and education. The first is to make explicit those two paradigms that have been structured as axes of Western health concepts and practices since the Renaissance. These two paradigms will be referred to as the restrictive individual paradigm (RIP) and the expansive social paradigm (ESP) for reasons to be explained. Secondly, considerations will be made to illustrate that from the RIP point of view it is not possible to treat a positive concept of health and health promotion, the two essential supports and orientations of the interaction between health and education. This can be accomplished only starting from the ESP, so that the intervention in the field of the so-called hygiene from the end of the 19th century is in the hands of the RIP. The third question refers to the objective synthesis of the interaction between the field of health and that of education: the integral human development as the only way to fully respect the rights: the *integral development of the nation*, that is, the *integral development of the national society*.

Key words: Health; Education; Paradigms; Children and Adolescents

Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit ist es, drei zentrale Fragen zur Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Bildung aufzuzeigen. Die erste besteht in der Explizitmachung jener beiden Paradigmen, die seit der Renaissance als Achsen der abendländischen Gesundheitskonzepte und -praktiken strukturiert wurden. Diese beiden Paradigmen werden aus zu erläuternden Gründen als restriktives individuelles Paradigma (RIP) und als expansives soziales Paradigma (ESP) bezeichnet. Zweitens sollen Überlegungen angestellt werden, die verdeutlichen, dass aus der Sicht des RIP eine Behandlung eines positiven Begriffs der Gesundheit und der Gesundheitsförderung nicht möglich ist, den beiden wesentlichen Stützen und Orientierungen der

Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Bildung sind. Dies kann nur ausgehend von der ESP bewerkstelligt werden, so dass die Intervention im Bereich der so genannten Hygiene ab Ende des 19. Jahrhunderts in den Händen der RIP liegen. Die dritte Frage bezieht sich auf die objektive Synthese der Wechselwirkung zwischen dem Bereich der Gesundheit und dem der Bildung: die integrale menschliche Entwicklung als der einzige Weg zur vollen Achtung der Rechte: die *integrale Entwicklung der Nation*, das heißt, die *integrale Entwicklung der nationalen Gesellschaft*.

Schlüsselwörter: Gesundheit; Ausbildung; Paradigmen; Kinder und Jugendliche.

1. La cuestión de los paradigmas vigentes en salud

Si se reflexiona con respecto a una definición actualizada de salud que tenga como base la que adoptó la Organización Mundial de la Salud (OMS) para su Constitución en 1948 –que hace referencia al bienestar físico, mental y social– se llegará a la conclusión que el proceso de salud es el proceso de la vida misma. Por tal razón, el tema de la vinculación entre salud y educación lleva a pensar que al proceso educativo durante la niñez y la adolescencia le es inherente, o debería serlo, el desarrollo de destrezas para la vida. El desarrollo de estas destrezas está íntimamente vinculado con los comportamientos saludables, a los cuales se les puede sumar la adquisición de hábitos salutógenos y de autocuidado de la propia salud, o sea, de la vida. También, cuidar la salud de quienes nos rodean porque el proceso de la vida es de naturaleza ecosistémica y, por lo tanto, la salud de cada persona determina, depende, constituye y condiciona la de las y los integrantes de la sociedad en que reside, trabaja, emplea su tiempo de ocio y descansa.

Para adentrarse en este tema es conveniente, a fin de evitar malentendidos y desvíos infértiles, comenzar por exponer los dos paradigmas que a lo largo de la historia de las concepciones y las prácticas científicas de salud en Occidente, desde el final de la Edad Media a la actualidad, se estructuraron y dieron soporte a las orientaciones en los quehaceres médicos –y de las demás profesiones derivadas de las ciencias de la salud– que, lógicamente, también modelaron las concepciones y los comportamientos de las poblaciones. Estos paradigmas son el *individual restrictivo* y el *social expansivo*.

En el cuadro sinóptico que sigue, Cuadro 1, se exponen las principales características de los mismos. Para llevar a cabo el trabajo de búsqueda de estos paradigmas se comenzó por determinar las dimensiones con las cuales se trabajaría, que fueron las siguientes:

- soporte teórico
- soporte axiológico
- soporte actitudinal
- soporte operativo.

A partir de estas dimensiones, demasiado amplias, se buscaron las subdimensiones más relevantes de las mismas en función del objetivo de análisis y búsqueda de esta tarea. En el Cuadro 1, en la columna de la izquierda figuran, numeradas del 1 al 12, todas las subdimensiones empleadas. Teniendo en cuenta su numeración se ve la correspondencia entre ellas y las cuatro dimensiones empleadas: de 1 a 6 corresponde al soporte teórico; la 7 al soporte axiológico; la 8 y 9 al actitudinal; la 10, 11 y 12 al soporte operativo. Es mayor el número de subdimensiones, pero es suficiente con estas que se pueden considerar las fundamentales.

Cuadro 1

Paradigmas subyacentes a las concepciones y las prácticas profesionales de salud, legalmente habilitadas, en Occidente

SUBDIMENSIONES	PARADIGMAS	
	INDIVIDUAL-RESTRICTIVO	SOCIAL-EXPANSIVO
1- Estructura del saber	Mono o bidisciplinaria	Multidisciplinaria exhaustiva
2- Objeto del saber	La enfermedad	El proceso de la salud
3- Eje teórico-técnico	La clínica restrictiva	La clínica expandida o epidemiología
4- Hipótesis etiológica utilizada	Etiopatogénica	Etiológica integral
5- Componentes etiológicos involucrados	Agente – Huésped	Ecosistemas de salud
6- Significación del ser humano	Nicho de la enfermedad	Instancia del proceso de salud
7- Ubicación eje significación-valoración	En el profesional, sus teorías y sus técnicas	En la comunidad y sus problemas
8- Actitud del efector ante los usuarios	Autocrática	Relativista cultural
9- Orientación fundamental del efector	Rehabilitadora	Protectiva y promocional
10- Foco de la estrategia de acción	Lo enfermo (actual o potencial)	El potencial de salud
11- Objeto de la acción	El individuo descontextuado	Un ecosistema
12- Efecto buscado con la acción	Remisión de la enfermedad	Cambios en el ecosistema

Esta indagación dio por resultado la detección de dos paradigmas a los que se denominó *individual restrictivo* (PIR) y *social expansivo* (PSE). (Saforcada, 1999, 2008) Estos dos modos de denominarlos provienen de dos aspectos esenciales:

- a. las unidades de análisis y acción utilizadas;
- b. las ciencias básicas en función de las cuales se busca la comprensión y solución de los problemas que se afrontan.

En el PIR la unidad de análisis y acción es el *individuo descontextuado*, la persona enferma yacente en la cama, a diferencia del PSE en que esta unidad es siempre un *colectivo* (familia, red social, vecindario, comunidad, colectivo laboral, etc.) tomado en cuenta en su naturaleza ecosistémica.

Consecuentemente, la búsqueda de explicación y solución de los problemas, en el PIR se efectúa en términos del menor número de ciencias básicas posible (fundamentalmente biología y/o psicología), lo cual permite ver con claridad que en el PIR conservan total vigencia las concepciones dualistas cartesianas complementadas con un básico mecanicismo newtoniano, presentes tanto en las prácticas diagnósticas y terapéuticas médicas como en las psicológicas.

En el PSE la mencionada búsqueda se lleva a cabo en función de todas las disciplinas que están en condiciones de aportar a la misma, con respecto a lo cual se debe tener en cuenta que:

- a. ha sido progresivo el descubrimiento de disciplinas preexistentes, no tenidas inicialmente en cuenta en el ámbito de la salud, que luego resulta que se ha visto que aportan información y procedimientos que hacen más amplia la comprensión del proceso de salud y sus emergentes;
- b. han ido surgiendo nuevas disciplinas científicas que cumplen este cometido;
- c. es previsible que surjan a futuro nuevas ramas científicas que se vinculen, directa o indirectamente, con la salud.

Se ve así que la posición alcanzada por este paradigma no ha sido un paso dado de una sola vez ni un movimiento finalizado, sino que implicó un proceso creciente, de final abierto, razones por las cuales se lo ha denominado

expansivo. Más aún, es de suma importancia que tenga este carácter de expansión, porque la comprensión ecosistémica del proceso de salud, con su complejidad inherente, va exigiendo de un número cada vez mayor de ramas y sub-ramas científicas, a la vez que de metodologías y estrategias de investigación diversificadas. ¿Quién podría haber imaginado hace treinta o cuarenta años que la física cuántica podía entrar a terciar en las reflexiones y las discusiones relacionadas con lo mental y la conciencia, ambas tan centrales en la comprensión del proceso de salud? (Schrödinger 1958; Vaughan 1991; Dossey 1999; Capra 1990, 1992, 1996, 2003; Lorimer 2000; Bohm 2002)

Toda concepción y práctica en salud exige de una especie de *columna teórico-técnica* que provea de los elementos teóricos y técnicos necesarios para las prácticas concretas. En el caso del PIR esa columna es la *clínica restringida* (frecuentemente reduccionista), tal como se señaló anteriormente; en el PSE es la *epidemiología*, que viene a ser una clínica expandida.

No es posible, en la extensión otorgada a este escrito, explicitar cada uno de los elementos constitutivos de uno y otro paradigma, pero de la lectura del Cuadro 1 surge con claridad la naturaleza de cada uno de estos elementos y lo que implican en cuanto a la visualización de los problemas, el modo de afrontarlos y la evaluación de los resultados obtenidos a través de estas acciones. También se hace clara la forma en que los componentes, dentro de cada paradigma, se interrelacionan sistémicamente y se potencian unos a otros en forma sinérgica.

A su vez, las subdimensiones y los componentes insertados en el mencionado cuadro son sólo una síntesis de los explicitados en la publicación antes mencionada (Saforcada 1999) y, a su vez, tanto las dimensiones y las subdimensiones como los componentes o los indicadores de los paradigmas dan lugar a una reflexión que permite ampliar su caracterización y número, con lo cual se profundizaría en el desentrañamiento de las particularidades negativas y positivas de uno y otro permitiendo, tal vez, ver con mayor claridad la incongruencia que encierra el buscar mejorar la salud colectiva a través de concepciones y prácticas que responden al PIR.

1.1 Ahondando en algunas subdimensiones

Volviendo al cuadro sinóptico es conveniente aclarar la subdimensión “Ubicación del eje significación-valoración”, dado que puede prestarse a confusiones. Es razonable plantear un modelo conceptual que implica que toda persona pone en juego permanentemente un eje de significación-valoración de la realidad circundante que regula sus comportamientos en los diferentes escenarios donde transcurre su vida cotidiana. Uno de estos escenarios es el de la vida profesional; en el caso que nos ocupa, el de la salud. El mencionado eje es en función del cual las y los profesionales significan y valoran los componentes y manifestaciones del mundo circundante, de los cuales el principal son los y las consultantes de los servicios que los mencionados facultativos integran en tanto efectores de salud.

Esto plantea las dos posibilidades básicas que figuran en el Esquema: que el mencionado eje pase por el profesional, sus teorías y sus técnicas o que, por el contrario, pase por la comunidad, sus problemas y la solución de los mismos (por supuesto que lo último no implica que el profesional abandone su condición de tal o sus referentes teóricos, técnicos científicos y/o empíricos). En términos antropológicos, este cambio de posición del eje de significación-valoración implica pasar de una posición autocrática a una relativista cultural en la que los saberes populares en salud, como los descriptos en los estudios de Boltanski (1976), son respetados e integrados al saber científico del profesional, con lo cual éste puede dar respuestas efectoras integrales, de mucho mayor alcance y de mayor eficacia y eficiencia.

Un ejemplo sirve para mostrar con más claridad lo anteriormente explicitado:

La capacidad de algunas personas para hacerle daño a otra a la distancia es una creencia muy generalizada en diversas culturas y colectivos humanos; en Argentina está muy difundida, denominándola “mal de ojo” u “ojeadura”. Si a un servicio de salud de un hospital o de un centro periférico llegara una persona diciendo que va para ser atendido porque lo han “ojeado”, es casi seguro que, con mayor o menor amabilidad, será enviado de vuelta a su casa. Este tipo de comportamiento profesional estará mostrando a un facultativo o facultativa

autocrático cuyo eje de significación-valoración está centrado en él/ella, sus teorías y sus técnicas que al no figurar ni tener en cuenta al “mal de ojos” en ninguno de los sistemas taxonómicos vigentes (DSM V¹, ICD 10², etc.), ni seguramente en los libros que ha leído durante sus estudios académicos, y carecer de técnicas con las cuales resolver este problema el mismo *no es un problema de salud*.

Si, por el contrario, el profesional posee una posición relativista cultural y, por lo tanto, su eje de significación-valoración pasa por la población, sus problemas y la solución de los mismos el mal de ojos es un problema de salud que debe ser atendido en el sistema de servicios de salud.

Veamos cuál es el proceso de significación-valoración en este caso: a) la persona que pertenece a una cultura o sub-cultura en la que tiene presencia el conocimiento y/o creencia de que hay quienes tienen capacidad de hacer daño a distancia temporal y espacial y, a su vez, percibe que ha sido ojeado, o sea, que ha sido objeto de un mal de ojo, se encuentra sumamente tensa esperando que dicho daño se haga evidente, quiere decir que está en situación de estrés y sufrimiento, un estadio prodrómico de enfermedad (si, por ejemplo, planteando casos extremos, ya padece una cardiopatía puede hacer un infarto de miocardio fatal o, siendo una persona sana, puede disponerse a cruzar una calle ensimismado por el problema de la ojeadura y no tomar las precauciones habituales lo cual lo lleve a ser atropellado por un vehículo y fallecer; en ambos casos la causa real de muerte será el mal de ojos); b) por lo tanto, debe atenderlo desde sus conocimientos y sus tecnologías que implican la comprensión y la solución o la atenuación del estrés; c) siendo un profesional relativista cultural habrá averiguado si en la comunidad del lugar donde trabajo tiene existencia real el mal de ojos (la existencia real de un fenómeno cultural la determina el saber

¹ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (MDE) en español que no se usa nunca, la que se emplea en todos lados es la sigla que proviene de su nombre original en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM); está editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. La V (DSM V) indica que es la quinta versión, que es la última.

² Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a edición, correspondiente a la versión en español de la versión en inglés ICD, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems que, en su décima versión, lleva la sigla ICD 10.

popular) y, por lo tanto, también habrá averiguado qué buenos curadores populares de esta dolencia residen en esa comunidad y a uno de ellos le derivará el paciente, de profesional a profesional, sabiendo que sólo él –el curador popular– puede solucionarlo, o sea, curar esta dolencia dado que terapeuta y paciente comparten la misma construcción cultural o sub-cultural.

Otra subdimensión con respecto a la cual es necesario hacer algunas precisiones es la referida al “Foco de la estrategia de acción”. En el PIR se ataca (esta expresión es frecuentemente usada en la clínica restrictiva) la parte enferma, porque la enfermedad no involucra a la persona sino que ésta es sólo reservorio de aquella, y/o al agente que la dañó, prescindiendo de que ese ataque puede ser injurioso para otros componentes de la persona, como el mental y el social.

En el PSE se tiene especialmente en cuenta el *potencial de salud*, que siempre está presente, cualquiera sea la situación de enfermedad en que una persona se encuentre. Si este potencial se actualiza la enfermedad retrocede, entre otras razones, por esa condición de todo organismo de reequilibrarse o autocurarse si se le da el tiempo necesario que, en el caso de los humanos, la medicina grecorromana denominaba *vis medicatrix naturae* (el poder curador de la naturaleza) que, trayéndolo a la modernidad, Ludwig von Bertalanffy lo explicó caracterizando a los seres humanos como sistemas abiertos “que a partir de distintas condiciones iniciales y por distintos caminos siempre se debe producir un mismo estado final cuando un sistema abierto culmina en un estado de equilibrio fluyente” que, unos renglones más adelante, caracterizará como *automantenimiento equifinal del organismo*. (Bertalanffy, 1963, p. XVI)

Si bien no es posible detenernos en este tema, aquí interesa reflexionar con relación a los fármacos y técnicas radiactivas tan poderosos con los que hoy se cuenta, que tienen tan alto poder destructivo generalizado para la persona enferma, que llama la atención que se las use con desaprensión en muchísimos casos y sin tomar en cuenta lo que hoy muestra la investigación científica en el campo de la psicoimmunoneuroendocrinología.

Además, es conveniente evaluar frente a situaciones como las que plantean - por ejemplo, los conglomerados de pobreza extrema-, si es adecuado considerarlas *poblaciones en riesgo*, como frecuentemente se hace en Nuestra América, a partir de lo cual se comienzan a planificar acciones preventivo primarias –sin tomar en cuenta que si hay población en riesgo es porque ya está dañada– sin hacer nada por el daño actual, con lo cual no se soluciona lo que tiene ya presencia ni se evita lo que se prevé a futuro. Si en lugar de este enfoque centrado en el daño potencial (prevención primaria) se actuara con estrategias que impliquen la actualización del potencial de salud y de desarrollo humano integral que toda comunidad tiene, cualquiera sea su situación actual, se logrará resolver los problemas actuales y se pondrán en marcha procesos *salutógenos* sustentables que evitarán los daños que se señalan en el horizonte y a la distancia temporal.

2. Paradigmas y vinculación de la salud con la educación formal

Sintetizando, y volviendo al Cuadro 1, el mayor problema de salud de Argentina y de todo Occidente radica en que la formación universitaria de las profesiones de la salud está total y acabadamente hegemónica por el paradigma individual restrictivo, habiendo logrado los poderes fácticos hacer desaparecer la formación en el paradigma social expansivo a través del cual se logran profesionales sociales integrales –médicos y médicas sociales, odontólogas y odontólogos sociales, enfermeras y enfermeros sociales, etcétera.

Los últimos médicos sociales integrales fueron los que dieron lugar a los cuatro hitos más importantes de la salud en el siglo XX: la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la definición de salud incorporada a su constitución, la idea fuerza de “Salud para todos en el año 2000” y la respuesta técnica para alcanzar este objetivo: la Atención Primaria de la Salud (APS).(Saforcada, 2022) En el artículo mencionado de comienzos del año 2022 se alude a tres hitos, pero acá se agrega uno más, también indiscutible, que fue la fundación de la OMS, gracias al esfuerzo y dedicación de varios médicos sociales presentes en el comité, presidido por Andrija Stampar, encargado de

crearla, iniciando por redactar su constitución; médicos sociales como el mismo Stampar, Gerardo Horacio de Paula Souza y Szeming Sze –estos dos últimos médicos formaban parte de las delegaciones convocadas en San Francisco en 1945 para fundar las Naciones Unidas que, a propuesta de Karl Evang, integrante de la delegación de Noruega que también era médico social- se reunieron en privado para conversar sobre la idea que Evang les propuso de crear una nueva organización sanitaria. (Entrevista de Foro, 1988)

Si bien todos estos logros se alcanzaron con relativo éxito, uno de ellos, de gran importancia para el entrelazamiento entre educación y salud, fue distorsionado: la Atención Primaria de la Salud. Es justamente este hito el que está, o debería estar siempre en las cercanías territoriales de las instituciones educativas y de los centros periféricos de atención de la salud en los barrios donde residen los estratos menos favorecidos desde el punto de vista económico y cultural.

Quien quedó encargado de organizar la Conferencia de Alma-Ata, cuyo objetivo era elaborar una estrategia de acción que fuera una respuesta eficaz y eficiente a lo que demandaba la consumación de la propuesta de Salud para Todos en el Año 2000, David Tejada de Rivero, da cuenta que la verdadera denominación que se le quiso poner fue “El cuidado integral de la salud para todos y por todos”. Las traductoras y los traductores enviados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a Alma Ata recibieron la orden de traducir el vocablo *care*, que debe ser traducido como *cuidado*; lo hicieron usando el vocablo *atención*, que, lógicamente, se comprende como resultado de las manipulaciones para que este modo de entender esta estrategia de acción no fuera horizontal y participativa. *Cuidar* es un concepto que está presente en toda la sociedad y es transformado en comportamientos concretos de solidaridad por casi todas las ciudadanas y los ciudadanos que, además, resultaba reforzado por la expresión *para todos y por todos*; por el contrario, *atención* es un concepto técnico que, adjetivada como *primaria*, se transforma en metodología profesional con alguna base científica. Como dice la definición de la APS en los documentos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS “...es la asistencia

sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables...” (Atención primaria de salud, 2022).

Se podrían seguir señalando indicadores de cómo estos avances generados por una concepción médicosocial integral de la salud fueron sometidos a un intenso y sostenido proceso delicuescente hasta el día de hoy (Saforcada, 2022).

No obstante, en beneficio de no extender en demasía este artículo, se pasa a remarcar lo que se debe tener en cuenta con respecto a lo más inamovible de la barrera, involuntaria a veces e intencional en otras, que se interpone entre el ámbito de la salud y la educación formal: la hegemonía absoluta del paradigma individual restrictivo (PIR) en la formación académica de los profesionales de las ciencias de la salud y su irradiación a la población lega. Este acople entre estos profesionales y la población lega en salud –el magisterio es parte de la población lega– ha generado una barrera infranqueable. La población lega, en general, no tiene posibilidad de tomar conciencia del rol obstaculizador que se pone en juego, lo cual fortalece la mencionada inamovilidad.

Es razonable pensar que la mancomunidad de salud y educación, generalizada en todo el país con un adecuado soporte científico uniforme, se constituiría en un proceso sostenido de desarrollo salubrista que con el tiempo implicaría una significativa reducción de la carga de enfermedad que soporta el país y la progresiva restitución a la sociedad del poder de decisión sobre su salud. La restitución de este poder a la sociedad es una exigencia implícita en el respeto a los derechos que han sido avasallados desde el renacimiento (siglo XVI) por la medicina occidental que le expropió hasta el día de hoy, a las sociedades de cada país, el derecho a saber y decidir sobre su propia salud y la de sus familiares. En Argentina, este proceso expropiador, que está constantemente activo usando a tal fin todas las vías e instancias de comunicación social –la interacción cotidiana entre profesionales y consultantes, los medios de comunicación masiva (prensa escrita, radio y televisión, la actividad cotidiana de los organismos de gobiernos destinados a la generación y regulación de la salud en las tres jurisdicciones gubernamentales (Nación, Provincia y Municipio), etc.– es de una intensidad y eficacia inusitada si se compara con países similares en cuanto a desarrollo cultural.

El tema de la expropiación de la salud no ha sido tratado en Argentina, pero quienes lo han desarrollado y criticado en profundidad han sido Juan Gervas y Mercedes Pérez-Fernández (2015), médico y médica españoles, en su excelente libro “La expropiación de la salud”. Estos porcentajes recién anotados –40% a 50% de reducción de la carga de morbilidad que soporta la sociedad argentina– implicarían un daño de gran magnitud al mercado de la enfermedad, lo cual presupone una reacción de envergadura por parte de muchas y muchos de las y los profesionales de las ciencias de la salud y las diferentes y múltiples organizaciones que las y los agrupan –gremiales, científicas etc.– para obstaculizar todo intento de vincular el mundo de la educación formal con el de la salud desde la perspectiva protectiva y promocional.

El paradigma individual restrictivo, que hegemoniza toda la sociedad, solo generó y avanzó en un acercamiento –que más que aproximación tuvo carácter de intrusión– de la medicina a la educación en función de la higiene. No ya la higiene propia de la medicina hipocrática, sino una higiene pensada y esgrimida como imposición y disciplinamiento social; en este caso, dirigido a la infancia y a la adolescencia. Fue parte de la medicalización patologizante de la sociedad, entendiendo por medicalización lo que expresan los autores y las autoras españoles que se señalaron anteriormente:

Entendemos por medicalización el proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. La medicalización es un proceso continuo que se autoalimenta y crece de forma constante, facilitado por una situación en la que la sociedad va perdiendo toda capacidad de resolución y su nivel de tolerancia. (Orueta Sánchez et al., 2011, p. 150)

En las dos últimas décadas del siglo XIX se concreta, con fuerza de ley, la señalada intromisión, tal como lo registran Bertolla y Boltz (2007, p. 90):

Inspirada en la Ley de Educación Común de la Provincia de Buenos Aires de 1875 y los ideales del Congreso Pedagógico de 1882, el 8 de julio de 1884 se promulgó la Ley Nacional N° 1420 de Educación Común. Estableció en su artículo primero: “La escuela primaria tiene

por único objetivo favorecer y dirigir simultáneamente el desarrollo moral, intelectual y físico de todo niño de seis a catorce años". La ley instituyó una instrucción obligatoria, gratuita y dada conforme a los preceptos de higiene, con un mínimo de conocimientos desarrollados según las necesidades del país. [En el párrafo siguiente se consigna] Con la ley 1420 las escuelas adquirieron nuevas funciones y atributos, como la inspección médica e higiénica y la vacunación de los niños que a ella concurrían.

Esta legislación y las decisiones que se tomaron en función de la misma, hasta el día de hoy, ni siquiera tuvieron eficacia dentro de sus cánones, no hay más que observar las condiciones edilicias de gran cantidad de escuelas en la ciudad de Buenos Aires y en el país. Pero aun cuando se hubiera concretado en acciones eficaces de acuerdo a lo legalmente prescripto, esto no hubiera implicado absolutamente nada en lo que hace a la promoción de la salud entendida como el desarrollo de conocimientos y hábitos saludables en la infancia y la adolescencia, que es lo que se debería esperar de la mancomunidad entre ciencias de la salud, magisterio y alumnados.

3. Desarrollo Humano Integral (DHI)

El concepto de Desarrollo Humano Integral (DHI) surge de dos vertientes, la de la salud y la correspondiente a los procesos y dinámicas del Estado en lo que hace al Desarrollo Nacional Integral (DNI). No se puede plantear con seriedad la cuestión del DHI sin el correspondiente soporte de un entramado de políticas públicas diseñadas y desarrolladas con este objetivo: abrir y sustentar en un proceso continuo de final abierto, un DHI que acompañe al DNI.

En Occidente está generalizada la imposición del capitalismo y, mucho más aún, del neoliberalismo, de aceptar como desarrollo nacional un incremento totalmente parcial o doblemente sesgado: se lo entiende como la acumulación de riqueza por parte de una minoría, entendida la riqueza como la posesión creciente de bienes materiales y activos económicos producto de la inversión económica que genera más dinero o bienes materiales que los que se invirtieron, o, también, por la simple desposesión de los bienes materiales y/o activos

económicos a quienes antes los poseían (una forma menos elegante de denominar esta última vía de acumulación de riqueza es usando el vocablo más apropiado: enriquecimiento por robo). Este tipo de proceso implica un *desarrollo nacional cercenado*, no es nacional, sino de la minoría que integra la oligarquía nacional.

Para el capitalismo, más aún para su forma hoy denominada neoliberalismo, los seres humanos son solo un tema numérico (estadísticas) y/o demográfico (edad, sexo, con empleo / sin empleo, etc.).

Para las perspectivas humanizantes (progresismos, izquierdas, socialismos, populismos incluyentes, etc.), el factor humano son las personas, sus sentimientos, esperanzas y bienestar, acceso pleno al conocimiento y la actualización de las potencias creativas (arte, ciencia, etc.) –no para transformarlas en fuente de lucro y consolidación de riquezas económicas–, solo realizables cuando estas personas integran en tejidos sociales dinamizados y cohesionados por el respeto mutuo, la solidaridad, la cooperación, el bien común y la empatía. Además, para estas concepciones económico-políticas, las personas son el medio y el objetivo central de sus estrategias de desarrollo nacional.

En la vertiente de la salud, el punto de arranque está en la definición válida y actualizada de este concepto. Al efecto, se toma en cuenta la elaborada en la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, entre 1986 y la actualidad, que es la siguiente:

La salud es un proceso extremadamente complejo, de naturaleza ecosistémica, del cual depende el desempeño de las personas (entidad bio-psico-espíritu-socio-ambiental) en el vivir cotidiano con un relativo bienestar físico, psíquico, espiritual, social y ambiental (el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada), debiéndose tener en cuenta que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes (entidades psicosocio-culturales, bio-físico-químicas y económico-políticas), comprendiendo que todos estos componentes integran a su vez el complejo sistema sinérgico de la trama de la vida.

Como bien señala Said (1996), lo espiritual puede eventualmente implicar lo religioso, por supuesto que no todo lo vinculado con la religión, y también marca que lo espiritual es estético y conviene remarcar que no todo lo estético es manifestación del espíritu. Seguro que lo espiritual es totalmente moral e histórico, siempre; pero es necesario remarcar que lo espiritual es esencialmente una cuestión de vínculos humanos promotores de la vida.

Esta definición, a poco que se reflexione en sus implicancias y alcances, se verá que, prácticamente, es la definición del proceso de la vida humana misma que, sin posibilidad de lograr que sea individualista, tal como se propuso el liberalismo y adoptó para sí el capitalismo desde sus orígenes hasta hoy, es esencialmente social.

Si esta idea y reflexión se considera aceptable, de la misma definición de salud surge una posible de Desarrollo Humano Integral:

Desarrollo Humano Integral (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 el mismo cada persona y familia logra y mantiene dinámicamente constante el curso de puesta en acto de las potencialidades positivas del proceso de salud, genética e epigenéticamente determinadas, de cada persona desde su concepción hasta la muerte. Lógicamente, la posibilidad de tal puesta en acto implica el progresivo desarrollo psicosociocultural y económico-político, equilibradamente armónico y sustentable, de los diferentes entornos humanos o ecosistemas en que las personas están implicadas.

Dentro de estos entornos resalta, como uno de los más importantes para una sociedad, el sistema formal de educación inicial y primaria que precisamente involucra a la niñez en uno de los períodos más significativos de su desarrollo, no solo con relación a la cognición sino también a lo relacionado con la maduración de las funciones ejecutivas. Estas funciones, estudiadas por la neuropsicología, son las que luego "...permiten responder a nuevas situaciones y son la base para controlar otros procesos cognoscitivos, emocionales y comportamentales. Son muy importantes para la ejecución de la mayor parte de las actividades diarias del ser humano, principalmente las que involucran la creación de planes, la toma de decisiones, la solución de

problemas, el auto-control y la regulación” (Atención primaria de salud, 2022).

El bienestar físico y psíquico que, teniendo rigor científico, se aúnan sin posibilidad de escisiones, o sea, psicofísico, es el que debería estar presente y atendido en el quehacer habitual de los sistemas de servicios de salud, con el inconveniente de que estos servicios fijan como objeto de su ocupación y preocupación no el bienestar sino el malestar, la enfermedad presente o potencial.

Por otra parte, ese bienestar depende también del desarrollo de las potencialidades humanas, de su puesta progresiva en acto, tarea fundamental del sistema de educación formal. Pero la relación entre sistema de salud y sistema educativo estuvo mucho más vinculada a “los desvíos de la normalidad” que al trabajo sistemático y sostenido del desarrollo de habilidades sociales, fortalecimiento comunitario, ambientes saludables, entre otros objetivos posibles o necesarios. La articulación intersectorial, desde Alma Ata hasta nuestros días, entre estos dos sectores, se ha centrado fuertemente en la búsqueda de respuestas a problemas, en una u otra dirección según el momento histórico, pero siempre pensando en atender problemas o negatividades emergentes en ambos sectores, con procesos de baja participación social y casi nula evaluación social de las intervenciones que se realizan.

El concepto de DHI exige que estos dos sistemas –el de servicios de atención de la salud y el sistema de la educación formal– también se ocupen del polo positivo del proceso de salud y desarrollen con gran envergadura y jerarquía todo lo referente a la protección y promoción de la salud, enfocándose en la Gestión de Salud Positiva (GSP), dándole más peso a esta que a la Gestión de Enfermedad o Gestión de Salud Negativa que es de lo que hoy se ocupan los poderes públicos en Occidente logrando así maximizar la carga de morbimortalidad que soportan nuestras sociedades.

La adjetivación *integral* adosada al concepto de desarrollo humano indica que este proceso no es solo lo que se postula en el campo de la pediatría. Para esta rama de la medicina, el crecimiento es el cambio físico que se puede medir

cuantitativamente (peso, talla, maduración ósea, la dentición, etc.). Queda por analizar, y reflexionar sobre ellas, las otras instancias de manifestación y procesamiento de la vida: lo cognitivo, lo espiritual, lo social y lo ambiental. Estas últimas deberían estar dentro de las responsabilidades del sistema de educación formal inicial y primario.

En el contexto en que se desarrolla este análisis y en las reflexiones motivadas por el mismo lo espiritual es lo que surge en el ámbito humano por el contacto entre el psiquismo, la cultura y la búsqueda de una razón para vivir dado que a la especie humana, a partir de edades muy tempranas, le es inherente la toma de consciencia de que indefectiblemente va a morir, que quienes le dieron vida también van a morir y que quienes ellos y ellas procreen morirán indefectiblemente. Esto conlleva al interrogante de: ¿Por qué me hicieron nacer?, pregunta angustiante que desliza lógicamente a la pregunta subsiguiente: ¿Por qué vivo?

El filósofo Pierre Legendre (2008) escribe:

... ¿en nombre de qué se puede vivir? O sea ¿por qué vivimos? Sí ¿por qué? No está en manos de ninguna sociedad desterrar el “¿por qué? (p. 9) [...] Al igual que las demás civilizaciones, la Fábrica del hombre occidental se da de bruces contra la certeza de todos los tiempos: aquella según la cual, en la experiencia de la humanidad, todo converge hacia el punto precario, hacia “el gran dolor confuso” del que hablaba el romántico alemán Kerner: el dolor de haber nacido y de tener que morir. Tenemos el deber de indagar nuevamente en esa materia prima de los poderes, en ese punto débil de cada hombre, su condición de individuo perecedero... (p. 10) [...] Pero no basta con producir carne humana para que ella viva; al hombre le hace falta una razón para vivir (p. 13).

Said, en su libro “Cultura e imperialismo”, hace una observación cargada de comprensión de la noción de espíritu, al caracterizarlo como una realidad estética, moral, histórica y, eventualmente, religiosa. Como bien señala Said, y se señaló anteriormente, puede eventualmente implicar lo religioso, por supuesto que no todo lo vinculado con la religión, y también marca que lo espiritual es estético y conviene remarcar que no todo lo estético es manifestación del espíritu

o se transforma en tal sustancia. Seguro que lo espiritual es totalmente moral e histórico, siempre; pero es necesario remarcar que lo espiritual es esencialmente una cuestión de vínculos humanos promotores de la vida o de lo que le es esencial a la vida humana como es lo cultural y la intersubjetividad.

El trasfondo de la ética y la moral, entidades solo humanas, es esencialmente una cuestión biológica, lo que promueve la vida en la biosfera es ético y es moral, lo que la obstaculiza es siempre inmoral.

El espíritu se manifiesta en la pura intercomunicación humana, tanto en la que se materializa en comportamientos de cooperación, acompañamiento u otras formas de solidaridad, como en la que implica fenómenos de empatía o interrelaciones humanas, tales como los vínculos de amor, la amistad profunda, el heroísmo altruista y otras formas de intercomunicación espiritual.

4. Reflexiones finales de síntesis

Es importante, a esta altura, volver la mirada hacia los tipos de socialización que les ofrecemos a nuestros niños, niñas y jóvenes. Las instituciones educativas posibilitan experiencias de socialización únicas, por su variedad, por el acompañamiento temporal de los procesos que allí se desarrollan, por la diversificación de actores, etc. Todo ello posibilita reeditar, ampliar y cuestionar los procesos de socialización que cada hogar ha ofrecido a sus niñas, niños y adolescentes.

Desde el paradigma social expansivo (PSE) son muchos los aportes que se pueden hacer a ese proceso de construcción y desarrollo humano integral. Para ello será necesario otro abordaje, otra vinculación entre salud y educación que se centre en el desarrollo de niñas y niños y no exclusivamente en la resolución de problemas. Será necesaria también la construcción de nuevas formas de participación para que la comunidad esté genuinamente involucrada en dichos procesos.

Cabe destacar que muchos de los problemas que se atienden hoy, están allí porque se llega tarde con las intervenciones; solo por mencionar un ejemplo,

podríamos hablar de las distintas formas de violencia. La propuesta aquí promovida se centraría en el trabajo temprano para el desarrollo de habilidades sociales, de ambientes saludables y el fortalecimiento comunitario, que son áreas de desarrollo de propuestas para la promoción de la salud. Desde esa perspectiva se trabajaría en el desarrollo de vínculos de respeto y reconocimiento mutuo, de altruismo y cooperación, desde la primera infancia, posibilitando la reelaboración de otros modelos menos fértiles para la vida social. Para ello será necesario el acompañamiento y el trabajo común con los servicios de salud, que dejarían de esperar la demanda de la comunidad una vez enferma o aquejada por un problema, y trabajarían centrados en el desarrollo de potenciales de salud, es decir reorientarán muchas de sus acciones a la promoción de la salud.

Para dar marco y sostén a las acciones desarrolladas dentro del sistema educativo y de salud será necesario también la implementación de políticas públicas saludables. Nuestro país ha avanzado en algunas áreas en este sentido, por ejemplo, la adopción del enfoque de derechos humanos a partir de la reforma constitucional posibilitó y posibilita nuevos marcos regulatorios inclusivos y más amplios. Pero debe avanzar con políticas públicas que vinculen las áreas de salud y de educación –en la que todos los niveles son importantes, pero los fundamentales son los dos primeros, inicial y primaria, que se vinculan con el desarrollo cerebral– de modo de lograr un razonable desarrollo salubrista del país.

Referencias

Atención primaria de salud (2022). (26/03/2022). En *Wikipedia*. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Atenci%C3%B3n_primaria_de_salud&oldid=138538482.

Bertalanffy, von L. (1963). *Concepción biológica del cosmos*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad de Chile.

Battolla, J. y J. E. Bortz (2007). *Los orígenes de la salud escolar en Buenos Aires*. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*, (27) 2, 87-96.

- Bohm, D. (2002). *La totalidad y el orden implicado*. Barcelona: Kairós.
- Boltanski, L. (1976). *Descubrimiento de la enfermedad*. Buenos Aires: Ciencia Nueva.
- Capra, F. (1990). *Sabiduría insólita. Conversaciones con personajes notables*. Barcelona: Kairós.
- Capra, F. (1992). *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Buenos Aires: Troquel.
- Capra, F. (1996). *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona: Anagrama.
- Capra, F. (2003). *Las conexiones ocultas. Implicaciones sociales, medioambientales, económicas y biológicas de una nueva visión del mundo*. Barcelona: Anagrama.
- Dossey, L. (1999). *Tiempo, espacio y medicina*. Barcelona, Kairós.
- Entrevista de Foro (1988). Los modestos comienzos de la OMS. *Foro Mundial de la Salud*. Vol. 9.
- Gérvás, J. y M. Pérez-Fernández (2015). *La expropiación de la salud*. Barcelona: Los libros del lince.
- Legendre, P. (2008). *La fábrica del hombre occidental. Seguido de El hombre homicida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lorimer, D. (Comp.) (2000). *El espíritu de la ciencia. De la experimentación a la experiencia*. Barcelona: Kairós.
- Orueta Sánchez, R., C. Santos Rodríguez, E. González Hidalgo, E. M. Fagundo Becerra, G. Alejandro Lázaro, J. Carmona de la Morena, J. Rodríguez Alcalá, J. M. del Campo del Campo, M. L. Díez Andrés, N. Vallés Fernández y T. Butrón Gómez (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, (4) 2, 150-161.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. (2008). *¿Cuál es el paradigma inherente a la comprensión del proceso de salud?: Un interrogante esencial*. En M. Dimenstein (Org.). *Psicología Social Comunitaria: aportes teóricos e metodológicos* (pp. 153-171). Natal: EDUFRN.
- Saforcada, E. (2022). La delicuescencia sistemática de los tres principales hitos de la salud pública en el siglo XX. *Horizonte sanitario*, 21 (1). DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4594>
- Said, E. W. (1996), *Cultura e imperialismo*. Barcelona: Anagrama.
- Schrödinger, E. (1958). *La mente y la materia*. Madrid: Taurus.
- Vaughan, F. (1991). *El arco interno. Curación y totalidad en psicoterapia y espiritualidad*. Barcelona: Kairós.

