

IDENTIFICANDO RELACIONES REALES Y POSIBLES
ENTRE EDUCACIÓN Y SALUD EN UNA COMUNIDAD
EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL

Identifying real and possible relationships between education and health in a socially vulnerable community

Identifizierung von tatsächlichen und möglichen Beziehungen zwischen Bildung und Gesundheit in einer sozial vulnerablen *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

Anabel Verhaeghe

Filiación institucional Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de la
Municipalidad de Río Cuarto; Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina
anaverha@gmail.com - averhaeghe@hum.unrc.edu.ar

Recibido: 15-05-2022 Aceptado: 05-07-2022

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

© 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/>



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, 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.

Anabel Verhaeghe es Licenciada en Psicopedagogía (Universidad Nacional de Río Cuarto, UNRC) y Experta en intervención socioeducativa en ámbitos desfavorecidos (UIA). Se desempeña como Ayudante de Primera en la carrera de Trabajo Social en las cátedras Psicología Social I y II, en la UNRC. Es integrante del equipo de la Subsecretaria de Género, Niñez, Adolescencia y Familia de la Municipalidad de Río Cuarto; Integrante del equipo de investigación del proyecto aprobado por SeCyT-UNRC: “Entramados y desencuentros entre educación y salud: la tensión exclusión-inclusión en comunidades en situación de pobreza”, 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”. Entre sus últimas publicaciones en autoría colectiva se encuentra el artículo “Enlaces entre educación y salud. Hacia sinergias inclusivas en comunidades de situación de pobreza” (2021) que integra el libro “Justicia como Equidad” de Ediciones del ICALA.

Cita sugerida: M. P. Juárez y A. Verhaeghe (2022). Identificando relaciones reales y posibles entre educación y salud en una comunidad en situación de vulnerabilidad social. *Erasmus. Revista para el diálogo intercultural*, 24.

Resumen

El artículo desarrolla la dimensión “relaciones reales y posibles entre instituciones de educación y salud” de una investigación en curso desarrollada en una comunidad vulnerada de la ciudad de Río Cuarto (Córdoba, Argentina) en contexto de pandemia por Covid-19. Desde un estudio cualitativo de casos se pudo reconocer, a partir de testimonios de la directora de una escuela y la médica del Centro de Atención Primaria de la Salud, que representan la mencionada dimensión y las categorías y subcategorías inherentes a las relaciones que se establecen en un plano interinstitucional, las concepciones que subyacen a estas relaciones, un plano concreto “del

hacer” y uno declaratorio “del decir” sobre estas relaciones y la dificultad de su establecimiento en pandemia. Se concluye cómo este fenómeno se constituye a futuro en un catalizador para la proyección de relaciones entre los campos de la salud y la educación junto con la posibilidad de desarrollar desde ellos diversos niveles de conceptualización y praxis, en el sentido freireano del término.

Palabras clave: Educación; Salud; Relaciones; Pandemia.

Abstract

The article develops the dimension "real and possible relationships between education and health institutions" of an ongoing investigation carried out in a vulnerable community in the city of Río Cuarto (Córdoba, Argentina) in the context of the Covid-19 pandemic. Through a qualitative case study, the testimonies of the director of a school and the doctor of the primary health care centre were found to represent the above-mentioned dimension and the categories and subcategories belonging to the inter-institutional level in an established relationship, the conceptions underlying these relationships, a specific level "of doing" and a declarative level "of speaking" about these relationships and the difficulty of establishing them in a pandemic. The article concludes how this phenomenon becomes a catalyst for the projection of relationships between the fields of health and education in the future, together with the possibility of developing from it different levels of conceptualization and praxis, in the Freirean sense of the term.

Key words: Education; Health; Relations; Pandemic.

Zusammenfassung

Der Artikel entwickelt die Dimension „reale und mögliche Beziehungen zwischen Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen“ einer laufenden Untersuchung, die in einer sozial vulnerablen Community in der Stadt Río Cuarto (Córdoba, Argentinien) im Kontext der Covid-19-Pandemie durchgeführt wird. Im Rahmen einer qualitativen Fallstudie konnte anhand der Aussagen der Direktorin einer Schule und der Ärztin des Zentrums für primäre Gesundheitsversorgung festgestellt werden, dass sie die oben genannte Dimension und die Kategorien und Unterkategorien darstellen, die den in einem etablierten Beziehungen interinstitutionellen Niveau zugehören, die diesen Beziehungen zugrundeliegenden Konzeptionen, ein spezifisches Niveau „des Tuns“ und ein deklaratorisches Niveau „des Sprechens“ über diese Beziehungen und die Schwierigkeit ihrer Etablierung in einer Pandemie. Es wird geschlussfolgert, wie dieses Phänomen zukünftig zu einem Katalysator für die Projektion von Beziehungen zwischen den Bereichen Gesundheit und Bildung wird, zusammen mit der Möglichkeit, daraus verschiedene Ebenen der Konzeptualisierung und der Praxis im freireanischen Sinne zu entwickeln.

Schlüsselwörter: Bildung; Gesundheit; Beziehungen; Pandemie.

Presentación

Las articulaciones entre educación y salud se hacen apremiantes en los tiempos que corren, en los que la enfermedad Covid-19, provocada por el virus Sars Cov-2, ha interrumpido impulsivamente nuestras vidas personales e institucionales convocando a una reestructuración de estas últimas.

El pasado, el presente y el futuro de la educación y la salud ameritan una lectura en clave dilucidadora que permita reconocer vacíos, ausencias y falencias para proyectar lo necesario, lo nuevo emergente y superador como aquello que sea posible de elaborar en pos de su encuentro.

Los campos de la educación y la salud transitan la necesidad de articularse y de vincularse en las distintas manifestaciones en que esto sea posible (ya sean de índole político-jurisdiccional; académico-conceptual e investigativo; empírico o de la praxis desde iniciativas formales como no formales, entre otras) con claridad respecto de un horizonte de retroalimentación y trabajo colaborativo, sustentado en el diálogo pleno de sus referentes y protagonistas en relación con los territorios de pertenencia en las que éstos campos se sitúan.

El objetivo principal de nuestra investigación¹ consiste en “conocer los entramados o desencuentros entre educación y salud (relaciones que se generan -o no- entre escuelas y Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) en comunidades en situación de pobreza de la ciudad de Río Cuarto, identificando en ellos procesos de inclusión o exclusión”. En este artículo se presentan los avances de un primer caso de análisis. El estudio se originó en el supuesto de que “los entramados o desencuentros que se generan entre educación y salud concretados en relaciones entre escuelas y CAPS permitirían

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. Ma. 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)

reconocer procesos de inclusión o de exclusión que incidirían en las condiciones de existencia de niños, niñas y sus familias en situación de pobreza”.

Debe reconocerse que no es frecuente hallar estudios cuyo propósito sea indagar en aquello que sucede al seno de las relaciones entre escuelas y centros de salud en una perspectiva comunitaria que los enlace y dé cuenta de esas realidades. Ello revela cierta vacancia temática o ausencia de conocimiento en el campo de las ciencias humanas, de la educación y de la salud. Sí es posible hallar puntos de contacto entre la educación y la salud en estudios del campo de la educación para la salud (Villa Andrada, Ruiz Muñoz y Ferrer Aguarales, 2006; Pastorino, 2006; Talavera y Gavidia Catalan, 2013) o de la educación en salud, como otros autores y autoras prefieren denominarla para apartarse de concepciones más verticalistas de la educación (Garelli y Dumrauf, 2021).

Algunos estudios como los de Talavera y Gavidia Catalan (2013) reconocen que tanto los docentes como el personal sanitario pertenecen a dos mundos diferentes, con una formación universitaria distinta, con léxicos y conceptos a veces enfrentados, horizontes y perspectivas profesionales diversos. Los autores destacan que, ante la necesidad de trabajar la promoción de la salud desde programas de educación y salud en las escuelas, es fundamental que sus concepciones de salud (y agregamos: de educación) confluyan y traten de ser complementarias, con el fin de procurar un desarrollo saludable personal, familiar y comunitario.

Por su parte, Garelli y Dumrauf (2021) consideran la educación en salud como un campo en disputa y ofrecen un esquema clasificatorio que da cuenta de los diferentes paradigmas en pugna respecto de sus concepciones de educación y salud, sus métodos y formas de actuar. Reconocen un paradigma verticalista, que se cristaliza en los enfoques higienista y comportamental, en el que los saberes válidos se centran en las ciencias biológicas y médicas, y la perspectiva educativa se basa en la transmisión y recepción; y un paradigma democrático, que se expresa en los enfoques socioecológico y participativo crítico, en el que se consideran saberes científicos, sociales y otros saberes; mientras el primero se centra en una corriente pedagógica constructivista, el segundo lo hace en una pedagogía sociocrítica. Se trata de paradigmas en tensión, susceptibles de

reconocerse asumidos por educadores, trabajadores de la salud e incluso medios de comunicación en una complejidad y diversidad de manifestaciones.

Con el fin de comenzar a avanzar en el desarrollo del supuesto de nuestra investigación, debe considerarse que el estudio en curso se realiza a partir de un abordaje metodológico cualitativo, interpretativo y crítico que nos permite comprender el sentido de las acciones sociales, de lo hecho y lo dicho en el contexto de la vida cotidiana y, desde la perspectiva de los participantes, entendiendo al conocimiento como una construcción social y una creación cultural. (Guba y Lincoln, 1994)

Empleamos el estudio de casos como enfoque de investigación, concibiéndolo como “el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (Stake, 1998, p. 11).

Definimos por caso de estudio al binomio generado entre escuela - CAPS en su proximidad geográfica territorial. La idea de binomio, recuperada de las matemáticas como expresión algebraica formada por la suma o la diferencia de dos términos, nos permite pensar en ese par de instituciones de salud y de educación funcionando, justamente, o bien desde una relación que se expresa por la suma, la unidad y el trabajo en red entre estos espacios, o bien manifestando una ausencia de relación entre instituciones de salud y de educación, al expresarse diferencias, desuniones y desarticulaciones entre estos espacios y sus referentes.

En este escrito se da cuenta de un primer análisis del binomio escuela-CAPS de la comunidad del Barrio Jardín Norte de la ciudad de Río Cuarto (Córdoba, Argentina) a partir del análisis de los testimonios surgidos de entrevistas individuales semiestructuradas a la directora de la escuela primaria y la médica generalista responsable del CAPS. Se asume la modalidad de estudio instrumental y colectivo de casos; es instrumental, porque más que el caso en sí mismo nos interesan los temas vinculados a él (Stake, 1998); y es colectivo, porque se pretende estudiar más de un caso en el mismo proyecto.

Para el análisis de los datos realizamos procedimientos inductivos formales que implicaron descomponerlos en segmentos que se pudieron clasificar,

ordenar y examinar; de este modo pudimos hallar conexiones, patrones y proposiciones que nos habilitan a explicar el caso a partir de la realización de procesos de codificación, clasificación y generación de temas, organizando los datos y entendiéndolos para producir una comprensión del caso (Simons, 2011).

Esta primer fase de análisis parte de los interrogantes: Estas protagonistas de la comunidad, ¿reconocen la existencia de relaciones entre educación y salud? ¿Cómo las conciben? ¿Qué tipos reconocen? ¿Cómo las caracterizan? ¿Cómo incidió la pandemia por Covid-19 en estas relaciones entre educación y salud?

Estos disparadores como orientadores de una primer fase de análisis han permitido construir una de las dimensiones interpretativas iniciales del estudio que denominamos “dimensión de las relaciones reales y posibles” definida como aquella que reúne aquellos testimonios de las participantes del estudio que refieren a los vínculos que en lo concreto logran materializarse entre las instituciones de salud y educación y sus trabajadores, y que permiten identificar así relaciones en un tiempo anterior a la pandemia, así como un período de transición en estas relaciones impactadas por la pandemia, y finalmente un horizonte de proyección futura en que nuevas relaciones serán posibles. Dimensión sobre la que se profundizará en lo que sigue, a partir del desarrollo de las categorías y las subcategorías que la componen.

1. Reconociendo relaciones reales y valorativas entre educación y salud

Montesinos y Pallma (2007) consideran que la escuela mantiene relaciones cambiantes y muchas veces conflictivas con el entorno que la rodea. Las autoras expresan que está influenciada por la realidad social, política, económica y cultural más amplia. Pensarla como un espacio singular que se conecta con otras instituciones próximas nos permite en esta categoría a aproximarnos a la comprensión de esas relaciones interinstitucionales educación-salud que se establecen en el Barrio Jardín Norte de Río Cuarto.

Al respecto, la directora y la médica de la comunidad entrevistadas, expresan:

“Para mí la salud es un nexo inseparable con la educación. Salud y educación no pueden estar separadas, (...) desde los derechos de los niños no podemos concebir educación por un lado y salud por el otro (...) no podemos concebir el trabajar separadamente. Para nosotros el dispensario es lo más en el barrio...porque cualquier cosa lo hacemos con el dispensario, desde siempre (...) desde que los grupos de sexto se iban a natación (...) los viajes educativos para obtener (...) la autorización (...) infinidades de ejemplos” (S. Directora EP. BJN.C1: 13)².

“creo que la educación es fundamental para encargarse y cuidarse de uno mismo, protegerse y volverse menos vulnerable a las patologías, a las enfermedades (...)” (M. Médica CAPS. BJN. C1: 15).

La médica ejemplifica la relación salud y educación haciendo referencia a un estudio realizado por ella:

“(pienso que hay relaciones entre la educación y la salud) (...) por ejemplo hice un estudio el año pasado para una tesis de Maestría de Salud Materno Infantil y lo que hacía fue preguntar cuál es el mayor grado educativo que había llegado cada una de las pacientes en relación a su embarazo no deseado y yo veía cuánto de falta de acceso a la educación habían tenido esas chicas y cómo eso las hacía relacionarse con ciertas personas violentas o no (...) dentro (...) de la encuesta (...) había mucho de eso (...) cuán vulnerable se vuelve una persona al no poder acceder a una educación” (...) (M. Médica CAPS. BJN. C1:15).

Se advierte como la directora y la médica interpretan las relaciones que pueden establecerse entre salud y educación; ellas se pronuncian explicitando diferentes sentidos, que permiten reconocer diversas subcategorías que aluden a como estas relaciones se manifiestan expresándose en diferentes planos, que entendemos como diversos relieves o profundidades en que pueden

² Las siglas que se identifican al pie de los testimonios se componen de las siguientes informaciones: Inicial del nombre de la entrevistada; Cargo en la institución de pertenencia; Barrio; Número del caso; Número de la página del registro de las transcripciones de los testimonios. Ejemplos: “S. Directora EP. C1:13”: S. - Directora Escuela Primaria – caso 1 – página 13; “M. Médica CAPS. BJN. C1:15”: M. - Médica del Centro de Atención Primaria en Salud - Barrio Jardín Norte – Caso 1 – página 15.

considerarse estas relaciones: los planos que pueden identificarse son los siguientes:

a) *Plano de las relaciones reales entre educación y salud*: Remite a lo que identificamos como relaciones concretas entre educación y salud con existencia precisa, objetiva y determinada, que se materializan en acciones desde las instituciones y los quehaceres de sus educadores y agentes de salud. Se trata de interconexiones en el orden de lo institucional e interinstitucional, ligadas a cuestiones como: tramitar permisos para viajes o visitas que deba llevar a cabo el estudiantado (lo que se expresa en el llenado de planillas de salud para autorizar salidas), controles para conocer la situación de salud-enfermedad de cada niño o niña (suponen la supervisión de su estado pediátrico u odontológico); y la detección (en el marco de estas tareas) de aquellos que no han recibido las vacunas establecidas por el calendario obligatorio; entre otros. Particularmente se trata de un plano ligado a las instancias relacionales formales entre educación y salud, centrado especialmente en el hacer de sus profesionales.

En este sentido, de las entrevistadas respecto de las relaciones entre educación y salud es posible advertir que lo primero que surge es una enunciación de situaciones en el orden del quehacer, de la práctica laboral cotidiana de estos trabajadores, que refiere a un acto que podría considerarse de control y cuasi fiscalización de aquello que está instituido desde el sistema público del cuidado de la salud y en la que el sistema educativo es el medio para acceder a los niños y niñas, a los que se controla en su situación de salud-enfermedad.

Podría pensarse que la práctica en salud de los profesionales en la escuela se reduce a la revisión en masa de estos niños y niñas, y al llenado de planillas de registro, lo que se acercaría a un paradigma de concepciones y prácticas en salud de corte “clínico-restrictivo” (Saforcada, 2001, p. 63), centrado en una concepción del ser humano como reservorio de enfermedad, como individuo descontextuado, donde las acciones desplegadas se conciben como sistemas cerrados e individualizados (control a cada niño/niña en este caso), siendo el campo de acción sólo la enfermedad (actual o potencial). La incidencia de la acción se centra en el individuo atendido y se orienta sólo a acciones de

prevención secundaria y primaria. El niño o la niña no tienen ninguna función o son meros colaboradores pasivos. La estructura del equipo de salud -que en general va a realizar estos controles- se restringe a lo monodisciplinar de la medicina, generalmente con la ayuda del campo de la enfermería.

Si leemos estas acciones desde el campo de la educación en salud de acuerdo al esquema clasificatorio de Garelli y Dumrauf (2021) pueden quizás reconocerse elementos de un enfoque higienista, ligado a un paradigma de educación en salud verticalista, donde la salud se concibe como normatización de los cuerpos y la educación sólo como una herramienta de la medicina desde un modelo de transmisión-recepción de saberes de las ciencias biológicas y biomédicas.

Atendiendo a lo planteado, podríamos pensar que esta lectura inicial de los testimonios permitiría graficar lo que acontece habitualmente en las relaciones que se establecen entre escuelas y centros de salud en nuestro país. No obstante, lo enunciado por la directora podría interpretarse también desde un paradigma de concepciones y prácticas en salud de tipo “salubrista expansivo” (Saforcada, 2001, p. 63). Ello implicaría un abordaje desde una perspectiva integral y multidisciplinaria, en el que el objeto del saber (en dichos “controles” o instancias de contacto con integrantes de las familias de la comunidad) es el proceso de salud y enfermedad, estando la concepción antropológica centrada en los niños y niñas situados en el escenario de vida donde transcurren sus procesos salud-enfermedad y los de su familia. Desde esta perspectiva, los profesionales colocan el eje de significación y valoración en la comunidad, es decir, buscan llegar a través de los niños y las niñas a sus familias desde una actitud relativista cultural orientada a la protección y promoción de la salud. Aquí los controles pediátricos en la escuela se configurarían como una especie de “puntapié” para aproximarse al conocimiento de la vida de los niños y sus familias, sus realidades y situacionalidades, otorgando continuidad a un diálogo que ya se ha iniciado previamente desde el espacio de los consultorios pediátricos en el CAPS de la comunidad (a la que asisten esos mismos niños y niñas llevados por sus madres o tutores). En esta línea interpretativa, la escuela propiciaría un reencuentro colectivo susceptible de pensarse como un espacio

privilegiado para la construcción de nuevos conocimientos en salud y autocuidados. Se conciben así a esas infancias en relación con sus ecosistemas y como sujetos cognoscentes en un lugar activo, dialógico y participativo. De ahí que el aporte de las docentes para propiciar estos escenarios de aprendizajes en salud serían clave, dado que en esta perspectiva la multidisciplinariedad del equipo que aborda cuestiones inherentes al proceso de salud-enfermedad es central. En estas instancias se podría pensar el control pediátrico como punto de partida para planificar otras instancias educativas que de él se deriven, tales como charlas, talleres y encuentros desde dinámicas lúdicas o de recreación, orientadas a llegar a conocer la salud como proceso de la vida, con una dimensión de gestión positiva de preservación y protección. En consonancia con ello, siguiendo la propuesta clasificatoria de paradigmas en educación en salud de Garelli y Dumrauf (2021) aquí podría subyacer un paradigma democrático de educación en salud con elementos del enfoque participativo-crítico donde la salud se concibe como compleja, multidimensional y como derecho humano fundamental, y la educación se constituye en espacio para el empoderamiento individual y colectivo desde perspectivas participativas sustentadas en la pedagogía crítica y la educación popular latinoamericana.

b) *Plano valorativo y de las concepciones que sustentan la relación entre educación y salud*: Este plano se configura a partir de aquellos testimonios que expresaron una valoración y apreciación de la educación y la salud, y que dieron cuenta de las ideas, las creencias y los conocimientos significativos en torno a cómo las entrevistadas conciben la relación entre ambas. Dentro de este plano puede diferenciarse entre los siguientes:

- *Plano valorativo interinstitucional*. Se refiere a cómo la directora de escuela y la médica de la comunidad interpretan estas instituciones. Sus testimonios expresan la importancia que le atribuyen a la “otra institución”, por un lado, y a las personas que la integran, por el otro. Por ejemplo, cuando la directora de la escuela refiere que “*para nosotros el dispensario es lo más en el barrio... porque cualquier cosa la hacemos con el dispensario*”, se infiere la idea de vínculos positivos entre los y las referentes de cada ámbito, de una relación colaborativa, y se amplía la mirada no sólo a las personas que integran cada institución sino a la propia comunidad. En este sentido, los enunciados “nosotros”, “barrio” y “con” nos permiten visualizar una concepción de la

relación entre educación y salud alejada de un enfoque restringido que limita cada ámbito al hacer lo propio; por el contrario, se expresa un enfoque más integral basado en la importancia del fortalecimiento de las redes sociales y la participación comunitaria. Si bien se trata de indicios podrían emerger interrogantes dirigidos a repensar la siguiente cuestión: *Esta concepción que se expresa en lo valorativo como más integral y comunitaria sobre educación y salud, ¿logra traducirse en un plano de lo real de la vida cotidiana desde prácticas activas/concretas de participación e implicancia comunitaria?*

- *Plano de los derechos humanos como marco de las relaciones entre educación y salud:* Este se identifica a partir de la significación que realiza la directora sobre la salud y la educación y la importancia de su interrelación en tanto se constituyen en derechos humanos específicos de los niños y las niñas en una sociedad justa. Al respecto, Lillo (2014) propone pensar la salud y la educación desde un enfoque de derecho desde la mirada de los niños, las niñas y los adolescentes; y, en consonancia con ello, agregamos en Argentina su vinculación con la Ley Nacional de Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes (ley N 26.061). Como plantea la autora, las instituciones de educación y de salud son las responsables de hacer efectivos estos derechos; sin embargo, expresa que la escuela por sí sola no puede lograrlo, a lo que añadimos que tampoco los CAPS por sí solos pueden hacerlo. No obstante, este reconocimiento no quita la inmensa responsabilidad por una tarea fundamental que supone velar cotidianamente por garantizar estos derechos con el fin de promover el Desarrollo Humano Integral (Saforcada, 2019) de estos niños y niñas -y por consiguiente de sus comunidades-, brindándoles una atención en educación y salud de la mayor calidad humana y profesional. En este escenario, como plantea Lillo, se requiere innegablemente de la participación y del compromiso de toda la sociedad, principalmente de los adultos en general y de los responsables, a quienes les compete la protección y el cuidado de estos niños y niñas.

- *Plano de las relaciones entre educación y salud como formación para la vida.* El testimonio de la médica reconoce la importancia de la educación en relación con la salud en un plano profundo, en el sentido de pensarla como proveedora de una formación para la vida. Ello implicaría pensarla no sólo en lo inherente a lo que la educación provee, como conocimientos típicos esperables de los procesos de escolarización, sino considerando a la educación como herramienta para vivir la vida en salud desde la construcción de recursos que promuevan la autovaloración, la autoestima, el cuidado y el autocuidado, que implican en consecuencia la protección y promoción de la propia salud y la de los allegados. Esta idea conduce a pensar en la riqueza que entraña el vínculo educación-salud como promotor del Desarrollo Humano Integral, concepto trabajado por Saforcada (2019) para aludir al proceso de desenvolvimiento de la vida de las personas, sus familias y los tejidos sociales de los que son parte,

proceso que se caracteriza por favorecer la puesta en acto de las potencialidades del proceso de salud desde la gestación hasta la muerte.

Asimismo se reconoce en este plano la idea de una relación más profunda sustentada en una perspectiva de índole epistemológica que referiría a un posicionamiento ante la vida, en la forma de concebir y construir conocimiento sobre lo que es salud y educación como aspectos centrales que intervienen en la forma de ver y comprender el mundo. Ello implicaría una cuestión de mirada de la vida, idea desde la que Quintar (2018) sostiene que, de acuerdo a cómo los sujetos conciben la vida, se relacionan y generan prácticas, representaciones y esquemas de pensamiento desde los cuales conocen el mundo. En este sentido, podrían reconocerse elementos de una perspectiva sociocrítica de ver el mundo, desde la cual la médica explicita una forma profunda, humanista y contextual de concebir y pensar la salud y la educación como articuladas con la realidad social y personal de los sujetos y a la posibilidad de transformarla.

Recuperando el interrogante expresado arriba -sobre si esta concepción que se expresa en lo valorativo como más integral y comunitaria respecto de la relación entre educación y salud logra traducirse en un plano de lo real de la vida cotidiana desde prácticas activas/concretas de participación e implicancia comunitaria- reconocemos en esta instancia que el análisis de los diferentes planos relacionales identificados desde los testimonios evidencian un entrecruzamiento de enfoques, generalmente antagónicos, a la hora de concebir las relaciones entre salud y educación. Al respecto, se hace posible extrapolar en algún sentido aquello que Garelli y Dumrauf (2021) señalan en cuanto a lo que sucede con los paradigmas de educación en salud en el campo de la práctica educativa desarrolladas por los educadores en salud. Los autores reconocen como éstas prácticas educativas se hallan atravesadas por una combinación de elementos de los distintos paradigmas y sus enfoques (incluso epistemológicamente contradictorios) dando cuenta de la complejidad, los cruzamientos, yuxtaposiciones y diferentes variaciones que estos paradigmas pueden asumir en las prácticas educativas reales.

En este sentido, en este primer caso de estudio pudo identificarse:

– *Un nivel enunciativo/declarativo* de las relaciones que se expresa en un discurso que plantea elementos de un enfoque más social e integral para pensar la educación, la salud y sus relaciones desde lo que sería “el decir”, expresado en los enunciados, las concepciones y maneras de significar la

salud y la educación próximas a un enfoque social, integral, inclusivo y sustentado en los derechos humanos.

– *Un nivel axiológico o de la acción*, en el que deberían cristalizarse esas concepciones previamente enunciadas (integrales, expansivas) a través de las prácticas ligadas “al hacer”, pero que luego evidencian un enfoque que, en lo concreto y lo real, es más restringido y se limita a gestiones administrativas o de control y normatización de la salud.

En lo que sigue, atendiendo a la conexión entre escuela y CAPS de la comunidad de estudio en un escenario atravesado por procesos sociales, culturales y sanitarios más amplios, nos preguntamos: *¿Cómo interpeló la vivencia de la pandemia por Covid-19 estas relaciones? ¿Qué desafíos se derivan a partir de la vivencia de la pandemia para estas relaciones?*

2. Reconociendo relaciones posibles escuela-CAPS en escenarios de prepandemia y pandemia

La pandemia ha conmocionado el quehacer cotidiano. Como expresa Ignacio Ramonet, la pandemia no remite sólo a una crisis sanitaria, sino a lo “que las ciencias sociales califican de hecho social total (...) -como aquel- que convulsiona el conjunto de las relaciones sociales (...) de los actores, de las instituciones y los valores” (2020, p. 1).

Dumrauf y Garelli (2020) reconocen cómo en estos tiempos la salud se ha puesto en primer plano, dado que circulan discursos e imposiciones a nuestras vidas en cuestiones como el aislamiento y distanciamiento social, el uso de barbijos, la suspensión de actividades laborales y sociales, las cuarentenas, vacunas, patentes, negocios, desigualdades, regulaciones a nuestros cuerpos y las formas de vincularnos.

En este contexto, las relaciones educación-salud en la vida cotidiana de las escuelas y los CAPS en territorio no estuvieron exentas a estas modificaciones. Particularmente en cuanto al binomio de estudio de la escuela-CAPS de la comunidad en investigación es posible reconocer modificaciones a partir de la emergencia socio-sanitaria por la enfermedad de Covid-19. Se configura así lo que entendemos por la categoría de “relaciones posibles” como aquellas que

logran establecerse o suceder bajo ciertas condiciones o circunstancias, tales, como en este caso, la circunstancia de pandemia como hito, hecho clave y fundamental dentro de los ámbitos sociales en general, y en particular de educación y salud, revelando sobre un antes, un durante y un nuevo futuro en las relaciones escuela-CAPS de la comunidad. Atendiendo a ello, el análisis de los testimonios permite reconocer tres subcategorías que expresan los distintos momentos en las relaciones posibles entre educación-salud de estas instituciones: relaciones pre-pandemia; relaciones en pandemia y relaciones que se proyectan como desafíos pospandemia.

2.1 Relaciones educación-salud en prepandemia

Los testimonios de la directora y la médica analizados respecto de esta subcategoría refieren a un momento histórico, previo a la pandemia, transitado por ambas instituciones, en el que podían reconocerse relaciones entre educación y salud con características propias. Expresan:

“Antes de la pandemia siempre estuvimos comunicadas con el Dispensario, muy acompañados y asistidos (...) iban a la escuela a hacer todo el control de los niños desde el peso, si tenían todas las vacunas (...)” (S. Directora EP.BJN. C1:10).

“(...) Y también lo que hicimos era la cuestión de charlas (...) en sexto (...) en el tema de salud sexual (...) dos veces en el año las hacía (...)” (M. Médica CAPS. BJN. C1:8-11).

“Estudiantes universitarias de la carrera de Nutrición hacían la pasantía en el dispensario y desde allí ofrecían talleres a los grados de acuerdo al contenido que va a abordar la maestra (...) talleres que ellas van adaptando según el requerimiento del grado (...)” (S. Directora EP. BJN.C1: 14).

“(...) teníamos pasantes de nutrición de la Universidad (...) y nos había llamado una docente de jardín que quería darles (...) de alimentación saludable (...) eso era re lindo (...)” (M. Médica CAPS. BJN. C1:8-11).

Directora y médica caracterizan las relaciones entre la escuela y el CAPS a partir de un trabajo conjunto relativo a controles de salud a niños y niñas a partir

del Plan de Salud Escolar, la realización de actividades de formación para abordar determinados temas (Educación Sexual Integral, alimentación saludable). Estos nexos dan cuenta de una comunicación sostenida y de cierto trabajo colaborativo entre trabajadores de ambas instituciones. Pueden interpretarse en estas relaciones entre escuela y CAPS anteriores a la pandemia aquello que Walsh (2020) entiende como prácticas y procesos conjuntos, que parten de realidades y conocimientos situados locales, y que dan cuenta de una existencia y convivencia entre sujetos.

2.2 Relaciones educación-salud en pandemia

Esta subcategoría alude a aquellas instancias relacionales entre educación y salud que se re-configuraron durante el transcurso de la pandemia adquiriendo características particulares. Específicamente las entrevistadas mencionan que, a partir de la pandemia, las relaciones se resintieron:

“(…) algo de este año (…) que me da mucha tristeza es no poder estar (…) no estuvimos en el cole (…) siempre fui de la idea de que el control era importante (…) (con la pandemia) nos sentimos un poco al aislados (…) con (…) la directora del cole (…) desde el año pasado que no le hablé más (…) uno está en este año particular con la vorágine de la tensión (…) en este momento tenemos como otras prioridades a nivel salud (…) yo creo que el nexo nunca se debe romper, por supuesto (…)” (M. Médica CAPS. B.JN. C1: 8-11).

“(…) a partir de la pandemia, la relación con los Dispensarios se debilitó, tuvimos menos comunicación, disminuyó muchísimo la comunicación (…) (S. Directora EP.BJN.C1: 14).

Como señalan los testimonios, a partir de la pandemia las relaciones entre escuela y CAPS se debilitaron dada la transformación sociosanitaria, la alteración de las realidades y cotidianidades de estas instituciones que, en su hacer centrado en lo urgente vieron afectadas sus prioridades, lo que impactó directamente en las relaciones y comunicaciones entre ambas. Las entrevistadas refieren a un devenir temporal de las relaciones institucionales en pandemia caracterizado por un “no poder estar”; el encontrarse “aislados” entre sí, el reconocer la médica un “no le hablé más” a la directora de escuela y cómo todo

ello incidió en un debilitamiento de la comunicación y por consiguiente de los vínculos. Asimismo se reconoce cómo esa ausencia de relación generó en ellas un sentir que las afectó desde la tristeza, la sensación de aislamiento y de tensión provocada por la situación de pandemia.

En consonancia con la realidad expresada por las entrevistadas, Giovanella y otros (2021) reconocen cómo los programas convencionales de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se desarrollaban desde los CAPS en siete países de Latinoamérica (programas como vacunación, control de crecimiento y desarrollo, control prenatal, toma de Papanicolaou, entre otros) sufrieron una desaceleración o bien se detuvieron por las medidas de aislamiento sanitario; se destaca además que en este escenario las prioridades fueron proteger a la población del contagio, detectar precozmente casos y contactos para cortar la transmisión y atender integralmente tanto a enfermos como a personas aisladas.

Los autores advierten que, a excepción de Cuba, los equipos de Atención Primaria de la Salud (APS) dejaron de articularse con las organizaciones comunitarias, siendo la acción intersectorial mayormente abandonada. Identifican pocas, pero significativas experiencias de trabajo comunitario autónomo y autogestionado para el abordaje de la pandemia, puntualmente en territorios urbanos y rurales de Bolivia en los que estas iniciativas se realizaron con o sin involucramiento de instituciones.

En relación con ello manifiestan que fue evidente en la mayoría de los países latinoamericanos del estudio que el sistema de salud y particularmente la APS se centró en enfoques biomédicos, individualistas, asistencialistas y mercantilizados, que puso énfasis más bien en la inversión de insumos para hacer frente a la pandemia que en la apuesta por un genuino financiamiento primer nivel de atención de la salud pública centrado en iniciativas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

En sintonía con ello, Garelli y Dumrauf (2021) reconocen que el contexto de pandemia permitió identificar un despliegue generalizado de la perspectiva verticalista-higienista de educación para la salud, desde donde los grandes centros de saber-poder han buscado transferir normas de comportamiento a la

población a los fines de regular sus cuerpos y acciones en el nivel de la autoatención, siendo la comunicación, concebida como mera difusión, el principal dispositivo utilizado.

En este escenario, Giovanella y otros (2021) consideran que se resignó así un rol central que la APS podría haber adquirido en la cuarentena en tanto medida de promoción de salud pensando en componentes como educación para la salud, la movilización comunitaria, la intersectorialidad y la interculturalidad. En este sentido, estos autores reconocen que los sistemas mejor equipados para desarrollar eficazmente acciones frente a la pandemia fueron aquellos centros de APS que sustentaron sus acciones desde una mirada integral e integrada con una visión epidemiológica crítica, preocupada por las determinaciones sociales del complejo proceso transmisión-aislamiento-tratamiento y que no solamente se centraron en un abordaje cuantitativo restringido a estadísticas de casos y muertes (Giovanella y otros, 2021).

En el marco del estudio, la directora de la escuela primaria, agregaba:

“Este año desde el Ministerio de Educación nos hacen completar una planilla que es por contacto estrecho, por positivo de Covid (...) que no existía el año pasado (...) en la virtualidad (...) nos íbamos enterando que la familia López, que la familia Pérez, se iban contagiando (...) pero no pasaba más de allí. Por supuesto que siempre les decíamos a las docentes que estén atentas, que los llamaran por teléfono para saber cómo están, si son asistidos, si ha ido el COE (...) Este año desde el Ministerio, como había que informar (...) hemos hecho hasta 72 planillas comunicando contactos estrechos, familias con positivo de Covid (...) nos convertimos en investigadoras de cada familia y los concientizamos que ante la menor duda (...) nos tenían que informar” (S. Directora EP. BJN. C1: 9-10).

El relato refleja la reconfiguración que hubo y hay del campo escolar debido a la situación socio-sanitaria marcada por la pandemia y, además, por las políticas de cuidado implementadas. Al respecto, Bedacarratx (2020) reconoce cómo el hacer cotidiano escolar se vio interpelado por la necesidad de mutar de aquellas prácticas habituales a otras nuevas tales como acompañamientos a familias

contagiadas, un trabajo para la toma de conciencia de los cuidados, los protocolos a implementar, la conjunción escuela remota y presencial, entre otros.

De esta manera, se reconoce la matriz de una nueva relación entre educación y salud como emergente del contexto de pandemia: Fue el sistema educativo, más específicamente las docentes, que se convirtieron en verdaderas agentes sanitarias, desarrollando tareas ligadas a una comunicación permanente y próxima con las familias para conocer su estado y situación de enfermedad, acompañando, informando y conteniéndolas, registrando y sistematizando los casos que se presentaban en la comunidad, constituyéndose en unas conocedoras genuinas de la realidad situacional en que las familias se encontraban al transitar la enfermedad.

En este sentido, identificamos que -en la manifestación de un mundo desigual, exclusor y complejo- las articulaciones entre escuelas y CAPS debe nutrirse en el diálogo que activa las preguntas freireanas, más vigentes que nunca como sustrato y vigilancia “guardiana” de estas vinculaciones: *¿A favor de qué, de quién y de quienes promovemos una relación escuela-CAPS en la comunidad? y ¿En contra de qué?*

Explicitar estos cuestionamientos, incomodarse frente a ellos, les permitirá a los trabajadores de los dos campos tomar conciencia creciente de su rol y sus contribuciones al desarrollo humano y comunitario integral, a la inclusión de las poblaciones, a explicitar así su posicionamiento, sus concepciones, a articular sus propósitos e intencionalidades en su quehacer y, al mismo tiempo, a reconocer, con sus denuncias, los enemigos de este tipo de iniciativas, que están tanto visibilizados como invisibilizados.

2.3 Relaciones educación-salud que se proyectan como desafíos post pandemia

Esta subcategoría remite a aquellos testimonios de las referentes del estudio que se refieren a las proyecciones de la relación educación-salud a futuro, a partir de la vivencia de la pandemia. Puntualmente, la directora de la escuela reconoce los siguientes futuros pasos a dar respecto del vínculo educación y salud:

“(…) hay una comunicación muy fluida (con el dispensario) que seguramente cuando después del 26 de julio volvamos a la presencialidad, nuevamente retomaremos todo esto (…) las charlas, los talleres, (…) porque hubo un parate por la pandemia en esa comunicación, pero no (…) nada va a interrumpir que sigamos trabajando conjuntamente” (S. Directora EP.BJN.C1:13-14).

“(…) Yo creo que, con esto, los niños han ido aprendiendo, porque lo han demostrado, ha ayudado el hecho que tenemos todo en la escuela, desde la sanitizadora que está en la puerta, los termómetros, el alcohol, el alcohol en gel, el jabón líquido, está todo muy equipado (…) no tenemos que estar nosotras persiguiéndolos para que cumplan con el protocolo, ellos por sí solos están cumpliéndolo, maravillosamente! (…) lo que nos hemos propuesto, a la vuelta de las vacaciones, es reforzar el trabajo con las familias …porque en nuestras visitas a la escuela y en los recorridos por el barrio los vemos juntitos, sin distanciamiento (…) no solamente a los niños, a los grandes también (…)” (S. Directora EP.BJN.C1: 14-15).

La directora expresa, en primer lugar, el anhelo que para ella significa la posibilidad de volver a trabajar conjuntamente con el CAPS, y con ello el vehemente deseo de re-construir la relación educación-salud. Enlazado a ello menciona que una de las acciones inmediatas será reanudar el nexo con el CAPS y las actividades que se realizaban conjuntamente, previo a la pandemia; de este modo proyecta una relación más fuerte -a partir de las mismas relaciones, reconocimientos y reflexiones- en el plano del quehacer interinstitucional compartido entre educación y salud.

Asimismo, reconoce que la pandemia ha promovido y significado un legado de aprendizajes en los niños y niñas en relación al cuidado y la valoración de la propia salud. Identifica estos aprendizajes como inherentes al cuidado y autocuidado de su salud, y destaca el cumplimiento de los protocolos dentro de la escuela por parte de las familias y los niños y niñas como una manifestación de ello. Sin embargo, expresa como desafío la necesidad de reforzar ese trabajo con las familias para contribuir a la concientización sobre la necesidad de los cuidados en todos los ámbitos sociales en los que se desenvuelvan.

Al respecto, Ferrarelli (según Reboledo Zambonini y Sabelli, 2020, p. 24) plantea que la pandemia ha funcionado como un catalizador de aprendizajes para todos, siendo el gran aprendizaje la necesidad de avanzar hacia modelos educativos más dialógicos y transversales. Por su parte, Garelli y Dumrauf (2021) expresan que, frente a la pandemia, se ha generado un desigual, acelerado, complejo y planetario proceso social de aprendizaje respecto a cómo pensar y qué hacer en cuanto a nuestra salud.

Asimismo, para enfocar las futuras relaciones pospandemia entre escuela y CAPS, nos resulta oportuno retomar los aportes de Walsh. (2020) La autora invita a reflexionar desde la praxis y a analizar las realidades que nos atraviesan para repensar ese nuevo horizonte de vínculos que se trazará a partir de lo vivido y lo hecho en una historia, que aún es presente y que continuará ligándose en los entramados escuela-CAPS de la comunidad.

En línea con lo enunciado por la directora, resulta pertinente repensar también, en tiempos de pospandemia, cómo construir redes entre los distintos actores e instituciones, que favorezcan la cooperación y asociación como así también una participación comunitaria comprometida.

Como lo plantea Rovere (1999) existen distintos niveles de construcción de redes que permiten monitorear la profundidad de las relaciones entre sus miembros. Entre estos niveles se encuentran el conocimiento, el reconocimiento, la colaboración, la cooperación y la asociación. El nivel que refiere al conocimiento entre la escuela y organizaciones de la comunidad supone la existencia de cierto cúmulo y/o de una cierta circulación de información en relación con los fines, actividades e integrantes de la red (no implica en sí mismo un conocimiento mutuo). En el nivel de reconocimiento, la información se incrementa como fruto de contactos e interacciones. Supone que entre la escuela y las organizaciones hay un reconocimiento de sus fines, objetivos, sistemas de valores, y se conoce la experiencia e intencionalidad de sus integrantes. El nivel de la colaboración implica la gestión de una tarea en común, concreta y específica, con el aporte de recursos humanos, materiales y económicos. La colaboración, y más aún la cooperación, se desarrollan con el fin de dar

respuestas efectivas, pertinentes y ajustadas a las necesidades de la comunidad.

Se advierte así cómo, en los esquemas asociativos, se desarrollan vínculos de mayor solidez a partir de la construcción de una relación de alianza y de compromisos (de acuerdos pedagógicos, organizativos, trabajos complementarios, etc.) lo que podría marcarse como horizonte y desafíos a futuro para las relaciones que se generan entre escuelas y CAPS en escenarios pospandemia.

3. Reflexiones finales: La praxis como dinamizadora en las relaciones educación-salud

Esta primera aproximación al estudio de caso “binomio escuela-CAP del Barrio Jardín Norte de Río Cuarto” revela el estado de situación acerca de las formas en que pueden traccionarse las relaciones entre educación y salud desde los enlaces que propician trabajadores y trabajadoras de una escuela y un CAPS, como instituciones públicas que se imbrican en un accionar conjunto vinculado al plano de lo posible en un quehacer con una comunidad en situación de pobreza y vulnerabilidad social.

En esta instancia podríamos comenzar a reconocer cómo en el caso de estudio, y en relación con el supuesto de investigación, es posible constatar que cuando hablamos de relaciones o “entramados”, nos referimos a instancias posibles de interconexión entre instituciones de educación y salud que exigen una disquisición interpretativa profunda identificando diversos niveles o planos analíticos que expliquen las distintas modalidades en que esas relaciones pueden manifestarse. Nos referimos al conjunto de posibilidades relacionales que podrían hallarse a partir de trabajos conjuntos entre escuelas y CAPS, que en la diversidad y cantidad de referentes que los integran (docentes, médicos, médicas, entre otros y otras) y los destinatarios de ese quehacer (niños y niñas, familias, comunidad) pueden dinamizar distintos tipos de cruzamientos y enlaces conformando en este accionar colaborativo y dialógico interinstitucional una verdadera urdimbre de ligazones educación-salud.

En este sentido, el estudio de este primer caso nos ha permitido reconocer concepciones, ideas, creencias y prácticas que dan cuenta de relaciones en un plano de lo real, a partir de lo desarrollado en la vida cotidiana de estos espacios en un tiempo previo a la pandemia. Relaciones que pueden reconocerse en un plano de lo interinstitucional más ligado a cuestiones puntuales y que, en un plano declarativo de estas relaciones, sus concepciones se expanden a una forma de entender estos vínculos desde enfoques sociales, integrales, comunitarios en salud, basados en los derechos humanos. De esta manera se percibe una intencionalidad fuerte en términos declarativos de concepciones y posicionamientos asumidos en cuanto a la relación educación-salud que, en un plano del hacer concreto, se delimitó a encuentros centrados a la realización de instancias de gestión de la salud en la escuela - quehacer que incluso se vio resentido durante el transcurso de la pandemia donde no fue posible el establecimiento de vínculos más sustantivos.

No obstante, si bien se reconoce, en este caso de estudio, a la pandemia como limitante en esta relación, la misma también se constituye en posibilitadora y catalizadora de nuevos quehaceres, aprendizajes y de reconfiguración de los habituales roles escolares, sanitarios y familiares. Así se hizo posible reconocer a las docentes en ejercicio como verdaderas agentes de salud comunitaria, en un momento en que la pandemia puso de relieve la imperiosidad con que las escuelas deben asumir estos roles, constituyéndose en territorios de promoción de salubrismo dentro de las comunidades, de un ejercicio sustentado en la construcción de herramientas para la gestión positiva de salud, donde educadores y trabajadores de la salud mancomunadamente en su quehacer sean promotores de la vida, la salud, la educación, los proyectos de vida, el desarrollo humano integral.

En este sentido, y en cuanto al supuesto planteado inicialmente, puede reconocerse un caso de estudio en el que tanto la escuela como el CAPS se manifiestan en sus testimonios y sus prácticas, claramente intencionados e interpelados por el mantenimiento y la consolidación de la relación entre ambos. Van transitando un plano inherente a un hacer más concreto, pero sustentado en creencias e ideas arraigadas en la reflexión profunda y humanista en torno a

su vinculación y su preocupación por la comunidad con la que trabajan, dando muestras de interrelaciones como dinamizadoras de procesos de inclusión en relación con las condiciones de vida y existencia de niños, niñas y sus familias en situación de vulnerabilidad social. Procesos que, de continuar estos trabajadores y trabajadoras de la educación y la salud en una articulación creciente y consciente en sus propósitos, incrementarán el potencial del vínculo en pos del desarrollo humano integral de los niños y las niñas así como de su comunidad de pertenencia.

Lo planteado no hace más que evidenciar que escuelas y CAPS como instituciones públicas capaces de leer los contextos en los que se sitúan pueden salir fortalecidas en un escenario hostil como el de la pandemia si apuestan por acrecentar el diálogo y la acción.

Diálogo y acción pensados en el sentido de praxis freireana: aquella que sólo es posible a través de la reflexión y la acción que inciden sobre las estructuras de la realidad que deben transformarse; una praxis concebida como fuente de conocimiento y creación. (Freire, 1973, 1990)

Para Freire (1973), la praxis tiene como intención construir un conocimiento objetivado y con ello conciencia crítica por parte de los seres humanos quienes, a través de dichos procesos, logran la construcción de un conocimiento explicativo y científico de la realidad natural, social, cultural, sanitaria, política, económica -entre otras- en la que viven. Así van construyendo elementos que les permitirán transformar esa realidad en la medida en que al otorgarle significado y desnaturalizarla, van reconociendo y creando progresivamente, junto con otros y otras, las posibilidades para superar condicionantes, ataduras y limitaciones que vivencian cotidianamente y que son inherentes a los procesos de subyugación, sometimiento, explotación, alienación y desigualdad social en que se encuentran.

En este sentido, pensamos que la praxis debe darse en distintas instancias en trabajos de promoción de una articulación de instituciones de educación-salud:

a) *Inicialmente supondría una toma de conciencia como paso previo en relación a las formas en que venían siendo las instituciones -escuela y CAPS-*

(1er nivel de praxis). Esta instancia implicaría por parte de sus trabajadores un reconocimiento de sus distanciamientos, lejanías, vacíos, resistencias, temores, limitaciones y dificultades para sostener vínculos, relaciones. Este momento se constituiría en el reconocimiento de “situaciones límite”, diría Freire (1973), como un punto de identificación de aquellas barreras y obstáculos que es necesario cambiar, como punto de inflexión a un nuevo momento histórico que supone viabilizar un modo relacional diferente, basado en el re-encuentro, en la co-construcción de conocimientos, en la emergencia de una conciencia superadora, progresivamente crítica y reflexiva en torno la gestación de estas nuevas relaciones humanas en educación y salud.

b) *Seguidamente implicaría un compromiso en el hacer relacional que está siendo cotidianamente (2do nivel de praxis)*. Se trata de la praxis que se va haciendo en la dinamización de los distintos tipos de cruzamientos y enlaces, conformándose en ese accionar interinstitucional, que debe ser colaborativo y dialógico, una verdadera urdimbre de ligazones educación-salud. Para ello, sus trabajadores y trabajadoras irán disponiendo de diversidad de recursos y fortalezas construidos desde sus instancias de formación recibida en el grado, sus habilidades construidas en el hacer cotidiano de experiencias prácticas en proceso, y, a partir de allí, irán identificando dificultades y nuevas necesidades que orientarán nuevas demandas de formación como acompañamientos necesarios para consolidar el desarrollo de tales experiencias relacionales educación-salud-comunidad.

c) *Un último nivel de praxis potencial (3er nivel de praxis)*, no significa que en él se termine la posibilidad de reflexión y acción en torno a la temática, sino que se trata de un accionar total que involucra a los tres niveles mencionados, de manera dialéctica y retroalimentando en lo metodológico todo el proceso del “hacer relacional educación-salud”. Éste alude a reconocer el máximo posible en que este vínculo debe darse para promover el Desarrollo Humano Integral y la plena inclusión y concreción -con ello- de los derechos humanos en las comunidades de estudio. En otras palabras, cuando desde nuestro supuesto de estudio expresamos que los entramados (relaciones educación-salud) promoverían la inclusión de las comunidades nos referimos a la concreción del plano más profundo en que estas relaciones pueden darse, un plano de plena conciencia por parte de sus ejecutores (trabajadores de la salud y la educación) en torno a los objetivos e intencionalidades que deben orientar estas relaciones, una inmersión profunda en la realidad territorial y simbólica-cultural de las comunidades de pertenencia, un posicionamiento político, epistemológico y metodológico claro sustentado en perspectivas en educación y salud integrales, socio-críticas, basadas en los derechos humanos.

Puede advertirse así, cómo en esta instancia se abren para el futuro otros puntos posibles de ampliación y reflexión emergentes de nuestro estudio e inherentes a la praxis como motorizadora de estas experiencias. Aquí la formación de las y los profesionales de la educación y la salud en enfoques sociocríticos en lo educativo y sanitario se constituyen en elementos claves para alcanzar estos procesos de interconexión educación-salud comunitaria en todos los niveles posibles y con el objetivo de la mayor profundidad humana y humanizadora en que deben sustentarse.

Referencias

- Bedacarratx, V. (2020). Seguimos educando... ¿pero... cómo? Reflexiones en torno a continuidades y rupturas en la vida escolar en tiempos de pandemia. En L. Beltramino (Comp.), *Aprendizajes y prácticas educativas en las actuales condiciones de época: COVID-19* (págs. 14-19). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Filosofía y Humanidades. Disp. en [https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/19419/Seguimos%20educando...¿pero...cómo%20Reflexiones%20en%20torno%20a%20continuidades.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/19419/Seguimos%20educando...%20Reflexiones%20en%20torno%20a%20continuidades.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 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.
- Garelli, F. y A. Dumrauf (2021). Una mirada al campo de la educación en salud: hegemonía, pandemia y alternativas. *Espacio Abierto*, 30 (2), 100-116.
- Giovanella, L., R. Vega, H. Tejerina-Silva, N. Acosta-Ramirez, M. Parada-Lezcano, G. Ríos, D. Iturrieta, P. Fidelis de Almeida y O. Feo (2021). ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. *Educação e Saúde*, (19), 1-18 Disp. en: <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBJmsMrfwhkdJrL/?format=pdf&lang=es> (03-02-2022).
- Guba, E. G. y S. Lincoln (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lillo, V. (2014). Salud y educación: dos vocaciones al servicio de los derechos humanos. *Rev. Med. Clin. Condes*, 25 (2), 357-362.

- Montesinos, M. P. y S. Pallma (2007). Contextos urbanos e instituciones escolares. Los “usos” del espacio y la construcción de la diferencia. En M. R. Neufeld y J. A. Thisted (Comps.), *De eso no se habla... los usos de la diversidad sociocultural en la escuela* (págs. 57-89). Buenos Aires: Eudeba.
- 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.
- Quintar, E. (2018). La cuestión epistemológica como mirada del mundo de la vida [Archivo de video]. Disp. en: https://www.youtube.com/watch?v=xXBfEJD_fAY&feature=youtu.be. (21-03-2022)
- Ramonet, I, (2020, 25 de abril). Coronavirus: La pandemia y el sistema-mundo. *Le Monde diplomatique en español*. Disp. en: <https://mondiplo.com/la-pandemia-y-el-sistema-mundo> (11-08-2021)
- Reboredo Zambonini, S. y M. J. Sabelli (2020). Mariana Ferrarelli: “la pandemia hizo converger formatos y gramáticas que se yuxtaponen y mezclan”. *Revista Isalud* (Covid-19. La reinención de la enseñanza), 15 (72), 20-25. Disp. en: <http://www.isalud.edu.ar/news/links/isalud72.pdf> (3-03-2022)
- Rovere, M. (1999). *Redes en Salud: Un Nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario, Argentina: Ed. Paradiso, C. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario.
- Saforcada, E. (2019). *Aproximaciones a la definición de Desarrollo Humano Integral (DHI)*. Manuscrito no publicado
- Saforcada, E. (2001). *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Buenos Aires: Proa XXI.
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso: teoría y práctica*. Madrid: Morata.
- Stake, R. (1998). *La investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Talavera, M. y V. Gavidia Catalán (2013). Percepción de la educación para la salud en el personal docente y en el sanitario. *Didáctica de las Ciencias experimentales y Sociales* (Universidad de Valencia), (27), 115-129. Disp. en DOI: 10.7203/dces.27.2569 (26-02-2022)
- Villa Andrada, J. M., E. Ruiz Muñoz y J. L. Ferrer Agualeles (2006). *Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 4* (Serie Documentos Técnicos). Mérida, España: Ed. Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Consumo.
- Walsh, C. (2020). *Video-conferencia: Pedagogías Decoloniales: Insurgencias desde las grietas*. Disp. en: <https://www.youtube.com/watch?v=j2gJK7xcYr8> (11-08-2021)