

# EDUCACION SOCIAL Y SALUD<sup>1</sup>

Martha González; Virginia Tazzi<sup>2</sup>

Recibido: 31/07/2016

Aceptado: 13/10/2016

## Resumen

En los últimos años la Educación Social ha vivido una expansión de su campo de acción, corriéndose de los espacios considerados tradicionales. Si bien en nuestro país participa en alguna de las áreas de la Salud, como Salud Mental o adicciones, la salud en general no es valorada como campo de la Educación Social.

En el presente artículo planteamos nuestra postura sobre la situación actual, realizamos un breve recorrido histórico de la construcción social del concepto salud y finalizamos con una reflexión sobre el papel del Educador Social dentro del campo de la Salud. Por último, proponemos un cambio de posicionamiento ante el concepto de salud, planteando la necesidad de generar una teoría interpretativa epistemológica de la salud

**Palabras clave:** Salud, campo, Educación Social.

---

<sup>1</sup> Este trabajo ha sido desarrollado en el marco de la materia Realidad Educativo Social I, perteneciente a la malla curricular del segundo año de la carrera de Educador Social

<sup>2</sup> Estudiantes de Educador Social – IFD “Juan Amós Comenio”, Canelones

## Presentación

Llegamos al centro de asistencia médica. Con nuestro documento de identidad pagamos la orden y se nos informa que nos atenderán en el consultorio x. Ingresamos al mismo, alguien controla nuestra presión arterial, nuestro peso y altura, nos extraen sangre para una serie de análisis y entregamos nuestra muestra de orina. Luego pasamos al segundo consultorio, donde otro profesional-operario nos realiza una revisión de las piezas dentales. Por último, un doctor nos recibe y, observando más un cuestionario que al sujeto que tiene enfrente, nos realiza una serie de preguntas. Así nos otorgan el carné de salud. ¿Así se evalúa la salud? ¿Estamos sanos? ¿Quién lo dice? Podemos repetir prácticamente de forma idéntica estos pasos en cualquier consulta médica: llegada, registro, pago, atención, clasificación. ¿Somos conscientes de lo que implica este proceso? ¿Cuestionamos cómo se establecen las categorías de salud-enfermedad? ¿Somos partícipes en la construcción de nuestra salud? La sensación de trámite, receta mágica y caminos preestablecidos parecen ser las reinas de la salud actualmente. La fe en la tecnología, el costo de los tratamientos y la vigilancia individual de la salud las premisas. ¿Existe otro modelo? Consideramos, como usuarias (y operadora) del sistema de salud actual, que la salud no escapa a las características de las nuevas premisas mercantiles de la Posmodernidad.

¿Cómo se relaciona con la Educación Social? Si bien la Educación Social en nuestro país ha constituido campo en algunas áreas de la salud como Salud Mental o Adicciones, así como la Salud es una de las áreas de contenidos de esta profesión, consideramos que la integración de Educadores Sociales en el campo de la salud en general es una posibilidad viable. La Educación Social, así como su formación, está vinculada “al proceso de construcción, desarrollo y ampliación de la democracia” (Camors, 2014, p. 87), y la salud es uno de los Derechos Humanos fundamentales. Garantizar su acceso así como la participación en su construcción individual y colectiva se constituye urgente en las sociedades actuales.

Por último, experiencias en otros países como la del Pedagogo hospitalario o la Educación Social para la Salud nos llevan a ponderar las posibilidades de

esta profesión en el área. Este artículo pretende presentar algunas reflexiones sobre el papel y la importancia de la salud como campo de la acción educativa social.

### **¿Desde dónde partimos?**

Estamos viviendo un siglo marcado por la vertiginosidad con que se producen los cambios, la destitución, la fragmentación y la fluidez como valores. Algunos autores lo llaman “Modernidad Líquida”, otros “Posmodernidad” o “Supramodernidad”, pero más allá de la terminología, todos coinciden en que hemos pasado del discurso estructurado y unificador del Estado, al vertiginoso, fragmentario y fluido del mercado. El ejercicio del poder, especialmente el poder económico, tiende a volatilizarse e invisibilizarse, fragmentando territorios, desregularizando los controles del Estado y rompiendo el pacto del capital y la fuerza de trabajo. Estas características pueden observarse en el campo de la salud: grandes corporaciones médicas, las multinacionales productoras de fármacos, el intento de firmar tratados de libre comercio donde se concibe a la salud como un bien de mercado.

En este marco, el sujeto deja de ser ciudadano para ser consumidor, usuario, cliente. El bien común es suplantado por la satisfacción individual e inmediata, las leyes trascendentes y permanentes dan lugar a la regla inmanente, precaria, temporaria (Corea; Lewkowicz, 2004). La realidad social está marcada por la fragmentación, la ruptura de lazos y la desobjetivación. Cambian las modalidades de control: ya no serán las instituciones de la Modernidad las encargadas del control social sino que cada sujeto vigilará por sí mismo. Así el “otro” se constituye como “otro peligroso”, un “otro” enemigo o, por lo menos, un “otro” con el que debemos competir (o responsabilizar) para alcanzar nuestros objetivos individuales. El desacople subjetivo entre los operadores y los usuarios de la salud impiden constituirse ambos como sujetos activos de la construcción colectiva de un nuevo modelo en el que se les restituye el valor profesional y de sujeto de derechos. La necesidad de generar nuevas interpretaciones intersubjetivas de las situaciones se presenta urgente.

Al tiempo que se produce y profundiza la llegada de la Posmodernidad, se acrecienta la necesidad de profesionales que, en palabras de Molina:

“además de la transmisión de la cultura de época, intent(e)n generar socializad y produ(zcan) vínculos sociales auspiciando redes de relaciones entre los seres humanos y prom(uevan) la cooperación entre los ciudadanos en situaciones de necesidad/vulnerabilidad”. (Molina, s/f, p. 2)

Esto implica que las políticas sociales, así como las Instituciones modernas (hoy desfondadas) requieran la intervención de este profesional, transformando el conjunto de relaciones que marcaban el campo (en términos de Bourdieu, en: Fortich; Moreno, 2012) de la Educación Social. Así, el campo de la profesión sufre una ampliación inusitada, y con ello el corrimiento de los espacios considerados tradicionales (Hogares, Club de niños, lugares de encierro). El Educador Social, como agente del campo social, cambia su posición a partir de estas transformaciones, requiriendo una nueva formación: la profesionalización.

Y desde aquí partimos: en tiempos de Posmodernidad, de afianzamiento de políticas neoliberales y resurgimiento del higienismo, la Educación Social se constituye en constructora de vínculos sociales, en reforzadora de redes, en creadora de intersubjetividades que producen las condiciones básicas para la convivencia social. La Educación Social cobra relevancia como un derecho de la ciudadanía y el Educador Social como un profesional.

### **Concepto de salud y políticas de salud**

Consideramos relevante realizar un breve recorrido histórico sobre el concepto de salud y las relaciones que este genera. Nuestro objetivo es evidenciar la construcción social del concepto, interpelando la postura de considerar que la salud es una verdad única y generalizable a todos los individuos, independientemente del lugar, cultura y economía en la que se inserte. El no tomar en cuenta estos elementos, provoca que las definiciones actuales de salud presenten grandes limitaciones, lo que nos lleva a reflexionar sobre la posibilidad de pensar a la salud desde otro paradigma. Con fines prácticos

dividiremos la historia de la humanidad en tres grandes momentos: Premodernidad, Modernidad y Posmodernidad.

En la Premodernidad el concepto de salud estaba vinculado a una concepción mágica-sagrada centrada en el animismo y lo sobrenatural. Esta construcción del concepto de salud era sostenida por la figura del chamán o del curandero, quienes sanaban a través de ritos, exorcismos, amuletos y hierbas. En este modelo de salud cada sujeto aplicaba el conocimiento desde su propia interpretación, sin que existiera una única manera impuesta de hacerlo. El vínculo es entre sanador y creyente, y las creencias otorgaban sentido a las prácticas.

En la Modernidad, con la consolidación del conocimiento científico, nace una concepción clínica de la salud y se define como ausencia de enfermedad. Los poseedores del conocimiento científico médico pasan a ser quienes determinan qué sujetos están “sanos o enfermos” partiendo de un concepto de normalidad: quien no se ajusta a ciertas reglas es considerado un sujeto plausible de intervención médica. Aquí nace la higiene como disciplina médica, y el higienismo como política, convirtiéndose la salud en un dispositivo de control social, que da la potestad a ciertos grupos de definir lo enfermo y lo saludable, dando lugar a la eugenesia y al biopoder. En este modelo el vínculo es entre médico y paciente, y el dador de sentido el Estado, quien toma al conocimiento científico como referente.

En la Posmodernidad, la salud es concebida como una mercancía. La concepción economicista ubica a la salud como condicionante de la productividad del factor humano (da un precio a la salud y un costo a la enfermedad). La tecnología se instala como la determinante de lo “sano y lo enfermo” (tecnopoder), y los procesos de producción de conocimiento se ven marcados por los capitales de riesgo: se investigará en las áreas que sean económicamente rentables. En este modelo, el vínculo se da entre un profesional que actúa como operador, y un sujeto que actúa como usuario-consumidor, siendo el mercado quien establece las reglas de funcionamiento.

Desde nuestra posición, este concepto economicista de la salud actual es amparado por la definición de la Organización Mundial de la Salud, que si bien

busca superar el concepto moderno de salud, prácticamente nos condena a la enfermedad: “El estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o defecto” (OMS, 1946). San Martín (1985) critica el concepto de la OMS argumentando que se abstrae de los contextos de donde surge, no reconociendo la diversidad cultural, histórica, social, política y económica de las colectividades, y genera una definición simplista de un proceso complejo. El autor plantea que

“la mala salud de los grupos pobres de la población, tanto en los países desarrollados como en los menos desarrollados, no se produce por comportamientos errados, como lo pretenden las teorías contemporáneas sino por la desigual distribución del poder político, económico y social en las sociedades de clases. (...) la mayoría, sino todos los problemas de salud de los seres humanos actuales son de naturaleza política y su solución es política y económica y no solo técnica y administrativa.” (San Martín, 1985).

Esta nueva visión interpela el concepto de salud visto desde una concepción médica o tecnológica e introduce el

“reconocimiento de que el estado salud-enfermedad es el resultado global, dinámico, variable, individual-colectivo, de todas las influencias y determinantes sociales que se originan en las estructuras y en el funcionamiento de las formaciones sociales en que vivimos.” (San Martín, 1985)

Después de este breve recorrido histórico, y reflexionando sobre los planteos de San Martín, Illich y Granada, nuestra propuesta considera necesario romper con la conceptualización binómica de salud-enfermedad para transitar hacia una teoría interpretativa epistemológica de la salud, donde se relativice el concepto haciendo explícitas las relaciones internas y externas de las variables (procesos históricos, económicos y culturales). El modelo de salud debe relacionar dialécticamente a los hombres con lo natural y a los hombres entre sí, considerando fundamental la interacción entre los hombres agrupados socialmente y las nociones de proceso social y de cambio social que engloban a

los fenómenos que ocurren al hombre, como es el caso de la salud. Es necesario generar un dominio desde lo simbólico para la creación y recreación del “yo” en salud.

Desde esta visión, los sistemas de salud deben instituirse como “contradispositivos” (Agamben, 2011), es necesario la profanación de la salud como dispositivo, desacralizarla y restituir al uso común lo que el conocimiento científico separó y dividió. Volver a los ciudadanos lo que la medicina y las nuevas tecnologías sacralizaron.

### **La Educación Social en la salud**

¿Cómo vinculamos la Educación Social con lo anteriormente propuesto?  
Partimos de que la Educación Social

“ha de intentar tejer red social(...). Allí han de repartir llaves de acceso al mundo simbólico, pues es el lugar del derecho de inscripción de cada sujeto humano. Se han de ocupar de cada uno. Sobre todo de aquellos de los que muchos se pre-ocupan para ponerles un rotulo, encuadrarlos en una categoría y considerarlos flujos estadísticos a los que se les prefigura un destino cierto: exclusión cultural, social y económica”. (Núñez, 2005)

El sistema de salud como está planteado actualmente se pre-ocupa de los sujetos para encuadrarlos en perfiles poblacionales: madres adolescentes, toxicómanos, desnutridos, portadores de HIV, con el único objetivo de controlar y gestionar estos grupos generando recorridos sociales definidos de antemano. La Educación Social se presenta ante estas políticas neohigienistas como un anti-destino que busca redistribuir las herencias culturales (Núñez, 2005), promover la circulación, facilitar la posibilidad de que el sujeto genere sus propios recorridos, superar el destino social impuesto por la clasificación sanitaria.

Tanto el higienismo como el neohigienismo basan el control social en la intervención, prevención y la estadística; acciones que nos han conducido hacia relaciones más impersonales, desubjetivadas, que convierten a los sujetos en

números estadísticos, usuarios adjetivados y descuida lo que debería ser fundamental: lo humano. Este sistema de salud, cuyos centros nos recuerdan a los no-lugares a los que hace referencia Auge (2000), carentes de identidad, relación e historia; desafían a la Educación Social a dar sentido a las existencias, a las presencias en el sistema de salud, a inscribir y simbolizar la experiencia entre sujetos, construyendo un vínculo desde lo humano, lo intersubjetivo, creando lo social orgánico. Pasar de la contractualidad solitaria a la contractualidad colectiva.

Y posicionándonos desde esta contractualidad colectiva planteamos la reflexión epistemológica del concepto de salud. Si el horizonte es la construcción de una teoría interpretativa epistemológica de la salud, es necesario tomar aportes desde la antropología, desde la acción comunitaria, reforzando lo educativo, que nos permita construir y enfocarnos en un concepto mucho más humano. Por lo tanto, es necesario construir un dominio desde lo simbólico para la creación y recreación del “yo” en salud, y en este marco, la tarea educativa social sería parte fundamental.

Este posicionamiento ante el concepto de salud y la construcción colectiva del mismo busca el pasaje de una conciencia intransitiva a una conciencia crítica (Freire, 2005). Este pasaje no es espontáneo, sino que por el contrario exige la participación de la educación con el fin de fomentar la responsabilización política y social en cuanto a sus derechos. Un sujeto con conciencia crítica será partícipe activo de la concepción colectiva de salud y, al mismo tiempo, será responsable de forma crítica de las acciones que promuevan su vida saludable. Así, el cliente o usuario se transformaría en sujeto de derechos que construye su “yo” en salud. Al mismo tiempo, esta participación activa del sujeto de derechos promueve la vigilancia epistemológica propuesta por Chevallard (1998), subordinando el uso de técnicas y conceptos a un examen continuo sobre las condiciones, los límites y los factores que intervienen en su construcción. Dejar al descubierto, interpelar, analizar, reflexionar sobre la salud es pensarnos parte, es definir la salud desde fuera del binomio que la ha condenado por siglos, es construir una teoría interpretativa epistemológica en salud.



## Conclusiones

Salvo que consideremos que la Educación Social nos otorga ciertos poderes mágicos, somos conscientes que los cambios propuestos no pueden alcanzarse de forma inmediata, pero estimamos necesario comenzar a dar algunos pasos. La construcción de una teoría interpretativa de la salud se relaciona con las teorías críticas en las ciencias sociales. Tal vez es tiempo de cambiar la perspectiva y sostener que la salud, como lo plantea San Martín, no solamente se remite a un conocimiento técnico sobre el ser humano, sino que es un concepto mucho más amplio y necesariamente político.

Si bien podemos decir que este es el horizonte de nuestra propuesta, podemos observar en la actualidad algunos cambios en la visión de los sujetos: han dejado de considerar como una verdad absoluta e innegable el conocimiento en medicina, y buscan nuevas alternativas, que en su mayoría apuntan a una visión holística del sujeto. Esto no significa que se esté dando un proceso de generación de conciencia crítica, muchas veces los sujetos responden ante la medicina alternativa de la misma forma que lo hacían ante la tradicional, pero lo que rescatamos de este fenómeno es la interpelación que sufre el modelo de salud actual y el planteamiento de la necesidad de una atención en salud más humana, más vinculante entre los sujetos.

Si concebimos a la Educación social como derecho de la ciudadanía, promotora de los Derechos Humanos y fortalecedora de la democracia como forma de vida, no podemos evitar proyectar que la Salud sea parte del campo de los educadores sociales. Allí, donde es necesario generar vínculos entre los sujetos, mitigando el desacople subjetivo y generando entendimientos humanos y solidarios (intersubjetividades). Allí, donde la identidad, la relación y la historia se desdibujan, el Educador Social es capaz de generar lugares, espacios de pertenencia y referencia, donde el sujeto no sienta que es un objeto, o peor aún, un cliente en una gran máquina mercantil. Allí, donde la obediencia ciega nos impide reconocer nuestra participación en el cuidado de la salud individual y colectiva, la acción educativa social permitirá generar una conciencia crítica que nos involucre y nos haga conscientes, y nos permita comprender, analizar y

cuestionar las acciones, las experiencias y el propio concepto de salud.

Allí, en la salud, es necesario que la Educación Social establezca parte de su campo.

## **Bibliografía**

Agamben, G (2011) ¿Qué es un dispositivo? Recuperado de:  
<http://ayp.unia.es/r08/IMG/pdf/agamben-dispositivo.pdf>

Auge, M (2000) Los no lugares: Espacios del Anonimato. Barcelona, Gedisa Editorial

Camors, J (2014) El Educador Social en Uruguay. Montevideo, Grupo Magro editores

Chevallard, Y (1998) La transposición didáctica: Del saber sabio al saber enseñado. Aique grupo Editores.

Corea, C; Lewkowicz, I (2004) Pedagogía del aburrido. Escuelas destituidas, familias perplejas. Buenos Aires, Paidós

Freire, P (2005) Pedagogía del oprimido. Trad. por Jorge Mellado. 2a. ed. México, Siglo XXI.

Fortich, M; Moreno, A (Junio 2012) Elementos de la teoría de los campos de Pierre Bourdieu para una aproximación al derecho en América Latina: consideraciones previas. Facultad de Derecho, Universidad Libre, Bogotá. Recuperado de: <http://www.unilibre.edu.co/verbaiuris/27/elementos-de-la-teoria-de-los-campos-de-pierre-bourdieu-para-una-aproximacion-al-derecho-en-america-latina-consideraciones-previas.pdf>

Granada Echeverry, P (2000) El campo de la salud como espacio de construcción simbólica. Revista Ciencias Humanas. N° 20. Recuperado de: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/granada.htm>

Illich, I (1975) Némesis médica. La expropiación de la salud. Barral Editores

Molina, J. G. (s.f) El educador social entre la praxis y la poiesis educativa.

Núñez, V. (1995) El educador “especializado”. El educador social, Universidad de Murcia.

Núñez, V (2005) Participación y Educación Social. Recuperado de:  
[www.projovent.gub.uy/Documentos/Congreso%20Educadores/10\\_Violeta\\_Nunez.doc](http://www.projovent.gub.uy/Documentos/Congreso%20Educadores/10_Violeta_Nunez.doc)

OMS (1946) Constitución de la Organización Mundial de la salud.

San Martín, H (1985) Tratado general de la salud en la sociedad humana. 11ª Edición. Ciudad de México, La Prensa Médica.