

SALUD Y EDUCACIÓN: DOS VOCACIONES AL SERVICIO DE LOS DERECHOS HUMANOS

HEALTH AND EDUCATION: TWO VOCATIONS FOR HUMAN RIGHTS

VERÓNICA LILLO S. MSc (1, 2)

-
- 1. Magíster en Educación Especial.
 - 2. Académica Pontificia Universidad Católica de Chile.

Email: vlillo@uc.cl

RESUMEN

El derecho a Educación y Salud de todos los niños, es indiscutible. El derecho a Educación y Salud de calidad y en equidad, es indiscutible. El derecho a Educación y Salud inclusiva, también es indiscutible...

Las instituciones de educación y de salud son las responsables de hacer efectivos estos derechos, sin embargo, la Escuela por sí sola no puede lograrlo, innegablemente requiere de la participación y el compromiso de toda la sociedad.

En esta labor de corresponsabilidad, la salud adquiere un protagonismo particular, dada su misión de proveer y prever el cuidado y la calidad de vida de las personas. En este artículo se presentan los conceptos y desafíos clave para una educación y salud inclusiva, haciendo partícipes a los profesionales de la salud, como actores-generadores de una relación pedagógica con sus consultantes, orientada hacia el aprendizaje de una actitud de autocuidado y salud preventiva, basada en el desarrollo humano.

Palabras clave: Derechos humanos, educación, salud, vocación, inclusión, autocuidado.

SUMMARY

The right to education and health for all children is unquestionable. The right to education and health services of quality, and in equity, is indisputable. The right to inclusive education and health is also unquestionable...

The school is certainly responsible and must assume the task of making these rights effective. However, the school alone cannot accomplish the task: it requires the participation and commitment of the whole society.

Salud y Educación son Derechos Humanos irrenunciables. Ser Médico y Ser Profesor, son dos ejercicios profesionales que responden a una profunda Vocación de Servicio.

In this work of co-responsibility, healthcare acquires a special prominence, given its mission of providing and foreseeing the care and quality of life of the people. This article presents the key concepts and challenges of inclusive education and healthcare, trying to engage health professionals as actors who generate a pedagogical relationship with their patients, oriented towards learning an attitude of self-care and preventive healthcare, based on human development.

Key words: Human rights, education, health, vocation, inclusion, self-care.

VOCACIÓN

El término Vocación surge del latín “*vocatio, -onis*” que significa “acción de llamar” (1).

Gabriel Castillo, Premio Nacional de Educación, refiriéndose a la etimología del término, define la Vocación como una doble fuerza, desde una perspectiva personal y social, a través de la cual la persona está llamada a *Ser con otros Seres Humanos*, en una relación de implicancia. Así, surge la Vocación como una “fuerza interior que empuja y dinamiza al hombre en la búsqueda y realización de un plan, de un proyecto de vida”, y una “fuerza exterior, requerimiento de la sociedad y de la época, que presenta a ese proyecto vital, un marco de acción real, formas concretas, maneras históricas de expresión” (2).

La Vocación así concebida, nos interpela a ser leales a este doble llamado, no sólo desde la perspectiva profesional sino que desde nuestro marco vital, contemplando todo lo que un hombre y una mujer pueden Ser.

A partir de esta reflexión, surge el compromiso del ejercicio profesional,

como una manifestación y proyección de nuestras aspiraciones más profundas, conjugadas con los ideales y requerimientos de la sociedad y la época en que nos toca vivir. En este contexto, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (3) se constituye en ese marco de acción real, en el cual ejecutar y hacer posible los ideales que nos inspiran para asumir y entregar una calidad y condición de vida en consonancia con la dignidad y el valor de la persona humana.

"Los niños, cuando nacen, no saben todavía para qué han sido llamados a la vida. Nada saben de la altísima dignidad de persona humana de que vienen investidos; nada saben de su necesidad de encuentro con el conocimiento; nada saben de la convocatoria que han recibido para la construcción de la justicia; nada saben tampoco de que, en esa construcción de una vida con dignidad para todos, cada cual trae un aporte que es sólo suyo y que, si él no lo entrega, nadie más lo podrá entregar" (4). En este contexto, la Convención sobre los Derechos del Niño (5) se instala con fuerza y convicción, para empoderar aún más a la sociedad y hacerle explícito el carácter irrenunciable de este *llamamiento vocacional*. Salud y Educación se ven particularmente interpeladas, en una mezcla de responsabilidades compartidas que se traducen en derechos y deberes que deben ser asumidos principalmente por los adultos a quienes les corresponde velar por el cuidado de sus niños.

EL DERECHO A LA EDUCACIÓN

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos (3) en su artículo 26 y en la Convención sobre los Derechos del Niño (5) particularmente en sus artículos 28 y 29, se establece el reconocimiento de los Estados Partes sobre el derecho del niño a la educación, a fin de que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades ese derecho. También se conviene en que la educación deberá estar encaminada, entre otros aspectos, a desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades; y prepararlo para asumir una vida responsable en una sociedad libre...

Es importante señalar que la Convención sobre los Derechos del Niño (5), define el concepto de "niño" en su Artículo 1, el que dice así: *"Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad"*.

Lo anterior, aplicado a nuestro contexto educativo, es coincidente con el rango etario que abarca desde la educación inicial hasta la educación media o secundaria. Con ello, se respaldan los derechos de prácticamente todas las personas en su etapa escolar.

ESCUELAS PARA APRENDER Y ESCUELAS PARA ENSEÑAR

Parojojalmente, en Chile, aun cuando sea un Estado, parte de estas convenciones, se ha instalado una suerte de inspiración contradictoria para establecer la *verdadera Misión de la Escuela* (El término "*Escuela*" se utilizará para referirse genéricamente a todas las Instituciones de Educación Escolar, en los niveles de educación inicial, básica y media). No se discute que su centro es el (la) estudiante, tampoco se niega la responsabilidad de

suscitar el proceso de enseñanza-aprendizaje, la diferencia aparece en la priorización de uno de estos dos componentes por sobre el otro. Surgen así dos tipos de Escuelas: una *Escuela para Enseñar* y una *Escuela para Aprender*.

Para nuestra cultura, es "normal o frecuente" que el rendimiento de los alumnos se distribuya en alto, medio y bajo nivel de desempeño. Ante este panorama, hay Escuelas que lo explican desde *la calidad de su enseñanza*, asumiendo victoriamente los éxitos de sus alumnos y enfrentando sus fracasos como una necesidad de reforzar sus estilos de enseñanza, teniendo en cuenta que si éstos persisten, deben atribuirse a otros factores tales como: las capacidades de los alumnos, sus hábitos o dedicación al estudio, cursos muy numerosos, problemas de disciplina, falta de recursos didácticos, situación familiar, etc. El objetivo central de estas Escuelas es *enseñar* y por tanto no modificarán sus metas de una *enseñanza de calidad*, por la natural existencia de distintos niveles de desempeño en sus estudiantes, no estarán dispuestas a perjudicar a los estudiantes exitosos que son la evidencia de que sí es posible acceder a los altos estándares que se han propuesto.

Esta *Escuela para Enseñar* concibe a estudiantes que tienden a desarrollar dos particulares estilos de motivación para aprender. Una de éstas es aquella motivación que preferentemente se orienta a la evitación del fracaso, la otra, busca el éxito y las buenas calificaciones. Siguiendo esta lógica, los enfoques de aprendizaje que utilizan estos estudiantes son superficiales o estratégicos, buscando el reconocimiento externo y la rentabilidad en los resultados. Claramente queda estipulado el *rol del profesor para enseñar y el rol del estudiante para aprender*.

La *Escuela para Enseñar* tiene altas expectativas sobre sus estudiantes, se plantea desafíos tales como *nivelar hacia arriba*, asume el reto de las pruebas estandarizadas y circunscribe su calidad a las mediciones que están en el ranking del sistema escolar nacional e internacional. Esta *Escuela para Enseñar* se ve en la necesidad de seleccionar a sus estudiantes, para cumplir con sus altas expectativas de competitividad en la obtención de los más altos rendimientos. Esta *Escuela para Enseñar* parojojalmente goza de un alto prestigio social.

Distinta es la posición de aquellas Escuelas cuyo objetivo central es el *aprendizaje de todos sus estudiantes*. Para estas Escuelas, la presencia de algún estudiante que no haya logrado el aprendizaje, es un fracaso para sí mismas y por tanto se ven interpeladas a buscar incansablemente la forma de revertir esta situación. "La *Escuela para Aprender* se adapta tanto a las ventajas económicas de un niño como a la pobreza de otro niño, a las facilidades de aprender de uno como a las dificultades de aprendizaje de otro, a las alegrías en la casa de un niño como a las perturbaciones familiares del de más allá... La *Escuela para Aprender* funciona no cuando los profesores enseñan, sino cuando los alumnos aprenden... crea condiciones para que el niño aprenda y alcance las metas más altas que él pueda; pero a partir de la realidad en que cada niño, históricamente está" (6).

Esta *Escuela para Aprender* concibe a estudiantes que son susceptibles de asumir distintos estilos de motivación para aprender. Ambos, profesor y estudiante, intentan conocer y comprender los factores causales y

las consecuencias de dichos estilos, estimulando el encuentro y desarrollo de aquella motivación intrínseca que se activa por el deseo de conocer y comprender de manera profunda, vinculando el aprendizaje con sus experiencias previas, llevándolo a su mundo personal y social para darle sentido y significado. Este escenario, suscita en la conciencia del niño su alta dignidad y el llamamiento para asumir responsablemente la construcción de su destino y apostar por una alta calidad de vida en comunidad.

En este contexto, no existen límites entre el aprender y el enseñar, tanto estudiantes como profesores traspasan las tradicionales fronteras, reconociendo el potencial y sabiduría de cada uno. Se desarrolla una relación horizontal en igualdad de derechos; sin perder la perspectiva de las diferencias y el rol que a cada uno le compete en esta interacción educativa; sin olvidar que el primer aprendiz es el profesor, es él quien tiene que aprender cómo aprenden cada uno de sus estudiantes y, desde allí, establecer un diálogo a través de un lenguaje común que les permita comunicar y comunicarse efectivamente.

INCLUSIÓN ESCOLAR: UNA ESCUELA PARA APRENDER

La Escuela para Aprender contiene en sí misma un enfoque inclusivo, y coincide con el consenso internacional sobre la esencia de este tipo de educación. En efecto, sabemos que el término inclusión surge del vocablo latino "*inclusio, -ōnis*" que significa "*acción y efecto de incluir*" y también "*conexión o amistad de alguien con otra persona*" (1). "La inclusión implica que todos los niños de una determinada comunidad aprendan juntos independientemente de sus condiciones personales, sociales o culturales. Se trata de lograr una escuela en la que no existan "requisitos de entrada" ni mecanismos de selección o discriminación de ningún tipo; una escuela que modifique substancialmente su estructura, funcionamiento y propuesta pedagógica para dar respuesta a las necesidades..." (7)

La *inclusión* es un proceso que comienza y parte del respeto y valoración de la diversidad, considerándola como un factor de enriquecimiento y desarrollo personal y social. Es un derecho humano el vivir en comunidad, "... toda persona pertenece a una comunidad y puede contribuir a ésta por impedida y discapacitada que se encuentre. Toda persona posee capacidades y talentos. Si se acepta esto, la etiqueta de "discapacitado" pierde importancia a favor de la persona que la lleva. La inclusión es además un derecho fundamental basado en la pertenencia y los contactos con una comunidad (8). Desde este enfoque, se pretende eliminar toda forma de segregación y exclusión.

"Actualmente existe un consenso mundial en relación con los principios y filosofía de la integración y de la inclusión educativa, razón por la cual el debate se centra ahora en analizar las condiciones y estrategias que facilitan su puesta en práctica" (7). En la inclusión el centro de atención es la transformación de la organización y respuesta educativa de la escuela para que acoja a todos los niños y tengan éxito en su aprendizaje. Tal como lo señalan Booth y Ainscow (9) a través de su Índice de Inclusión, con el propósito de colaborar en este proceso de transformación de la escuela, es necesario avanzar hacia la modificación de tres dimensiones fundamenta-

les, a saber: *cultura, política y prácticas de la escuela*.

Paralelamente, han surgido una serie de modelos y propuestas metodológicas referidas la educación inclusiva, entre éstas podemos señalar el modelo de creación de la desventaja de Fougeyrollas y el modelo concéntrico de diferenciación de Lorenz (8). El modelo de creación de la desventaja es un modelo interactivo que integra un pensamiento ecológico en la diagnóstico de los niños con discapacidades en el cual se plantea que frente a la misma situación de "minusvalía", un determinado contexto, bajo ciertas condiciones, puede conducir a una participación social plena o a una desventaja o estigma social, un obstáculo para la participación. El modelo concéntrico de diferenciación postula un currículo diferenciado y estándares diferenciados, prepara para cada tema o lección de una asignatura los conceptos claves, modificándolos en caso necesario para algunos alumnos.

Es importante recalcar que la educación inclusiva implica una visión diferente de la educación común basada en la heterogeneidad y no en la homogeneidad. Las diferencias son inherentes al ser humano y están presentes en cualquier proceso de enseñanza-aprendizaje. Entre los factores más influyentes para avanzar hacia un currículo diferenciado, el rol del profesor es clave, pues se requiere de su talento, de su actitud positiva hacia la innovación, de su capacidad para asegurar y activar los apoyos necesarios, y su flexibilidad para diversificar los modelos de enseñanza.

¿UTOPÍA O CAMBIO DE ACTITUD Y RESPONSABILIDAD COMPARTIDA?

"Cuando la Escuela hace posible que cada niño aprenda, dentro de sus posibilidades, a cuidar la vida y cuando cada niño aprenda, dentro de sus posibilidades, a encontrarse con el conocimiento, entonces ha aparecido la Escuela para Aprender... esa Escuela puede ser una utopía... Pero se trata de caminar hacia allá y no hacia otra parte" (6).

El desarrollo de escuelas inclusivas es una utopía, las utopías son necesarias para lograr un mundo mejor, y la educación es un instrumento esencial para transformar la sociedad. Así lo señala Jacques Delors en el Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI: "*Frente a los numerosos desafíos del porvenir, la educación constituye un instrumento indispensable para que la humanidad pueda progresar hacia los ideales de paz, libertad y justicia social*" (7).

La condición más importante para el desarrollo de escuelas inclusivas es que la sociedad en general y la comunidad educativa en particular tengan una *actitud* de aceptación, respeto y valoración de los derechos de las personas.

Tal como lo señalan Blanco (7), De Vroey (8), Bermeosolo (10), en consonancia con diversos autores, la inclusión requiere de un cambio en las concepciones, actitudes y prácticas de los profesores. Las actitudes iniciales del profesorado y de la comunidad son una de las variables esenciales a tener en cuenta. Una de las barreras más importantes para el desarrollo de la educación inclusiva surge con la dificultad de cambiar las representacio-

nes o concepciones sociales. Generalmente las actitudes negativas tienen que ver con el temor a lo desconocido y a no poseer recursos personales para manejar las diferencias.

El ejercicio de la ciudadanía en una sociedad democrática, implica la conciencia sobre la necesidad de construir una comunidad, a partir de la atribución de una responsabilidad compartida, en reciprocidad e implicancia. Bajo este principio, la calidad de la educación no puede atribuirse a la acción de la sola escuela. La escuela sí es responsable, de ello no hay duda, pero no puede afrontar todos y cada uno de los problemas por sí sola. Tal como lo sostiene De Vroey (8) “únicamente si se consigue crear servicios... dichos servicios podrían ayudar al proceso de inclusión y a conseguir una plena participación”.

En este contexto, Blanco (7) afirma de manera concluyente que “si bien la educación inclusiva es una opción de los responsables del sistema educativo, ésta no podrá ser realmente efectiva si no se desarrollan paralelamente programas sociales que aborden parte de las causas que están en el contexto social, por lo cual es necesario desarrollar políticas y normativas de carácter intersectorial: salud, justicia, bienestar social, trabajo, etc.”

EL DERECHO A LA SALUD

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos (3) en su artículo 25, y en la Convención sobre los Derechos del Niño (5) particularmente en su artículo 24, se establece el reconocimiento de los Estados Partes sobre el derecho del niño a la salud: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...” (Artículo 25). “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios” (Artículo 24). En la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946 (11) se consagró como derecho humano fundamental *el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr*. Cabe señalar que esta consagración se ha ratificado en una serie de instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (11).

La importante sinergia que existe entre salud y derechos humanos queda en evidencia en múltiples casos, un ejemplo de ello aparece en el contenido normativo de algunos de los derechos humanos que se relacionan con la salud. Entre éstas, cabe mencionar aquellas vinculaciones que coinciden complementariamente con el derecho a la educación, a saber: el derecho a la *participación, a la información, al progreso científico y al nivel de vida*. Lo anterior, se visualiza claramente en la Conferencia de Alma-Ata en 1978, en la cual se estableció el concepto de la salud como un derecho humano y se propuso como enfoque central de la estrategia de Atención Primaria la reorientación de recursos hacia el cuidado básico y hacia la prevención, y no exclusivamente hacia los hospitales y la alta tecnología médica. Tal como lo plantea Lange (12) “en dicha oportunidad se destacó la *participación social y multisectorial* como elemento clave para mejorar el

nivel de salud de la población, y el derecho y deber que tienen las personas de participar en su atención sanitaria (OPS/OMS 2003)”.

Se hace indiscutible el protagonismo de la población en el cuidado de su propia salud. La Organización Mundial de la Salud (13) “...define la *participación comunitaria como el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo con sus propias necesidades y las de su comunidad, y de esta forma adquieren un sentido de responsabilidad respecto a su propio bienestar y el de aquella, así como la capacidad para contribuir de manera consciente y constructiva al proceso de desarrollo*”.

“El propósito inicial de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) era que los pueblos del mundo al año 2000 alcanzaran un nivel de salud que les permitiera desarrollar una vida social y económicamente productiva. Dos de sus principios básicos fueron lograr la accesibilidad y cobertura universales en salud y el compromiso, participación y autosustentabilidad de los individuos y comunidades... Para que estos postulados se hagan realidad, deben converger políticas, recursos y voluntades de ciudadanos y gobiernos” (12).

AUTOCUIDADO

“El autocuidado en salud es una estrategia frecuente, permanente y continua que utilizan las personas para responder a una situación de salud o enfermedad; por eso el autocuidado es la base de la pirámide de la atención primaria. Si el autocuidado desapareciera tan sólo por un día... no cabe duda que los sistemas de atención en salud, aún los más sofisticados, se verían sobrepasados y colapsarían. Es evidente, entonces, que las instituciones de salud tienen un importante rol que cumplir en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de autocuidado de sus consultantes... Si bien existe un reconocimiento de la importancia del autocuidado para mejorar el nivel de salud de los países, los esfuerzos dedicados al desarrollo de estrategias con este fin a nivel de las instituciones de salud, son aún insuficientes” (12)

Lange, (12) hace alusión a distintos modelos y metodologías referidas al aprendizaje y desarrollo del autocuidado en la población. Punamäki y Aschan (12) “definen la esencia del autocuidado como la capacidad de los individuos para ejercer control (*mastery*) sobre su salud o enfermedad”. Ellos incorporan categorías de salud y bienestar que surgen de los propios miembros de la comunidad, tales como: búsqueda y resguardo del significado y propósito de la vida; relaciones sociales y convivencia (*togetherness*); mantenerse activos; recreación y disfrute; disciplina y buena salud, y tratamiento de síntomas y enfermedades. Aquí se identifica la presencia de factores psicoespirituales y sociales, los que al ser importantes para las personas, facilitarían su adscripción al logro como metas de autocuidado. Coherente con el anterior, aparece el concepto de “salud positiva” que formula Ryf&Synger, (12) en el que se identifican dimensiones tales como: cuerpo saludable; alta calidad de relaciones personales; sentido de propósito en la vida; autocontrol en las tareas de la vida, y resistencia al estrés, al trauma y a los cambios.

“En Chile, a partir de 1982, se inicia en el Centro de Diagnóstico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica (CEDIUC), un proyecto docente asistencial (apoyado por la Fundación W.K. Kellogg) liderado por enfermeras cuya meta fue incorporar el autocuidado como

estrategia permanente en la atención de salud. Progresivamente se fueron clarificando cinco características básicas del modelo:

1. Cada contacto entre usuario y personal de salud es considerado como una instancia educativa potencial y una oportunidad para reforzar o desarrollar capacidades de autocuidado.
2. Los usuarios y sus familias son considerados parte del equipo de salud.
3. Los usuarios y sus familias son reconocidos no sólo como consumidores sino también como proveedores de atención de salud.
4. La relación interpersonal entre usuarios y equipo de salud es horizontal, participativa, constructiva, respetuosa y democrática.
5. El estilo de gestión es coherente con la filosofía del autocuidado (12).

Green (12) propone el modelo PRECEDE: "Factores que predisponen, re-fuerzan y facilitan la conducta saludable en el contexto de un diagnóstico y evaluación educacional", entre otros propósitos, este modelo constituye un recurso para analizar las conductas desfavorables para la salud, identificar los factores personales y del ambiente que las predisponen, facilitan y refuerzan, para, a partir de allí, planificar intervenciones educativas, organizacionales y de políticas de salud, que desde diferentes ángulos apunten a cambiar esa conducta dañina para la salud" (12).

Desde otra perspectiva, Gantz (12) afirma que "La psicología hace un aporte indirecto a través del estudio de procesos psicológicos relacionados con el autocuidado tales como el concepto de sí mismo, la autoeficacia, el locus de control y también, de manera más directa, a través del estudio de cómo las personas se mantienen sanas, por qué se enferman y cómo responden cuando esto sucede".

El autocuidado se aprende

Si el autocuidado se define como la capacidad de las personas para ejercer control sobre su salud o enfermedad, si se considera como una estrategia para obtener resultados asociados a la salud y al bienestar, si se describe como un repertorio conductual sobre sí mismo, etc...podremos concluir que estamos hablando de un tipo de cuidado que *se aprende*.

En este contexto, se hace explícito el rol educativo de los profesionales de la salud y en definitiva de las Instituciones de Salud. No es aventurado suponer que, de manera similar a la situación parojoal que se ha expuesto anteriormente sobre la verdadera Misión de la Escuela, en nuestro sistema de salud se han replicado estas mismas contradicciones.

Aun cuando es posible visualizar a través de la historia una innegable evolución del conocimiento de la medicina en ciencia y tecnología, unida a las transformaciones sociales y ambientales que la rodean, es posible identificar la coexistencia de al menos dos tendencias que se destacan.

INSTITUCIONES DE SALUD CON UN ENFOQUE TRADICIONAL

"Generalmente, los servicios de salud utilizan un concepto de salud y bienestar restringido a los problemas epidemiológicos del país o la región; lo que incluye el diagnóstico y tratamiento médico farmacológico de las morbilidades más prevalentes" (12).

Este enfoque, junto con la medicalización e institucionalización del cuidado de las personas enfermas, deposita la responsabilidad del cuidado de la

salud en sus profesionales (principalmente al médico), cuyos saberes están muy por encima del conocimiento del común de las personas. La relación *médico - paciente* establece claros límites en sus roles, el médico prescribe (enseña) y el paciente sigue las instrucciones (aprende).

Estas Instituciones de Salud promueven en sus pacientes una actitud dependiente y reactiva a las condiciones de salud. Acudirán a sus servicios ante una enfermedad y en busca de la recuperación, lejos estarán de asumir una actitud proactiva que les inste a prevenir y mejorar sus condiciones vitales. Algunas de estas instituciones, en un afán de modernización han incorporado los conceptos de eficiencia y productividad, propios del mercado, pionerismo fuertemente a sus profesionales para alcanzar ciertos estándares que no se condicen con el concepto de calidad. Una de sus consecuencias adversas es la reducción del tiempo de consulta que se otorga al paciente, lo cual hace aún más difícil el establecimiento de una comunicación interpersonal, más abierta y profunda.

Su rol educativo se expresa fundamentalmente a través de diversas formas de comunicación, entre las que se destacan la entrega de información escrita (folletos, trípticos) o verbal (charlas y conferencias). Información que generalmente se mantiene en una sola dirección, desde el profesional hacia el paciente, aun cuando se incorporen tecnologías y medios de comunicación más sofisticados.

INSTITUCIONES DE SALUD CON UN ENFOQUE INCLUSIVO

"El sustento filosófico que fundamenta la participación de los usuarios en la atención de salud es la convicción del equipo prestador de servicios de que toda persona tiene capacidades y el derecho para decidir y actuar en beneficio de su salud" (12).

Estas Instituciones se adscriben al "movimiento de fomentar la autorresponsabilidad de los individuos, familias y comunidades en el cuidado de su salud, como un medio de mejorar el nivel de vida en general" (12), lo cual se asimila al concepto de *participación comunitaria* en donde las personas encuentran la oportunidad para asumir su responsabilidad de manera consciente e intencional en busca del bienestar individual y social.

Una consecuencia natural de esta visión, es un estilo de personas que cuestionan y exigen más conocimientos y mayor participación en las decisiones respecto a su salud. Se establece una *relación médico - consultante*, entendiendo a este último como un sujeto de derechos y capacidades. En esta relación ambos se ven interpelados a asumir una comunicación pedagógica, intentan conocer y comprender los factores causales y las consecuencias de los estilos de cuidado del consultante, vinculando este aprendizaje con sus experiencias previas y llevándolo a su mundo personal, social y ambiental para darle sentido y significado. Este escenario, suscita en la conciencia del consultante su alta dignidad y el llamamiento para asumir responsablemente su bienestar y apostar por una alta calidad de vida en comunidad.

En este contexto, no existen límites entre el aprender y el enseñar, tanto el médico como el consultante traspasan las fronteras, reconociendo el potencial y sabiduría de cada uno. Se desarrolla una relación horizontal en igualdad de derechos; sin perder la perspectiva de las diferencias y el rol

que a cada uno le compete; sin olvidar que el primer aprendiz es el médico, es él quien tiene que aprender cómo aprenden cada uno de sus consultantes y, desde allí, establecer un diálogo a través de un lenguaje común que les permita comunicar y comunicarse efectivamente.

CONCLUSIONES Y PROYECCIONES

Finalmente, es posible reconocer la relación existente entre Salud y Educación como dos vocaciones al servicio del desarrollo humano. La evolución de éstas, permite observar un avance significativo hacia la atribución de una responsabilidad compartida para el logro de las metas de aprendizaje y autocuidado de las personas y una clara tendencia hacia el reconocimiento del necesario protagonismo de sus principales beneficiarios (estudiantes y pacientes). Surgen así, el concepto de una escuela para aprender y un servicio de salud para el autocuidado.

Para suscitar el desarrollo humano, desde la sociedad en su conjunto, se requiere asumir y compartir una visión inspirada en la interiorización de una cultura inclusiva que le comprometa a asegurar:

El derecho a la Salud y Educación de todos los niños

El respeto por la diversidad

El requisito de equidad

Al igual que en la Educación, avanzar hacia la inclusión en las Instituciones de Salud implica: creación de una cultura, elaboración de políticas y desarrollo de prácticas inclusivas. Para asumir esta corresponsabilidad, se requerirá el desarrollo de actitudes basadas en un conjunto de creencias

que se sustentan en una concepción humanista de la persona, libre de prejuicios y atenta a la diversidad.

Los profesionales al servicio de la salud poseen en sí mismos un rol fundamental en la educación de la sociedad: Avanzando desde una salud remedial o curativa hacia una salud preventiva y de autocuidado.

Para ello se requiere modificar el concepto de "paciente" (sujeto pasivo) por el de "consultante" (sujeto activo) que se conoce a sí mismo y es capaz de auto-cuidarse y cuidar a otros: "El niño tiene derecho a expresar su opinión libremente y a que esa opinión sea debidamente tenida en cuenta en todos los asuntos que le afecten" (5).

También se hace necesario cambiar el estilo de relación prescriptiva en donde el médico asume toda la responsabilidad, a base de su conocimiento profesional, por el de una relación pedagógica en donde ambos comparten el rol de maestros y aprendices.

El derecho a educación y salud de todos los niños, es indiscutible. El derecho a educación y salud de calidad y en equidad es indiscutible. El derecho a educación y salud inclusiva también es indiscutible... La Escuela y las Instituciones de Salud sí son responsables y deben asumir la tarea de hacer efectivos estos derechos, sin embargo, por sí solas no pueden lograrlo, innegablemente requieren de la participación y el compromiso de toda la sociedad.

"Porque todo hombre y toda mujer, tienen derecho a ser persona..."

"Porque todo hombre y toda mujer, tenemos la responsabilidad, de colaborar para que ello ocurra..."

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionarios: Etimológico/ RAE / Panhispánico de Dudas. Recuperado el 5 de noviembre de 2013, de <https://sites.google.com/site/pyrrus7/diccionario-etimologico>
2. Castillo, G. Vocación y Orientación. Santiago, Chile. Fondo Ed. Educación Moderna. 1966
3. ONU (1948) Declaración Universal de Derechos Humanos. Naciones Unidas. Recuperado el 23 de octubre de 2013, de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
4. Castillo, G. La Escuela de Anticipación: Una Escuela Básica Universalista, Inclusiva. 2° Edición Ministerio de Educación (CPEIP), Santiago de Chile, Maval Limitada. 2008
5. ONU. Convención sobre los Derechos del Niño. 1989. Recuperado el 10 de octubre de 2013, de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
6. Castillo, G. La Orientación y los Profesores. 2° Edición, Ministerio de Educación (CPEIP). Santiago de Chile: Andros Impresores. 2009.
7. Blanco, R. Hacia una escuela para todos y con todos. Boletín del Proyecto Principal de Educación para América Latina y el Caribe. OREALC/UNESCO, 1999; 48: 55-72.
8. De Vroey, A. Servicios de apoyo para la educación integradora. Ágora IX: Modelos alternativos de formación. Cedefop Panorama series. 2003; 66: 21-31. Recuperado el 2 de noviembre de 2013, de http://www.cedefop.europa.eu/EN/Files/5137_es.pdf
9. Booth, T. & Ainscow, M. Índice de Inclusión. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas. Bristol, UK: Centre for Studies on Inclusive Education. (Versión en español patrocinada por la OREALC/UNESCO). 2000.
10. Bermeosolo, J. Aprendizaje y participación de todos los alumnos. Bermeosolo, J. Cómo aprenden los seres humanos. Mecanismos psicológicos del aprendizaje. 2° Edición, Santiago de Chile, Ediciones UC. 2005: 229-247.
11. OMS. Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos. Organización Mundial de la Salud. 2002; 1: 1-31
12. Lange, I. et al. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América. THS/OS06/7 Original en Español. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS) Unidad de Organización de Servicios de Salud (THS/OS). Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 2006.
13. Higashida, B. Salud del Individuo y de la comunidad. Higashida, B. Educación para la Salud. 3° Edición, México, McGraw-Hill Interamericana. 2008; 1-21

La autora declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.