

Nuevos retos de la Educación para la Salud: las sociedades multiculturales y las nuevas prioridades

M. Cruz Molina Garuz

Universidad de Barcelona. Facultad de Pedagogía

Quim Cabra Soler

Psicopedagogo IES Pallejà

Resumen

Este artículo es el resultado de la reflexión sobre la evolución de la Educación para la Salud y las formas de implantarse en nuestro país. Se hace especial énfasis en el ámbito educativo por su responsabilidad en formar ciudadanos y en potenciar los recursos en pro de su salud. Se analizan dos situaciones, la multiculturalidad y los problemas de salud emergentes, que, junto a las evidencias sobre la eficacia de las acciones de promoción de la salud, imponen una reorientación de la Educación para la Salud. Se ofrecen propuestas que responden a la reflexión y a la necesidad de articular el marco teórico, la realidad y las evidencias con la práctica. Los nuevos planteamientos respecto a la Educación para la Salud deben afectar tanto a su enfoque, como a su aplicación en los diferentes ámbitos, como a la creación de infraestructuras organizativas en los centros y en la Administración Pública que la impulsen, la regulen y la supervisen.

Palabras clave: Promoción de la Salud, prevención, intercultural perspectiva, educación, transversalidad, problemas emergentes, eficacia

Abstract

This article is the result of the reflection about the evolution of the Health Education and the implementation in our country. Special attention is placed on the education context due to its great responsibility in the formation of citizens and in boosting the resources for their health. Two situations, the intercultural and the new health problems are analysed, that, together with the evidence of health promotion effectiveness, impose a new orientation of the health education. Proposals that answer to the reflection and the necessity of joining theory, reality and evidences with the practice are offered. The new orientations about Health Education must affect to the perspective and the development in the different contexts, as well as to the organization framework in the centres and in the public administration that foment, regulate and evaluate it.

Keywords: Health promotion, prevention, crosscultural perspective, education, cross perspective, new problems, effectiveness.

1. Repensar y reorientar la Educación para la Salud

La Educación para la Salud, ha ido construyendo un marco teórico con la contribución de conocimientos aportados por distintas disciplinas científicas como la medicina, la antropología, la psicología y la pedagogía. Sin embargo, a pesar de su reconocido papel en los ámbitos educativos y sanitarios, tanto para la promoción de la salud como para la prevención, su práctica dista mucho de haberse consolidado.

Haciendo un balance de cómo ha evolucionado la Educación para la Salud en los centros educativos, recordamos las expectativas que se nos abrían al ofrecerse un marco educativo que “parecía” resolver muchos de los conflictos que nos planteaba la incorporación de la Educación para la Salud a lo largo de las diversas etapas educativas. Desde la aprobación de la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE 1/1990) se materializaba una reivindicación de diversos sectores próximos al sistema educativo: la necesidad de incorporar de manera sistemática determinados contenidos. Estos contenidos, por su importancia, deberían formar parte del currículum, pero no siempre mediante un tratamiento explícito en los contenidos de las diferentes áreas. Se trata de contenidos socialmente valiosos, que poseen una gran importancia para el desarrollo integral del alumnado. De esta manera se articulaban unos “Temas transversales” como: Educación para el Consumo, Educación Vial, Educación no Discriminatoria, Educación para la Salud, Educación

para la Paz, Educación Sexual, Educación Ambiental, entre otros.

Estos temas no pueden ser tratados de manera directa o exclusiva en ninguna de las áreas del currículum, ni en ninguna edad o etapa escolar. Aquí es donde destaca el tratamiento *transversal*, según el cual se sitúan en los diferentes cursos o etapas escolares, integrándose a lo largo de todas las áreas. De este modo, los centros educativos habrían de asumir la elaboración de un proyecto educativo de centro que contemplara la Educación para la Salud como un objetivo educativo.

Actualmente, y después de un largo periodo, no tenemos datos oficiales del resultado de la implantación de los “temas transversales” en general o de la Educación para la Salud en concreto. En un estudio realizado sobre la aplicación de programas educativos en escuelas del País Vasco, aparecen los siguientes resultados (Vega, 2000):

- Se reconoce que la Educación para la Salud como transversal no está asumida en más de la mitad de los centros, con tan sólo uno de cada diez profesores que dice que la Educación para la Salud está contemplada en el proyecto de centro.
- Los profesores han abordado el tema de Educación para la Salud, en la mayoría de los casos (más de la mitad) de forma puntual, mientras que casi uno de cada cinco de los profesores ni siquiera abordó el tema.

Hay que reconocer que la mayoría de centros contemplan la Educación para la Salud, concretamente la prevención de las drogodependencias, educación sexual..., en su Proyecto Educativo de Centro, limi-

tándose en una gran mayoría de casos a un tratado de buenas intenciones, que en pocas ocasiones se articula en un abordaje sistemático en las aulas, limitándose en una gran parte a intervenciones o sesiones puntuales de carácter informativo. Una excepción la encontramos en los centros que se han adherido a la *Red de Escuelas Promotoras de Salud*, proyecto promovido por la Unión Europea, el Consejo de Europa, y la OMS (Roset y Viladot, 2003).

Por otro lado, se observa que los temas transversales se han implantado de diferente manera en Educación Infantil y Primaria que en la Educación Secundaria Obligatoria. El profesorado de Educación Primaria ha entendido e integrado mejor el concepto de temas transversales, debido en parte a las características de la etapa y a una formación más generalista y más cercana al abordaje de aspectos como: hábitos, actitudes y también, quizás, por una concepción distinta del proceso enseñanza/aprendizaje, entendiendo su labor mucho más cercana al concepto de "educar" en toda su amplitud.

En un estudio realizado en Cataluña, en la Región Sanitaria Centro en el curso escolar 1994-1995, de las 430 escuelas encuestadas, un 75'6% (325 escuelas) declaró que realizaba alguna actividad relacionada con la Educación para la Salud. De éstas, un 31,1% hacía un abordaje a lo largo de todo el currículum (de manera transversal), un 34,9% lo hacía de manera puntual y un 48,5 reconocía trabajar la Educación para la Salud de manera puntual en algunas ocasiones y de manera transversal en otras.

En la etapa de Enseñanza Secundaria Obligatoria la *transversalidad* es un con-

cepto muy teórico, debido quizás, a una concepción parcial del proceso de enseñanza/aprendizaje, en parte facilitado por el reparto de materias por especialidades y en parte por la falta de formación en los temas que no son de la propia especialidad. Así, el concepto de interdisciplinariedad implícito en la transversalidad no se ha respetado. Una práctica muy común ha sido la de entender que todos los *temas transversales* o aquellos temas que no forman parte de un área o materia, debían de tener su lugar en el espacio de tutoría. La experiencia ha demostrado la dificultad en dar cabida en una hora semanal a los temas propios del funcionamiento del grupo (resolver conflictos entre iguales, temas de disciplina...) y a la vez querer dar cabida a un alubión de temas y propuestas.

Últimamente hemos podido presenciar una tendencia por parte de diversos sectores a plantear la necesidad de añadir al currículum escolar una asignatura o un espacio que permita trabajar aquellos aspectos que han producido cierta alarma social y que reúnen un amplio consenso respecto a la necesidad de realizar un trabajo educativo/preventivo desde el medio escolar. Esto ha ocurrido respecto a la seguridad viaria, conducción cívica o prevención de accidentes de circulación. También ocurre lo mismo con referencia a la violencia de género, embarazos no deseados, SIDA-VIH, drogodependencias... Estas manifestaciones responden a un periodo de mayor sensibilidad después del impacto o constatación de la gravedad de la situación actual o alarma social en cada uno de estos temas. Aunque coincidimos en la necesidad de abordar las nuevas problemáticas emergentes desde la educación, pensamos que no resulta realista plantear

una asignatura por problema. Nos parece más adecuado y factible un planteamiento más global centrado en las raíces, causas o factores que influyen en ellos (factores de riesgo y factores de protección), que en muchos casos son comunes.

En la actualidad nos encontramos en un momento de cambios importantes sociales y políticos, que deben tenerse en cuenta en Educación para la Salud, puesto que nos ofrecen nuevas oportunidades y por tanto nuevos retos que necesariamente hemos de asumir desde la comunidad educativa y sanitaria. Para los profesionales que desde hace años trabajamos en la promoción de la salud, también representan nuevas expectativas.

2. Los nuevos retos de la Educación para la Salud: Las sociedades multiculturales

Los movimientos migratorios han aumentado extraordinariamente en todo el territorio español. Según el Ministerio del Interior, en junio del 2003 se contabilizaron en nuestro país 1.448.671 extranjeros regulados, lo que representa un aumento de 124.671 con respecto a diciembre del 2002. A estas cifras deberíamos añadir los inmigrantes que se hallan sin regularizar.

Las condiciones en las que llegan y viven muchos inmigrantes conlleva diferentes niveles de desigualdad social respecto al conjunto de la población española. Por un lado, porque deben afrontar situaciones difíciles y distintas en todos los ámbitos de su vida personal, social y laboral (hábitos de salud, condiciones laborales, códigos lingüísticos, estilos de relación interpersonal, valores, etc.). En

segundo lugar, el estado de irregularidad de muchos de ellos facilita la situación de exclusión social, contribuyendo al aumento de las desigualdades sociales que inciden claramente en la salud (mayor probabilidad de ciertos problemas de salud, mayor riesgo de conductas no saludables, dificultad de acceso a la educación y a los servicios de atención sanitaria, nivel educativo, etc.). Balanzó, Faixedas y Guayta (2003) presentan datos de gran interés respecto a las diferencias de salud entre inmigrantes y autóctonos referidas a la Comunidad Autónoma de Cataluña:

- Las principales diferencias entre la población inmigrante y la autóctona se producen en las enfermedades como el cáncer, las cardiovasculares, las respiratorias, las transmisibles, los accidentes y las derivadas de los estilos de vida.
- La percepción de la salud es peor en la población inmigrante.
- La salud mental también es menor debido sobre todo al denominado duelo migratorio.
- Aumenta el nacimiento de hijos de padres inmigrantes (8,1% del total). Existen diferencias de edad de la madre y la tasa de fecundidad es más alta en inmigrantes.
- El 17,5% de los embarazos en adolescentes se producen en madres extranjeras, de las cuales el 93% proceden de países en desarrollo. Se observa un incremento de interrupciones voluntarias del embarazo, según la Asociación Salud y Familia (40% de mujeres extranjeras en el 2002).
- Se aprecian déficits en la cobertura vacunal.

- Mayores déficits en la salud bucodental en niños extranjeros, puesto que en nuestro medio la tendencia del problema es descendente. Se acompañan de déficits en los hábitos alimentarios, mayor consumo de azúcar y menor cepillado de dientes.
- Enfermedades transmisibles. Incremento de los casos de infección por VIH y SIDA en el estado español, por importación o por prácticas de riesgo: escarificaciones, prostitución, mutilaciones genitales. También alta frecuencia de tuberculosis.
- Enfermedades importadas. Aunque la proporción no es alta, es conveniente detectarlas a tiempo para controlarlas.

Los significados y percepciones sobre la salud y la enfermedad difieren también entre culturas. La concepción de la enfermedad hace referencia a la explicación de sus causas y por tanto incide de forma característica en la búsqueda de soluciones. Por otro lado, la forma de expresar el malestar, las emociones, así como la percepción de la gravedad, son elementos que deben conocerse para establecer una adecuada comunicación entre culturas. En relación a la salud, también existen diferentes concepciones, unas veces más asociadas a la enfermedad, aunque muchas otras con el bienestar y los hábitos (Bouché, 2002), aspectos a veces a incorporar en nuestra propia cultura.

3. Enfoque transcultural e intercultural de la Educación para la Salud

La actuación educativa para la salud debe adecuarse a los contextos, pobla-

ciones y necesidades emergentes. La realidad multicultural es un hecho que requiere nuevos enfoques y modelos de intervención. Es necesario una perspectiva transcultural (que llegue a toda la población por igual, contemplando el derecho a la educación y a la salud), e intercultural, que favorezca la interrelación y el enriquecimiento cultural mutuo a partir de la diversidad como una oportunidad y no como un problema.

Las acciones educativas deben contemplar la variable cultural fomentando el respeto y la tolerancia a la diversidad. García Martínez (2002) considera la promoción de estilos de vida saludables como uno de los factores a fomentar en una sociedad intercultural y como uno de los elementos clave para la integración social de los inmigrantes.

Para un enfoque trans e intercultural de la Educación para la Salud, se deberían contemplar los siguientes elementos, entre otros:

1. *La competencia cultural de los profesionales.* La formación básica y aplicada en Educación para la Salud debe contemplar la perspectiva intercultural, sea cual fuere el contexto de actuación.
2. *La comunicación intercultural.* El desconocimiento de la lengua y de los códigos culturales pueden interferir la comunicación, herramienta fundamental para la Educación para la Salud. Es preciso disponer de estrategias que faciliten la comunicación entre culturas.
3. *La mediación cultural.* La mediación entre profesionales y personas inmigrantes se ha mostrado necesaria-

ria, tanto en los servicios sanitarios como socioeducativos. La figura del mediador tiene un papel fundamental como facilitador de la comprensión mutua y la interrelación, así como en la resolución de conflictos. Sin embargo, a pesar de que está formando a personas para esta función, todavía no está reconocida la figura profesional por parte de la Administración. En el ámbito educativo, según señalan los propios mediadores (Llevot, 2002), destacan las siguientes funciones: información, interpretación lingüística, descodificación cultural, negociación en conflictos de valores, facilitación de la comunicación, orientación y acompañamiento, dinamización comunitaria, etc. En el ámbito de la salud, la función primordial es la descodificación cultural respecto a las percepciones sobre la salud, y la enfermedad, la interpretación de los síntomas y de las prescripciones de los profesionales, además de las que serían comunes a ambos ámbitos, como las relacionadas con la información y acompañamiento. La Educación para la Salud requiere de todas ellas en su conjunto.

4. Las barreras culturales por cuestiones de religión. Existen dificultades relacionadas con la salud por las creencias religiosas en las que se debe incidir desde la educación. Así por ejemplo, en la cultura árabe, durante el Ramadán, el ayuno incluye la toma de medicamentos; en ciertas culturas, los roles de género dificultan el acceso de la mujer a las visitas médicas, especialmente las ginecológicas cuando el especialista es un hombre; en

otros casos, el hombre pone objeciones a ser visitado por una mujer, por razones jerárquicas (Buché, 2002). En estos casos, se impone el respeto a las creencias religiosas, siempre que no sobrepasen los límites de los derechos humanos y en concreto de la salud.

5. La diversidad cultural en la construcción de género. Existen diferencias significativas entre sexos, por los roles atribuidos por cada cultura. Este hecho incide en el uso de recursos, en aspectos relacionados con la salud reproductiva, en la edad de transición entre la adolescencia y la etapa adulta, en las funciones sociales y laborales asignadas a las mujeres (doméstico, cuidado de personas mayores y niños...), en las condiciones de vida de mujeres solas, la prostitución mayormente femenina, etc. La Educación para la Salud debe plantearse desde una perspectiva de género, teniendo en cuenta las igualdades y las diferencias en torno a la salud.
6. Las segundas generaciones de inmigrantes. Los hijos de inmigrantes nacidos en nuestro país se ven sometidos a un proceso de identificación cultural doble que puede llevar a trastornos psicológicos si no se enfoca adecuadamente. La etapa adolescente, donde se construye la identidad, es un momento especialmente vulnerable que requiere referencias claras. Desde la Educación para la Salud, se puede facilitar este proceso abordando todos los aspectos del desarrollo de forma global y positiva.
7. Las diferencias culturales respecto a la percepción y el concepto de salud y enfermedad. En relación a la salud,

la pluralidad de percepciones, de significados y de formas de expresión corporal, de sentimientos y de emociones, nos aporta un conocimiento que nos permite comprender las diferentes actitudes y conductas en torno a la salud y la enfermedad que ofrece la diversidad cultural, aspecto imprescindible para la acción promotora de la salud. La investigación de Mascarella, Comelles y Allué (2001) nos muestra diferentes representaciones culturales de la salud y la enfermedad. En general, las diferencias tienen que ver con cuestiones religiosas (se atribuye a la fe, a la brujería, a espíritus o se utilizan talismanes), roles de género (importancia de la intimidad y el pudor que dificulta la exploración ginecológica), costumbre de autocuidado en parto y puerperio en culturas islámicas, etc.

Muchas veces el concepto de salud de los inmigrantes implica aspectos más globales que la ausencia de enfermedad pues lo relaciona con la cobertura de necesidades sociales y laborales, así como con el bienestar y la diversión en algunos casos. También se asocia a hábitos básicos como la higiene y la alimentación. En este sentido, la educación puede dar respuesta ofreciendo recursos para la gestión adecuada de estos factores.

4. Nuevas prioridades de salud o necesidades emergentes

La Educación para la Salud requiere de una reorientación debido a la situación respecto a la salud en el momento actual. Por un lado, hemos visto cómo el incremento de población procedente de otros países plantea nuevos retos en cuanto al enfoque que requiere la diversidad cultural, además de otras diversidades que ya se intentaban contemplar con mayor o menor éxito. Además de esta reorientación, desde el sistema educativo y sanitario debe darse respuesta a la sociedad ante las tendencias epidemiológicas de los problemas de salud ya existentes y a los problemas emergentes.

El informe SESPAS 2002 (Cabasés, Villalba y Aibar, 2002) nos ofrece datos sobre algunos indicadores de salud en España, que evidencian las tendencias epidemiológicas y las diferencias entre Comunidades Autónomas (CCAA). Destacamos algunas de las informaciones que consideramos más relevantes para la Educación para la Salud:

- Envejecimiento generalizado de la población. Esta tendencia se va a mantener generando la necesidad de acciones dirigidas a prevenir y preservar la salud de la gente mayor.
- Los Años Potenciales de Vida Perdidos¹ han disminuido en general en los últimos años. Sin embargo, exis-

¹ Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APPV) es un indicador epidemiológico que se refiere a las pérdidas que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Los APPV a consecuencia de una causa determinada es la suma, en todas las personas que fallecen por esta causa, de los años que éstas habrían vivido si se hubieran cumplido las esperanzas de vida normales que poseían. Last, J.M. (1989). *Diccionario de Epidemiología*. Barcelona. Salvat, 8

ten diferencias entre CCAA, debido a la sobremortalidad del grupo de edad entre 25 a 34 años. Este dato es consecuencia de la incidencia de SIDA sobre todo, seguido de los accidentes. Ambos problemas son prevenibles desde la Educación para la Salud.

- Las causas de enfermedad más prevalentes continúan siendo las cardiovasculares, los tumores malignos y los accidentes, problemas asociados a los estilos de vida, como es bien sabido.
- Los accidentes de trabajo siguen una tendencia a incrementarse en la mayoría de las CCAA, con grandes diferencias entre ellas. Es preciso retomar la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (BOE, Ley 31/1995) para impulsar desde la formación la concienciación y el cumplimiento de los derechos y deberes de todas las instancias implicadas.
- Respecto a los estilos de vida se observa, según este informe, unos porcentajes altos de fumadores, consumidores excesivos de alcohol y de inactividad física.
- El consumo de drogas ilegales continúa valorándose por la opinión pública como uno de los principales problemas actuales junto al terrorismo y el paro. Se ha observado un cambio importante en los patrones de consumo debido a la representación social de su uso en los jóvenes. Se asocia a la integración social y lúdica y se aprecia un aumento del policonsumo, siendo la droga más consumida en la Unión Europea el cannabis, aumentando el consumo de drogas de síntesis y cocaína.

- Respecto a los hábitos alimentarios, la dieta de los españoles ha mejorado. Sin embargo, las cifras de obesidad infantil son elevadas y se observa una tendencia a aumentar en la población masculina. El riesgo nutricional se asocia directamente a la edad, el género y al nivel socioeconómico, al nivel de instrucción de la madre, al número de hermanos y a la calidad del desayuno.
- La salud mental de la población está siendo también un motivo de preocupación. Entre un 20 o 30% de la población presenta trastornos mentales a lo largo de su vida. La depresión, por sí sola, aparece como la segunda causa asociada a la discapacidad en la estimación para el año 2020. Esta situación requiere un análisis en profundidad sobre los factores más implicados que permitan prevenir o reducir la incidencia.

El panorama epidemiológico presentado por este informe nos reta a impulsar de forma más rigurosa acciones de promoción de la salud y de prevención para mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población. Además de las prioridades que plantea, existen datos sobre otras conductas, que, a pesar de que se conocen los factores de riesgo y de protección, lejos de reducir su incidencia, se han ido incrementando en los últimos años con las consecuentes repercusiones sobre la salud. Destacamos especialmente los relacionados con la sexualidad y los trastornos de la conducta alimentaria.

Respecto a la sexualidad, continúa aumentando el número de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión

sexual. Por otro lado, a pesar de la evolución en el concepto de sexualidad y de las recomendaciones de la Organización Panamericana de la salud (OPS, 2000), no se logran cambios significativos hacia actitudes positivas y responsables entendiendo la sexualidad como aspecto vivencial y relacional, parte importante en el desarrollo biopsicosocial de la persona.

Las intervenciones puntuales dirigidas a la prevención de dichas conductas no son efectivas y contribuyen a una representación individual y de grupo sobre la sexualidad asociada al riesgo y a una moralidad de gran peso negativo.

En cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria, representados por la anorexia y la bulimia, el perfil de las personas afectadas se va extendiendo a franjas de edad más amplias, hacia la infancia y la adultez, y en relación al género, hacia el masculino. La gravedad del proceso debería hacer reaccionar, ya, hacia acciones preventivas eficaces, descartando las charlas como única intervención, para evitar que la actuación incida demasiado tarde. La Educación para la Salud, una vez más, tiene un papel fundamental.

Otros problemas de los que los Medios de Comunicación Social se hacen eco últimamente, son los relacionados con las conductas juveniles temerarias (conducción...), los maltratos, los abusos sexuales y la violencia de género. Se trata de problemas, que aunque no son nuevos, han emergido hace no muchos años, al menos en la conciencia social, por la difusión que se hace de ellos y la alarma social que están creando. Su relación con la salud es evidente y el papel de la Educación para la Salud es fundamental tanto

en la prevención y la detección precoz como en el trabajo comunitario para la sensibilización y la participación social en la resolución de los mismos.

5. Propuestas para las nuevas necesidades

La Promoción de la Salud entendida como un proceso político y global que incluye acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, según la Conferencia de la Carta de Ottawa de Promoción de la Salud de 1986 (<http://www.msc.es/>), contribuye a reducir las desigualdades en relación a la salud. Tal como muestra el Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea (IUPES, 1999), se ha avanzado sustancialmente en la consolidación de la evidencia de la eficacia de la promoción de la salud en los últimos años. Estos resultados facilitan la comprensión de los determinantes de la salud en la actualidad, demostrando una vez más la relación que existe entre el estado de salud y los estilos de vida de las personas, su posición social y económica y sus condiciones de vida. Es preciso recuperar los principios aún vigentes (aunque sólo a nivel teórico) de la Carta de Ottawa, reafirmados en posteriores Conferencias de la OMS, y corroborados de forma científica por el informe de la UIPES para avanzar en la línea de la equidad, teniendo en cuenta las nuevas realidades.

Como respuesta a los problemas actuales, es preciso incorporar acciones educativas en aquellos contextos en los

que las personas reciben atención educativa y sanitaria. Ante la situación actual pensamos que no es posible convertir cada problemática en un área de conocimiento aislada, sino un trabajo más global que incida en el desarrollo personal y global de los jóvenes, en los valores y en sus competencias sociales y que abarque acciones en los diferentes sectores sociales.

Respecto al sector educativo, fundamental para el desarrollo social, hay que realizar una evaluación de la implantación que han tenido los *temas transversales* y a partir de este análisis realizar una propuesta que permita superar esta especie de "limbo" en el que han caído estos temas no estrictamente curriculares. Se deben considerar algunos aspectos:

En el marco de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) se establece como finalidad de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) que todo el alumnado pueda acceder a los elementos básicos de la cultura a la que pertenece, en el marco de un desarrollo personal completo. Esta finalidad se concreta en los objetivos generales de la ESO, que a su vez pueden agruparse en dos tipos:

- Objetivos referidos a los contenidos de las áreas de conocimiento.
- Objetivos referidos al desarrollo personal del alumno como persona y ciudadano.

Es sobre este último grupo de objetivos, referidos al desarrollo personal, sobre los que hay que asociar la gran mayoría de propuestas o *temas transversales*. Pero así como los objetivos referidos a áreas de conocimiento están plenamente

desplegados, temporizados y con un perfil de profesional docente muy definido por su especialidad, los objetivos referidos a desarrollo personal quedan a merced de que cada centro desarrolle un proyecto educativo y un Plan de Acción Tutorial (PAT) que permita el abordaje de éstos, por la falta de definición o concreción de cómo abordar estos últimos objetivos, que no queda clara en la ley.

En muchos casos se ha propiciado la entrada a los centros de secundaria de propuestas vinculadas a la Educación para la Salud y a otros *transversales*, abordándose cada una de ellas por separado. De esta manera, se puede dar el caso de planificar actividades de prevención del tabaquismo, prevención de embarazos no deseados, prevención del SIDA, resolución de conflictos, etc. y que en cada una de estas actividades se trabajen las habilidades sociales, la asertividad, la presión de grupo y otros contenidos. De este modo el abordaje es totalmente parcial, es decir únicamente referido al tema que estamos tratando, sin facilitar la integración global de estos contenidos de manera significativa.

El enfoque global que puede solventar este reduccionismo, y a la vez desarticulación de algunos contenidos, implica potenciar desde la Educación para la Salud y la prevención de conductas de riesgo los factores de protección, desde todos los ámbitos educativos formales y no formales, que son fundamentalmente:

- Autoestima, autoconcepto y autoeficacia
- Capacidad crítica
- Seguridad en uno mismo
- Tolerancia a la frustración

- Aceptación de la diversidad y las diferencias.
- Adquisición de hábitos saludables
- Adquisición de conocimientos
- Habilidades y competencias sociales
- Capacidad de toma de decisiones
- Estrategias de afrontamiento

Estos factores de protección forman parte de lo que entendemos por *educar* y son fundamentales para conseguir los objetivos referidos al proceso de desarrollo del sujeto como persona y ciudadano:

- Hay que considerar que existe un marco de conocimientos referidos a estos objetivos y sobre los que hay que ubicar las diferentes propuestas o *temas transversales*. Una vez entendido así, podremos estructurar este marco teórico referido al crecimiento personal de forma adecuada.
- Hay que definir un espacio organizativo estructurado que ofrezca un marco de coordinación, programación y dinamización de los *temas transversales*. Pensamos que una buena propuesta sería definir dentro de la estructura de los centros de secundaria un Departamento de Psicopedagogía, que a la vez de englobar los aspectos de orientación (personal, académica y profesional) y atención a la diversidad, también se ocupara de desarrollar las propuestas y programas referidos a los *objetivos referidos al desarrollo personal del alumno como persona y ciudadano*.
- Además de la necesidad de “definir” un espacio organizativo para garantizar el abordaje de los *temas transversales*, no se puede renunciar a uno de los principios fundamentales de la propuesta: la interdisciplinariedad.

Determinados temas no pueden ser abordados únicamente en un espacio limitado del horario, sino que hay que tener la capacidad de favorecer que, a lo largo de todas las intervenciones educativas, se aborden los conflictos y hechos cotidianos con los mismos principios que se resuelven aspectos parecidos propuestos en las actividades escolares. Únicamente así fomentaremos la adquisición de habilidades, actitudes y valores de manera significativa, vinculada a experiencias reales y vivenciales. Hay que destacar que en determinadas actividades el alumno aplica la respuesta, habilidad o estrategia “correcta” y esperada por el docente, pero a los pocos instantes y en una situación real, el alumno aplicará criterios distintos para la resolución de un caso parecido. Esta situación es muy común en las actividades que se realizan para el trabajo de “habilidades sociales” o “habilidades para la vida”.

Por otro lado, como se ha indicado, hay que considerar que existe un marco de conocimientos referidos a estos objetivos y sobre los que hay que ubicar las diferentes propuestas o *temas transversales*, una vez entendido así, podremos estructurar este marco teórico, referido al crecimiento personal de forma adecuada. Además debe ser coherente con el estilo educativo familiar y con las acciones que se desarrollan desde otros espacios.

Algunas áreas de conocimiento del curriculum pueden incorporar contenidos específicos pero relacionados entre ellos. La actividad física es un elemento clave para la promoción de estilos de vida sa-

ludables puesto que mediante el trabajo corporal se incide en la dimensión integral de la persona así como en las relaciones interpersonales. También tiene un papel autorregulador, tan necesario para prevenir conductas agresivas o violentas. Podemos considerar tres razones fundamentales para orientar la actividad física como fundamental en los contextos socioeducativos y escolares (Molina y Pastor, 2004):

- En primer lugar, la oportunidad que ofrece como espacio para la Educación para la Salud. La implementación de la Educación para la Salud de forma transversal en los centros escolares vuelve a ser un tema de debate por las numerosas dificultades que han surgido en su aplicación (vacíos en la formación básica de pregrado de los profesionales de la educación, poca tradición de trabajo en equipo, dificultades para incorporar la Educación para la Salud en el proyecto de centro, etc.).
- En segundo lugar, la actividad física bien entendida puede configurar en sí misma un estilo de vida saludable puesto que está estrechamente relacionada con otros hábitos relacionados con la salud. De este modo permite incidir en hábitos de higiene, posturales, alimentarios, de consumo de tóxicos, de descanso, etc.
- En tercer lugar, la educación física en grupos multiculturales constituye un elemento enriquecedor para la interacción social. La percepción de la salud y la conciencia corporal varía según las vivencias y los modelos culturales. Para De Haro (2003), “a través de juegos y actividades, esta-

bleciendo relaciones equilibradas y constructivas con los demás, evitando la discriminación por características personales, sexuales y sociales, así como comportamientos agresivos y las actitudes competitivas”.

Es necesario ampliar el espacio/concepto de intervención en el marco educativo y entender que podemos hablar de un marco escolar y de un marco educativo más amplio, de manera que cuando hablamos de educadores no solamente nos referiremos a los docentes. También nos referiremos a todo un amplio espectro de propuestas educativas comunitarias que incluyen el ámbito socioeducativo (animación sociocultural, educación de adultos y educación especializada), de las cuales existen experiencias de gran interés (Molina y Fortuny, 2003). De esta manera, consideraremos profesionales implicados en la Educación para la Salud a los y las educadoras sociales, de tiempo libre, de integración social, así como a aquellas personas que inciden en la educación desde el movimiento asociativo. En este sentido, López (2004), presidente del Colegio de Educadoras y Educadores Sociales de Cataluña, propone la Educación para la Salud como uno de los nuevos ámbitos que se perfilan en la Educación Social. De hecho, aunque existen algunas experiencias en este campo, es importante que quede reflejado de forma explícita y se impulse desde los organismos oficiales.

Visto así, es necesario plantear que determinados temas hay que abordarlos conjuntamente y desde cada ámbito, ya que desde cada uno de ellos podemos encontrar actuaciones educativas direc-

tamente con los niños, niñas y jóvenes, también con las familias, por su importantísimo papel.

Pensamos que la promoción de la salud, debe configurarse como una acción comunitaria que articule la Educación para la Salud en contextos socioeducativos escolares, no escolares y sociosanitarios como si se tratara de un trabajo en red. Esto no es fácil si las instancias correspondientes no están coordinadas. Para ello, es preciso que desde un organismo público se lleve la coordinación y se establezcan los mecanismos y las directrices pertinentes. Desde este organismo director y coordinador, sería posible regular los recursos, materiales y programas que en la actualidad se elaboran a veces en exceso, otras en defecto, para acumularse en las estanterías o armarios de los centros. Es necesario tender a la optimización de recursos materiales y humanos en acciones rigurosamente evaluadas para tender a una acción de Educación para la Salud de la máxima calidad. Otra función que, a nuestro entender, debería llevarse a cabo desde la Administración sería coordinarse con las Universidades que desarrollan docencia e investigaciones en el campo de la Educación para la Salud (desde la educación y la salud) y, conjuntamente, sistematizar la formación universitaria para poder contar con profesionales adecuadamente preparados, aspecto clave del éxito de la Educación para la Salud.

6. Conclusiones

De este análisis podemos concluir que:

- Es preciso compensar el retraso que llevamos en la aplicación de los crite-

rios establecidos en la Carta de Ottawa y en las posteriores Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud, potenciando las estrategias políticas, sociales y capacitadoras que se consensuaron en las correspondientes Declaraciones.

- La Educación para la Salud es una herramienta necesaria para cumplir los objetivos de salud para todos, en el sentido más amplio del término y desde un concepto biopsicosocial de la salud.
- La Educación para la Salud requiere un trabajo intersectorial e interdisciplinario basado en la participación comunitaria que contemple la diversidad cultural y la perspectiva de género.
- Se impone una metodología de la Educación para la Salud rigurosa basada en las evidencias de eficacia: la Educación para la Salud como proceso a lo largo de la vida y no mediante acciones puntuales.
- La Promoción de la Salud debe contemplarse desde las Administraciones sanitaria y educativa como una prioridad, de forma coordinada a través de un organismo que las aglutine, para evitar duplicidades y vacíos importantes. Es necesario por parte de las administraciones un “posicionamiento” claro y evidente respecto a la introducción de la Educación para la Salud en un bloque de contenidos referidos al crecimiento y desarrollo personal. No es suficiente con manifestaciones simbólicas, hay que desarrollar y articular las estrategias y disposiciones que faciliten el desarrollo de la Educación para la Salud.

- Hay que plantear la necesidad de resolver un tema vital como el de la formación inicial y permanente de los profesionales responsables de la Educación para la Salud (profesorado, educadores/as sociales y profesionales de la enfermería y medicina), así como facilitar una coordinación entre el mundo universitario, el de los profesionales y las administraciones de la educación y la salud en general y de la Educación para la Salud en concreto, introduciendo procesos de supervisión de los programas.
- Actualmente, el sistema educativo se encuentra en un momento de transición, de manera que habrá que encontrar la fórmula y consenso que permitan el desarrollo de una nueva Ley de Educación. También el momento de “cambio” político ha abierto nuevas y positivas expectativas al respecto. Es por tanto el momento de poner sobre la mesa estas reivindicaciones.

Bibliografía

- BALANZÓ, X.; FAIXEDAS, M. T. Y GUAYTA, R. (2003): “Els immigrants i la seva salut”. *Quaderns de la bona praxi*, 16.
- BOUCHÉ, H. (2002): “La salud en las culturas”. *Educación XXI*, 4.
- CABASÉS, J. M.; VILALBÍ, J. R. Y AIBAR, C. (2002) (eds.): *Informe SESPAS 2002. Invertir para la salud. Prioridades en Salud Pública*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).
- DE HARO, R. (2003): *La educación intercultural en el área de la educación física*. II Congreso Nacional de Atención a la diversidad. Elche, marzo del 2003.
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. (2002): “Educación Intercultural: sentar las bases del futuro sociocultural”. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 9 (segunda época), 321-332.
- IUPES (2000): *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa* (versión española del informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
- LÓPEZ (2004): *El educador social: salidas profesionales en la actualidad*. Ponencia presentada en la II Jornada Practicum de implicación de Educación Social. Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona. 11 de Junio de 2004.
- LLEVOT, N. (2002): “Diversidad cultural e instituciones educativas”. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 9 (Segunda época), 127-141.
- MASCARELLA, L.; COMELLES, J. M. Y ALLUÉ, X. (2001): *La percepción en los colectivos inmigrantes no comunitarios de los dispositivos de salud en España*. Universidad Rovira y Virgili de Tarragona (inédito). <http://www.salutepertutti.org/spain.pdf>
- MINISTERIO DEL INTERIOR. DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA EXTRANJERÍA Y LA INMIGRACIÓN (2002): *Anuario Estadístico de Extranjería 2002*. <http://www.mir.es/dgei/documentos/Anuario%20de%202002st.pdf>
- MOLINA, M. C. Y FORTUNY, M. (2003) (eds.): *Experiencias educativas para la promoción de la Salud y la Prevención*. Barcelona: Laertes.
- MOLINA, M. C. Y PASTOR, C. (2004): “Actividad física y salud: promoción en entornos multiculturales”, en LLEIXÀ, T. Y SOLER, S. (coord.): *Actividad física y deporte en las sociedades multiculturales*.

- ¿Inclusión o segregación?* Barcelona: Horsori.
- OPS (2000): *Promoción de la Salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Actas Reunión de Consulta en Guatemala, mayo del 2000. OMS y Asociación Mundial de Sexología.
- ROSET, A. Y VILADOT, R. (2003): "Las escuelas promotoras de salud: una experiencia educativa", en MOLINA, M. C. Y FORTUNY, M.: *Experiencias educativas para la Promoción de la Salud y la prevención*. Barcelona: Laertes, 23-30
- VEGA, A. (2000): *El País Vasco ante las drogas. Los retos del proyecto comunitario en las escuelas*. San Sebastián: Gakoa.

Dirección de los autores:

M. Cruz Molina Garuz
Universidad de Barcelona. Facultad de Pedagogía
Campus Vall d'hebrón. Paseo Vall d'Hebrón, 171, 08035-Barcelona
E-mail: cmolina@ub.edu
Quim Cabra Soler
Psicopedagogo IES Pallejà.
Camí de Can Coll s/n. Pallejà, 08780-Barcelona
E-mail: qcabra@pie.xtec.es
Fecha de entrada: 3-03-05
Fecha de recepción definitiva de este artículo: 8-06-05