

La educación para la salud en el contexto de la reforma educativa

Alfonso García Martínez y Juan Benito Martínez.

Universidad de Murcia

1. INTRODUCCION

La Educación para la Salud se ha visto incorporada oficialmente *al marco educativo escolar* con la aplicación de la Reforma educativa. De este modo se ha comenzado a superar la difícil situación en que se encontraba su práctica real, ya que siendo, como pensamos, una necesidad socio-educativa que contaba en su haber con algunas experiencias prácticas, permanecía relegada a acciones puntuales e inconexas, sujetas sobre todo a la voluntad e interés individual de algún miembro del colectivo de enseñantes más que a una acción educativa del conjunto del mismo y, menos aún, de la comunidad educativa. Con la aprobación de la LOGSE y su posterior desarrollo normativo, la Educación para la Salud aparece como *una de las enseñanzas transversales* y, en consecuencia, de obligada presencia en los centros educativos. Sin embargo, ello no resulta suficiente, obviamente, ya que queda aún por desarrollar un tramo difícil: la aplicación de la Educación para la Salud como materia transversal en las escuelas, colegios e institutos con todo cuanto supone de cambios en los centros en todos los aspectos (sin entrar en el análisis de la propia consideración de la Educación para la Salud como materia 'transversal' en vez de como *corpus* curricular autónomo).

En este sentido, no podemos comprender la Educación para la Salud, al

igual que sucede con el resto de los temas transversales, como una parcela segregada artificialmente de la concepción integral del hombre y, por tanto, de la educación. Antes al contrario, estas materias contribuyen conjunta y *solidariamente* a la construcción de la educación, impregnando el conjunto de factores y fenómenos que se dan cita en la práctica educativa. Así pues, sólo desde la "*transversalidad de las transversales*" y *la coherencia socio educativa* se adquirirá y reconocerá la relevancia social y educativa que tiene *a priori*. Y si pensamos de este modo es porque no se nos oculta que tras las sucesivas decisiones tomadas para implantar la Educación para la Salud en los centros educativos se encuentran unas concepciones de salud y de educación que apuntan hacia una percepción educativa para la salud distinta, más o menos explicitada, y que, por tanto, apela a una específica concepción antropológica (de seres humanos sanos individual y socialmente) y al papel que los distintos factores incidentes en la salud tienen en ella. Concepción no siempre contrastada ni consensuada con las posturas mantenidas por otros miembros de la comunidad y del propio claustro.

Siendo la Educación para la Salud una responsabilidad de todas estas instancias, a partir de una conceptualización de salud que supera la mantenida hasta hace poco (que la emparentaba con la enferme-

dad y no, como sucede ahora, con el bienestar), no es menos cierto que la *responsabilidad última*, consecuentemente con esta nueva definición aceptada mayoritariamente, *es de la persona* concreta que actúa en favor de su salud y de la de la comunidad en que vive y, por tanto, también lo es *del conjunto de las personas* que forman parte de la comunidad. La salud se configura así como un proceso social colectivo no circunscrito al mero decisionismo individual.

2. DEL CONCEPTO DE SALUD A LA PRACTICA EDUCATIVA EN FAVOR DE LA SALUD.

Ya resulta redundante, aunque no por ello deje de ser pertinente y necesario, aludir a las definiciones que en los últimos años viene adoptando la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y que se han tomado como referencia para fundamentar las nuevas orientaciones en Educación para la Salud. Éstas enfatizan, además de la conveniencia de educar para la salud, el hecho de la participación de todos en el intento de procurarnos más salud, entendida como eje del bienestar de las personas y de las colectividades humanas. Es decir, en consonancia con lo que hoy empieza a considerarse como un sistema regido por el norte de la *calidad de vida*.

En efecto, el concepto de salud, en los últimos años, ha venido experimentando profundos cambios que quedó, inicialmente, reflejada en la *Carta fundamental de la Organización Mundial de la Salud* (O.M.S.), de 1948, del siguiente modo:

“La salud es un *estado completo de bienestar* físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir constituye *uno de los derechos* fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La salud de todos los pueblos es una *condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad*; depende de la *cooperación* más estrecha posible *entre los Estados y los individuos*”.

En esta definición encontramos dos aspectos importantes:

- a) *de una parte*, términos abstractos, ya que se trata de una formulación de buenos y utópicos deseos en consonancia con la pretensión de promover la salud, antes que de definirla, y de cambiar la sociedad de manera que posibilite la plena realización de las personas.
- b) *de otra*, en ella se ha congelado estáticamente el concepto de salud, como afirma Polaino-Lorente (1987), al considerarlo como un *estado* -“*completo de bienestar* físico, mental y social”-.

Con ello se corre el riesgo de eludir la comprensión de la salud como *algo dinámico y cambiante*, que comporta un cierto *equilibrio* (MEC, 1993) y que incorpora elementos relacionales que van más allá del sujeto individual. Porque la salud afecta globalmente a los seres humanos y su ambiente, a la persona y la sociedad, al organismo y a la comunidad. Así, la noción actual de salud integra necesariamente los niveles individual,

social y medio ambiental, con claras consecuencias para la Educación para la Salud.

A tal efecto, González Hernández (1995) apunta que, más allá de las situaciones de enfermedad, está el estado natural de bienestar, la armonía del soma y la psique, el equilibrio de ambos con su propio entorno físico y medio ambiental (social y cultural), “más allá de la enfermedad situacional, de la ‘debilidad temporal’, del desajuste con el entorno, está únicamente la recomposición del equilibrio, la autorregulación del organismo, los procesos de adaptación medio-ambientales, en una palabra, la salud relativizada.” (1995:19). Más aún, también se halla la *superación del carácter individual de la salud*, ya que “la salud individual debe abordarse dentro de un grupo humano que se siente partícipe, coautor y agente de la calidad de vida de todos” (Serrano González, 1989), instándose así a descubrir que la calidad de vida es tarea de todos y a todos nos afecta. De este modo, tal y como lo expresa Ferrero Torres, “es necesario abordar la salud como factor de calidad de vida, tarea de la comunidad en la que todos estamos implicados” (1990:3).

En definitiva, podemos aceptar y compartir un concepto de salud como el que planteó de manera clara y precisa Castillo Lemee (1993: 2), en Murcia:

“La salud a la cual deberíamos aspirar, para la cual deberíamos educar, es, pues, una *salud holística, integral*, que considera a cada individuo en su totalidad física, mental y social, *ligado* indisolublemente a su medio físico, biológico y psicosocial. Es una salud *colectiva, comunitaria* y

ecológica, resultado de un equilibrio inestable entre múltiples factores internos y externos, en cada individuo y en cada comunidad. Partiendo de esa concepción, las acciones de salud ya no pueden constituir la responsabilidad exclusiva de una categoría de técnicos sino que pasan a ser una *tarea que todos debemos compartir*. Ellas ya no pueden centrarse en los individuos sino que deben extenderse al medio donde ellos viven. Ya no pueden basarse únicamente en técnicas médicas sino que tienen que echar mano de otras técnicas y conocimientos.”

Al tiempo que es preciso insistir en que la Educación para la Salud no debería ser normativa, ni tener el ánimo de culpabilizar al educando, sino más bien consistir en un trabajo emprendido en común de modo colaborativo y, sobre todo, en la adopción voluntaria de cambios comportamentales y sin ningún tipo de coacción (Sarlet, García y Belando, 1997).

Una vez modificado el *concepto de salud* basado en la *enfermedad*, tampoco se podía mantener el concepto de ésta última. En esta nueva interpretación intervienen, como veremos, factores diversos. Pero lo importante ahora es reconocer el *sustrato ideológico de estos conceptos* ya que no todos los sistemas los entienden del mismo modo, justamente “porque va unida a todos los demás valores sociales y condiciones de vida que potencien” (García Cabañas, 1990:63). Lo que conduce a admitir que lo que sea o no saludable puede ser diseñado por todos, y no sólo por los expertos, porque estamos hablando de cómo entendemos la vida y cómo la organizamos en nuestro propio espacio vital.

Y porque, además, persistentemente se ha venido insistiendo en la existencia de *factores determinantes de la salud*, lo que debería suponer la ruptura de la tendencia, mantenida por parte de la sociedad de demandar servicios técnico-sanitarios, olvidando que “los hábitos de vida y la transformación del medio ambiente tienen una incidencia en la salud casi seis veces superior que todo el sistema de asistencia sanitaria” (Casado Flores, 1990:111). Unos factores sociales que se condicionan mutuamente al tiempo que se hallan estrechamente ligados entre sí (Bosch-Marín, 1985:17) y que Polaino-Lorente (1987) califica como factores predisponentes, facilitantes y reforzantes de la salud.

Es en este sentido en el que entendemos que el sistema de la salud no puede aislarse del contexto más amplio en el que se articula, configurando así una dimensión vital que ha de tratarse desde una perspectiva “ecológica”. Una apreciación global caracterizada por el hecho de que las interrelaciones de los componentes limitan o amplían su capacidad de acción. Por ello compartimos la opinión de Sánchez, Ramos y Marset (1994:17), quienes consideran acertadamente que “la salud es inseparable del sistema social, político y económico, a través, sobre todo, de dos fenómenos: la injusticia social y los factores de riesgo”.

Desde esta apreciación la Educación para la Salud adquiere una trascendental importancia para la comunidad, tanto por la pluralidad de factores que intervienen como por las distintas racionalidades que se proyectan en torno a la comprensión de la salud, en correspondencia con sus intereses y experiencias distintas, y que tienen a la comunidad

como centro y como protagonista; lo que implica extender la comprensión de la salud para acercarnos a una su dimensión *comunitaria*, que debe hacer referencia a las mejoras del nivel de salud de la misma con la participación activa de la población, y desde las propias bases cognitivas y experienciales, esto es, antropológicas, de dicha comunidad.

3. LA ESCUELA EDUCADORA PARA LA SALUD: DIMENSIÓN COMUNITARIA.

Tomando, nuevamente, como punto de partida la definición que da la O.M.S. sobre la Educación para la Salud, ésta consistiría

“no solamente la diseminación de *conocimientos* elementales sobre cuestiones de salubridad, sino, sobre todo, la formación en el conjunto de la población, de *hábitos* capaces de aportar, en lo que concierne a las enfermedades *engendradas por las condiciones del medio*, la eliminación total o parcial de posibilidades de transmisión que dependen del *modo de comportarse* de los individuos”.

En esta definición hemos subrayado los términos “conocimientos” y “hábitos” por cuanto entendemos que, en su dimensión de enseñanza transversal, la Educación para la Salud no debe tomar como base exclusivamente los conocimientos, los contenidos conceptuales, utilizando la terminología de la Reforma educativa, sino también, cuando no con más fuerza, los de carácter actitudinal y procedimental, tratándose, como se trata, de temas integrados en lo que se ha venido en llamar *educación en valores*. Lo que se sitúa en la perspectiva de quienes

defienden que “informar para formar en hábitos de comportamiento sanos, es el reto de una Educación para la Salud, eje que atraviesa la educación toda y al hombre mismo” González Hernández (1995:22). Aunque en todo ello existe siempre un factor común, “un comportamiento humano que crea condiciones nefastas para la salud en el medio ambiente (...)” (Castillo Lemee, 1993:18).

Este podría ser considerado como el punto de inflexión entre lo que Polaino-Lorente (1987) llama, a tal efecto, la vieja y la nueva pedagogía. La inflexión que se ha producido -y que se señala en la definición de la O.M.S.- en la aprehensión de los factores etiológicos ha provocado el cambio en los principios de la Educación para la Salud, como también lo señala Casado Flores (1990) cuando, al abordar su trabajo “Enfermedades infantiles de origen social”, expone la existencia, en el mundo occidental, de “un grupo de niños, sin patología aparente, sufre retrasos en el crecimiento corporal porque su entorno psicosocial es inapropiado. Otros niños, aun viviendo próximos a la abundancia, soportan carencias afectivas, nutritivas, sanitarias e incluso la explotación” (68). A partir de ello, es posible percibir el vasto referente de los factores de salud, así como la importancia de su vinculación a los modos de vida sociales y culturales.

En esta línea argumental, la O.M.S. (1983) conceptualizó la Educación para la Salud como

“cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente *desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda* individual y colectivamente para

mantener la salud y *busque ayuda* cuando lo necesite”.

Los elementos que, en nuestra opinión, merece la pena poner de relieve en esta definición por su incidencia en el proceso educativo tendente a la promoción de la salud individual y comunitaria, nos presentan las siguientes características que sintonizan con las propuestas de participación de las personas en la construcción de las condiciones individuales y sociales que permitan la mejora de la calidad de vida:

- a) desear estar sana: lo que hace referencia a la voluntariedad de las personas para modificar los hábitos no saludables y establecer los saludables,
- b) saber cómo alcanzar la salud, es decir, disponer de los instrumentos cognitivos, sociales o personales que hagan posible la realización de sus objetivos,
- c) hacer lo que puedan; lo que remite a su participación directa en la mejora de las condiciones de vida,
- d) buscar ayuda, en la doble vertiente de conocer los recursos y la de actuar colectivamente en la determinación de las mejores condiciones para el incremento de la salud.

Desde esta perspectiva, parece obvio que la escuela se presente como el lugar social por excelencia, aunque no único, para el desarrollo de dicho proceso y, por ello, nos proporciona una oportunidad única para la promoción de la salud, aunque esta labor no sólo le compete a ella. Como tampoco puede quedar la Educación para la Salud restringida al enfoque de las conductas individuales. Si bien tradicionalmente la Educación para la Salud, guiada por presupuestos orientadores que hoy consideramos erró-

neos, se ha centrado en las individualidades, más recientemente se vienen desarrollando intentos de *superación de este enfoque individual*, que pretendía cambiar las conductas y actitudes sin considerar las influencias procedentes de los entornos social, natural o político. En función de este cambio de perspectiva,

“actualmente vamos siendo cada vez más conscientes de la necesidad de enmarcar a las personas en un contexto comunitario, ambiental y político más amplio. Así podemos comprender la variedad de factores que pueden afectar a la salud y que deben ser las bases sobre las que la promoción y la Educación para la Salud se pongan en práctica. La salud se construye en los diferentes ámbitos donde la gente vive, trabaja y juega.” (VV.AA., 1995:22).

Una posición que nos coloca ante un nuevo tema, al que podríamos considerar como fundamental de cara al establecimiento de una *cultura para la salud* de nuevo cuño. Una cultura que tiene su origen y su desarrollo allí donde las personas viven y conviven y que propiciaría favorablemente la promoción de la salud comunitaria. Quizá por ello, González Hernández (1995) cree que según la forma como sienta el grupo la salud, (como valor individual y colectivo), ésta puede representar el mejor programa de Educación para la Salud: “más allá de la comunidad no hay hombre (niño) educado para la salud. Salud sí, pero salud comunitaria, luego escolar” (1995:22). Del mismo modo Polaino-Lorente (1987:104) considera que la Educación para la Salud en el ámbito escolar “debe aspirar a ser educación comunitaria para la salud”, a salir de sus ‘límites’ y a revertirse en la comunidad que le da sentido.

Simultáneamente a este cambio de referente en la apreciación de la salud, y del papel de la educación en él, se ha ido estableciendo la perspectiva de la “*Escuela Promotora de Salud*”, que se presenta como la respuesta a la cuestión de si educar para la salud exige realmente una escuela diferente y como reconocimiento implícito de que la Educación para la Salud no se hace solamente a través del currículo explícito sino también del implícito apoyo mutuo entre escuela, familia y comunidad. Es decir, este nuevo concepto supone prestar más atención a cómo se enseña y se participa en las clases, para que el mensaje pueda ser apoyado (VV.AA., 1995) y reforzado por:

- a) los valores y actitudes implícitos en la organización, clima y funcionamiento de las escuelas;
- b) una relación más estrecha con las familias;
- c) una coordinación e interacción más intensa entre la escuela y la comunidad en la que se integra el centro;
- d) una política de apoyo y un entorno legislativo adecuados.

La Escuela Promotora de Salud se presenta como una comunidad humana que se preocupa por la salud de todos sus miembros, estando caracterizada por las siguientes notas distintivas:

- 1) Acepta que la salud de la comunidad escolar se promoverá con una combinación de Educación para la Salud y un conjunto de otras *acciones* que la escuela realice para proteger y mejorar la salud de quienes se encuentran en ella.
- 2) Demuestra su preocupación por el *bienestar* de todo el personal, docente y no docente, al igual que por el del alumnado.

- 3) Asegura que el alumnado y todo el personal sean conscientes de su *implicación* en el proceso de promoción de la salud.
- 4) Asegura que la Educación para la Salud tiene una asignación de *tiempo específica en el currículo formal*, a través de programas de educación individual y colectiva y/o a través de los principales temas específicos.
- 5) Reconoce que el abordaje de la salud *va más allá del currículo formal*. Esto implica, entre otras cosas, fomentar de manera explícita unas *relaciones humanas* respetuosas, el cuidado del *medio físico* y los *recursos de la escuela*.
- 6) Enfatiza la *co-responsabilización* real entre la escuela, las familias y la comunidad.
- 7) Se preocupa porque los *servicios de salud* jueguen un papel significativo e importante de cuidados o vacunaciones, así como los *servicios psicológicos o sociales comunitarios* y otras entidades relacionadas con la salud de las alumnas y alumnos, sus familias y todo el personal del centro.
- 8) Dedicar un tiempo para tener en cuenta y *hacer explícitos sus valores* y la forma en que estos se van a fomentar y llevar a la práctica, a lo largo de toda la vida escolar.
- 9) Asegura que en las aulas se asigna la misma importancia a los *contenidos* que al *proceso* de trabajo o a las *experiencias* de aprendizaje.
- 10) Acepta como un principio básico, la necesidad de que la escuela promueva la *autoestima* en el alumnado, en el profesorado, en las familias y en general en todas las personas implicadas en las relaciones de la comunidad escolar.
- 11) Ofrece *situaciones estimulantes* para el alumnado, donde pueden implicarse y conseguir logros personales, con una amplia variedad de actividades de aprendizaje interesantes y satisfactorias, así como de actividades de ocio.
- 12) Establece una *coordinación* adecuada entre los programas de Educación para la Salud escolares y los servicios de salud.
- 14) Asegura que el personal docente y las familias disponen de *oportunidades para participar* en las actividades de Educación para la Salud. Estas actividades estarán integradas en los planes de centro: programas de formación para el profesorado, reuniones de padres y madres...
- 15) Se toman en cuenta seriamente los *signos de estrés* en el alumnado o el profesorado, dando pasos para solucionarlo mediante colaboraciones y ayudas, así como aumentando las estrategias para afrontarlo.
- 16) Reconoce que el servicio de *restauración escolar o el de comidas* encargadas al exterior, juegan un importante papel en la promoción de la salud de los miembros de la comunidad escolar. Así como el *ambiente vinculado a estos espacios y tiempos* (higiene, ruidos, estética, convivencia, tiempo libre...).

En definitiva, una propuesta de Educación para la Salud desarrollada en los centros educativos a partir de los planteamientos y presupuestos que hemos venido exponiendo. Pero que, como también hemos anunciado, no está libre de problemas, especialmente en el paso de los programas oficiales a su puesta en práctica, y entre los que cabría citar: a) la actitud de los enseñantes; b) la falta de coordina-

ción con los servicios de salud, y c) la falta de preparación y disposición a comprometerse por parte de la comunidad educativa (Castillo Lemee, 1993). Más concretamente, entre los elementos que condicionan el desarrollo de la Educación para la Salud en el ámbito escolar habría que señalar de modo específico los siguientes:

- 1) el currículum oficial y la cultura de cada escuela;
- 2) la relación con la familia y la comunidad
- 3) las propuestas y el desarrollo curricular.

Lo que viene a confirmar la apreciación de Polaino-Lorente (1987) respecto de la "natural vocación para la controversia" que caracteriza a la Educación para la Salud. Parece quedar claro que, con esta exposición de algunos de los *obstáculos* que tiene que afrontar y franquear la Educación para la Salud, pretendemos hacer hincapié en la necesidad de partir de la realidad y el contexto concreto en el que nos desenvolvemos, a la vez que destacar la importancia de considerar las *repercusiones* que su incorporación en el sistema educativo ha provocado, especialmente en relación a los ámbitos organizativo, curricular y de relaciones interpersonales. E, incluso, las perspectivas de cambio social, porque, tal como antes indicábamos sobre la superación del carácter individual de la salud, se ha venido criticando los modelos de la Educación para la Salud basados en los cambios de conducta individual. Alternativamente se postula un cambio de orientación que incide en una Educación para la Salud que coadyuve al cambio de las condiciones sociales determinantes de la salud, puesto que las estructuras sociales y comunitarias serían el objeto de su intervención.

Este modelo tiene, pues, como objetivo reducir las desigualdades ante la salud, preocupándose esencialmente no tanto por los conocimientos como por la interacción dialéctica entre las personas y su realidad, así como el desarrollo de habilidades y de la conciencia social. Tras lo cual nos hallamos de nuevo ante la tradicional disyuntiva entre *positivistas* que responsabilizan al individuo de cuanto sucede a su alrededor y, sobre todo, a él mismo, porque el problema reside en él, y los *críticos* que enfatizan en la responsabilidad colectiva a través de factores sociales, culturales y económicos y no en los biológicos o conductuales.

4. LA EDUCACION PARA LA SALUD COMO ENSEÑANZA TRANSVERSAL.

Tras la introducción en la escuela de la Educación para la Salud como materia transversal, se ha podido apreciar, *de un lado*, la aplicación de distintas modalidades de puesta en marcha de la misma, lo que puede suponer un riesgo de yuxtaposición, cuando no de desconexión, en relación al currículum escolar y, *de otro*, las escasas experiencias donde la participación del alumnado haya sido una realidad afectiva (Busquets y Leal, 1993). Lo que denota, una vez más, la existencia de conflictos, latentes o no, en el marco educativo y, más específicamente, en lo que hace referencia a la incorporación de una de las materias transversales.

En este complejo marco cabe exponer algunas de las consideraciones sobre las condiciones necesarias para la práctica educativa de la Educación para la Salud, como tema transversal, dentro del currículum escolar y de los procesos de enseñanza-aprendizaje (González Lucini, 1993):

- a) conecta, como tema transversal, con el proceso educativo que implica el desarrollo integral de la personalidad del alumnado;
- b) metodológicamente, debe participar de un proceso dinámico que suponga la transformación personal del alumnado;
- c) debe partir de situaciones reales y de vivencias personales así como del análisis de situaciones, realidades y problemas.

En este sentido, conviene subrayar la necesidad de pasar de un planteamiento *temático* de los contenidos a otro de tipo *problemático* (Nieda, 1992). A partir del análisis de conflictos de salud, de esas situaciones problemáticas, los alumnos podrán ser capaces de llegar a conclusiones tanto valorativas como de actuación, facilitándose, de este modo, su conversión en sujetos activos y responsables de su proyecto de vida saludable.

- d) Y, por último, la Educación para la Salud debe ser diseñada en el contexto de la transversalidad.

Precisamente este último punto toca el nervio más sensible de la aplicación de la Educación para la Salud en los centros educativos. Por ello creemos adecuado insistir, al menos, en que la Educación para la Salud implica necesariamente la *confluencia y convergencia* de las personas y sectores implicados, con sus posturas discrepantes, sin duda, en favor de:

- a) un ambiente escolar sano y seguro;
- b) una vida escolar sana;
- c) unas relaciones personales afectuosas y solidarias
- d) unos servicios médicos y psicológicos escolares (MEC, 1993).

Aspectos que bien podrían ser considerados como *objetivos* de la Edu-

cación para la Salud en la escuela.

Un encuentro de este tipo habrá de afectar, *de una parte*, a los miembros del *claustro* de profesores y a los distintos niveles de *concreción curricular*, llegando a inundar las unidades didácticas "de contenido saludable" (MEC, 1992), ya que sólo así la Educación para la Salud podría ser *aprendida y experimentada*. Y, así mismo, a los distintos *sectores de la comunidad educativa* y, obviamente, de la *colectividad social*.

De otra parte, al conjunto de *contenidos*, tanto en su acepción y división entre conceptuales, procesuales y actitudinales, como de temas de salud entre los que suele destacarse: la alimentación y nutrición, la educación sexual, la educación para evitar dependencias, la actividad física, la prevención de accidentes y la educación vial. Y es que la Educación para la Salud no sólo contribuiría a *gozar de un estado saludable* y a *prevenir* enfermedades, sino que también serviría para la recuperación y el *restablecimiento* más rápido (MEC, 1992) cuando se padece la enfermedad.

Pretensiones éstas que pasan, a nuestro entender, por la implicación plena de la institución escolar a la hora de introducir en su seno la Educación para la Salud y para la participación en salud, ya que sólo sería posible conseguir mayores cuotas de bienestar y salud desde el compromiso activo de las personas individual y colectivamente consideradas. Ello requiere de un proceso educativo que tome como modelo orientador el enfoque sociocrítico, que propugna una educación contextualizada y, dada su pretensión de emancipación y bienestar de las personas, procede de un modo colaborativo. En éste, la participación

forma parte sustancial de la educación como medio y fin de la misma. De modo contrario, desde postulados tecnológicos, difícilmente podría avanzarse en el sentido indicado en este trabajo sin, al menos, caer en graves contradicciones con sus planteamientos de base.

En efecto, el argumento aquí expuesto sobre la Educación para la Salud ha partido de un *concepto de salud* relacionado con el bienestar colectivo, más que con la enfermedad, y con la concurrencia de la participación de las personas para hacer posible un estado dinámico de salud en la comunidad. Consecuentemente, también se parte de una comprensión de la Educación para la Salud incardinada dentro de la concepción integral de la educación, que se orienta a conseguir que las personas puedan participar activa y responsablemente en la conquista de aquellas condiciones que favorecen la salud comunitaria. Ello dependerá no sólo de la acción educativa escolar sino de la cooperación de otras agencias socializadoras, especialmente de las instancias de poder que, si bien, *de un lado*, potencian la Educación para la Salud a través del sistema educativo, con unas orientaciones coincidentes, en términos generales, con lo que llevamos escrito, *de otro lado* desincentiva las repercusiones y los logros de esta educación por cuanto la realidad social y administrativa choca frontalmente con aquellas otras propuestas.

Llegados a este punto y desde este acercamiento a la paradójica situación indicada, mantenemos la opinión de que se debe continuar educando para y en la participación como alternativa y posibilidad de conseguir la transformación sociopolítica y educativa necesaria para

procurarnos el bienestar al que aspiramos: por cuanto es una exigencia para la salud y para la existencia de todos. Y las materias transversales (incluida la Educación para la Salud) se presentan como una opción y una oportunidad para favorecer aquellos procesos educativos enfocados a propiciar la acción consensuada y colaborativa de los distintos implicados en la educación y para la participación voluntaria en el incremento de la salud para todos.

BIBLIOGRAFIA

- BOSCH-MARIN, J. (1985): "La Escuela como Centro de Educación para la Salud", *Menores*, nº 8, Mayo-Junio.
- BUSQUETS M. D. y LEAL, A. (1993): "La Educación para la Salud", en VV.AA.: *Los temas transversales*. Madrid: Santillana.
- CASADO FLORES, J. (1990): "Enfermedades infantiles de origen social", *Infancia y Sociedad*, nº 5, Septiembre-Octubre.
- CASTILLO LEMEE, F. (1993): "La Escuela Promotora de Salud", en VV.AA.: *La escuela promotora de salud*. V Jornadas de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, MEC, INSALUD.
- FERRERO TORRES, C. (1990): "Presentación", *Infancia y Sociedad*, nº 5, Septiembre-Octubre.
- GARCÍA CABAÑAS, V. (1990): "Salud y Educación infantil: Ambientes educativos y calidad de vida", *Infancia y Sociedad*, nº 5, Septiembre-Octubre.
- BELANDO, M., GARCÍA, A. y SARLET, A.-M. (1996): *Educación para la Salud: Una perspectiva antropológica*. Valencia: Nau Llibres.
- GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, A. (1995): *Educación para la Salud en el medio escolar*. Policopiado.
- GONZALEZ LUCINI, F. (1993): *Temas transversales y educación en valores*. Madrid: Alauda.
- MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA (1992): *Infantil. Temas Transversales*. Madrid: MEC.
- MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA (1993): *Temas Transversales y Desarrollo Curricular*. Madrid: MEC.
- NIEDA, J. (1992): *Educación para la Salud*. Materiales de apoyo a la Reforma. Madrid: MEC.
- O.M.S. (1948): *Carta fundamental de la Organización Mundial de la Salud*.
- POLAINO-LORENTE A. (1987): *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.
- SÁNCHEZ MORENO, A., RAMOS GARCÍA, E. y MARSET CAMPOS, P. (1994): *La actitud participativa en salud, entre la teoría y la práctica*. Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad.
- SERRANO GONZÁLEZ, M.I.: (1989): *Educación para la salud y participación comunitaria: una perspectiva metodológica*. Madrid: Diaz de Santos.
- VV. AA. (1995): *La educación para la salud en el ámbito educativo. Manual de formación para el profesorado y otros agentes educativos*. Madrid: MEC, Ministerio de Sanidad y Consumo.