

# Universidad de Huelva

Departamento de Educación



## La educación para la salud en las etapas escolares de infantil y primaria : dificultades y alternativas

Memoria para optar al grado de doctora  
presentada por:

**María Dolores González de Haro**

Fecha de lectura: 28 de octubre de 2004

Bajo la dirección del doctor:

Antonio Romero Muñoz

**Huelva, 2012**

ISBN: 978-84-15633-97-6

D.L.: H 262-2012



MARÍA DOLORES GONZÁLEZ DE HARO

**LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD  
EN LAS ETAPAS ESCOLARES DE  
INFANTIL Y PRIMARIA:  
DIFICULTADES Y ALTERNATIVAS**

TESIS DOCTORAL



Universidad  
de Huelva

2004



TESIS DOCTORAL

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LAS ETAPAS  
ESCOLARES DE INFANTIL Y PRIMARIA:  
DIFICULTADES Y ALTERNATIVAS

*Doctoranda*

María Dolores González de Haro

*Director*

Dr. D. Antonio Romero Muñoz

Departamento de Educación  
UNIVERSIDAD DE HUELVA

2004



## AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que con su disponibilidad y sinceridad han hecho posible la realización de este trabajo: profesoras y profesores de Educación Infantil y Primaria de Centros Públicos y Concertados de Huelva y la provincia, Movimiento Cooperativo de Escuela Popular, Centro de Profesores de Huelva-Isla Cristina, Direcciones y Secretarías de Centros Escolares e Inspección Educativa.

Al director de esta tesis, por la confianza que ha depositado en mí en todo momento, por su dedicación humana y científica en la dirección de esta investigación, por su cercanía, su talante dialogante y su gran capacidad para acompañar y orientar certeramente todo el proceso de este trabajo.

A las compañeras y compañeros del Departamento de Enfermería que me han apoyado con sus conocimientos y afecto en la realización de esta tesis. Especialmente a José Luis Sánchez, Maribel Mariscal, Agu González, Paqui García y Valle López.

A Elisa Vián por su ayuda permanente en la consolidación de los grupos participantes.

A Isabel Motero por su valioso apoyo en la edición.

A M<sup>a</sup> Luisa Villegas por su ayuda en la selección de personas informantes.

A los amigos y amigas que me han animado constantemente de forma incondicional.



*El fin último de la Educación no está en el perfeccionamiento de los conocimientos escolares, sino en la eficiencia para la vida; no estriba en hacerse con unos hábitos de obediencia ciega y de diligencia en someterse a las prescripciones, sino en prepararse para un obrar autónomo.*

*Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827)*  
*Cartas sobre Educación Infantil (1818-1819)*







## **ÍNDICE GENERAL**

<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b>	<b>3</b>
<b><u>PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA</u></b>	
<b>CAPÍTULO 1: APROXIMACIÓN TEÓRICA AL CONCEPTO DE SALUD Y SU IMPLICACIÓN SOCIAL, POLÍTICA Y EDUCATIVA</b>	<b>11</b>
1.1. El concepto de Salud: evolución histórica y situación actual	13
1.2. La Salud y sus determinantes	18
1.3. La Salud y sus implicaciones sociales en el marco de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud	22
1.3.1. La Estrategia de Salud para Todos 2000 y Salud para Todos en el siglo XXI	23
1.3.2. La Promoción de Salud: una llamada a la responsabilidad social en el cuidado de la salud	32
1.4. El Sistema de Atención a la Salud en España: antecedentes y evolución	40
1.4.1. Los modelos de Atención Sanitaria en las sociedades occidentales	41
1.4.2. El Sistema Nacional de Salud español	44
1.4.2.1. Antecedentes	44
1.4.2.2. La Reforma Sanitaria	46
1.4.2.3. La Ley General de Sanidad de 1986	48
1.4.3. La crisis de los Sistemas de Atención a la Salud	50
<b>CAPÍTULO 2: LA EDUCACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA FILOSÓFICA Y PRÁCTICA COMO REFERENTE BÁSICO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b>	<b>53</b>
2.1. La Educación como concepto multidimensional	56
2.2. La Escuela como espacio socioeducativo	58

2.2.1. La función social y educativa de la Escuela	59
2.2.2. ¿Qué Escuela se necesita hoy?	62
2.3. Los contenidos de la Enseñanza	67
2.3.1. El currículum: aproximación conceptual	67
2.3.2. El diseño del currículum y sus implicaciones	70
2.3.3. Los ámbitos de diseño del currículum	73
2.3.4. El currículum fragmentado Vs currículum integrado	78
2.4. La Educación en Valores y su proyección en el proceso de humanización	86
2.4.1. ¿Qué se pretende con la Educación en Valores?	87
2.4.2. La organización de la Educación en Valores: la transversalidad	89
2.5. La Enseñanza en España a partir de la Ley General de Educación	92
2.5.1. La Ley General de Educación de 1970	92
2.5.2. La Constitución Española y la Educación	96
2.5.3. La Ley de Ordenación General del Sistema Educativo de 1990	98
2.5.4. La Ley Orgánica de Calidad de la Educación de 2002	101
<b>CAPÍTULO 3: LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL SISTEMA EDUCATIVO</b>	<b>107</b>
3.1. La Educación para la Salud: aproximación teórica	109
3.1.1. ¿Es necesaria la Educación para la Salud en nuestro contexto social?	109
3.1.2. Marco conceptual de la Educación para la Salud	114
3.1.3. Los distintos enfoques en la práctica de la Educación para la Salud	117
3.1.4. Los ámbitos de desarrollo de la Educación para la Salud y la interdependencia de los agentes implicados	123

3.2. La Educación para la Salud en el ámbito escolar	131
3.2.1. Los objetivos de la Educación para la Salud en la Escuela	133
3.2.2. El currículum de Educación para la Salud en el medio escolar: principios, características y contenidos	136
3.3. La Educación para la Salud en la Escuela en el marco de la Unión Europea	140
3.3.1. Modelos y programas de Educación para la Salud a nivel escolar	142
3.3.2. La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud: una experiencia para la creación de entornos saludables	149
3.3.2.1. Descripción del proyecto	149
3.3.2.2. La participación de España en la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud	156
3.4. La Educación para la Salud en la Escuela en el contexto español	159
3.4.1. La Educación para la Salud en el Diseño Curricular de Infantil y Primaria en la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo	163
3.4.2. La Educación para la Salud en los niveles de Infantil y Primaria desde el marco legislativo de la Ley Orgánica de Calidad de la Educación	167

**SEGUNDA PARTE: EL MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

<b>CAPÍTULO 4: EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>177</b>
4.1. Objetivos de la investigación	182
4.2. Estrategia de investigación: el enfoque etnográfico	183
4.3. El trabajo de campo	184
4.3.1. El escenario de la investigación y la selección de personas informantes	185

4.3.2. Perfil sociodemográfico y profesional de las personas informantes	187
4.3.3. Técnicas utilizadas en la recogida de datos	188
4.3.3.1. Recogida de artefactos etnográficos	189
4.3.3.2. Técnica de Grupo Nominal	189
4.3.3.3. La Entrevista	194
4.3.3.4. El Grupo de Discusión	197
4.4. El tratamiento de los datos: procesamiento, análisis e interpretación	199

**TERCERA PARTE: INFORME DE LA INVESTIGACIÓN**

ABREVIATURAS CLAVE DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN	205
---	-----

**CAPÍTULO 5: LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD A TRAVÉS DE LOS ARTEFACTOS ETNOGRÁFICOS DE LOS CENTROS ESCOLARES** **207**

5.1. La Educación para la Salud en el Plan Anual de Centro y en el Proyecto Curricular de Ciclo	209
5.2. La Educación para la Salud en los libros de texto	231

**CAPÍTULO 6: LAS DIFICULTADES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS INFORMANTES** **235**

6.1. La visión del profesorado	237
6.1.1. Las dificultades expresadas por el profesorado de Centros Públicos	238
6.1.2. Las dificultades expresadas por el profesorado de Centros Concertados	266

6.2. La visión global de las personas consideradas como informantes clave	275
6.3. La visión específica de la Administración Educativa	285
6.3.1. Las dificultades desde la perspectiva de la Dirección de Centros Públicos	285
6.3.2. Las dificultades desde la perspectiva de la Dirección de Centros Concertados	290
6.3.3. Las dificultades desde la perspectiva de la Inspección Educativa	295
6.4. La visión específica del Movimiento Cooperativo de Escuela Popular	297
<b>CAPÍTULO 7: ¿CÓMO SUPERAR LAS DIFICULTADES Y MEJORAR LA PRAXIS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA?</b>	<b>305</b>
7.1. Los cambios necesarios en la concepción de Salud para su fomento y cuidado desde la Educación	307
7.1.1. La concepción de Salud del profesorado	307
7.1.2. La concepción de Salud de otros agentes educativos del entorno	310
7.2. Las innovaciones educativas necesarias para mejorar el desarrollo de la Educación para la Salud en el ámbito escolar	311
7.2.1. La formación del profesorado	312
7.2.2. La innovación curricular desde una perspectiva integrada	314
7.2.3. El Proyecto de Centro como eje fundamental de la intervención educativa en Educación para la Salud	316
7.2.4. La intervención educativa en el núcleo familiar	318
7.2.5. El apoyo de la Administración Educativa	322
7.3. La acción intersectorial como marco de acción de la Educación para la Salud en la Escuela	324



7.3.1. La necesidad de un proyecto conjunto entre los sectores de Educación y Salud	324
7.3.2. El apoyo institucional y social como compromiso comunitario para trabajar en favor de la Salud	326
<b>CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES</b>	<b>329</b>
8.1. Limitaciones de la investigación	331
8.2. Síntesis de las evidencias	332
8.3. Líneas de avance: propuesta de nuevas investigaciones	345
<b><u>BIBLIOGRAFÍA</u></b>	<b>351</b>
<b><u>ANEXOS</u></b>	<b>363</b>
ANEXO N° 1: APORTACIONES OBTENIDAS EN LOS GRUPOS NOMINALES	365
ANEXO N° 2: GUIÓN UTILIZADO EN LAS ENTREVISTAS	381
ANEXO N° 3: GUIÓN UTILIZADO EN LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN	383
ANEXO N° 4: DATOS LITERALES REGISTRADOS A PARTIR DE LOS ARTEFACTOS ETNOGRÁFICOS DE LOS CENTROS ESCOLARES (En CD adjunto)	
ANEXO N° 5: TRASCRIPTIÓN LITERAL DE LAS ENTREVISTAS Y LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN (En CD adjunto)	

## **INTRODUCCIÓN**



## **INTRODUCCIÓN**

La Salud, desde su perspectiva de valor fundamental para la vida, requiere una intervención educativa encaminada a crear conciencia acerca del papel esencial que juega el cuidado de la misma en el desarrollo de una vida plena y satisfactoria. Para ello, es necesario establecer y desarrollar acciones de Educación para la Salud (EpS) al objeto de facilitar los conocimientos y las habilidades que permitan instaurar estilos de vida saludables y promover los cambios sociales necesarios para fomentar la Salud, prevenir la enfermedad y hacer frente a los problemas que se plantean.

Este enfoque de EpS se enmarca en la perspectiva de Promoción de Salud, cuyo protagonismo a nivel mundial ha hecho que se convierta en el referente esencial para todas las acciones encaminadas a favorecer la Salud.

Desde el ámbito internacional se viene insistiendo en la importancia que tiene la Promoción de la Salud como la mejor inversión social que los gobiernos pueden hacer. Las diferentes Conferencias Internacionales celebradas al respecto han servido como marco de reflexión y de consenso acerca de los compromisos que deben adquirir los gobiernos para trabajar a favor de la salud.

El carácter emancipador de la Promoción de Salud implica la capacitación de las personas para potenciar y exigir un entorno saludable y adoptar estilos de vida que favorezcan la Salud. En este sentido, el papel de la Educación es esencial, sobre todo, en las edades más tempranas. Por tanto, los niveles de Educación Infantil y Primaria constituyen las etapas escolares de actuación preferentes para desarrollar estrategias de EpS.

La Familia y la Escuela son los entornos más importantes donde se desarrolla el proceso de educación de los niños y niñas. El cuidado de la Salud conforma una parte importante del conjunto de valores, actitudes, conocimientos y habilidades que tratan de inculcarse.

La Escuela, por tanto, es el espacio socioeducativo formal para el proceso de socialización de las personas desde los primeros años de sus vidas. Además tiene una función propiamente educativa en cuanto a la conformación de los valores y comportamientos que van a guiar la vida del alumnado.

La EpS ha estado siempre presente en el ámbito escolar, aunque con importantes limitaciones en cuanto a los contenidos y a su proyección en el currículum. La higiene y el cuidado del cuerpo, han sido abordados formalmente, aunque su orientación ha estado vinculada al currículum oculto y al ideario de Centro.

Actualmente, la EpS en la Escuela tiene una proyección mundial. En Europa, todos los países la contemplan en su currículum escolar en mayor o menor medida.

En España, las reformas acometidas a partir de 1982 por parte del Gobierno Socialista en todos los sectores, y especialmente, en materia de Salud y Educación, culminan, por una parte, con la promulgación de la Ley General de Sanidad (1986), y, por otra, con la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) de 1990.

Desde ambas perspectivas, la EpS se contempla como una necesidad básica. Se pone de manifiesto la responsabilidad que tiene el Sistema Sanitario para implantar y desarrollar la EpS en los distintos núcleos sociales. Desde el sector de Educación, a partir de la promulgación de la LOGSE se incorpora la EpS como materia transversal, con carácter obligatorio y con extensión a lo largo de las etapas escolares de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria.

El desarrollo de la LOGSE en materia de EpS se realiza a través de las respectivas Comunidades autónomas en función de sus propias características y necesidades.

El Real Decreto 1344/1991 de 6 de septiembre establece en el currículum de Educación Infantil y Primaria la EpS como una de las áreas transversales que deberá estar presente en las diferentes áreas de conocimiento a lo largo de los ciclos formativos.

Con posterioridad, el Gobierno del Partido Popular, tratando de acometer una nueva reforma del Sistema Educativo, promulga la Ley Orgánica de Calidad de la Enseñanza (LOCE) de 2002. En esta Ley, la EpS desaparece como materia transversal, pasando a formar parte de los contenidos curriculares con un marcado enfoque biologicista y limitado a determinados aspectos relacionados con la

higiene y el cuidado del cuerpo, lo cual representa un retroceso respecto a la LOGSE.

En la actualidad, el desarrollo de la LOCE está paralizado por la intervención del nuevo Gobierno Socialista surgido a partir de los comicios del pasado 14 de marzo,

En Andalucía, el desarrollo normativo de la LOGSE respecto a la EpS implica la formulación de objetivos encaminados al fomento de la Salud de los niños y niñas, así como la elaboración y difusión de las orientaciones generales para la elaboración del diseño curricular.

Después de trece años de implantación de la LOGSE, a nivel de los Centros Escolares de Huelva, la EpS no se ha desarrollado conforme a los objetivos planteados, sino que ha tenido un papel secundario y, en muchos casos, de carácter marginal. Los contenidos se han centrado en aspectos muy específicos relacionados con las principales necesidades básicas de higiene y alimentación, mientras que temas como la higiene postural, las relaciones humanas, la higiene del sueño, la prevención de las drogodependencias, la salud mental... tienen un escaso protagonismo o incluso no son abordados bajo ninguna perspectiva (González de Haro, 2001, 69)

Se pone en evidencia que el desarrollo de la EpS como materia transversal no tiene la proyección educativa que plantea la LOGSE y, por tanto, su efectividad en términos de Promoción de Salud no está garantizada.

La consideración de la EpS como una necesidad educativa básica a lo largo de la vida escolar y, especialmente, en las etapas de Educación Infantil y Primaria, requiere una intervención desde el ámbito de la investigación capaz de identificar los obstáculos que están impidiendo educar a los niños y niñas desde un enfoque integral en el cuidado de la Salud y, consecuentemente, de descubrir las alternativas posibles para mejorar esta praxis educativa.

¿Qué dificultades existen para desarrollar la EpS como materia transversal en la Escuela? ¿Qué alternativas son necesarias para superar estas dificultades y mejorar la EpS en el ámbito de la Educación Infantil y Primaria?

La presente investigación ha tratado de dar respuesta a estos interrogantes. El desarrollo de la misma, sus resultados y conclusiones se presentan estructurados de la siguiente manera:

La Tesis está dividida en tres partes. La *primera parte*, estructurada en tres capítulos, constituye el marco teórico de referencia, en el que, de forma interrelacionada, se abordan los tres pilares fundamentales: el primer capítulo dedicado a *la aproximación teórica al concepto de Salud y su implicación social, política y educativa* en el que se aborda el concepto de Salud, sus determinantes, las implicaciones sociales, así como los antecedentes y la evolución del Sistema Sanitario en España. Un segundo capítulo centrado en *la Educación desde la perspectiva filosófica y práctica como referente básico de la Educación para la Salud*. Los contenidos que se abordan son, por una parte, la Educación y la Escuela como espacio socioeducativo, los contenidos de la Enseñanza y la Educación en valores, y, por otra, la enseñanza en España desde la Ley General de Educación de 1970 hasta la Ley Orgánica de Calidad de la Enseñanza de 2002.

El tercer capítulo hace referencia específica a *la Educación para la Salud en el Sistema Educativo* en sus aspectos más fundamentales como son: los referentes teóricos en cuanto a la justificación y conceptualización de la EpS, sus distintos enfoques, los ámbitos de desarrollo y los agentes implicados; la EpS en el ámbito escolar desde su proyección en el Unión Europea y en el contexto de España.

La *segunda parte* de la Tesis está dedicada al *proceso de la investigación*. El contenido se agrupa bajo un capítulo único, capítulo 4, dedicado a los objetivos de la investigación, la estrategia utilizada, el desarrollo del trabajo de campo donde se describe el escenario de la investigación, la selección y perfil sociodemográfico y profesional de las personas informantes, las técnicas utilizadas en la recogida de datos, y, finalmente, el tratamiento de los datos obtenidos.

La *tercera y última parte* es lo que constituye propiamente el *informe de la investigación*, estructurada en cuatro capítulos consecutivos: en el capítulo 5, se presenta el *análisis de la EpS a través de los artefactos etnográficos* relacionados, por una parte, con el Plan Anual de los centros escolares y del Proyecto Curricular de Ciclo, y, por otra parte, con la *EpS en los libros de texto*. En el capítulo 6, se expone el análisis de las *dificultades de la EpS en la Escuela* desde la triple visión

del profesorado, de la Administración Educativa y del Movimiento Cooperativo de Escuela Popular. El capítulo 7 aborda *las alternativas para superar las dificultades y mejorar así la praxis de la EpS en la Escuela*, presentándose desde tres perspectivas: los cambios en la concepción de Salud del profesorado y de otros agentes educativos, la innovación en el currículum y la acción intersectorial entre Educación y Salud, y el compromiso de otros sectores sociales. Finalmente, el capítulo 8 corresponde al apartado de las *conclusiones* en el que se abordan las limitaciones del estudio, la síntesis de evidencias y las propuestas de nuevos trabajos que sugiere la presente investigación.





**PRIMERA PARTE**

**MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA**



# **CAPÍTULO 1**

## **APROXIMACIÓN TEÓRICA AL CONCEPTO DE SALUD Y SU IMPLICACIÓN SOCIAL, POLÍTICA Y EDUCATIVA.**

- 1.1. El concepto de Salud: evolución histórica y situación actual
- 1.2. La Salud y sus determinantes
- 1.3. La Salud y sus implicaciones sociales en el marco de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud
  - 1.3.1. La Estrategia de Salud para Todos 2000 y Salud para Todos en el siglo XXI
  - 1.3.2. La Promoción de Salud: una llamada a la responsabilidad social en el cuidado de la salud
- 1.4. El sistema de Atención a la Salud en España: antecedentes y evolución
  - 1.4.1. Los modelos de Atención Sanitaria en las sociedades occidentales
  - 1.4.2. El Sistema Nacional de Salud español
    - 1.4.2.1. Antecedentes
    - 1.4.2.2. La Reforma Sanitaria
    - 1.4.2.3. La Ley General de Sanidad de 1986
  - 1.4.3. La crisis de los Sistemas de Atención a la Salud



## **CAPÍTULO 1: APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD Y SU IMPLICACIÓN SOCIAL, POLÍTICA Y EDUCATIVA**

La salud ha sido una de las preocupaciones constantes en todas las sociedades a lo largo de la historia, constituyendo un valor social y cultural permanente para el conjunto de los seres humanos, tanto individual como colectivamente. El deseo de gozar de salud para el desarrollo de una vida plena ha representado una de las metas más importantes de la humanidad.

Al igual que los pueblos primitivos, los miembros de las sociedades civilizadas creen en la posibilidad de un estado de salud y felicidad. Mientras que los pueblos primitivos manifestaban esta creencia a través de leyendas y tradiciones, las sociedades civilizadas intentan racionalizar esta creencia por medio de las teorías filosóficas y de la ciencia en general.

### **1.1. El concepto de Salud: evolución histórica y situación actual**

La concepción de Salud ha ido variando a lo largo de la historia en función de los cambios sociales, políticos, económicos que las sociedades han ido experimentando así como del avance de los conocimientos sobre el proceso de salud-enfermedad.

En el mundo clásico griego Higia se consideró como la diosa que un día veló por la salud de Atenas, probablemente fue una emanación de Atenea, diosa de la sabiduría. Higia era considerada la guardiana de la salud y no tenía nada que ver con la curación de las enfermedades. Simbolizaba la creencia de que los hombres podían mantenerse sanos si vivían de acuerdo con la razón; en definitiva, representaba las virtudes de una vida sana en un medio agradable, el ideal de *mens sana in corpore sano* (Dubos, 1975, 144).

A partir del siglo V a.c., el culto a Higia fue dejando lugar al culto a Esculapio, el dios curador. Los hombres, para evitar las enfermedades o para recuperar la salud, encontraban más fácil recurrir a curanderos que intentar la difícil tarea de vivir sanamente.

Los mitos de Higia y Esculapio representan las oscilaciones constantes entre los dos puntos de vista clásicos sobre la salud y la enfermedad: para los

seguidores de Higia, la salud representa el orden natural de las cosas, a la que las personas tendrán derecho si gobiernan sus vidas sabiamente, para ello habría que enseñar las leyes naturales si se quería asegurar la salud de la mente y del cuerpo (Dubos, 1975. 156).

Desde el punto de vista filosófico, Hipócrates (460 a.c.) considerado el padre de la medicina en la antigüedad, representa los conceptos racionales basados en el conocimiento objetivo y la liberación de la ciencia en general, y de la medicina en particular, de todas las influencias mágicas o demoníacas que en la mayoría de las culturas primitivas explicaban la enfermedad. En el mundo occidental, Hipócrates ha representado a lo largo de la historia la perspectiva racional del filósofo, la actitud objetiva del científico, la orientación práctica de Esculapio y las tradiciones humanas de Higia (Dubos, 1975. 150)

En las enseñanzas hipocráticas estaba implícito que tanto la salud como la enfermedad estaban determinadas por leyes naturales y reflejaban la influencia ejercida por el medio y la forma de vida. En consecuencia, la salud dependía de un equilibrio entre los diferentes factores que gobiernan la mente y el cuerpo y que sólo se alcanzaba cuando la persona vivía en armonía con su medio externo: el hombre tendría mayores posibilidades de no enfermarse si viviera razonablemente (Dubos, 1975. 158)

En la Roma clásica, Higia fue conocida como Salus, considerada como divinidad del bienestar, protectora de la salud. Simbolizaba la creencia de que las personas podrían mantenerse sanas si vivían de acuerdo a unos determinados preceptos denominados de higiene.

En consecuencia, el Imperio Romano convirtió en normas públicas las prácticas individuales de higiene del mundo griego. Así, para cuidar de sus ciudadanos, realizó grandes obras públicas relacionadas con el saneamiento del agua (disponibilidad de agua abundante y potable, red de alcantarillado para la conducción de aguas fluviales y de aguas residuales), con la higiene de los alimentos (construcción de mercados), higiene medio ambiental (enterramientos, normas de salud pública...)

Con la caída del Imperio Romano y la instauración progresiva de un oscurantismo religioso en la Edad Media, se produjo un retroceso en cuanto a la

salud como un valor social alcanzable vinculado a la organización social y a la práctica de la higiene individual y colectiva. Esta época trajo consigo la creencia de que las enfermedades estaban causadas por la cólera divina, como castigo al comportamiento de los hombres y, por tanto, el abandono de las prácticas higiénicas más básicas para el cuidado de la salud (agua potable, aire limpio y alimentación sana), siendo el resultado la aparición de las grandes epidemias de enfermedades infecto-contagiosas (el cólera, la peste)

A partir del siglo XVIII y XIX, donde se producen grandes cambios en el sistema social (Revolución Industrial), se empieza a abandonar la explicación mágica de la enfermedad, comenzándose a evidenciar asociaciones entre la situación de salud de la población y determinadas condiciones de vida. Así, Bernardino Ramazzini estudió mediante una encuesta el estado de salud de los comerciantes (año 1700) y, posteriormente, en 1713 publicó la obra denominada *De las enfermedades ocupacionales*, en la que relacionaba las enfermedades con la práctica de distintos oficios y las penosas condiciones de trabajo.

En el siglo XIX, la Revolución Industrial trajo graves consecuencias para la salud de la población: cólera, tifus, tuberculosis, desnutrición infantil, alcoholismo... y todo ello como resultado de los graves problemas de hacinamiento, empobrecimiento, marginación... a que llevaban las malas condiciones de trabajo a las que la población se veía obligada, ya que, una vez desposeída de su riqueza artesanal, era su prole (de ahí el proletariado) y su correspondiente mano de obra su único medio de subsistencia.

Las transformaciones sociales y políticas que tienen lugar tratan de dar respuesta a esta situación. Así, el abogado británico E. Chadwick elaboró un informe a instancias del Parlamento sobre *las condiciones sanitarias de la población trabajadora en Gran Bretaña* (1842) en el que se ponía de manifiesto que las carencias de alimentos, aire puro y la contaminación provocaban la pérdida de la salud (Sáez Gómez, 2000. 11)

En 1848, el alemán R. Virchow afirmó que la pobreza era la incubadora de las enfermedades y que, por tanto, era necesario acometer grandes reformas sociales para devolver la salud a las personas.



La era bacteriológica de finales del siglo XIX que se inicia con los trabajos de L. Pasteur en los que se identifica la naturaleza microbiana de las enfermedades y se crean las primeras vacunas, así como los trabajos de R. Koch donde se afirma que detrás de una enfermedad siempre se encuentra un microorganismo, da lugar a una concepción de salud centrada en el enfoque biologicista donde la salud tiene un marcado carácter individual y, por tanto, se plantea la necesidad de que más que cambiar las condiciones sociales se hagan todos los esfuerzos en la prevención individual con la aplicación de las vacunas y de la higiene personal (Sáez Gómez, 2000. 14)

Este enfoque ha estado presente de manera constante y ha constituido la base de la formación de los profesionales sanitarios, siendo muy relevante su proyección en la población en general y en todas las prácticas educativas.

El concepto de salud tiene su base en una construcción social que procede de la experiencia de las personas y de los acontecimientos sociales y políticos. En consecuencia, las prácticas individuales y sociales que se derivan del mismo sólo pueden comprenderse integrados en un contexto social, económico, político, histórico... (Sáez Gómez, 2000, 4)

Casi a mediados del siglo XX, los cambios sociales experimentados y los correspondientes avances de la ciencia en el conocimiento cada vez más preciso de los factores relacionados con la salud y la forma de prevenir la enfermedad, el cambio en el patrón de morbi-mortalidad, la revolución de los medios de comunicación y el tratamiento de la información y el fenómeno de la internacionalización han dado lugar a que el concepto de salud evolucione hacia un enfoque positivo, dinámico, multicausal y social, lo que ha constituido la base para concebir la salud desde ese nuevo paradigma emergente que ha conducido a una nueva cultura de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Constitucional de 1948 define la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad”. A pesar de las críticas que ha recibido este concepto, contiene algunos elementos innovadores: introduce el término *positivo*, lo que supone que la salud debe dejar de considerarse como lo opuesto a la enfermedad; incluye la *dimensión mental* y *social*, por tanto,

comienza a plantearse ya una concepción que va más allá del nivel biológico y pone de manifiesto que el vivir saludablemente es responsabilidad del conjunto de la sociedad y no sólo del individuo.

El debate conceptual al que dio lugar esta definición ha tenido como crítica fundamental la consideración de definición *utópica*, puesto que se trata más de un deseo que de una realidad alcanzable, un objetivo imposible de conseguir. Por otra parte, es una definición subjetiva, ya que sólo hace referencia al término *bienestar*, olvidando aspectos objetivos como la capacidad de los seres humanos para el funcionamiento (Gómez López, 2000. 7)

La propia OMS, aunque no ha formulado ninguna otra definición de salud, sí ha ido abandonando progresivamente este enfoque maximalista y utópico y se ha ido vinculando a través de sus recomendaciones a lo que, en la actualidad, se denomina el *nuevo paradigma emergente de salud* o modelo ecológico, que concibe la salud desde una perspectiva dinámica e interdependiente y desde donde sea posible conseguir un nivel de salud adecuado para hacer frente a los retos del ambiente, para lo cual se hace un continuo llamamiento a los gobiernos para que trabajen en favor de la salud. Es, en definitiva, una llamada a la responsabilidad social en la consecución de metas saludables.

Con posterioridad a la definición de la OMS, han ido surgiendo otras formulaciones del término salud: Desde la perspectiva sociológica, R. Dubos (1959) la definió como *el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio*. Ivan Illich (1976) define la salud como *la capacidad de sentirse vivo en el gozo y en el dolor y de amar la sobrevivencia, pero también de arriesgarla*. Milton Terris (1987) la define como *el producto positivo de la interacción continua del hombre con su medio*.

A lo largo de las últimas décadas, las diferentes formas en que se ha definido la salud han sufrido múltiples críticas, tanto desde el campo de la Sociología en el que se pone de manifiesto el *“papel excesivamente preponderante de las profesiones sanitarias en general y de la médica en particular, en la definición de la enfermedad y sus remedios, cuestionando así la capacidad de los servicios sanitarios en la prevención y curación de ésta”*(Gómez López, 2000, 10), como desde los propios profesionales de la salud, donde se han enfrentado los enfoques

biomédicos (centrado en la dimensión biológica del proceso salud-enfermedad y con un claro enfoque clínico) y los enfoques salubristas ,tendientes a una concepción de la salud más socializada y holística.

En definitiva, el concepto de salud está sujeto a la evolución del pensamiento social, a los avances de las ciencias de la salud y a los nuevos retos a los que hay que hacer frente. Constituye, por tanto, uno de los sustratos básicos de nuestro sistema de valores sobre el que día a día intentamos facilitar el desarrollo de una vida plenamente humana y universal.

## **1.2. La salud y sus determinantes**

¿Cuáles son los factores que influyen sobre la salud de las personas y las sociedades? La respuesta a esta pregunta está en el estudio de los denominados *determinantes del proceso salud-enfermedad*.

Numerosos estudios en distintas épocas han puesto de manifiesto que la gente que ocupa posiciones sociales más altas vive más tiempo y además, en general, gozan de una mejor salud.

En este sentido hay que destacar los trabajos del médico italiano Bernardino Ramazzini (1633-1714) en los que fue relacionando determinadas enfermedades con la ocupación laboral como factor determinante. Posteriormente, J.P. Franck, a finales del siglo XVIII, sostuvo en su obra *Sistema para una completa policía médica* (1779-1789) que el factor determinante de la enfermedad era la pobreza y que el Estado era el responsable de la salud pública. A lo largo de los seis volúmenes que tiene esta obra se describen de manera completa y científica todas las circunstancias que afectan a la salud: la alimentación, la educación, la sexualidad, el vestido, la vivienda... (Sáez Gómez, 2000. 11)

En el siglo XIX hay que mencionar los trabajos de Rudolf Virchow (1821-1902), médico y político alemán, en los que se afirmaba que la pobreza era la causa de las enfermedades y, por tanto, había que acometer importantes reformas sociales para eliminarla. También Edwin Chadwick (1800-1890), ingeniero inglés, afirmó que las enfermedades siempre iban acompañadas de carencias, suciedad, contaminación, y que sólo era posible la restauración de la salud

ofreciendo a la población aire puro, agua pura, alimentos puros y alojamientos agradables. En la misma línea, Max von Pettenkofer (1818-1901), químico y fisiólogo alemán, quien se opone a la teoría de los gérmenes considerando la higiene como una filosofía total de la vida. Desde la concepción de este enérgico higienista, la salud estaba relacionada con el suministro de aire puro, de abundante agua clara y de un entorno medio ambiental repleto de árboles y plantas. Su influencia en los niveles políticos de la ciudad de Munich tuvo como resultado un saneamiento del agua en cuanto a la facilitación de agua potable en abundancia y el drenaje de las aguas residuales. Este hecho contribuyó a conseguir un descenso muy importante en la mortalidad por fiebres tifoideas (desde 72 por millón en el año 1880 hasta 14 por millón en 1898). Munich se convirtió en esta época en una de las ciudades más saludables de Europa (Dubos, 1975. 164)

Los determinantes de la salud-enfermedad se han venido abordando a través de dos grandes modelos: el *modelo tradicional o ecológico* de enfermedad y el *modelo de promoción de la salud*.

El primero se originó a finales del siglo XIX, cuando las enfermedades infecciosas constituían la primera causa de enfermedad y muerte en los países desarrollados. Este modelo concebía la enfermedad como la confluencia de un agente patógeno, el individuo y el medio ambiente, en el que la existencia de un solo agente era suficiente para producir la enfermedad (teoría epidemiológica de la unicausalidad), atribuyéndosele al huésped (individuo) y al ambiente la función limitada de modificar el efecto de dicho agente.

Esta nueva situación cambió radicalmente la relación causal, en la que se abandona el enfoque unicausal y se empieza a considerar que varias causas producen un mismo efecto. Así se empieza a tener en cuenta que los *estilos de vida* favorecen la aparición de determinadas enfermedades y, por tanto, pueden considerarse de tipo causal.

En Canadá, siendo ministro de sanidad M. Lalonde, se realizó el estudio: *una nueva perspectiva de la salud de los canadienses* (1973) cuyos resultados se hicieron públicos en el denominado *Informe Lalonde* (1974) que constituyó la bases para este segundo modelo: *el modelo de promoción de la salud*.

Los resultados de este Informe pusieron de manifiesto el enfoque multicausal del proceso salud-enfermedad a través de cuatro grandes factores y su correspondiente porcentaje en cuanto al grado de contribución potencial al descenso de la mortalidad: *los estilos de vida (43%), la biología humana (27%) ,el medio ambiente (19%) y el sistema sanitario (11%)*

Posteriormente, a lo largo del siglo XX, se experimentan cambios importantes en los patrones de morbi-mortalidad, pasando a ocupar un lugar preeminente las enfermedades crónicas (cáncer, afecciones cardiovasculares...) y además existen evidencias que cuestionan la explicación de la enfermedad por un solo factor incluso para las enfermedades infecciosas. En este sentido, hay que destacar los resultados de diversas investigaciones: el denominado *Informe Black* (Reino Unido 1977) relaciona el estatus socioeconómico con la mortalidad y el uso de los servicios sanitarios, siendo la mortalidad infantil cinco veces más elevada en las clases bajas que en las clases altas; McKeown (1979) demostró que el descenso importante de la tasa de mortalidad debida a las principales enfermedades infecciosas en los últimos dos siglos tuvo lugar antes de desarrollarse las medidas terapéuticas derivadas del descubrimiento de la quimioterapia y la vacunación (como lo demuestran sus datos sobre la mortalidad por Tuberculosis en Inglaterra y Gales entre 1840 y 1970), puesto que el descenso había comenzado mucho antes de la identificación del bacilo de Koch (1880) y del descubrimiento del tratamiento químico para combatirlo (McKeown 1981). De esta investigación se deriva que las medidas de salud pública fueran las responsables y no la asistencia médica *per se* , aunque sí se produjo un descenso brusco de la mortalidad (casi del 50%) a partir de 1940 con el desarrollo de una terapia efectiva. Se consideró que esta medida aceleró la velocidad del declive pero no fue la fuerza mayor que lo inició (Evans, 1996,13). También hay que destacar el estudio realizado por Marmot (1987) en el que se hizo un seguimiento a unos 10.000 funcionarios británicos durante casi dos décadas y cuyos hallazgos establecían grandes diferencias en las tasas de mortalidad para todas las causas entre los funcionarios: mayor tasa en escalafones más bajos. Además se observó una mayor proporción de factores de riesgo (tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia) en los niveles más bajos de la clase funcional.

En consecuencia, el proceso de salud-enfermedad es un fenómeno complejo por su carácter multifactorial y por la interdependencia entre los diferentes determinantes, lo que hace que hoy se hable de *los determinantes de los determinantes* como una auténtica cadena causal entre ellos. Uno de los determinantes que subyace a muchos otros es la *clase social*, cuanto más alta es ésta, mejores niveles de salud se observan (Martínez Navarro, 2000. 21)

Mundialmente se ha venido utilizando el denominado *Informe Lalonde* para orientar las políticas de salud, y, en consecuencia, la intervención sobre los determinantes de salud constituye una de las estrategias más importantes para mejorar la salud de la población que, necesariamente, va a estar enmarcada en una acción intersectorial encaminada a producir los cambios sociales necesarios para corregir las desigualdades en salud que se vienen observando.

Actualmente, los determinantes de la salud constituyen una de las grandes preocupaciones de todos los países, sobre todo de los más occidentales. El esfuerzo por dar respuesta a la problemática de salud que se plantea está presente en la agenda política de la sociedad. Los servicios sanitarios debaten constantemente acerca de cuáles deben ser los cambios a realizar para dar respuesta a estos problemas (Evans, 1996. XI)

Esta preocupación compartida, sobre todo en los países desarrollados, se sustenta en una situación favorecida por determinados factores: los cambios en los patrones demográficos y de morbi-mortalidad (envejecimiento de la población, predominio de enfermedades crónicas frente a las agudas, aparición de nuevos procesos infecciosos y aumento de la mortalidad específica por causas externas como los accidentes); los cambios en la situación socio-política a escala mundial (la internacionalización de los conflictos relacionados con la salud y las estrategias de intervención sobre los mismos); los cambios en las expectativas sociales como consecuencia de la elevación del nivel de formación de la población y de una mayor nivel de conciencia en la lucha por el mantenimiento y progreso del Estado de Bienestar vinculado a la concepción de la salud como un derecho irrenunciable, los cambios medio ambientales como una nueva amenaza para la salud, la aparición y mantenimiento de bolsas de pobreza en los países desarrollados junto a los grandes desequilibrios en el reparto de la riqueza entre

países desarrollados y subdesarrollados; la necesidad de controlar los costes de los sistemas sanitarios y de las prestaciones sociales cuyos rendimientos en los países desarrollados han sido decepcionantes (escasa correlación del gasto con el resultado en salud :tasas de mortalidad infantil, perinatal y para todas las causas, nivel de satisfacción de los usuarios, reducción de las desigualdades en salud...)

Este carácter de *interdependencia* de la salud implica a los diferentes sectores de la sociedad. Por tanto, hay una llamada constante a la acción multisectorial cuando los gobiernos se plantean elevar el nivel de salud de sus ciudadanos y ciudadanas.

En la actualidad, los problemas de salud a lo que se enfrentan los grupos humanos trascienden las fronteras de un país o de una región, es decir, tienen una dimensión internacional, tanto en los mecanismos de producción de los mismos como en las acciones a emprender para solucionarlos (los graves problemas medio ambientales, el fenómeno social y económico de la inmigración, la aparición de nuevas enfermedades o el agravamiento de las existentes...)

La aplicación del modelo *Lalonde* (1974) a la formulación de las políticas de salud requeriría calcular la proporción de cada problema de salud atribuible a los correspondientes factores de riesgo, lo que es extremadamente difícil por la interrelación existente entre los determinantes. No obstante, parece evidente que el impacto de los servicios sanitarios sobre la salud de la población es escaso, siendo los efectos atribuibles a los estilos de vida los de mayor impacto. Consecuentemente, las condiciones socio-económicas y el acceso a la educación son las dos condiciones básicas para promocionar estilos de vida saludables.

### **1.3. La Salud y sus implicaciones sociales en el marco de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud**

El nuevo paradigma de salud y la importancia de los determinantes son elementos claves en las orientaciones que la OMS viene facilitando a los gobiernos para que lleven a cabo políticas saludables encaminadas a garantizar el estado de bienestar y a ir eliminando progresivamente las desigualdades de salud

que se han ido constatando a través de los diferentes estudios sobre la salud en el mundo.

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución de que *la principal meta social de la OMS en las décadas venideras debe ser conseguir que en el año 2000 todos los ciudadanos del mundo gocen de un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.*

### **1.3.1. La estrategia de Salud para Todos 2000 y Salud para Todos en el siglo XXI**

En 1978 se celebra en la ciudad de Alma Ata (Rusia) la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que dio lugar a la denominada *Declaración de Alma-Ata*. Esta declaración supuso el punto de partida de las orientaciones y estrategias que con posterioridad se plantearían a nivel mundial y, específicamente, en la Región Europea. Todas las naciones representadas (más de 100 países) a través de sus correspondientes ministros se comprometieron con el objetivo formulado por la OMS en 1977 de *Salud para todos en el año 2000*.

El contenido esencial de la *Declaración de Alma-Ata* se recogió en diez puntos:

- I. Reconocimiento de la salud como un derecho fundamental de la persona.
- II. La existencia de importantes desigualdades en el estado de salud de las personas entre países desarrollados, en vías de desarrollo y subdesarrollados, así como dentro de los diversos países.
- III. Conseguir la salud para todos pasa, necesariamente, por un desarrollo económico y social basado en un nuevo orden económico internacional que haga posible la promoción y protección de la salud.
- IV. El derecho a la participación de las personas en la planificación e implementación de la atención sanitaria.
- V. La Atención Primaria de Salud es la clave para conseguir el objetivo de Salud para Todos 2000.



- VI. La Atención Primaria de Salud constituye el primer elemento de la atención sanitaria continuada y está basada en la evidencia científica, en tecnología socialmente aceptable y con acceso universal
- VII. La Atención Primaria de salud se dirige hacia los principales problemas sanitarios promoviendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la recuperación desde una acción multisectorial.
- VIII. Todos los gobiernos deberían establecer la Atención Primaria de Salud como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores.
- IX. Todos los países deberían cooperar con espíritu de servicio para asegurar la APS a toda la población.
- X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales. Una política genuina de independencia, paz y desarme podría y debería dejar recursos adicionales que podrían ser empleados en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la APS, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada.

Para lograr este objetivo de salud para todos, las naciones del mundo junto con la OMS se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población desde un planteamiento integral y progresista: *la Atención Primaria de Salud (APS)*.

Las implicaciones sociales y políticas de la APS eran muy fuertes porque apuntaba explícitamente a la necesidad de establecer una estrategia de *salud integral* que no sólo abasteciera servicios de salud, sino que, además, afrontara los determinantes fundamentales de salud: factores sociales, económicos y políticos. En este sentido, se planteó abiertamente que debía promoverse una distribución más justa de los recursos.

La *Estrategia de Salud para Todos en el año 2000 (SPT2000)* formulada por la OMS en el año 1979 supuso todo un reto mundial y, a pesar de no ser vinculante para los países, situó la salud como un objetivo prioritario e instó a los

gobiernos a que incluyeran en sus políticas la salud y sus determinantes para mejorar la vida de los pueblos.

Los principios en los que se sustentó esta estrategia estaban en consonancia con el nuevo paradigma de salud: transmitir a la gente el sentido positivo de la salud como algo alcanzable y deseable, crear conciencia de la importancia de la participación comunitaria para conseguir los objetivos, poner de manifiesto la dimensión internacional de los problemas de salud y las intervenciones y el planteamiento de la equidad en salud como algo imprescindible para reducir las desigualdades en el mundo.

La estrategia de SPT2000 la constituían 38 objetivos distribuidos en cinco grandes áreas:

- El estado de salud y los determinantes.
- Políticas de salud.
- Prevención de riesgos medio ambientales y laborales.
- Mejorar el sistema de atención a la salud.
- Investigación y desarrollo en salud.

Globalmente, estas 38 metas estaban encaminadas a *añadir salud a la vida*, reduciendo la incidencia de enfermedades y de incapacidades, *añadir vida a los años*, desarrollando todas las potencialidades de las personas, *añadir años a la vida*, mediante la reducción de la mortalidad prematura y el aumento de la esperanza de vida.

En España se comienza a trabajar esta estrategia a partir de 1985 y, aunque la OMS recomendaba que cada tres años se facilitara un informe sobre el grado de consecución de los objetivos, hasta 1999 no se realizó una evaluación formal. La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) publicó los resultados en su informe del año 2000 bajo el título *la salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. En la tabla siguiente se sintetizan los resultados más relevantes:

BLOQUES	OBJETIVOS	GRADO DE CONSECUCIÓN	DIRECCIÓN ADECUADA
ESTADO DE SALUD	-Equidad en salud	-	NO
	-Salud y calidad de vida	+	SI
	-Más oportunidades para discapacitados.	+	SI
	-Reducir enfermedades crónica.	++	SI
	-Vejez saludable	+++	SI
	-Salud infantil juvenil	+++	SI
	-Salud de las mujeres	+	
	-Reducir enfermedades cardiovasculares	++	SI
	-Control del cáncer	-	NO
	-Accidentes	-	NO
	-Reducir enfermedades mentales y suicidios.	-	NO
	POLÍTICAS DE SALUD	-Políticas saludables	-
-Entorno para la promoción de salud.		+	SI
-Formación en salud		++	SI
-Vivir saludablemente		++	SI
-Tabaco, alcohol y drogas psicoactivas.		-	NO
SALUD MEDIO AMBIENTAL Y LABORAL	-Políticas sobre medio ambiente y salud.	-	NO
	-Gestión del medio ambiente.	-	NO
	-Calidad del agua	++	SI
	-Calidad del aire	+	SI
	-Calidad y seguridad de alimentos.	++	SI
	-Suelo y residuos	++	SI
	-Ecología y asentamientos humanos.	++	SI
	-Salud laboral	+	SI
SERVICIOS SANITARIOS	-Políticas en servicios de salud.	+	¿?
	-Recursos y gestión de los servicios sanitarios.	+	¿?
	-Atención Primaria de Salud.	++	SI
	-Atención hospitalaria	+	¿?
	-Servicios comunitarios	-	NO
	-Calidad asistencial y adecuación.	+	SI
APOYO A LA ESTRATEGIA DE SALUD PARA TODOS 2000	-Investigación y desarrollo en salud.	-	NO
	-Desarrollo de políticas SPT-2000.	++	¿?
	-Gestión de las políticas SPT-2000.	+	¿?
	-Sistema de información para la salud.	-	NO
	-Desarrollo de recursos humanos.	+	
	-Socios para la salud	¿?	¿?
	-Salud y ética	++	¿?
			SI

Globalmente, se observan avances importantes respecto a la mejora de la salud en su conjunto pero también grandes carencias, sobre todo respecto a la mejora de los estilos de vida y a la reducción de las desigualdades en salud.

Estando ya cercano el año 2000 y, ante las importantes deficiencias que aún se detectan a nivel mundial, los Estados Miembros de la OMS en la 51 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1998, reconocen que el mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas constituye un objetivo fundamental del desarrollo social y económico y, por tanto, se hace necesario llevar a efecto un nuevo plan denominado *Políticas de Salud para Todos en el siglo XXI*, para lo cual piden a todos los pueblos del mundo que se asocien y realicen un esfuerzo en esta dirección.

La política de *Salud para todos en el siglo XXI* tiene el objetivo de aplicar la perspectiva de salud para todos surgida en la Asamblea Mundial de la Salud de 1977 y que fue lanzado como movimiento global en la Conferencia de Alma-Ata de 1978.

Las orientaciones de esta Asamblea dieron lugar al documento denominado *Salud 21* cuyos valores se agrupan en torno a los siguientes principios:

- La salud como derecho fundamental de todos los seres humanos.
- La equidad en materia de salud y la solidaridad de acción entre todos los países, dentro de ellos y entre sus habitantes.
- La participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

Así mismo, *Salud 21* señala cuatro estrategias de acción:

- Estrategias multisectoriales para hacer frente al control de los factores determinantes de salud.
- Programas dirigidos a los resultados sanitarios y al desarrollo de la salud.
- La Atención Primaria de Salud orientada a la comunidad y a la familia con carácter integrador.
- Proceso de desarrollo sanitario de carácter participativo que implique a los agentes más relevantes en materia de salud: la familia, los centros educativos, los centros de trabajo, los grupos sociales... como una manera de ir consiguiendo una responsabilidad social.

Se establecen las prioridades globales para las dos primeras décadas del siglo XXI, así como diez objetivos que deben crear las condiciones necesarias para que las personas de todo el mundo alcancen y mantengan el máximo nivel posible de salud.

Es evidente que la elevación progresiva del nivel de salud de los pueblos pasa, necesariamente, por un compromiso del conjunto de la sociedad y de sus instituciones. Sólo desde políticas económicas equitativas, desde el trabajo por la protección del medio ambiente, desde una intervención educativa precoz y permanente y desde la implicación personal y colectiva de las personas se podrán ir alcanzando las condiciones necesarias para una vida plena y saludable.

*Salud 21* se basa en la experiencia colectiva de los Estados Miembros de Europa desde su perspectiva regional de salud para todos, que durante los últimos 15 años ha hecho de los *resultados sanitarios*, en forma de objetivos a alcanzar, la piedra angular del desarrollo de políticas y distribución de programas.

Con la finalidad de perfeccionar los 38 objetivos de SPT-2000, a la luz de los logros alcanzados y de los futuros desafíos, *Salud 21* define 21 objetivos que pretenden constituirse en la esencia de la política regional.

Los objetivos son los siguientes:

1°. *Solidaridad para la Salud en la Región Europea*: reducción de las desigualdades de salud que provoca la pobreza y la falta de cohesión social mediante el esfuerzo internacional para facilitar la ayuda necesaria a los países más necesitados. Para ello deberá respetarse la denominada *iniciativa 20/20* que surgió de la Cumbre Social de las Naciones Unidas celebrada en Copenhague en 1995: al menos un 20% de la ayuda global al desarrollo se deberá asignar a las actividades del sector social, y los países receptores deberán asignar al menos el 20% de sus presupuestos nacionales a los servicios sociales.

2°. *Conseguir la equidad en Salud*: la pobreza es el principal factor de riesgo para la salud y las diferencias sanitarias relacionadas con el nivel de ingresos constituyen una grave injusticia, siendo algunas de sus consecuencias el aumento de la exclusión social, la violencia y la criminalidad. También las desigualdades en función del género son evidentes, las mujeres disponen de peores condiciones sanitarias y, consecuentemente, gozan de peor salud.

Los niveles educativos alcanzados están en estrecha relación con la falta de recursos, por tanto hay que aplicar una de las estrategias clave: la eliminación de barreras culturales, financieras y de otro tipo que dificultan el acceso a la educación, aplicándose particularmente a los grupos más desfavorecidos: las mujeres y los niños y niñas.

Por tanto, es de vital importancia que las políticas públicas se encaminen a la resolución de las causas fundamentales de las desigualdades socioeconómicas, y que las políticas fiscales, educativas y sociales se diseñen para garantizar una reducción sostenida de las desigualdades sanitarias.

3. *Iniciar la vida en buena salud*: invertir en salud a una edad temprana repercute positivamente a lo largo de la vida. Para ello es fundamental que los gobiernos orienten sus políticas a proporcionar el apoyo necesario a las familias y a las comunidades locales al objeto de garantizar un entorno educativo seguro y unos servicios de atención a la infancia y de promoción de la salud.

4. *Mejorar la salud de los jóvenes*: hacer que la elección más sana sea también la más fácil mediante programas públicos que reduzcan los accidentes, la adicción a las drogas y los embarazos no deseados.

5. *Envejecer en buena salud*: las políticas sociales y educativas deben preparar a las personas para que disfruten de un envejecimiento saludable, facilitándoles permanentemente distintas oportunidades sociales y educativas, que aumenten su independencia y su autoestima.

6. *Mejorar la salud mental*: es necesario crear estrategias de promoción y protección de la salud mental a lo largo de toda la vida y, en particular, a los grupos más desfavorecidos y con mayor riesgo. Para ello es necesario potenciar un mantenimiento de calidad de vida permanente y capacitar al conjunto de la población para realizar un afrontamiento efectivo de los problemas.

7. *Reducir las enfermedades transmisibles*: sólo es posible conseguir este objetivo desde una perspectiva integrada donde se combine adecuadamente la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento de las personas afectadas. La mejora y el mantenimiento de una higiene básica, la calidad del agua y la seguridad alimentaria son acciones esenciales, así como los

programas de inmunización y la intervención en el control y tratamiento de las diferentes enfermedades.

8. *Reducir las enfermedades no transmisibles*: los mayores problemas sanitarios de la Región Europea lo constituyen las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma. Estos problemas podrían reducirse y/o eliminarse si todos los países organizaran programas nacionales, regionales y locales para reducir los factores de riesgo comunes a muchas de estas enfermedades (hábito tabáquico, sedentarismo, alcohol, estrés, alimentación inadecuada).

La intervención más importante para reducir la incidencia de estas enfermedades es de carácter educativo.

9. *Reducir las lesiones derivadas de actos violentos y accidentes*: las medidas preventivas son la mejor inversión y, en este sentido, trabajar a favor de la equidad y la cohesión social supondría una reducción drástica de la violencia. De nuevo la estrategia educativa es esencial en la reducción de los accidentes y sus principales determinantes.

10. *Proporcionar a la población un entorno físico sano y seguro*: desarrollo de políticas medio ambientales enfocadas hacia un desarrollo sostenible que haga posible producir sin destruir y, por tanto, eliminando progresivamente los riesgos para la salud derivados de la actividad industrial, del tráfico rodado y de la actividad agropecuaria y ganadera.

11. *Proporcionar a la población una vida cada vez más saludable*: potenciar estilos de vida saludables mediante la facilitación de los recursos básicos necesarios y del acceso a una educación básica e integral.

12. *Reducir los daños producidos por el alcohol, otras drogas y el tabaco*: el tabaquismo y el consumo de drogas (alcohol y otras) suponen una de las mayores amenazas para la salud en la Región Europea. La lucha contra estos factores de riesgo implica el establecimiento de acciones específicas de carácter educativo y legislativo. En este sentido, la *Carta Europea sobre el alcohol (1995)* y la *Carta de Madrid sobre el tabaco (1998)* han supuesto un establecimiento de medidas encaminadas a disminuir estos dos hábitos tóxicos.

13. *Crear espacios o escenarios favorables para la Salud*: hacer de los lugares específicos donde las personas desarrollan su vida: el hogar, la escuela, los centros de trabajo, los espacios de ocio, la ciudad... un escenario seguro para la salud.

14. *Responsabilidad multisectorial en relación con la Salud*: si la salud tiene múltiples determinantes (sociales, sanitarios, educativos, económicos), la intervención sobre la misma ha de hacerse de manera conjunta desde los diferentes sectores. Las políticas internacionales de colaboración y apoyo al desarrollo de los países más desfavorecidos implican una fuerte responsabilidad política y social absolutamente necesarias en el desarrollo de la salud de los pueblos.

15. *Un sector sanitario integrado*: con énfasis en la Atención Primaria de Salud e integrando las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación.

16. *Gestionar para una atención sanitaria de calidad*: la medición sistemática de los resultados sanitarios mediante la utilización de los indicadores acordados internacionalmente proporcionará una información sustancial acerca de la calidad de los servicios prestados y de la relación coste-beneficio.

17. *Financiar servicios sanitarios y asignar recursos*: una financiación sanitaria que garantice la equidad y la sostenibilidad mediante el acceso universal a los servicios y la contención razonable de los costes globales. En la mayoría de los Estados Miembros se deben reforzar y renovar las infraestructuras y las funciones de la Salud Pública.

18. *Desarrollar recursos humanos para la salud*: la formación a nivel de salud debe hacerse extensiva a todos los grupos profesionales (arquitectura, ingeniería, educación, economía, sociología...) si se quiere conseguir un apoyo multisectorial a la salud. También, la OMS, desde la Oficina Regional para Europa, tiene el mandato específico de promover una mayor cooperación entre los países para el desarrollo de la salud a través de cinco funciones específicas: crear conciencia sanitaria, proporcionar información sobre la salud y el desarrollo sanitario, analizar y defender las políticas de salud para todos, proporcionar herramientas de investigación basadas en la evidencia y actuar como catalizador para la acción en salud.



19. *Investigación y conocimiento para la Salud*: las políticas y los programas sanitarios se deberán basar en la evidencia científica sobre las necesidades de salud para todos. Para ello se hace necesario reforzar la comunicación y la cooperación entre la comunidad científica y los responsables políticos para la aplicación de los nuevos conocimientos a las necesidades de desarrollo sanitario.

20. *Movilizar agentes para la Salud*: la movilización de recursos humanos y materiales relacionados con la comunicación y la educación es algo esencial para la consecución de los objetivos de *Salud 21*. Los medios de comunicación y los dispositivos educativos de carácter formal e informal son los principales destinatarios para la movilización de agentes de salud.

21. *Políticas y estrategias para Salud para Todos*: conseguir que todos los agentes sociales implicados asuman los valores de *Salud 21* facilitaría la construcción de redes a favor de la salud a todos los niveles y contribuiría inexorablemente a capacitar a las personas para que puedan desarrollar progresivamente actividades a favor de la salud.

En determinados países pueden requerirse además algunas reformas institucionales para promover la cooperación y la descentralización de las estructuras.

### **1.3.2. La Promoción de Salud: una llamada a la responsabilidad social en el cuidado de la salud**

El carácter multifactorial de la salud y la influencia que los determinantes sociales tienen sobre el proceso de salud-enfermedad de los grupos humanos, hace necesario que, para dar respuesta a los problemas de salud, se diseñen y pongan en marcha estrategias unificadas desde una perspectiva de desarrollo social y de salud.

La OMS, en 1984 definió la Promoción de Salud (PS) como *el proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud y la mejoren*. Desde esta perspectiva, la salud se considera como un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo por el cual

vivir, siendo, en consecuencia, un recurso para la vida cotidiana (Martínez Navarro, 2000, 33)

Los principios en los que se basa la Promoción de Salud según la OMS (1984) son cinco:

- Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Se centra en la acción sobre las causas o los determinantes de la salud para garantizar un ambiente saludable en aquellas esferas que están más allá del control de los individuos.
- Combina métodos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- Aunque la Promoción de Salud es básicamente una actividad del ámbito social y de salud y no un servicio sanitario específicamente, los profesionales sanitarios relacionados con la Atención Primaria desempeñan un papel importante.

A partir de la década de los 80, la estrategia de Promoción de Salud ha tenido y sigue teniendo un fuerte protagonismo en el ámbito mundial, diseñándose como un nuevo marco para la acción a favor de la salud. En España, estos planteamientos coincidieron con la Reforma Sanitaria que comenzó a principios de los 80 y que tuvo su máximo desarrollo a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986.

Los principales referentes internacionales respecto a la Promoción de Salud han sido las diferentes Conferencias Internacionales en las que se insta a los países a que asuman este enfoque como una buena inversión social:

La primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, cuyo tema central fue *iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública*, se celebró en Ottawa (Canadá) el 21 de noviembre de 1986. Esta conferencia fue, ante

todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Los puntos de referencia fundamentales de esta conferencia fueron: los progresos alcanzados a partir de la Declaración de Alma-Ata (1978), el documento de Salud Para Todos 2000 y el debate sobre la acción intersectorial para la salud propugnado por la OMS. El desarrollo de esta conferencia dio lugar a la denominada *Carta de Ottawa* en la que se establecieron las cinco áreas de actuación sobre las que debería desarrollarse la Promoción de Salud:

- I. Construir políticas públicas saludables que aseguren la existencia de bienes y servicios saludables y seguros.
- II. Crear entornos favorables para la salud que garanticen unas condiciones de vida y trabajo gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.
- III. Reforzar la acción comunitaria como elemento imprescindible en la promoción de salud, ya que la fuerza motriz de este proceso proviene de la implicación real y efectiva de los grupos sociales.
- IV. Desarrollar las aptitudes personales a través de la familia, la escuela, los lugares de trabajo y el propio ámbito comunitario.
- V. Reorientar los servicios sanitarios proporcionando a la población servicios que vayan más allá del ámbito de la atención clínica y responda a las necesidades globales de las personas y de los grupos sociales.

Este planteamiento implica que la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados dispensados a nivel individual y colectivamente, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y de asegurar que la sociedad en la que vivimos ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (Carta de Ottawa, 1986)

En abril de 1988 tuvo lugar la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud en la ciudad de Adelaida (Australia) sobre *Políticas pública favorables a la salud* que dio lugar a las *Recomendaciones de*

*Adelaida*. En este documento se destaca que la salud constituye un derecho humano y es, además, una buena inversión social.

Respecto a las desigualdades de salud, se pone de manifiesto que su origen son las desigualdades sociales, siendo su reducción uno de los principales objetivos de las políticas que deben establecer los gobiernos.

La Conferencia de Adelaida se desarrolló en la dirección marcada en la *Declaración de Alma-Ata* y en la *Carta de Ottawa*. Las estrategias planteadas fueron las siguientes:

-*Una política que favorezca la salud* en las que se insta a los gobiernos a que creen entornos sociales y físicos potenciadores de salud.

-*El valor de la salud* como derecho fundamental, por lo que los gobiernos deberán garantizar el acceso a los recursos esenciales para una vida sana y satisfactoria, uno de los principios básicos de justicia social.

-*Equidad, acceso y desarrollo* para eliminar las desigualdades de salud. Para ello habría que priorizar a los grupos más desfavorecidos y vulnerables.

-*La responsabilidad de la salud* para llevar a cabo las recomendaciones de esta conferencia implica la colaboración de los gobiernos a nivel nacional, regional y local y el reconocimiento de la responsabilidad de los mismos en las repercusiones sanitarias de sus políticas o de la falta de ellas.

-*Avanzar más allá de la asistencia sanitaria* desde un planteamiento integral de desarrollo social y económico.

-*Unidos en el proceso político* desde la formación de alianzas entre los sectores del mundo laboral, el comercio, la industria, la enseñanza...a favor de la salud.

La Conferencia de Adelaida identificó seis áreas prioritarias de acción:

- I. *Proteger la salud de la mujer* ya que, en todas las sociedades, las mujeres son los principales agentes de promoción de salud.
- II. *Los alimentos y la nutrición*: la eliminación del hambre y la desnutrición se plantea como uno de los objetivos fundamentales de una política favorable a la salud.
- III. *El tabaco y el alcohol* como dos importantes factores de riesgo para la salud. En consecuencia, los gobiernos deberán dejar de ser cómplices

de las muertes y enfermedades que provocan el consumo de tabaco y el abuso del alcohol.

- IV. *Crear los entornos adecuados* eliminando los riesgos medioambientales y potenciando un desarrollo económico que preserve los recursos naturales del planeta.
- V. *Desarrollar nuevas alianzas en defensa de la salud* con todos los grupos sociales con capacidad para proyectar estrategias encaminadas a preservar y promocionar la salud. Las instituciones de enseñanza deben responder a las actuales necesidades de salud reorientando los planes de estudio para incluir en ellos las habilidades de capacitación, mediación y defensa.
- VI. *El compromiso con una salud pública global* en la que se señalan como pre-requisitos para el desarrollo sanitario y social: la paz y la justicia social, acceso a los alimentos adecuados y agua limpia, la educación, vivienda digna, el desempeño de una función útil a la sociedad, unos ingresos económicos adecuados, la conservación de los recursos naturales y la protección del ecosistema.

La Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud sobre *Entornos propicios a la salud*, se celebró en Sudnsvall (Suecia) en junio de 1991.

En esta conferencia se planteó la preocupación pública y generalizada por las amenazas al entorno global, por lo que se hizo una llamada a todos los países del mundo para que se comprometieran activamente en la creación y apoyo a entornos saludables. Se planteó el reto de crear un medio ambiente físico, social y político que deje de dañar la salud y, por el contrario, la apoye.

Las dimensiones de acción de apoyo a entornos para la salud fueron cuatro:

- La dimensión *social* que incluye los modos en que las normas, las costumbres y los procesos sociales de cambio afectan a la salud, destacándose el cambio en las relaciones sociales con tendencia al aislamiento.

- Garantizar la participación democrática en la toma de decisiones, descentralizando recursos y responsabilidades, tomando como referencia los derechos humanos y, en consecuencia, se hace una llamada a frenar la carrera armamentista y a la derivación de estos recursos a gastos en salud.
- La necesidad de trabajar en la línea de un *desarrollo sostenible* para conseguir los objetivos de Salud para Todos 2000.
- La relevancia del papel de la mujer como agente de salud aprovechando sus habilidades y conocimientos en todos los sectores, para lo cual hay que potenciar una sociedad igualitaria desde la perspectiva de género que facilite un mayor protagonismo de la mujer en todos los sectores sociales.

Los dos principios básicos de la Conferencia fueron:

- La equidad como principio básico para crear entornos saludables.
- La organización de los recursos con perspectiva sostenible que tenga en cuenta las necesidades de las futuras generaciones.

En definitiva, se puso de manifiesto la importancia de fortalecer la acción social y permitir que las personas tomen el control de su propia salud y de sus entornos a través de la educación y el empoderamiento.

Especialmente se hizo mención a la educación como un derecho humano básico y un elemento clave para provocar los cambios políticos, económicos y sociales requeridos para alcanzar las metas de Salud para Todos 2000. La educación como proceso accesible a lo largo de toda la vida, construida en los principios de equidad, respetando la cultura, la clase social y el género.

En el mes de julio de 1997 tuvo lugar la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud en Yakarta (Indonesia) cuyo tema central fue *Nueva era, nuevos actores: adaptar la promoción de la salud en el siglo XXI*.

Los resultados de esta conferencia dieron lugar a la denominada *Declaración de Yakarta* en la que se destacan las prioridades para la promoción de salud en el siglo XXI:

- I. *Promover la responsabilidad social para la salud* mediante la instauración de políticas encaminadas a: evitar daños a la salud, proteger el medio ambiente, restringir la producción y el comercio de sustancias nocivas y de las armas, así como proteger al ciudadano en el lugar de trabajo.
- II. *Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud* en los grupos más vulnerables como son las mujeres, los niños, las personas mayores, las poblaciones indígenas, los empobrecidos y marginados.
- III. *Consolidar y expandir la colaboración en salud* pues la estrategia de promoción requiere de la responsabilidad efectiva de los diferentes sectores que componen el entramado social.
- IV. *Aumentar la capacidad comunitaria y el empoderar al individuo*, ya que la promoción de la salud no es impuesta desde fuera, sino que se realiza con y por las personas. La capacidad para influir en los determinantes de la salud está vinculada al nivel de desarrollo comunitario de una sociedad. Empoderar a las personas implica un acceso real y constante al proceso de toma de decisiones, a las herramientas y a los conocimientos esenciales para efectuar el cambio social requerido, lo que lleva consigo la intervención educativa como algo esencial para lograr el objetivo de promoción de salud.
- V. *Consolidar una infraestructura para la promoción de la salud* mediante la creación de redes internacionales, nacionales, regionales y locales que hagan posible la acción intersectorial a favor de la salud.
- VI. *Llamada a la acción* mediante la creación de una alianza global de promoción de salud desde donde impulsar las acciones prioritarias expresadas en esta Declaración. Se destaca el papel relevante de la OMS para comprometer a los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, bancos para el desarrollo, Agencia de Naciones Unidas y al sector privado para que inicien acciones en la línea de promoción de la salud.

La Quinta Conferencia Mundial de Promoción de Salud se celebró en Ciudad de México en junio del año 2000.

La finalidad de esta conferencia fue centrar la atención en demostrar la manera en que las estrategias de Promoción de Salud añaden valor a la eficacia de las políticas, programas y proyectos de salud, particularmente los que intentan mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas.

El contenido de esta Quinta Conferencia avanzó en el desarrollo de las cinco prioridades de *Salud 21* (promover la responsabilidad social, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, consolidar y ampliar alianzas en pro de la salud, aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud y asegurar la infraestructura necesaria para la Promoción de Salud).

El desarrollo de la Conferencia dio como resultados más relevantes lo siguiente:

1. Presentación de una publicación de la OMS de unos quince estudios de casos de países en desarrollo, en los que se ilustran iniciativas e intervenciones prácticas que han logrado mejorar la vida de comunidades o grupos de población económica y socialmente desfavorecidas.
2. Presentación de seis informes técnicos de la OMS realizados por personas expertas en Ciencias Sociales y de la Salud:
  - Promoción de la responsabilidad social en materia de salud. Avances, desafíos pendientes y perspectivas.
  - Inversión para la Salud.
  - Ampliar la capacidad de las comunidades y fortalecimiento de las mismas para la Promoción de la Salud.
  - La infraestructura para promover la salud: el arte de lo posible.
  - Reforzar la base científica para la Promoción de la Salud.
  - Reorientación de los sistemas y servicios de salud.
3. La Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud, firmada por los ministros de salud de todo el mundo, en la que se afirma la contribución de las estrategias de Promoción de Salud a la sostenibilidad de las acciones locales, nacionales e internacionales en materia de salud, y se compromete elaborar en el plazo de un año un plan de acción nacional para evaluar progresivamente los progresos obtenidos en la incorporación



de la Promoción de Salud en la política y planificación de los respectivos países.

En definitiva, poner en marcha estrategias de Promoción de la Salud implica de manera muy importante al ámbito de la Educación, ya que promover la salud desde dentro de los grupos sociales y empoderar a las personas pasa, necesariamente, por una acción educativa dirigida a facilitar los conocimientos precisos y fiables acerca de cómo alcanzar un buen estado de salud mediante el cuidado y el control de los determinantes; a potenciar el desarrollo de actitudes positivas hacia la salud, así como a desarrollar las habilidades necesarias que hagan posible un mayor control sobre la salud y, así, poder mejorarla.

#### **1.4. El Sistema de Atención a la Salud en España: antecedentes y evolución**

El Sistema de Atención a la Salud puede considerarse como uno de los sectores que componen el macrosistema social. El grado de interacción con otros sectores sociales hace que sea un sistema complejo, condicionado por el conjunto de creencias y valores de una sociedad, por el modelo de organización económica del país, por la propia concepción de salud que tienen las personas y por todos los acontecimientos sociales de carácter demográfico, económico, político, medio ambiental...

El Sistema de Atención a la Salud puede definirse como el conjunto de elementos, relaciones y prácticas existentes en una sociedad para atender sus necesidades de salud, por tanto, el sistema sanitario institucional es sólo una parte de ese conjunto (López Santos, 2000, 59). Otros elementos del sistema lo constituirían todo el conjunto de atenciones prestadas por parte de otros agentes y grupos sociales: los denominados *cuidados informales* o atención procedente de la familia y /o del ámbito de amistad; los grupos de *autoayuda* o asociaciones específicas mediante las que conseguimos apoyo emocional y social, además de atender a ciertas necesidades a las que el propio sistema sanitario no da respuesta o es muy parcial (asociaciones relacionadas con la demencia de Alzheimer, el Autismo, Síndrome de Down...); la atención dispensada por las Organizaciones no

Gubernamentales y el propio sistema de *autocuidados* que practicamos en mayor o menor grado, dependiendo de los valores en los que las personas somos educadas y, por supuesto, del nivel educativo alcanzado y de la formación específica en los aspectos relacionados con la salud .

#### **1.4.1. Los modelos de atención sanitaria en las sociedades occidentales**

A lo largo de la historia, todas las sociedades se han organizado para dar respuesta a los problemas y necesidades de salud. El modo de organizarse ha estado condicionado por la propia concepción de salud de las personas y por el modelo político, social y económico de cada sociedad y de cada época (López Santos, 2000, 60)

En las sociedades occidentales, el desarrollo de la medicina científica ha conseguido ser la única forma de atender los problemas de salud, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (López Santos, 2000, 60)

En la actualidad, la organización pública institucionalizada de atención a la salud se agrupan en tres grandes modelos diferenciados: el denominado modelo *liberal*, el modelo de *Seguridad Social* o modelo *Bismarck* y el modelo de *Servicio Nacional de Salud* o modelo *Beveridge*.

La atención sanitaria correspondiente al *modelo liberal* se caracteriza por la no intervención del Estado; es decir, ni financia ni regula el sistema; por tanto, en aquellos países donde predomina este modelo, tiene que existir de forma paralela un sistema sanitario para atención a indigentes o población desfavorecida social y económicamente.

El acceso a los servicios se realiza a través de pago directo por servicio o mediante pólizas de seguro con coberturas variables en función de su precio.

El enfoque de la atención sanitaria es eminentemente de carácter reparador, quedando excluidas las estrategias de promoción de salud y restringidas las de prevención de la enfermedad.

La regulación del sistema bajo este modelo liberal corresponde a la ley de mercado (oferta y demanda).

El sistema sanitario de Estados Unidos es el prototipo de este modelo. En este país, a pesar de que el gasto en salud supera el 14% del PIB, cifra muy superior al promedio de los países de la OCDE (8,2%), existen más de 38 millones de personas sin ningún tipo de cobertura sanitaria y un número también muy elevado que dispone de una cobertura insuficiente para atender sus problemas de salud (el *Medicare* o programa de seguro de enfermedad federal para ancianos –sólo cubre el 40% de los gastos sanitarios- y el *Medicaid*, destinado a dar cobertura a personas sin recursos económicos). El *Medicaid* tiene serios problemas para garantizar el acceso a los servicios de la población destinataria, porque las empresas proveedoras de los mismos tienen una gran resistencia a atender a este tipo de usuarios, dado que el Estado le paga una tarifa inferior a la que por el mismo servicio le abonaría una compañía de seguros privados, y también porque los proveedores tienden a instalarse lejos de las zonas donde reside la mayoría de la población cubierta por este sistema y, que en su totalidad son personas empobrecidas (López Santos, 2000, 61)

Las principales críticas a este modelo están basadas en: su incapacidad para garantizar ningún grado de equidad, la fragmentación de los servicios que impide un enfoque integral de atención a la salud y su elevado coste.

El *modelo de Seguridad Social* se instauró por primera vez en 1883 en Alemania, a instancias del canciller alemán Bismarck, extendiéndose con posterioridad a gran parte de Europa.

Las características fundamentales de este modelo son las siguientes: existencia de un seguro obligatorio de atención sanitaria. Este seguro es financiado por el Estado, los empresarios y las personas trabajadoras, por tanto, es un modelo vinculado a la actividad laboral.

Su regulación es estatal y la cobertura es variable. En un primer momento sólo cubría a la persona trabajadora por cuenta ajena, y progresivamente se ha ido haciendo extensiva a los familiares a su cargo, al ámbito laboral de carácter autónomo y a las personas en situación de paro laboral con subsidio de desempleo.

Esta modalidad, con ciertas variaciones, es la que predomina en Francia, Alemania, Holanda, Bélgica y Luxemburgo.

Cuando la cobertura no alcanza a la totalidad de la población, los países disponen de un sistema de asistencia pública para las personas con un nivel de renta insuficiente.

Este modelo garantiza un nivel cobertura en la atención sanitaria muy superior al sistema liberal, pero mantiene un tratamiento desigual en cuanto al acceso a los servicios y un sistema poco equitativo en la financiación del sistema, ya que se centra fundamentalmente en cuotas de las personas trabajadoras y del ámbito empresarial, en lugar de utilizar la financiación estatal a través de los impuestos.

Por último, el *modelo de Servicio Nacional de Salud*, implantado por primera vez en 1948 en el Reino Unido a propuesta del ministro de sanidad J. Beveridge, de ahí su denominación. Fue el primer país capitalista que implantó este modelo.

Este modelo se caracteriza por ser íntegramente de titularidad estatal. Los servicios de atención a la salud se basan en el reconocimiento de la salud como derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas, por tanto su financiación se lleva a cabo a través de los presupuestos generales del Estado.

Los principios básicos donde se sustenta este modelo son la *universalidad, la equidad y la integralidad*. Por tanto, no sólo se atiende a toda la población sino que se facilita el acceso a los servicios de una manera equitativa, garantizándose la igualdad de oportunidad para todas las personas de beneficiarse de los servicios sanitarios independientemente de su condición económica, social o cultural (López Santos, 2000, 62)

La integralidad del sistema orienta los servicios hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la recuperación, desde un enfoque individual y colectivo.

El sector privado de atención sanitaria está muy poco desarrollado, siendo utilizado por la población como complemento del sistema público pero nunca como sustitutivo (López Santos, 2000, 62)

En la actualidad, además del Reino Unido, los países Europeos que disponen de un *Servicio Nacional de Salud* son Suecia, Dinamarca, Portugal, Italia y España.

## 1.4.2. El Sistema Nacional de Salud español

España tiene en la actualidad un Servicio Nacional de Salud, consolidado desde 1986 con la promulgación de la Ley General de Sanidad.

La nueva estructura y organización del sistema sanitario español trata de dar respuesta a los problemas de salud que la sociedad española planteaba y a la nueva perspectiva en cuanto a la necesidad de mejorar progresivamente la salud de los españoles y de las españolas

### 1.4.2.1. Antecedentes

La situación de la atención sanitaria en España después de la guerra civil (1939) se caracterizaba por la existencia de grandes deficiencias, en parte debidas a la situación de precariedad de la posguerra, pero sobre todo, en los siguientes años, como consecuencia del gobierno dictatorial, que sumió al país en una situación de subdesarrollo que se prolongó hasta primera década de los años setenta.

¿Qué modelo sanitario existía en España?

Hasta 1947, convivían en España dos modelos: el modelo *liberal* a través del pago directo por atención sanitaria, al que sólo tenían acceso la clase acomodada, cuyo privilegio lo ostentaba una minoría, y el modelo *de beneficencia*, subvencionado por el Estado y cuyos servicios eran dispensados de manera semi-gratuita por parte de órdenes religiosas y profesionales en período de aprendizaje o que, libremente ofrecían sus servicios. La población beneficiaria de este sistema era la clase trabajadora y empobrecida que subsistía bajo condiciones de vida muy precarias y que, en España, era la mayoría del país, sobre todo los grupos sociales pertenecientes al sector de los *vencidos* en el desenlace de la guerra civil.

Aumentar la productividad del país implicaba proteger de alguna manera la salud de la población trabajadora. Para ello, en 1947 se instauró en España el modelo de atención sanitaria *de Seguridad Social* o modelo de seguro obligatorio importado de Alemania pero con más de 50 años de retraso.

La población usuaria y beneficiaria de este modelo era la población trabajadora por cuenta ajena, con relación laboral formalizada. La empresa, el Estado y la persona trabajadora financiaban esta atención sanitaria.

¿Cuáles eran las consecuencias de este sistema de atención sanitaria?

Por una parte, la existencia de redes públicas de atención sanitaria no integradas: hospitales de beneficencia y hospitales de la Seguridad Social. Esto implicaba la concentración de servicios sanitarios en las zonas urbanas, ya que eran los hospitales los únicos centros con recursos; la atención primaria era inexistente y las zonas rurales eran atendidas por la denominada *Asistencia Pública Domiciliaria* (APD), atendida por un profesionales de la Medicina (médico general) y de la Enfermería (practicantes, matronas, ATS), cuyos recursos eran de una precariedad extrema, lo que hacía imposible dar una atención sanitaria con las garantías mínimas requeridas.

Por otra parte, establecía una desigualdad importante en el acceso a los servicios sanitarios disponibles. Los hospitales pertenecientes a la Seguridad Social tenían los mejores recursos humanos y materiales pero sólo tenían acceso a ellos aquellas personas que disfrutaban de una relación laboral estable y con cobertura de fondos por parte de la empresa para poder hacer frente a su financiación. Pero como aún quedaba una proporción muy importante de la población fuera de esta situación, se mantenía el sistema paralelo de beneficencia, con los peores recursos humanos y materiales. Simultáneamente, tanto los hospitales de la Seguridad Social como los de titularidad estatal mantenían un área de servicios privados para las personas socialmente y económicamente acomodadas, que, lógicamente disfrutaban de servicios más rápidos y de mayor calidad.

La atención a la salud mental, era de titularidad estatal y combinaba también los servicios privados. Los recursos humanos eran escasos y poco cualificados.

La orientación de la atención sanitaria en todos los modelos era de carácter reparadora, es decir, centrada en la curación de las enfermedades, con escasas medidas preventivas y ninguna acción de promoción de la salud.

#### 1.4.2.2. La Reforma Sanitaria

El sistema sanitario heredado de la dictadura se caracterizaba por ser un sistema no equitativo en el acceso a los servicios, marcado por grandes desigualdades, fragmentado, fuertemente centralizado tanto en su gestión como en su dispositivo único que era el hospital, por tanto, incapaz de dar respuesta a los problemas de salud de la población española en su conjunto y mucho menos de trabajar a favor de la salud con una proyección de futuro.

La Organización Mundial de la Salud en el preámbulo de su carta constitucional del 22 de julio de 1946 establece que *el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social.*

Esta declaración tuvo una gran influencia en los textos de carácter internacional que se promulgaron con posterioridad a favor de la salud: la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 19 de diciembre de 1966 (Pérez Pérez, 2000, 69)

En nuestro país, hasta 1978, con la promulgación de la Constitución Española, es cuando se reconoce explícitamente el derecho a la protección de la salud (artículo 43) y expresa textualmente que *compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

Se explicita también que *los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria y el deporte. Así mismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.*

Por tanto, el derecho a la protección de la salud establecido por la Constitución Española de 1978, obliga a los poderes públicos a organizar unos servicios sanitarios que ofrezcan a los ciudadanos y ciudadanas todo tipo de prestaciones de carácter preventivo, curativo y de promoción de salud.

En relación a la atención sanitaria, la Constitución Española de 1978 también hace mención al *derecho a la vida y a la integridad física y moral* (artic. 15). El

artículo 45 hace referencia a la protección del medioambiente y a la calidad de vida. El artículo 47 manifiesta el derecho a una vivienda digna y adecuada.

Específicamente, sobre la salud, hay que destacar: la obligación de los poderes públicos de velar por la seguridad e higiene en el trabajo (artic. 40.2); la realización de una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración a las personas disminuidas a nivel sensorial, físico y psíquico (artic. 49); la promoción del bienestar y atención a problemas específicos de las personas de la tercera edad; y la protección de los consumidores mediante procedimientos de seguridad y protección de la salud (artic. 51).

¿Cuáles fueron los hechos que impulsaron la reforma sanitaria?

En primer lugar, la transición política, iniciada a partir de la caída de la dictadura con la muerte de Franco en noviembre de 1975 y que culminó con la Constitución Española en 1978. En segundo lugar, habría que mencionar el papel activo de la población como consecuencia de los cambios en la propia concepción de salud, sobre todo en lo referente a la salud como derecho fundamental. En tercer lugar la crisis del sector sanitario generada por los cambios en el patrón de morbi-mortalidad (desplazamiento de las enfermedades infecto-contagiosas hacia los problemas cardio-vasculares, los accidentes de tráfico y las drogodependencias); el envejecimiento progresivo de la población española, y el evidente fracaso del *modelo de Seguridad Social*, por su falta de cobertura y su inequidad. Y por último, la influencia en nuestro país de las orientaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud, sobre todo la *Declaración de Alma-Ata* en cuanto a la organización de la Atención Primaria y la *Estrategia de Salud para Todos 2000*, asumida por España más tarde (1989).

La reforma sanitaria fue también impulsada por colectivos profesionales progresistas que, agrupados formal o informalmente, fueron un importante referente para la reforma que acometió el Partido Socialista a partir de 1982.

El grado de satisfacción de las personas usuarias de los servicios sanitarios y de los profesionales era deficiente. Según un estudio realizado en 1979 por el Servicio de Estudios Sociales del Instituto de Estudios de la Seguridad Social, el 85% de los profesionales sanitarios consideraba insatisfactoria la asistencia prestada en los ambulatorios y un 59% de los asegurados opinaban lo mismo. Era



evidente que la reforma de la Atención Primaria era una necesidad prioritaria, y así lo ponían de manifiesto no sólo la propia Administración, sino todas las fuerzas políticas y sociales (Álvarez Nebreda, 1994, 152)

En 1982, gana las elecciones el Partido Socialista Obrero Español y, en consonancia con su programa electoral, donde se plantea la lucha contra las desigualdades desde el ámbito de la salud.

La política socialista pretende crear un servicio de salud integrado, con cobertura a todos los ciudadanos y ciudadanas. La orientación de la atención estará basada en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención primaria y la asistencia eficiente a nivel individual y colectivo.

Esta iniciativa gubernamental se vio fuertemente apoyada por diferentes profesionales sanitarios que, tras la dictadura trabajaron incansablemente y apostaron por la creación del futuro Servicio Nacional de Salud como uno de los logros más importantes para el estado de bienestar y la cohesión social.

#### **1.4.2.3. La Ley General de Sanidad de 1986**

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del 18 de marzo de 1986, aprobó de conformidad con lo establecido en el artículo 90 de la Constitución Española de 1978, el Proyecto de Ley General de Sanidad, publicado como *Ley 14/86 General de Sanidad, de 25 de abril*, en el BOE de 29 de abril de 1986 (Álvarez Nebreda, 1994, 163)

La directriz básica de la reforma que establece la Ley General de Sanidad (LGS) es la creación de un *Sistema Nacional de Salud* (SNS), recogida en su Título III: de la estructura del Sistema Sanitario Público, artículo 44: *todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud*. Se especifica también su carácter descentralizador, atribuyendo las competencias a las Comunidades Autónomas (artic. 49)

Los *Principios Generales* que sustentan la organización del Sistema Sanitario en la LGS son los siguientes:

1. Principio de *universalidad* mediante el cuál, son titulares de derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional (artic. 1º.2)

2. Principio de *equidad* en el acceso a los servicios y las prestaciones, así como a orientar las políticas del gasto sanitario hacia la corrección de desigualdades sanitarias (artic. 12 y 43.f)

3. Principio de *participación ciudadana*, concretado mediante la previsión de diversos órganos colegiados: Comité Consultivo vinculado al Consejo Interterritorial territorial del SNS, integrados por organizaciones empresariales, sindicales y sociedades de consumidores y usuarios (artic 47.5); El Consejo de Salud (artic. 53.2 y 58.2) en el ámbito de la Comunidad Autónoma, y las correspondientes Áreas de Salud que se creen.

4. Principio de *financiación pública* a través de los recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios (artic. 46.d)

5. Principio de *gestión pública* del SNS, integrando y coordinando todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único (artic. 46.c)

6. Principio de *atención integral* a la salud, tanto desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación (artic. 46.b), procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados (artic. 46.e)

El SNS español estructura la atención sanitaria en dos niveles: nivel de *Atención Primaria de Salud*, mediante la organización en Áreas de Salud con criterios geográficos, demográficos, socioeconómicos, laborales, epidemiológicos, culturales y climáticos (artic. 56.4). Estas áreas se dividirán en Zonas Básicas de Salud (artic. 62.1) que será el marco territorial de la Atención Primaria de Salud donde desarrollarán las actividades sanitarias los Centros de Salud (artic. 63); y el nivel de *Atención Especializada* vinculado también a las Áreas de Salud y constituido por una red de hospitales públicos y de centros de especialidades (artic 65.1), estableciéndose la correspondiente coordinación entre estos dos niveles (artic. 65.3)

### 1.4.3. La crisis de los Sistemas de Atención a la Salud

En estos últimos años, en Europa, puede apreciarse un movimiento de reforma en la mayoría de los Sistemas de Atención a la Salud. Al margen de la fuerza política que gobierna y del modelo de sistema sanitario predominante, el problema común en todas las reformas es la preocupación por el crecimiento de los costes en el sector y la búsqueda de la eficiencia (López Santos, 2000, 63)

La atención sanitaria universalizada, pública y con tendencia a la equidad, es considerada como uno de los grandes logros en la cobertura social y, por supuesto es un componente importante del *estado de bienestar*.

Hay un esfuerzo generalizado de todos los gobiernos por racionar el gasto a todos los niveles, no sólo respecto a la asistencia sanitaria. En realidad lo que está en crisis no son los sistemas sanitarios específicamente, sino el *estado de bienestar*.

El término *reformas* circula mundialmente como alternativa a la crisis, pero lo que en realidad se pretende es recortar los beneficios sociales.

Vicente Navarro, catedrático de Políticas Públicas en la Universidad Pompeu Fabra, publica en el diario El País un artículo titulado *¿excesivos estados de bienestar?* (12 julio de 2003) en el que se parte de un análisis de la situación de España. En este sentido hay que destacar que el gasto público en protección social es el más bajo de la Unión Europea, según datos correspondientes al año 2001 (19,1% del PIB frente al promedio europeo del 27,6% del PIB) y que, además su proceso de crecimiento hasta 1993 ha sido más lento que en otros países, descendiendo sin embargo a partir de este año, de una manera más brusca. Las diferencias han continuado aumentando y, en consecuencia, nuestra sanidad, nuestros servicios de ayuda a la familia, nuestras residencias de ancianos, nuestra política de vivienda social...son cada vez más deficitarias en relación al promedio de la Unión Europea. Esta divergencia social con Europa, según el profesor Navarro, se debe a que el incremento de los ingresos al Estado español, resultado de un mayor crecimiento económico y de un incremento de la carga fiscal, no se ha gastado en reducir el déficit social, sino en eliminar el déficit presupuestario

del Estado, siendo España uno de los países con menor déficit presupuestario y con mayor déficit social.

Por otra parte, según el reciente estudio realizado por la OCDE sobre el *panorama de la salud en 2003*, el gasto sanitario en España está por debajo de la media de la Unión Europea (7,5% del PIB, frente al 8,26% promedio de la Unión Europea).

Las diferentes evaluaciones que se realizan en el sistema sanitario ponen de manifiesto la necesidad de aumentar la eficiencia y, en este sentido, habría que buscar nuevas vías de organización, de proveer y financiar el bienestar; pero se habla demasiado de crisis; los gobiernos conservadores están demasiado contentos de aceptar y, en realidad, de promover la noción de crisis desde el momento en que ésta legitima las políticas de repliegue y rebajas de las expectativas de mejora (López Santos, 2000, 66)

Si hay una ausencia de análisis y debate social profundo, los logros alcanzados a nivel de salud, pueden desaparecer casi sin darnos cuenta, por tanto, no sólo no avanzaremos en conseguir mayores cotas de bienestar, sino que podemos llegar a creer que no es posible conseguir niveles de salud más óptimos.

Por tanto, no hablemos de crisis, hablemos de defender y aumentar el Estado de Bienestar.



## **CAPÍTULO 2**

### **LA EDUCACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA FILOSÓFICA Y PRÁCTICA COMO REFERENTE BÁSICO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

- 2.1. La Educación como concepto multidimensional
- 2.2. La Escuela como espacio socioeducativo
  - 2.2.1. La función social y educativa de la Escuela
  - 2.2.2. ¿Qué Escuela se necesita hoy?
- 2.3. Los contenidos de la Enseñanza
  - 2.3.1. El currículum: aproximación conceptual
  - 2.3.2. El diseño del currículum y sus implicaciones
  - 2.3.3. Los ámbitos de diseño del currículum
  - 2.3.4. El currículum fragmentado Vs currículum integrado
- 2.4. La Educación en Valores y su proyección en el proceso de humanización
  - 2.4.1. ¿Qué se pretende con la Educación en Valores?
  - 2.4.2. La organización de la Educación en Valores: la transversalidad
- 2.5. La Enseñanza en España a partir de la Ley General de Educación
  - 2.5.1. La Ley General de Educación de 1970
  - 2.5.2. La Constitución Española y la Educación
  - 2.5.3. La Ley de Ordenación General del Sistema Educativo de 1990
  - 2.5.4. La Ley Orgánica de Calidad de la Educación de 2002



## **CAPÍTULO 2: LA EDUCACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA FILOSÓFICA Y PRÁCTICA COMO REFERENTE BÁSICO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

La perspectiva de *promoción de la salud* implica un posicionamiento de carácter emancipador capaz de desarrollar en todas las personas, sin excepción alguna, la capacidad para potenciar y exigir un entorno saludable y adoptar estilos de vida positivos con el objetivo de conseguir mayores cotas de calidad de vida. La consecución de esta meta está determinada de manera importante por la perspectiva filosófica y práctica de la Educación, ya que la *Educación para la Salud*, como educación en valores en el ámbito escolar y como Pedagogía Social en un nivel más general, está inscrita en el marco general de la Educación, por lo que, antes de abordar específicamente la Educación para la Salud como disciplina, es necesario hacer referencia a las dimensiones educativas básicas necesarias para su desarrollo.

Por consiguiente, tratar desde el punto de vista teórico y práctico las principales variables educativas que tienen especial incidencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje es una reflexión obligada para poder comprender la salud como un valor irrenunciable y básico para los seres humanos, cuyo cuidado y fomento depende en gran medida de la orientación de la práctica educativa, de la filosofía que la sustenta, de los valores y del concepto de persona que subyace en ella.

La Educación como realización histórico-cultural es comunicación de actitudes y valores que facilita la estabilidad de un sistema social y, al igual que la salud, constituye uno de los bienes esenciales de todas las sociedades.

La meta humana de vivir saludablemente está estrechamente unida y determinada por la Educación y su consecuente transmisión de creencias y valores. El cuidado de la mente y del cuerpo ha estado presente en todas las culturas en mayor o menor grado y, lógicamente, vinculado siempre a la acción educativa.



## 2.1. La Educación como concepto multidimensional

La Educación es esencialmente *modo de vida* que muestra la forma de ser, de pensar y actuar de cada persona, de cada pueblo, de cada época. Es *realización histórico-cultural*. Es comunicación de *actitudes y valores* instalada en una sociedad determinada que permite la estabilidad de un sistema social (Capitán Díaz, 2002, 7).

Por lejos que nos remontemos en el pasado de la Educación, ésta aparece como *inherente* a las sociedades humanas, contribuyendo al destino de las sociedades en todas las fases de su evolución; ella misma no ha cesado de desarrollarse; ha sido portadora de los ideales humanos más nobles (Faure, 1980,51)

La Educación es mucho más que una mera colección de destrezas técnicas, mucho más que un conjunto de procedimientos, muchísimo más que un puñado de cosas que han de aprenderse. Es un compromiso social, es una responsabilidad moral, para que las niñas y niños lleguen a ser personas demócratas y libres. Por tanto, al considerar la enseñanza como un oficio moral, ésta se encuentra cargada de intencionalidad, tiene valor (Rubio Rivera, 1999, 37)

Indudablemente, la Educación no es una actividad *teórica*, sino una actividad *práctica* relacionada con el cometido general de contribuir al desarrollo de la persona mediante los procesos de enseñanza-aprendizaje. Como actividad *intencionada*, desarrollada de manera *consciente*, sólo es posible comprenderla desde el marco de pensamiento de las personas que la llevan a cabo. Aunque todas las prácticas educativas pueden estructurarse en torno a conceptos como aprendizaje, inteligencia, intereses...sus significados diferirán según los esquemas conceptuales en los que se desarrolla su interpretación (Carr, 1999, 56,57). Son pues, los esquemas de pensamiento los que dan sentido a las experiencias profesionales docentes: qué se hace y qué se trata de conseguir.

En consecuencia, la Educación no es una especie de fenómeno inerte que pueda observarse, aislarse o teorizar sobre él (Carr, 1999, 61). Son las prácticas educativas las que ponen de manifiesto los problemas.

El esquema teórico del que parte la persona dedicada a la docencia no lo ha adquirido de manera aislada, sino que, dado el carácter social de la Educación, es una forma de pensar que se aprende a través de las tradiciones de pensamiento y de las distintas prácticas educativas (Carr, 1999, 65). No obstante, cada profesor o profesora tiende a exponer o articular su propio modo de comprensión teórica de las actividades educativas que realiza. Suele haber una tendencia a *justificar* sus actitudes frente a una disciplina concreta, a los contenidos que seleccionan y a los métodos que utilizan. En definitiva, trata de racionalizar su propia filosofía de la educación.

Desde el enfoque planteado por Carr (1999), en general, en el ámbito docente define y defiende sus prácticas educativas en torno a dos líneas características: la de tipo *tradicional* y la denominada *progresista-liberal*. La primera tiene su origen en la sociedad pre-industrial cuyo predominio se extendió hasta el siglo XVIII. Esta filosofía tienen una visión aristocrática de la sociedad y, en consecuencia, la función principal de la educación es la formación de un grupo de elite intelectual cuyo objetivo es preservar la herencia cultural. Por tanto, exige de la institución educativa un currículum de corte *academicista* al margen de las ciencias y las tecnologías. El modelo docente que se exige es que el profesorado sea una *autoridad* en la enseñanza de una disciplina, exigiéndose un aprendizaje sistemático, disciplinado y con fuerte apoyo en los libros, estando la evaluación orientada hacia las destrezas cognitivas. La filosofía *progresista-liberal* surgió en los siglos XVIII y XIX, con la aparición de las sociedades liberales de Europa occidental. Desde esta ideología, la función reproductora de la Educación no es cultural, sino política. Esta visión se enmarca dentro de una concepción de sociedad igualitaria, cercana a la inspiración de los ideales políticos de Rousseau (1712-1778) y sus ideales libertarios sobre la Educación. Aquí, el objetivo de la Educación es la autonomía racional y la libertad; por tanto educar se convierte en un proceso de desarrollo racional basado en la humanidad común a todas las personas y no a una elite. El currículum está definido en base a las necesidades e intereses del alumnado y no tanto en la cultura de la sociedad.

La Educación tiene que estar centrada necesariamente en la formación humana que va mucho más allá del plano intelectual. Los valores representan uno de los

ejes centrales sobre el que se apoya el proceso educativo. Consecuentemente, será una enseñanza centrada en el alumnado más que en dar respuesta a la presión social ejercida por los valores sociales dominantes para dar un sentido utilitarista a la Educación, despojándola así de su auténtico valor intrínseco y de su potencial de cambio social para conseguir un progresivo desarrollo humano y científico desde los principios de igualdad de derechos en un mundo donde la diversidad es una fuente de riqueza y no una adversidad.

El concepto de *cultura* tiene un papel fundamental en la práctica educativa. Es una especie de visión del mundo, de denominador común mental, un almacén compartido de ideas generalmente aceptadas dentro de cualquier grupo, una unidad en la diversidad. En el ámbito educativo, para que el alumnado haga suya una determinada cultura, debe descubrir en ella su propia vida social (Stenhouse, 1997, 81)

Por tanto, se entiende la Educación como actividad consciente, planificada por alguien que reconoce su responsabilidad y está orientada a un propósito de forma constante, lo que implica elegir y decidir a la luz de los *valores*. Esta decisión ha de estar siempre orientada al bienestar del alumnado en el contexto social, entendiendo que la Educación es una forma de control social y también una crítica de la sociedad en acción (Stenhouse, 1997,88)

## **2.2. La Escuela como espacio socioeducativo**

La Escuela, además de la familia y el entorno, es uno de los ámbitos educativos por excelencia (López Santos, 2000, 399). En el ámbito escolar, los niños y niñas van asimilando las bases fundamentales de su cultura, interiorizan los valores que subyacen en la acción educativa y que dan lugar a los comportamientos. En definitiva, la Escuela es el espacio socioeducativo que contribuye de una manera formal al proceso de socialización de las personas desde los primeros años de la vida.

La Escuela tiene pues, una función social en cuanto a su finalidad socializadora y una función educativa como valor propio respecto a la acción de configuración de la persona en todas sus dimensiones.

Como otra institución social, la escuela desarrolla y reproduce también su propia cultura específica, es decir, el conjunto de significados y comportamientos que genera la escuela como institución social, reforzando la vigencia de valores, expectativas y creencias ligadas a la vida social de los grupos que constituyen la institución escolar (Pérez Gómez, 1998, 127)

### **2.2.1. La función social y educativa de la Escuela**

Desde la perspectiva sociológica, a la Escuela se le atribuye una función *reproductora de la cultura dominante*, ya que es una institución específicamente configurada para socializar a las nuevas generaciones, siendo esta reproducción social un requisito imprescindible para la supervivencia de la sociedad.

El proceso de socialización ha estado encaminado a que las personas, una vez llegadas a la edad madura, desempeñen una serie de funciones. Una de ellas es la *incorporación al mundo del trabajo*. En este sentido, las diferentes corrientes de pensamiento marcan tendencias diferentes, según la finalidad que se persiga: promover la igualdad de oportunidades y no subyugar la persona al capital, o, por el contrario, que se produzca una incorporación exenta de conflictos, dirigida al mantenimiento de las diferencias sociales. Otra de las funciones de la socialización es preparar a las personas para su *intervención en la vida pública*, lo que implica el mantenimiento de la dinámica y el equilibrio de las instituciones y normas de convivencia que componen el tejido social de la comunidad humana (Pérez Gómez, 1997, 19)

Dando respuesta a esta segunda función por parte de la Escuela en una sociedad como la nuestra, en la que, la existencia de una democracia formal no cuestionada socialmente, perpetúa las grandes desigualdades sociales como producto de unas relaciones laborales presididas por una economía de mercado que rebaja a la persona en su dignidad, anteponiendo los intereses económicos al desarrollo humano, una situación en la que la persona deja de ser el *centro* de todo el proceso, donde la relación natural y de derecho entre la humanidad y las cosas, queda claramente invertida.

La Escuela, pues, en este sentido de socialización, transmite y consolida, de forma explícita a veces, latente siempre, una ideología cuyos valores son el individualismo, la competitividad y la insolidaridad, la igualdad formal de oportunidades y la desigualdad “natural” de resultados en función de capacidades y esfuerzos individuales (Pérez Gómez, 1997, 20)

Este proceso es altamente complejo, ya que da lugar a fuertes contradicciones en la relación dialéctica que se establece entre la necesidad de dar respuesta a las demandas sociales de transmitir y consolidar la herencia histórica y el reto educativo de introducir las innovaciones pertinentes que den lugar a los cambios y transformaciones que impulsen el crecimiento humano de una manera progresiva e imparable.

En la Escuela, bajo la ideología de la igualdad de oportunidades en una escuela común para todos (Pérez Gómez, 1997, 26) se va produciendo el proceso de *selección social*, perpetuando la desigualdad y la exclusión de los grupos sociales desfavorecidos que, con posterioridad, quedarán al margen del mundo del trabajo y de la participación social. La contradicción se hace aún más evidente en el grado de interiorización y asunción de esta situación por parte de los grupos excluidos, legitimándose así las diferencias sociales y económicas cada vez más agudizadas.

La función educativa de la escuela desborda la función reproductora del proceso de socialización por cuanto se apoya en el conocimiento público (la ciencia, la filosofía, la cultura, el arte...) para provocar el desarrollo del conocimiento privado en cada alumno y cada alumna, utilizando el conocimiento social e históricamente construido y condicionado como herramienta de análisis para comprender más allá de las apariencias del status quo real, asumido como natural por la ideología dominante. La vinculación ineludible y propia de la Escuela con el conocimiento público exige de ella y de quienes en ella trabajan que identifiquen y desenmascaren el carácter reproductor que los influjos de la propia institución escolar, así como los contenidos que transmite, ejercen sobre los niños y niñas (Pérez Gómez, 1997, 27)

La función educativa de la Escuela en la actualidad puede concretarse en dos grandes ejes de intervención (Pérez Gómez, 1997, 28) :

Por una parte, concebir la discriminación social como algo *evitable* y, por tanto, dejar de hacer ver como algo natural estas grandes desigualdades. Por otra parte, también es importante tratar de *compensar* las consecuencias que estas desigualdades tienen en los niños y niñas de forma individual. Para ello habría que renunciar a esa falsa lógica de la *homogeneidad* que impera en la Escuela que no hace sino consagrar la discriminación, y dar paso a la lógica de la *diversidad*.

La lógica de la uniformidad en el Currículum, en los ritmos, en los métodos y en las experiencias didácticas sólo favorece a aquellos grupos que, precisamente, no necesitan la Escuela para el desarrollo cognitivo y las destrezas instrumentales que demanda la sociedad actual, puesto que son niños y niñas que viven en entornos familiares y ambientales con una cultura similar a la que se reproduce en la institución educativa.

Es evidente que la igualdad de oportunidades no es un objetivo al alcance exclusivo de la Escuela pero sí lo es preparar a cada persona para que se defienda en las mejores condiciones posibles, sí es un objetivo educativo de la Escuela.

Otra de las líneas de acción de la función educativa de la Escuela es la que se denomina la *reconstrucción del conocimiento y la experiencia* (Pérez Gómez, 1997, 30)

En la sociedad actual, los medios de comunicación de masas tienen ahora parte de la función socializadora de la Escuela en su dimensión de reproducción de la cultura dominante. El niño y la niña llega a la Escuela con un gran capital de informaciones y con preconcepciones acerca de la realidad.

La Escuela, en esta situación, debe trabajar profundamente en la formación del *pensamiento crítico* desde la reconstrucción de sus propias preconcepciones, el conocimiento público y las actitudes, lo que supone la organización racional de la información fragmentada recibida (Pérez Gómez, 1997, 32)

### 2.2.2. ¿Qué Escuela se necesita hoy?

Los grandes fines de la Educación, en cuanto a facilitar que las personas consigan el máximo desarrollo humano, científico y social, están vigentes, no pasan.

Para que la Escuela pueda cumplir su función educativa, es necesaria una transformación radical que ha de producirse en el espacio de un currículum común y de una escuela obligatoria y gratuita que afronte el reto didáctico de diversificar las orientaciones, los métodos y los ritmos, de modo que los alumnos y alumnas que en sus procesos de socialización han desarrollado actitudes, expectativas, conceptos y códigos más pobres y alejados de la cultura pública, puedan incorporarse a ese proceso de recrear, vivir, reproducir y transformar dicha cultura (Pérez Gómez, 1994: 59-62)

La Escuela que la sociedad en su conjunto necesita es una Escuela *comprometida* en el proceso de transformación de las estructuras sociales que esclavizan a la persona y provocan las grandes desigualdades. En este sentido, el proceso de socialización no puede seguir respondiendo a la reproducción de los valores dominantes: individualismo, racismo, insolidaridad, culto al consumo, hedonismo... sino que, esta cultura hegemónica tiene que ser planteada y *reconstruida* desde la base de los valores inherentes a la Educación: cultivar la dimensión social como algo esencial en las relaciones humanas, la búsqueda de la sociedad igualitaria, la necesidad de socializar el conocimiento, la globalización del bienestar social...

La institución educativa tiene que dejar de doblegarse a los valores que transmiten los medios de comunicación social, sobre todo la televisión, a la demanda constante e insistente que hace el propio sistema dominante, en el que se incluyen los intereses políticos, económicos y, a veces, los del entorno familiar del alumnado.

La sociedad de hoy necesita una Escuela que recupere con firmeza la *función educativa*, como su más genuina razón de ser, pues cuando alguien se ve obligado a interpretar todos los papeles que le piden acaba sin saber quién es.

La Escuela ha de ser un espacio donde se recree la cultura, entendida ésta como la capacidad de analizar y comprender de forma crítica cómo se mueven los hilos de la sociedad (Santos Guerra, 1994, 4) . En este sentido, algunos de los principios de los que la institución escolar debe partir para planificar sus acciones, podrían sintetizarse de la siguiente manera:

- Ser un espacio para el *pensamiento crítico y comprometido*, donde las actividades han de tener un enfoque no sólo intelectual sino también emocional. Por tanto, el punto de partida tiene que ser el bagaje cultural con el que el alumnado llega a la escuela y, desde ahí, impulsar una reconstrucción comprometida con su tiempo y con su futuro.

Para favorecer esta comprensión crítica de la realidad, la Escuela debe tener en cuenta no sólo la diversidad cognitiva, los diversos ritmos y estilos de aprendizajes, sino también las necesidades individuales y del contexto, tratando de potenciar la creación de un ambiente escolar flexible, estimulante, reflexivo, democrático, descentralizado, cooperativo e integrador que ayude a superar la dicotomía entre lo que se quiere o intenta hacer y lo que realmente se hace (Hernández, 2003: 18)

- Reconstruir la realidad y la práctica docente hacia el *desarrollo de una democracia crítica* (Dewey 1954: citado por Goodman, 2000, 56). Desde esta perspectiva, la democracia es más que una forma de gobierno; ante todo, es un modo de vivir en relación, de experiencia conjunta comunicada. Por tanto, la vida de la escuela tiene que estar basada en esta convicción y, en consecuencia, las actividades deben implicar la participación efectiva y responsable, la libertad en el ámbito de lo individual y lo social, la práctica de la justicia para conseguir una sociedad igualitaria y alcanzar la paz, la solidaridad, la tolerancia, considerar el pluralismo y la diversidad como un bien...

- Concebir la estructura física y la propia práctica educativa como un *proceso abierto al entorno*, puesto que la Escuela es un subsistema importante dentro del macrosistema social. Esto implica una acción educativa sin aislamiento, inmersa en la realidad que el alumnado vive.



Es muy importante que la Escuela amplíe su mirada sobre la realidad, tratando de comprender aspectos como la división social, que lleva a la marginación y a la exclusión, la falta de equidad en la distribución de los recursos y en el acceso a la educación, la degradación de la naturaleza, su origen y consecuencias...

La Escuela no puede ser cómplice del proceso de legitimación que se está produciendo ante la gran fractura del Estado de Bienestar y asumir el fracaso escolar como algo *normal* e inevitable en determinados grupos sociales. No basta con *empujar* un poquito más a los que tienen dificultades para llegar a la meta, a través de proyectos de innovación internos que se alejen algo del *currículum homogeneizado*, hay que hacer una apuesta total a favor de la igualdad de oportunidades.

El principio de *equidad*, totalmente necesario para emprender la ardua tarea de *educar*, tiene que ponerse en práctica. Por tanto, habría que abandonar esos falsos planteamientos igualitarios cuya homogeneidad, precisamente, es causa de fuertes desigualdades ya desde el acceso a la Educación.

En definitiva, no se necesita una Escuela nueva, sino una Escuela que recupere, inequívocamente, su verdadera razón de ser: educar

Globalmente, este proyecto de Escuela se inscribe necesariamente en el movimiento de *Escuelas Democráticas* en el que existe una creencia fundamental: que la democracia tiene un significado profundo, que puede funcionar y que es necesaria para conservar la libertad y la dignidad humana (Beane y Apple, 1997, 20)

La utilización convencional y absolutamente vacía que las democracias formales hacen de la vida democrática, han dado lugar a que se produzca una degradación social del término. Concebir la democracia como la posibilidad de elegir sin información suficiente o sin capacidad para la construcción de un pensamiento crítico, equivale a la búsqueda de un consentimiento en decisiones que ya están tomadas previamente.

Los principios que sustentan una escuela democrática son los siguientes (Beane y Apple, 1997, 21):

-La libre circulación de ideas que facilita el que las personas estén plenamente informadas.

-La fe en la capacidad individual y colectiva de las personas para resolver problemas.

-El uso de la reflexión crítica y el análisis para valorar ideas, problemas y políticas.

-La preocupación por el bienestar de los demás y el bien común.

-La preocupación por la dignidad y el derecho de todas las personas.

-Concebir la democracia no tanto como un ideal que se debe perseguir sino como un conjunto idealizado de valores que debemos vivir y que deben guiar la vida de los pueblos.

-La necesidad de crear instituciones sociales para promover y ampliar la forma de vida democrática.

*¿Cómo se construye una escuela democrática?*

Las escuelas democráticas, como la democracia misma, no se producen por casualidad, sino que nacen de una intencionalidad explícita de las personas responsables de la educación para poner en vigor las disposiciones y oportunidades que darán vida a la democracia desde dos grandes líneas de acción: una, creando estructuras y procesos democráticos que vayan configurando la vida en la escuela, y otra, desde la construcción de un currículum que aporte experiencias democráticas al alumnado (Beane y Apple, 1997, 24)

La *participación* en cuestiones de gobierno y elaboración de políticas escolares es una de las características que definen las escuelas democráticas. Una participación guiada por los valores que sustentan la democracia.

La atención a la *diversidad* se vive desde el principio de *personas participantes en comunidades de aprendizaje*, donde esta diversidad no es un problema sino algo que se aprecia como fuente de enriquecimiento (Beane y Apple, 1997, 26)

La cooperación y la colaboración se convierten en ejes centrales como fuente de motivación para mejorar la propia vida, mejorando la de los demás. Por tanto, la actitud competitiva no es un valor.

La construcción de las escuelas democráticas no comienzan y acaban en la propia escuela sino que está necesariamente unida a extender la vida democrática en el medio en el que vive el alumnado. Desde las escuelas democráticas se trata no sólo de disminuir la severidad de las desigualdades en la escuela, sino de cambiar las condiciones que las crean (Beane y Apple, 1997, 28)

*¿Qué dificultades tienen las escuelas democráticas?*

El trabajo que conlleva organizar una escuela democrática y mantenerla viva es agotador y está lleno de conflictos (Beane y Apple, 1997, 28)

Las dificultades más importantes tienen su origen en la reproducción de la cultura dominante por parte de la propia institución escolar, donde muchas escuelas han fomentado y siguen fomentando el espíritu competitivo dirigido al éxito social desde la perspectiva del poder hegemónico: la posición y el prestigio en función del estatus social y económico que, a su vez, viene determinado por valores ajenos a la verdadera esencia de la persona en cuanto a su dimensión humana, provocando la exclusión social. Una verdadera *selección social* vinculada a la fuerte desigualdad de oportunidades. Aunque la democracia valora la diversidad, demasiadas escuelas han reflejado generosamente los intereses y las aspiraciones de los grupos más poderosos, ignorando los de los menos poderosos (Beane y Apple, 1997, 29)

Por otra parte, las personas comprometidas en la educación democrática se sitúan en una posición de conflicto con las tradiciones dominantes de la escolarización. Es probable que sus ideas y esfuerzos se enfrenten constantemente a las *resistencias* tanto de quienes se benefician de las desigualdades de las escuelas como de aquellos que muestran mayor interés por la eficiencia y el poder jerárquico, que en la difícil tarea de transformar las escuelas de abajo a arriba (Beane y Apple, 1997, 29)

Es evidente que construir escuelas democráticas implica tener y mantener una fuerte convicción en los valores que la sustentan, de lo contrario, las fuertes tendencias sociales que actúan como contravalores (la intolerancia, el racismo, la injusticia, el individualismo, el poder centralizado, la insolidaridad...) acabarán con los deseos y el compromiso para conseguir una sociedad igualitaria.

### 2.3. Los contenidos de la Enseñanza

Siguiendo a Scardamalia y Bereiter (1989) (citado en Gimeno Sacristán, 1997, 79), las diferentes funciones que se han desarrollado en la enseñanza, tanto desde su perspectiva teórico como práctica, han sido cuatro: la enseñanza como *transmisión cultural* en la que la función de la escuela y de la práctica docente es transmitir a las nuevas generaciones los cuerpos de conocimiento disciplinar que constituyen nuestra cultura; la enseñanza como *entrenamiento de habilidades* en la que se hace necesario vincular este entrenamiento a los conocimientos, siendo su principal característica la obsesión por la eficiencia; la enseñanza como *fomento del desarrollo natural* relacionada con la teoría naturalista de Rousseau, en esta perspectiva predomina la pedagogía de la no intervención de Summerhill, ya que se considera que la influencia de la cultura distorsiona el desarrollo natural y espontáneo del individuo; y, por último, la enseñanza como *producción de cambios conceptuales*, la cual se apoya en los planteamientos de Sócrates y más recientemente de Piaget. Desde esta perspectiva se considera el aprendizaje como proceso de transformación más que como acumulación de contenidos, por tanto, la importancia radica en el pensamiento, capacidades e intereses del alumnado y no tanto en la estructura de las disciplinas científicas (Pérez Gómez, 1997, 80-81)

Las diferentes formas de entender la enseñanza dan lugar a diferentes maneras de concebir y diseñar el currículum.

#### 2.3.1. El currículum: aproximación conceptual

Como afirma Stenhouse (1987), un currículum, si es valioso para llevar a cabo la enseñanza, ha de expresar toda una visión de lo que es el conocimiento y una concepción del proceso de la educación.

El currículum no es, pues, una mera selección resultante de la poda del frondoso árbol del conocimiento y de la cultura, sino que implica una visión educativa del conocimiento, una traslación psicopedagógica de los contenidos del conocimiento, coherente con la estructura epistemológica del mismo (Stenhouse, 1987, 14)

El currículum es una opción cultural, el proyecto que quiere convertirse en la cultura-contenido del sistema educativo, para un nivel escolar o para un centro concreto. Una aproximación conceptual sería considerar el currículum como el proyecto selectivo cultural, social, política y administrativamente condicionado, que rellena la actividad escolar, y que se hace realidad dentro de las condiciones de la escuela tal y como se halla configurada (Gimeno Sacristán, 1989, 40)

En el marco de la escolaridad, el currículum se considera como una guía del progreso del alumnado que, además de establecer los contenidos de la enseñanza, marca el orden y la secuencia de su impartición, por tanto, es un elemento regulador de la práctica educativa (Gimeno Sacristán, 1997, 145)

El currículum se selecciona dentro de un marco social, se realiza en un marco escolar y adopta una determinada estructura condicionada por esquemas de una cultura psicopedagógica (Pérez Gómez, 1989, 41). La intencionalidad que subyace en todo diseño curricular está mediatizada por una serie de posiciones filosóficas relacionadas con la Educación y con el propio currículum, además de desarrollarse en un contexto social, político, económico y cultural concreto.

En consecuencia, el término currículum está sujeto a diversos significados en función de la corriente de pensamiento desde la que se analiza y enjuicia la práctica educativa.

Las diversas teorías que se han construido sobre el currículum se han ido definiendo como una teorización ahistórica (Pérez Gómez, 1989, 43), lo que ha contribuido a ir desarrollando modelos curriculares descontextualizados y, por tanto, lejos de lo que se imparte en la práctica real.

Desde la perspectiva de *enfoque procesual*, el currículum es un ámbito de interacción múltiple entre las diversas variables sociales y educativas que van moldeando la realidad. En consecuencia, no puede concebirse el currículum como algo aislado y vinculado exclusivamente a los agentes educativos, sino como proceso y producto de la dinámica social en general y, específicamente, de la acción educativa.

El proceso de conceptualización del currículum implica contemplar la dimensión de *lo oculto* y *lo manifiesto*, o lo que se denomina *currículum oculto* y *currículum manifiesto*.

El *currículum oculto* está relacionado con la función de socialización que el modelo social y político dominante exige a la Escuela. Los mensajes que emanan de la dimensión oculta del currículum están vinculados a los conflictos sociales, al ejercicio de la autoridad y del poder, a los roles en función del género, a la distribución de la riqueza y del empleo, al modelo económico predominante...

Las obligaciones que el *currículum oculto* impone al alumnado son más importantes para su supervivencia y éxito académico que las del *programa oficial* o *currículum explícito*. Lo que importa no es lo que se dice que se hace, sino lo que verdaderamente se hace (Gimeno Sacristán, 1997, 153)

El *currículum explícito* estaría constituido por las pretensiones declaradas y aceptadas, lo que se dice que se enseña.

En la práctica educativa, estas dos dimensiones del currículum se entremezclan e interaccionan, dando lugar a lo que se denomina *currículum real*. Una cosa es lo que al profesorado se le dice que tiene que enseñar, otra es lo que el profesorado cree o dice que enseña, y otra distinta lo que el alumnado aprende (Gimeno Sacristán, 1997, 152)

Muchas incongruencias que se observan en la práctica educativa tienen su origen en la interrelación entre la faceta oculta y explícita del currículum. Para acercarnos a la realidad del *currículum real*, es necesario ir más allá de su dimensión explícita plasmada en el documento correspondiente, en el que se concretan los objetivos y contenidos. Es preciso acudir al análisis de las condiciones escolares (Gimeno Sacristán, 1997, 154) que son, en definitiva, las que mediatizan el aprendizaje de los contenidos que se manifiestan, y las que dan lugar al denominado *currículum nulo* (Eisner) (citado en Gimeno Sacristán 1997, 155) y que corresponde al conjunto de aspectos que se ocultan, bien porque entrañen dificultades de carácter moral, como por ejemplo los aspectos sexuales, o porque sean contrapuestos al currículum oculto.

El análisis y evaluación del currículum es el medio idóneo para identificar y valorar las contradicciones entre intenciones y práctica en el ámbito educativo, para establecer la relación entre las dos acepciones más relevantes: el currículum como intención y como realidad, ya que las realidades educativas raramente se ajustan a las intenciones educativas (Stenhouse, 1987, 27)

Dar respuesta a la pregunta de ¿qué se considera relevante para ser enseñado? (Gimeno Sacristán, 1997, 172) es una tarea compleja, ya que la práctica educativa está llena de interrelaciones y opera en un entorno cargado de significados. Por esta razón, es de vital importancia saber bajo qué modelo curricular se explicitan los contenidos de la enseñanza.

La definición de currículum de Stenhouse (1987, 29) como *una tentativa para comunicar principios y rasgos esenciales de un propósito educativo, de forma tal que permanezca abierto a discusión crítica y pueda ser trasladado efectivamente a la práctica* nos presenta el modelo curricular *basado en el proceso* frente al modelo curricular basado en *objetivos*, ya que reducir el proceso educativo a un patrón lineal de fines-medio supone un enfoque rígido más cercano a lo que sería la instrucción.

Un currículum centrado en el *proceso* tiene que basarse necesariamente, en la práctica y estar centrado en el alumnado. En consecuencia, el currículum, desde esta perspectiva, se convierte en el motor de cambio para innovar la acción educativa y promocionar al profesorado.

### **2.3.2. El diseño del currículum y sus implicaciones**

El diseño de la actividad educativa en general y, específicamente, el diseño del currículum es una actividad básica y propia del profesorado (Gimeno Sacristán, 1997, 228). Es una actividad de previsión de lo que se va a enseñar además de las estrategias a seguir y de los medios a utilizar para su evaluación. Por tanto, diseñar el currículum puede considerarse una importante actividad *reflexiva* que va a incidir en la práctica.

¿Es el profesorado el que planifica su propia acción educativa?, o, por el contrario, ¿se limita a *ejecutar* lo que otras personas o instancias han diseñado? . Es evidente que cuando el profesorado no participa de forma sustancial en el diseño del currículum, su implementación en la práctica estará cargada de escepticismo, de un alto nivel de dependencia y escasamente centrada en el alumnado.

Aunque no exista una fórmula universal válida para diseñar el currículum, sí hay una serie de elementos que pueden orientar su elaboración.

Siguiendo a Stenhouse (1987, 30), los requisitos básicos que deben ser tenidos en cuenta en el diseño de un currículum serían los siguientes:

- Respecto al proyecto:
  - Principios para la selección de contenidos: ¿qué debe aprenderse y enseñarse?
  - Principios para el desarrollo de una estrategia de enseñanza: ¿cómo debe aprenderse o enseñar?
  - Principios para decidir sobre la secuencia.
  - Principios para diagnosticar las fortalezas y debilidades del alumnado.
- Respecto a la investigación educativa:
  - Principios para evaluar el progreso del alumnado
  - Principios para evaluar el progreso del profesorado
  - Posibilidades de implementar el currículum en diversas situaciones escolares, contextos del alumnado, medio ambientales y de situaciones de grupo entre el alumnado.
  - Información sobre la variabilidad del impacto en distintos contextos y sobre diferentes alumnos y alumnas.
- En relación a la justificación
  - Formulación de la intención o la finalidad del currículum que sea susceptible de examen crítico.

No obstante, en la práctica, se vienen observando ciertas contradicciones entre las teorías sobre el currículum y el diseño. Mientras que en la conceptualización los enfoques se van abriendo y van ayudando a comprender la compleja realidad educativa, los modelos de diseño van cayendo en un reduccionismo y mecanicismo (Gimeno Sacristán, 1997, 232) que olvidan la complejidad de la práctica y hacen creer que siguiendo unos pasos muy concretos se conseguirán los fines deseados.

El esquema de *cómo diseñar* se ha pensado como una pauta ofrecida desde fuera; si se partiera de las situaciones reales que el profesorado tiene que afrontar,



se comprobaría que no existe procedimiento sencillo válido para afrontar la realidad (Gimeno Sacristán, 1997, 232)

Estas pautas se limitan a cómo ordenar los contenidos seleccionados, presentarlos y hacer efectivo su aprendizaje. Esta práctica mecanicista responde a una concepción de la enseñanza de tipo fragmentado, centrada en conductas observables, por tanto más vinculado al modelo curricular basado en los objetivos, lejos de una concepción *globalizadora* del currículum.

Las verdaderas aspiraciones educativas que deberían impregnar el diseño del currículum, se formulan como objetivos generales y, en consecuencia, quedan relegadas al *currículum oculto*.

Basar el diseño del currículum en las materias de estudio es una práctica muy extendida y perjudicial para los fines educativos, ya que sitúa la acción educativa en una dimensión casi exclusivamente *academicista*.

Es importante contemplar el diseño del currículum como una *función compartida* por diferentes agentes dentro del sistema educativo (Gimeno Sacristán, 1997, 236), entendiendo que los diseños tienen un carácter tentativo para ser experimentados en la práctica, por tanto, no puede considerarse el diseño del currículum como una previsión fija y ajustada del proceso de enseñanza-aprendizaje. El diseño es un instrumento para guiar la práctica y ésta se instala en el terreno de la incertidumbre como forma de pensar, que no significa improvisación, donde las personas protagonistas de la acción educativa se destacan por su valor mediador (Gimeno Sacristán, 1997, 240)

Desde una concepción de la educación de carácter emancipador y liberador, la perspectiva democrática en el diseño del currículum es esencial. Si la democracia implica el consentimiento informado de las personas, es evidente que un *currículum democrático* subraya el acceso a una gran variedad de información y el derecho de aquellas personas que tienen distinta opinión a que se oigan sus puntos de vista (Beane y Apple, 1997, 30)

Las personas comprometidas con un currículum más participativo entienden el conocimiento como una construcción social, producido y difundido por personas que tienen unos valores, intereses y sesgos particulares. Por consiguiente, la

necesidad de interpretar críticamente los contenidos de la enseñanza por parte del alumnado es crucial para la transformación social en la búsqueda de la igualdad.

Un currículum democrático invita al alumnado a despojarse del rol pasivo de consumidores de conocimiento y asumir el papel activo de *fabricantes de significados* (Beane y Apple, 1997, 34)

### 2.3.3. Los ámbitos de diseño del currículum

Los ámbitos de diseño del currículum se corresponde directamente con los niveles donde se toman decisiones al respecto. Así, desde el sector político se regula el currículum que corresponde a determinados tramos de escolaridad, las personas que elaboran el material didáctico también diseñan determinados componentes del currículum, los centros escolares cuando elaboran su plan de centro trazan la manera en que se llevará a cabo el contenido curricular, y, por último, el profesorado cuando realiza el plan correspondiente al año académico confecciona el material didáctico o prevé el uso que va a hacer del que tiene disponible, también realiza un diseño del currículum (Gimeno Sacristán, 1997, 243)

La concepción de la educación como un servicio público, la extensión de la educación con carácter obligatorio a un período sustancial de la vida de las personas, la necesidad de garantizar una progresión coherente en el dominio de los aprendizajes, la ineludible organización del profesorado, la importancia y el control de las acreditaciones y el tránsito que se produce en los distintos tramos educativos justifican suficientemente la intervención del Estado en el diseño del currículum (Pozuelos y Romero, 2002, 20)

La intervención estatal en el currículum se ha polarizado en dos corrientes enfrentadas: una de índole *cerrada*, propia de una tendencia centralista y otra de carácter *abierta*, vinculada a modelos descentralizados (Pozuelos y Romero, 2002, 20)

En este sentido, la tendencia mayoritaria es tratar de crear un *núcleo básico* prescriptivo que deberá ser completado según un cierto grado de optatividad y contextualización social (Pozuelos y Romero, 2002, 20)

Frente a estas dos tendencias, aparece el *modelo abierto*, donde las prescripciones generales son mínimas y centradas en el ordenamiento del sistema educativo y donde las circunstancias concretas de cada realidad social configuran el eje de las decisiones curriculares (Pozuelos y Romero, 2002, 21)

En la actualidad, si se tiene en cuenta que toda propuesta curricular constituye una elección, es evidente que se hace necesaria la intervención de diversos estamentos, de manera que la propuesta sea producto de un cierto consenso social (Pozuelos y Romero, 2002, 23).

En consecuencia, en una sociedad democrática los agentes sociales deben desarrollar un papel activo en la determinación del sistema educativo, donde los centros puedan contextualizar su oferta, considerando, para ello, la autonomía de las personas dedicadas a la docencia y la participación de padres, madres y alumnado (Pozuelos y Romero, 2002, 23)

La intervención en el diseño del currículum en el ámbito político-administrativo es de carácter general y, por tanto, selecciona un modelo de cultura básica para los ciudadanos y ciudadanas en el que se plantean los contenidos básicos que deben enseñarse a través de los distintos tramos educativos. Este cometido deriva de la necesidad de ordenar la *cultura de la escuela* a lo largo de un período prolongado de escolarización (Gimeno Sacristán, 1997, 266). Según Lawton (1989) (citado por Gimeno Sacristán, 1997, 269), para hacer la selección curricular habría que partir de tres criterios:

- Decidir los parámetros o invariantes culturales que deben transmitirse de generación en generación.
- Aplicar estas invariantes al análisis concreto de una sociedad al objeto de proporcionar una visión de la realidad social.
- Ordenar, desde un punto de vista educativo, el conocimiento y las experiencias deseables extraídas como importantes y necesarias.

Existen diversas aportaciones en cuanto a propuesta de ordenación global de los contenidos del currículum para la enseñanza obligatoria: Skilbeck (1982 y 1984) (citado en Gimeno Sacristán, 1997, 271) distingue nueve áreas culturales: artes y oficios, estudios sobre el medio ambiente, destrezas y razonamiento matemático, estudios sociales, cívicos y culturales, educación para la salud,

modos de conocimiento científico y tecnológico, comunicación, razonamiento moral y mundo del trabajo. Este mismo autor especifica los criterios para seleccionar contenidos dentro de estas áreas: buscar los elementos básicos para iniciar al alumnado en el saber y la experiencia humana; ver qué aprendizajes son necesarios para la participación en una sociedad democrática y para que el alumnado determine y controle su vida; los aprendizajes que faciliten la elección y la libertad en el trabajo y en el ocio, y, por último, aquellos aprendizajes que proporcionen conceptos, destrezas, técnicas y estrategias necesarias para el autoaprendizaje.

Phenix (1964) (citado en Gimeno Sacristán, 1997, 271) ha aportado una reflexión importante respecto a la forma de organizar el currículum desde la consideración de la educación general como el proceso de generar significados esenciales en las personas, completando la vida humana a través de la ampliación y profundización de tales significados, a cuyo fin deberían responder las diferentes áreas del currículum global de una manera coherente y organizada. Desde esta perspectiva, se considera a la persona como una totalidad organizada, y a esa totalidad debería corresponder el currículum global, que no parece y yuxtaponga componentes sin sentido, ponderándolos a todos por igual.

Otro de los ámbitos de diseño del currículum es el centro escolar, cuya materialización es el *proyecto educativo de centro*. El diseño curricular desde los centros escolares constituye una oportunidad importante para introducir innovaciones educativas, para implicar al profesorado y para contextualizar la enseñanza desde la doble perspectiva del entorno y de los intereses del alumnado.

La práctica de diseñar el currículum en los centros no tiene historia entre nosotros, ni tampoco en otros países de tradición centralizadora (Gimeno Sacristán, 1997, 279). No obstante, la tendencia de determinados sistemas educativos, entre ellos el nuestro, ha ido evolucionando hacia una descentralización en cuanto a la toma de decisiones respecto al diseño curricular, aunque ello no siempre responda a finalidades estrictamente pedagógicas sino también a determinados intereses sociales y económicos, cuya única finalidad es mantener el control del proceso de socialización.

El diseño curricular basado en los centros sin estrategias y medios para poder ayudarles puede llegar a ser una fórmula engañosa que, a cambio de la atractiva autonomía, pueda conducirles a una mayor responsabilidad que no en todos los casos supone una mejora de la calidad o un proyecto más compartido y mejor adaptado al alumnado (Gimeno Sacristán, 1997, 283). Es evidente que el desarrollo descentralizado del currículum exige más medios que el desarrollo centralizado, siempre y cuando los contenidos sean reales.

A pesar de todos estas dificultades hay unos principios pedagógicos legítimos que justifican la aspiración de los centros para diseñar el currículum: las experiencias de aprendizaje se dan en los centros, el principio de búsqueda de la calidad de la enseñanza es un objetivo deseado y vinculado a la organización de los centros educativos, la cultura no se agota en las materias escolares (Gimeno Sacristán, 1997, 283). Por consiguiente, el centro escolar tiene que fomentar actividades que promuevan y amplíen la perspectiva de las materias curriculares, la búsqueda de estilos pedagógicos coherentes y libres de grandes contradicciones que perjudiquen el proceso de aprendizaje del alumnado y conviertan la cultural global en una cultura mosaico incapaz de ayudar a las personas a comprender y transformar el mundo en el que viven.

Por último, es importante hacer referencia al papel que desempeña el *profesorado como agente diseñador del currículum*. Además de su participación en el proyecto de centro, hay que destacar como aspecto significativo el proceso de adaptación del currículum a la realidad del aula, lo que implica su implicación permanente en el diseño curricular, al margen de que exista, o no, una decisión explícita en este sentido.

Desde una perspectiva *práctica*, el diseño se entiende como una función básica del profesorado en unas condiciones de trabajo en las que se refleja su profesionalidad (Gimeno Sacristán, 1997, 311)

El modelo de *proceso* de Stenhouse (1987) concibe el diseño como un proceso de búsqueda con fuerte implicación para el profesorado y con un marcado sentido liberador. El modelo de proceso del diseño del currículum se basa en la calidad del profesorado, y ello constituye, asimismo, su mayor fuerza (Stenhouse, 1987, 141)

El modelo de proceso va unido al perfeccionamiento del profesorado. Si lo que deben perseguir los profesores es desarrollar la comprensión, desarrollar y refinar sus criterios de juicio y su alcance en su correspondiente materia, deben ser capaces y disponer de tiempo y de oportunidades para el desarrollo profesional (Stenhouse, 1987, 141)

Aunque la mayor dificultad de este enfoque puede estar en que se apoya demasiado en las virtualidades del profesorado (Gimeno Sacristán, 1987, 311), no hacerse este planteamiento supondría dejar al profesorado a merced de los diseños curriculares procedentes del ámbito externo, perdiéndose así el sentido liberador del que habla Stenhouse (1987), totalmente necesario para la supervivencia y la dignidad de la práctica docente.

*¿Qué beneficios tiene la participación del profesorado y del alumnado en el diseño del currículum?*

Como señala Gimeno Sacristán (1987, 317), la utilidad fundamental reside en las razones siguientes:

- Como actividad reflexiva, guía la acción y constituye una formación para el profesorado que enriquece su vida profesional.
- La toma de decisión respecto al escenario donde se desarrollará el currículum, las actividades a realizar y la organización de éstas, así como los recursos didácticos que utilizará.
- Los diseños del profesorado constituyen uno de los recursos más importantes para acercarse a la práctica concreta, a las características del alumnado, sus intereses y a las condiciones en las que se trabaja. Es un momento privilegiado de potencial de comunicación entre el pensamiento y la teoría con la acción.
- Los planes, asumidos como guías flexibles, proporcionan al profesorado seguridad en su práctica, lo que facilita la existencia de una mayor coherencia.
- El diseño curricular del profesorado permite la selección de los materiales más adecuados, frente a la práctica rutinizada del libro de texto que le evita tener que pensar lo que hará.

- Cuando los planes del profesorado son conocidos y discutidos por el alumnado, son una forma de comprometerlos en la actividad.
- Cuando los diseños realizados por el profesorado se plasman por escrito y se acompañan del diario de clase, constituyen un buen recurso de comunicación colegiada con otros colegas para compartir experiencias.
- Cuando los diseños no son exigencias burocráticas sino que son verdaderas programaciones anticipatorias, son un buen medio para conocer lo que se hace dentro de las aulas y en los centros y, por consiguiente, para mejorar a través de la evaluación de los procesos educativos.

Para el alumnado, la participación en la elaboración del currículum implica desterrar la idea de que el conocimiento oficial que se enseña en las escuelas es una verdad surgida de alguna fuente inmutable e infalible (Apple, 1997, 31).

Desde una concepción democrática del currículum, el alumnado aprende a ser *intérprete crítico* de la sociedad en la que vive (Beane y Apple, 1997, 31), descartándose así la presentación de los hechos y acontecimientos sociales por parte de los medios de comunicación como unívocos y a veces, inequívocos, sino sujetos a diferentes interpretaciones no exentas de intereses particulares, políticos y corporativos. Por tanto, encauzar al alumnado a la búsqueda de relaciones que pongan de manifiesto la verdadera realidad social y sus determinantes es un rico ejercicio del quehacer democrático, que ayudará a comprometer e implicar al alumnado en su proceso de aprendizaje, y que pasa, ineludiblemente, por su participación plena en el diseño del currículum. Aunque la posibilidad de escuchar gran variedad de opiniones y voces se ve a menudo como una amenaza para la cultura dominante, en especial cuando las interpretaciones de los acontecimientos son completamente distintas de las que se enseñan de manera tradicional en la escuela (Beane y Apple, 1997, 36)

#### **2.3.4. El currículum fragmentado Vs currículum integrado**

Históricamente, el currículum escolar se ha ido conformando a partir de tres tradiciones: la *académica*, dividida en ciencias y humanidades, cuyos contenidos

científicos tenían un carácter abstracto y descontextualizado, la tradición *utilitarista y tecnológica*, orientada a dar respuesta al mundo del trabajo, y la *pedagógica* que pretende acercar los contenidos a los intereses y necesidades del alumnado (Carbonell, 2001, 50)

La organización del conocimiento escolar en cada momento histórico ha expresado el pensamiento dominante respecto al modelo económico, tecnológico, cultural y social (Carbonell, 2001, 51). Los intereses corporativos de corte académico, constituidos en grupos de poder, los grandes capitales, los sectores más conservadores de la Iglesia Católica y otros grupos sociales han ido alineando sus fuerzas con el poder político y económico hasta conseguir una fuerte vinculación entre conocimiento y poder.

Es evidente que el currículum fragmentado no responde históricamente a razones científicas, ni mucho menos a la manera que los seres humanos vamos adquiriendo, construyendo y representando el conocimiento, que no es de forma fragmentaria sino *global* (Carbonell, 2001, 52)

Para analizar estas dos grandes perspectivas del currículum, hay que recurrir necesariamente al ámbito socioeconómico y, específicamente, al mundo del trabajo, ya que la Educación ha estado supeditada a los intereses predominantes del mercado laboral (Rudá Ricci, 2001:50)

A principios del siglo XIX, la concepción de progreso estaba fuertemente vinculada al nivel de desarrollo industrial de un país. Esta filosofía dio lugar a la *patronización* de la producción, lo que originó a su vez la *especialización* como producto de la orientación fabril por parte del patrón. El momento álgido de la patronización fue el *taylorismo* (1890-1911) que, con su *Scientific management*, expropió el saber de los operarios, que fue sustituido por un saber producido fuera de su medio.

Esta filosofía organizativa que acentúa la división social y técnica del trabajo, va a afianzar aún más la separación entre trabajo manual y trabajo intelectual (Torres Santomé, 2000, 16)

A finales del siglo XIX, se esbozó un modelo educativo que tenía como objetivo formar al operario patronizado que buscaba Taylor. Así, la educación pasó a supeditarse a objetivos del mercado de trabajo industrial. En la década de



1890, Joseph M. Rice elaboró un método de gerencialismo científico de la educación, cuyo objetivo era medir resultados a la luz de patrones fijos. Las aulas pasaron a tener series de alumnos separados, el día escolar se fragmentó en unidades de aula de 35-45 minutos y el currículum pasó a *definir una jerarquía de contenidos* donde las matemáticas se colocaban en la cima, seguida de la física, la química, la biología, la psicología, y, finalmente, las ciencias sociales (Rudá Ricci, 2001:51)

Hacia 1908, en el proceso industrial aparece el denominado *fordismo* cuyo objetivo era aumentar la producción en serie. Introduce la cadena de montaje en la industria del automóvil, lo que implicaba la división de todas las operaciones que conllevaba la fabricación. El trabajo más especializado era realizado por las máquinas.

La gran producción a la que dio lugar el *fordismo*, necesitaba consumidores. El planteamiento que se hizo en el ámbito de la educación ocasionó que el alumnado fuera evaluado en función de sus capacidades, actitudes y hábitos, preparándose así un perfil *consumista*. El papel de las escuelas como formadoras de hábitos sociales fue central en esta formulación (Rudá Ricci, 2001: 51)

La influencia del taylorismo en el ámbito educativo ha contribuido a que tanto el profesorado como el alumnado puedan participar en los procesos de reflexión crítica sobre la realidad. El análisis del currículum oculto pone de manifiesto que lo que realmente se aprende en las aulas son destrezas relacionadas con la obediencia y la sumisión a la autoridad (Torres Santomé, 2000, 19)

Los contenidos culturales que conformaban el currículum escolar estaban descontextualizados, alejados de los intereses del alumnado. Las asignaturas se trabajaban de manera aislada, sin ningún nexo de unión entre ellas y la realidad (Torres Santomé 2000, 20)

Durante la década de los años 50 y 60, se produjo la famosa revolución Toyota que trajo consigo una nueva concepción de la organización del trabajo, cuyas notas distintivas fueron: la implantación de la producción ligera para satisfacer la demanda, ajustándose a las fluctuaciones cuantitativas y cualitativas del mercado y conseguir el objetivo de la calidad total. Es una modalidad de trabajo en la que los trabajadores y trabajadoras se comprometen con los intereses de la empresa.

Se recurre a premios e incentivos económicos para estimular la competitividad y la toma de decisiones. La polivalencia y la plurifuncionalidad es una de las condiciones básicas para facilitar las innovaciones en las organizaciones y aumentar su productividad (Torres Santomé, 2000, 23)

Durante los años 80, se produjeron fuertes críticas hacia el sistema educativo por parte del mundo empresarial, sobre todo a la rama de formación profesional. Por este motivo, el gobierno se vio obligado a llevar a cabo una reforma del sistema educativo español para poder preparar al alumnado desde el enfoque de esta nueva filosofía de la producción para que, en el futuro pudiera cumplir con este perfil laboral.

Globalmente, nos encontramos ante un *currículum fragmentado* en el que los contenidos culturales están descontextualizados y alejados de los intereses del alumnado, lo que conduce necesariamente a trabajar las asignaturas de manera aislada, sin ningún nexo de unión entre ellas ni con la realidad (Torres Santomé, 2000, 20)

Este proceso permanente de lucha por el poder desde las instancias políticas, económicas y sociales predominantes, subyugando la educación a sus intereses, ha llevado a conformar un currículum no sólo fragmentado, sino además *sobrecargado*. En todas las reformas, los gremios corporativos se movilizan para incorporar conocimientos, tratando de introducirlos en horarios apretadísimos, convirtiendo así los conocimientos mínimos en máximos e introduciendo conocimientos absurdos e irrelevantes (Carbonell, 2001, 53)

*La interdisciplinariedad y la globalización: una alternativa crítica a la fragmentación*

Cuando el grado de relación entre las disciplinas es prácticamente total, y éstas se integran con el objetivo de producir un conocimiento común, la *interdisciplinariedad* alcanza su grado máximo y se habla también entonces de *transdisciplinariedad y globalización* (Carbonell, 2001, 65)

Esta modalidad de conocimiento integrado o *currículo integrado* implica, por una parte, un proyecto de centro consensuado desde una filosofía de la educación que de lugar a una práctica educativa dirigida a potenciar unos valores y a combatir otros. Por otra parte, un tratamiento multidimensional del conocimiento

que permita una comprensión más compleja y totalizadora de la realidad (Carbonell, 2001, 65). Y, finalmente, una praxis educativa contextualizada y centrada en los intereses del alumnado.

Las diferentes teorías relacionadas con el proceso de enseñanza-aprendizaje han puesto de manifiesto la importancia de la globalidad como elemento central de la acción educativa.

El enfoque globalizador ha sido defendido por diversos autores vinculados a las pedagogías activas y psicológicas que investigaron la noción de globalización asociada al sincretismo, entendido como la forma natural de percibir las cosas de manera global y no fragmentada (Carbonell, 2001, 66)

Siguiendo un orden cronológico, las propuestas globalizadoras más relevantes que han cristalizado a lo largo del siglo XX han sido las siguientes (Carbonell, 2001, 66-69):

En primer lugar, hay que destacar a Decroly (1871-1932), médico belga dedicado a la enseñanza que creó lo que se denominan *centros de interés de Decroly*. Se parte de un tema vinculado a las necesidades básicas de la infancia y alrededor de ellas se integran todas las materias de estudio mediante actividades de observación, asociación y expresión. Aplicó este método en la escuela de L'Ermitage creada por él bajo el lema *por la vida a través de la vida*. En la actualidad esta escuela sigue funcionando, aplicándose los centros de interés en diversos en diversas escuelas, aunque de forma adaptada.

En segundo lugar, J. Dewey (1859-1952) manifiesta que el carácter global de la percepción infantil de la realidad condiciona su desarrollo, proponiendo el término *globalización*, enfrentándose así a las teorías clásicas que defendían que la suma y asociación de percepciones simples llevaba a conceptos más amplios y universales. Kilpatrick, discípulo de Dewey, crea el denominado *método de proyectos* en el que desarrolla las ideas de Dewey en el ámbito de la educación. El principio se basa en que el conocimiento se organiza en proyectos que incluyen todos los aspectos del proceso de aprendizaje. Entre sus finalidades formativas destacan el desarrollo del pensamiento libre y reflexivo, la implicación activa del alumnado en las actividades escolares, la educación democrática mediante el

trabajo en equipo y en la comunidad y la necesidad de desvelar la realidad problemática y compleja a través de la *globalización*.

En tercer lugar, el pedagogo francés c. Freinet (1896-1966) desarrolla el método científico en el alumnado a partir de la experimentación de los hechos y el ejercicio de la razón crítica (investigación del entorno). Su pedagogía ha sido impulsada por los movimientos cooperativos de renovación pedagógica.

En cuarto lugar, P. Freire (1921-1997), considerado el pedagogo de la liberación, a partir de la *lectura crítica de la realidad desde el diálogo*, experimenta una metodología dialógica para una comprensión crítica del entorno mediante la dialéctica de la reflexión-acción. Su filosofía de la alfabetización, aunque no explícita como tal la globalización, su denuncia de la cultura bancaria y el trabajo en torno a las palabras generadoras de una significación real para las personas en su relación cotidiana con el entorno, constituye una aportación sustanciosa al *conocimiento integrado*.

Por último, entre los *proyectos de desarrollo curricular* cabe citar el de Stenhouse (1926-1982) que ha tenido gran divulgación y cierta influencia en las iniciativas innovadoras más recientes. Los principios más sólidos que presenta la obra de Stenhouse y su equipo (Elliot, MacDonald, Rudduck) giran en torno a la comparación como base de la comprensión, el estudio de la realidad concebida en su conjunto y en sus diversidades, la organización del conocimiento en espiral que permite ir tratando las mismas temáticas con un grado creciente de complejidad, el establecimiento de relaciones y la metodología de la investigación-acción.

También desde la primera mitad del siglo XX, las corrientes pedagógicas más progresistas ponen el énfasis en las dimensiones individuales del alumnado. Viene a reforzar esta tendencia la psicología piagetiana con la aportación de las etapas evolutivas (etapa sensomotriz, etapa de las operaciones concretas y etapa de las operaciones formales). La divulgación y aceptación de estas etapas, junto con la teoría de la percepción de la Gestalt, se utilizaron como argumento para la defensa de metodologías globalizadoras en la educación infantil (Torres Santomé, 2000, 41)

En los años 30, las aportaciones de Vygotski y Ausubel, respecto a la necesidad de realizar propuestas didácticas que tengan en cuenta las

peculiaridades, la manera de aprender de las personas y sus características psicológicas, fueron decisivas.

Puesto que cada individuo tiene una historia única de experiencias sensoriales, suponemos que cualquier elemento de una estructura cognitiva individual es idiosincrásico, es decir, que los conceptos de un individuo son, de algún modo, diferentes a los de los otros (Novak, 1985, 24)

Por consiguiente, se hace necesario crear situaciones de enseñanza-aprendizaje en las que la relevancia de los contenidos culturales seleccionados en el proyecto curricular pueda interactuar y facilitar procesos de reconstrucción con los que ya posee el alumnado (Torres Santomé, 2000, 46)

Es necesario seguir apoyando la necesidad de una perspectiva globalizadora en todas las etapas del sistema educativo. Si la escuela quiere contribuir a su auténtica razón de ser: la preparación de personas capaces de comprender, juzgar e intervenir en su medio de manera responsable, justa solidaria y democrática (Torres Santomé, 2000, 22), ha de abandonar el currículum fragmentado.

*¿Es posible un currículum sin una estructura disciplinar?*

Muchas de las tentativas realizadas en este sentido han pretendido, en mayor o menor grado, buscar en la propia experiencia del alumnado elementos para organizar determinados contenidos y prácticas más adecuada a aquello que se acostumbra a denominar *realidad vivida* por ese alumnado. Tales experiencias pedagógicas están muy lejos de transformarse en comunes. Ello deriva en gran medida de la propia implicación del currículum que, en su naturaleza disciplinar, funciona como matriz de fondo para la naturalización de las prácticas de exclusión (Veiga-Neto, 2001: 48)

Existen grandes dificultades para abandonar la lógica disciplinar. Por tanto, tal vez sea más productivo pensar en alternativas curriculares que no se centren tanto en deshacer la disciplinariedad, sino que la coloquen en tensión permanente con la interdisciplinariedad (Veiga-Neto, 2001: 49)

Si quisiéramos combatir la exclusión desde el ámbito pedagógico, habría que posibilitar espacio y voz a un número cada vez mayor de personas. Al convivir con una pluralidad disciplinar mantenida en tensión con la interdisciplinariedad, podemos aprender a convivir con la diferencia. En definitiva, la práctica de un

currículum más *integrado* puede considerarse como un ejercicio de diálogo entre las diferencias (Veiga-Neto, 2001: 49)

Frente a las tendencias posmodernistas de mayores niveles de aislamiento y fraccionamiento de las disciplinas, surge con fuerza la necesidad de reorganizar y reagrupar los ámbitos del saber para no perder la relevancia y significatividad de los problemas a detectar, investigar, intervenir y solucionar. Apostar por la interdisciplinariedad significa defender un modelo de persona abierta, flexible, solidaria, democrática y crítica (Torres Santomé, 2000, 48)

En definitiva, la integración del currículum tiene que ir más allá de las simples preguntas sobre cómo unir los fragmentos actuales del currículum y convertirse en una conversación más amplia que tenga que ver con el posible contenido de esas conexiones (Dewey 1938, en Apple, 1997, 35)

*¿Es posible hoy un currículum democrático e integrado?*

El conocimiento dominante del currículum, cuyas destrezas esperadas están perfectamente definidas, choca frontalmente con el planteamiento constante de las tendencias democráticas de buscar una educación *más significativa* para el alumnado (Apple, 1997, 36)

El esfuerzo por instaurar un currículum integrado y democrático va a implicar siempre una situación de permanente conflicto y debate frente a la vieja tendencia del *currículum planificado* propio del enfoque del currículum organizado en materias separadas y centrado en disciplinas.

La posibilidad de que el alumnado pueda plantear sus propias preguntas y preocupaciones al currículum plantea la amenaza de tocar cuestiones que revelen las contradicciones éticas y políticas que impregnan nuestra sociedad y de empañar los valores de la misma (Beane y Apple, 1997, 37)

No obstante, el compromiso conjunto del profesorado, del alumnado y de todos los agentes sociales interesados en la democracia como forma de vida han hecho posible, y seguirán haciéndolo en el futuro, que las distintas experiencias en la construcción de un currículum integrado y democrático sean una alternativa para construir una sociedad más igualitaria a través de la educación. Estas experiencias, aún con las grandes dificultades con las que tropiezan, seguirán

siendo una oportunidad para que la práctica educativa sea un medio de verdadera promoción del ser humano.

#### **2.4. La Educación en valores y su proyección en el proceso de humanización**

El concepto de valor y valores tiene una doble acepción. En un sentido moral, más objetivo, hace referencia a lo que merece ser apreciado como formas deseables de comportamiento o vida. Desde una perspectiva psicológica, más individual, los valores son marcos preferenciales que orientan e integran socialmente al individuo en el mundo, en sus actitudes y conducta (Bolívar Botía, 1998, 19)

El sistema de creencias y valores de una sociedad da lugar a una cultura determinada y la Escuela es uno de los agentes desde los que se transmite esta cultura, siendo el currículum y su práctica la materialización de este proceso. Evidentemente, no es sólo la institución educativa quien educa en determinados valores, también la familia, el entorno social y los medios de comunicación de masas contribuyen a instaurar y moldear un tipo de persona concreto.

Los valores implican una concepción del mundo y una concepción de la persona, por tanto, están vinculados a una filosofía, a una manera de concebir los problemas y de *mirar el mundo*. Por tanto, marca también la forma de intervenir en él.

Las palabras de Federico Mayor Zaragoza, director general de la UNESCO, nos pone de manifiesto el gran reto al que todas las personas estamos llamadas en esa tarea de corresponsabilidad que es la educación (citado en Lucini, 1994, 9) *“En estos tiempos se necesitan más que nunca valores, puntos de referencia, y es necesario y urgente un plan de acción educativo basado en tres grandes pilares: la no violencia, la igualdad y la libertad. Estas deberán ser las bases de la educación en todos los países, cualquiera que sean sus creencias, sus principios religiosos o sus sensibilidades culturales. El reto, pues, es crear un humanismo nuevo para el siglo XXI”*.

En estos tiempos, donde la crisis de valores y la desmoralización son un claro exponente, es absolutamente necesario recuperar el pensamiento humanista como

definidor de la arquitectura de todo modelo social, donde el proceso de humanización personal constituye la célula básica para responder positivamente ante los problemas y conflictos humanos, sociales y medio ambientales con los que se enfrenta hoy nuestro planeta (Lucini, 1994, 9-10)

Desde la perspectiva educativa, la acción responsable, fruto de un compromiso social, tiene que integrar un sistema de valores compartidos sobre el que construir la vida y el entramado social. Un nuevo sistema capaz de hacernos descubrir y redimensionar la existencia (Lucini, 1994, 10)

#### **2.4.1. ¿Qué se pretende con la Educación en valores?**

La Ley de Ordenación General del Sistema Educativo de 1990 (LOGSE), en su preámbulo dice: *El objetivo primero y fundamental de la educación es proporcionar a los niños y niñas, a los jóvenes de uno y otro sexo una formación plena que les permita conformar su propia y esencial identidad, así como construir una concepción de la realidad que integre a la vez el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma. Tal formación plena ha de ir dirigida al desarrollo de su capacidad para ejercer, de manera crítica en una sociedad axiológicamente plural, la libertad, la tolerancia, la solidaridad.*

Se evidencia aquí que, los valores, en educación, son ineludibles. Si educar es dirigir, formar el carácter o la personalidad, conducir a la persona hacia una determinada dirección, la educación no puede ser neutra. Reclamar una educación en valores no es sino recuperar la mejor tradición educativa. La educación en valores y transversalidad en el currículum responde, en su origen, a una *escuela abierta a la vida* que se remonta a movimientos de la Escuela Nueva, por tanto implicaría recuperar un viejo mensaje (Bolívar Botía, 1998, 49)

Los artículos 1 y 2 de la LOGSE plantean *una educación integral en conocimientos, destrezas y valores morales en todos los ámbitos de la vida personal, familiar, social y profesional*. Esto implica un afrontamiento prioritario del desarrollo de los valores y la ética como la principal contribución al proceso de humanización de las personas.



En definitiva, educar en valores es una educación de la ciudadanía presidida por unas relaciones sociales cada vez más humanas, libres y solidarias, que se proyecta en una sociedad más fraterna, capaz de percibir y sentir el futuro del planeta como un futuro común, compartido y universal en el que todas las personas nos sintamos comprometidas (Lucini, 1994, 12)

Son muchas las contradicciones a las que tenemos que hacer frente en este proceso. El estilo de vida que desde distintos medios se transmite a los individuos de nuestra sociedad está en contradicción con una escuela comprometida en unos valores, una ética y unas actitudes basadas en el respeto, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia (Santos Guerra, 1994: 59)

¿Cómo educar en valores como el pacifismo, la solidaridad, la tolerancia, la equidad, la justicia, la democracia, la autenticidad, la igualdad en función del género.. en una sociedad intolerante, injusta, violenta, sexista, insolidaria, individualista...?Es difícil que la escuela asuma el papel de transformadora y revolucionaria a través de la educación en valores en una sociedad que exige de ella el papel de transmisora de los patrones culturales (Santos Guerra, 1994: 59)

Cuando se intenta superar esta contradicción desde la neutralidad de la escuela, lo único que se consigue es promover una inmovilidad que opera en beneficio de los más aventajados y, además, son estos grupos sociales quienes más demandan esta neutralidad (Santos Guerra, 1994: 60)

La televisión y el ámbito de la publicidad son los auténticos competidores de la escuela a la hora de educar en valores. Los ejes en los que se apoyan estos medios de comunicación (Santos Guerra, 1994: 60-61) son: presentar el éxito como sinónimo de felicidad, triunfar como objetivo, la competitividad como regla de juego, materializado en escalafones, galardones, campeonatos..., el utilitarismo a través de indicadores como el rendimiento y la eficacia, el individualismo, crear necesidades para potenciar el consumo; presentar la apariencia como si fuera la realidad, el hedonismo como valor y, por tanto, la filosofía del presente el *tener* por encima de todo y la justificación de la violencia.

La Educación en valores tiene que ayudar al alumnado a comprender la realidad para intervenir en ella de manera comprometida y crítica, superando la esfera del conocimiento. El resultado será la configuración de un modo de ser y de

estar en el mundo desde la propia identidad, lo que le pondrá en condiciones de vivir un compromiso social humano (Santos Guerra, 1994: 62)

El análisis profundo y permanente del currículum oculto es esencial para poder educar en valores, pues si no se eliminan aquellos elementos que estén sirviendo para que el alumnado adquiera actitudes y modos de comportamiento no significativos, difícilmente podrán transmitirse unos valores que la propia institución educativa no practica (Santos Guerra, 1994: 63)

#### **2.4.2. La organización de la Educación en valores: la transversalidad**

La *transversalidad* constituye un ámbito nuevo en el currículum. Los temas transversales referidos a la educación en valores responden a realidades o necesidades que tienen una especial relevancia para la vida de las personas y para el conjunto de la sociedad y que, en consecuencia, demandan una acción educativa por parte de la escuela, constituyéndose ésta en el principal campo de acción para promover actitudes y valores morales y cívicos. Estas necesidades, en Andalucía, se concretan en las siguientes dimensiones del currículum:

- Educación ambiental
- Educación para la convivencia y la paz
- Educación del consumidor y del usuario
- Coeducación
- Educación Vial
- Educación para la Salud

Con la transversalidad se pretende facilitar, en la etapa de escolaridad obligatoria, una comprensión amplia del mundo que faculte para actuar de modo responsable (Bolívar Botía, 1998, 139)

Los temas transversales son, en el fondo, una propuesta curricular concreta para que seamos capaces de dotar de contenido humanista a la globalidad de los proyectos educativos (Lucini, 1994, 13)

Un verdadero tratamiento transversal tiene lugar cuando todas las áreas de conocimiento contribuyen, aunque en diferente medida, a desarrollar los temas a tratar.

En el diseño curricular establecido, los contenidos disciplinares por áreas son los ejes básicos estructuradores del currículum, de los espacios y tiempos escolares. Los temas transversales, al no tener el estatus de contenidos propios, tienen que ser conjugados con los contenidos de áreas por parte de los equipos docentes.

En este sentido, optar por la transversalidad significa romper con la *lógica disciplinar* (Bolívar Botía, 1998, 141). Es evidente que la alternativa de integrar los temas transversales en el currículum formal establecido a partir de las áreas no funciona. Tal vez sea incompatible un modelo curricular basado en el sistema disciplinar y los principios que guían la transversalidad como medio de la educación en valores.

Algunas de las aportaciones de Santos Guerra (1994: 66) están en la línea de considerar que no basta una disposición legal para que la escuela eduque en valores, que son necesarias unas determinadas condiciones:

1. La formación inicial del profesorado basada en la reflexión.
2. Un contexto organizativo que parta de profesionales motivados para la acción educativa y con un número que haga viable la construcción de un proyecto educativo. Así como disponer de espacio y medios didácticos acordes con las actividades a realizar.
3. Disponibilidad de tiempo suficiente para realizar una tarea educativa de calidad, sin tener que recurrir a tiempos complementarios en las horas libres del profesorado. Esta tarea educativa incluye la investigación como fuente de indagación, de comprensión y de cambio.
4. La autonomía profesional como exigencia social sobre la acción del profesorado y de la escuela. Sólo desde aquí puede concebirse la responsabilidad social.

Por tanto, educar en valores no está ligado de forma exclusiva a una elección de contenidos, pero sí se caracterizan por los modelos de conocimientos que se proponen y se practican, por su eficacia en la decodificación del ambiente y por facilitar el descubrimiento de relaciones entre sus distintas partes entre tiempo y espacio (Cavinato-Zanin 1998: 49)

El diseño de los *temas transversales* puede sintetizarse en tres pasos fundamentales (Lucini, 1994, 43):

1. La definición del tema o soporte conceptual, el análisis de sus contenidos y las implicaciones pedagógicas. El centro escolar debe definir con claridad la significación profunda del tema, determinando inequívocamente los contenidos y las implicaciones pedagógicas globales y específicas de la escuela.
2. La determinación de la relación dinámica que pueda existir entre el tema transversal y los objetivos y contenidos de las áreas curriculares, puesto que el concepto de transversalidad implica la presencia e impregnación en todas y en cada una de estas áreas. Es importante no añadir en paralelo o superponer unas enseñanzas, sino que tiene que trabajarse, de manera simultánea e integrada, los temas transversales.
3. La concreción de las pautas de actuación docente y de las estrategias didácticas que se vayan a seguir en el desarrollo del tema dentro del currículum de cada una de las áreas.

Los temas *transversales* no son un añadido, ni algo que se plantea en paralelo o marginalmente al currículum y que hay que ir integrando en el diseño de las áreas, sino que constituye *un proyecto global de valores o proyecto de humanización*, que no sólo es previo a las áreas, sino que las fundamenta y las redimensiona en su totalidad, abarcando así a la totalidad del Proyecto de Centro (Lucini, 1994, 135)

En definitiva, y a modo de reflexión para la práctica educativa, habría que tener en cuenta lo siguiente (Lucini, 1994, 137):

-La transversalidad implica un sistema de valores básicos para la vida y la convivencia.

-El concepto de transversalidad, aplicado a las áreas curriculares, se relaciona íntimamente con el sistema de valores consensuado, diseñado y hecho explícito en el Proyecto Educativo de Centro.

-Los temas transversales no son propuestas ni realidades educativas independientes, sino que forman parte de la totalidad que representa el proyecto de humanización escolar, en el que está implicada toda la comunidad educativa.

## **2.5. La Enseñanza en España a partir de la Ley General de Educación**

El aperturismo social y el desarrollo económico de los años sesenta fueron referencia obligada de los cambios en Educación (Capitán Díaz, 2000, 270). En este sentido habría que hacer mención a la campaña de alfabetización a partir del año 1963, la construcción de quince mil escuelas en el denominado I Plan de Desarrollo (1964-1968), la escolaridad obligatoria hasta los 14 años (Ley de 29 de abril de 1964), el establecimiento de enseñanzas especiales para el alumnado con deficiencias, las reformas de la Enseñanza Primaria que implicaron la formación del Magisterio, el acceso al profesorado estatal, mayor asistencia pedagógica y psicológica al alumnado. Todos estos acontecimientos evidenciaban un estilo más moderno y renovador en la educación española (Capitán Díaz, 2000, 270)

Era la fase final de la educación nacional durante el franquismo, cuya última reforma culminó con la promulgación de la Ley General de Educación de 1970.

### **2.5.1. La Ley General de Educación de 1970**

La reforma educativa que dio lugar a esta ley tuvo su justificación en un sistema educativo inadecuado para dar respuesta a las necesidades de la sociedad de su tiempo. La educación en aquella época se caracterizaba por la desconexión entre los distintos niveles y grados de la enseñanza, el distanciamiento entre el alumnado y el profesorado, la falta de relación de los contenidos temáticos de unos cursos con otros, el ingreso prematuro en la Enseñanza Media General (a los 10 años), una estructura rígida del sistema escolar, falta de orientación pedagógica y profesional, la utilización de los exámenes como único instrumento de valoración del rendimiento escolar, así como la no existencia del principio de igualdad de oportunidades (Capitán Díaz, 2000, 271)

Siendo Ministro de Educación Villar Palasí (1968-1973), el llamado *Libro Blanco de la Educación* recogía la educación en España: bases para una política educativa (1969) en el que se ponía de manifiesto los principios y objetivos generales de la Ley : la intención de hacer partícipe de la educación a toda la

población española, completar la educación general con una preparación profesional que capacite para la incorporación del individuo a la vida laboral, ofrecer a todas las personas la igualdad de oportunidades educativas sin más limitaciones que la propia capacidad para el estudio, establecer un sistema educativo caracterizado por su unidad, flexibilidad e interrelaciones, al tiempo que se facilita una amplia gama de posibilidades de formación permanente relacionada con las necesidades que plantea la evolución económica y social del país. Se trata, en definitiva, de construir un sistema educativo permanente, capaz de desarrollar al máximo las capacidades de los españoles y las españolas y no como criba selectiva del alumnado (Capitán Díaz, 2002, 364)

La Ley General de Educación de 1970 (LGE) o *Ley Villar* es considerada como el primer paso a una política educativa democrática y progresista en la España contemporánea (Capitán Díaz, 2002, 366). Una Ley de carácter humanista y abierto.

La nueva estructura del sistema educativo respondía a las siguientes directrices: el período de *Educación General Básica* como único, obligatorio y gratuito para toda la población española; la igualdad de oportunidades educativas que se proyectará a lo largo de los demás niveles de enseñanza; el Bachillerato Unificado y Polivalente (BUP) que posibilitaría el mejor aprovechamiento de las aptitudes del alumnado, evitando el carácter excesivamente teórico y academicista que lo caracterizaba, y esperando que llegue a ser gratuito cuando las condiciones económicas del país lo permitieran. Además, se ofrecía al alumnado la posibilidad de formación profesional, una vez acabada la EGB, así como la reincorporación a los estudios en cualquier época de su vida laboral (Capitán Díaz, 2000, 272)

Los fines de la Educación que establece la Ley General de Educación de 1970 (LGE) especificados en el Título Preliminar, artículo 1º, son los siguientes:

- La formación humana integral, el desarrollo armónico de la personalidad y la preparación para el ejercicio responsable de la libertad en el concepto cristiano de la vida y en la tradición y cultura patrias, la integración y promoción social y el fomento del espíritu de convivencia.

- La adquisición de hábitos de estudio y de trabajo y la capacitación para el ejercicio de actividades profesionales que permitan impulsar y acrecentar el desarrollo social, cultural, científico y económico del país.
- La incorporación de las peculiaridades regionales, que enriquecen la unidad y el patrimonio cultural de España, así como el fomento del espíritu de comprensión y de cooperación internacional.

Los niveles educativos establecidos por la LGE (artículos 13, 15, 21 y 30) son cuatro:

- *Educación preescolar* para el desarrollo armónico de la personalidad del niño. Comprende la etapa de *Jardín de Infancia* (2-3 años) y la de *Párvulos* (4-5 años).
- *Educación General Básica* con la finalidad de proporcionar una formación integral, igual para todos y adaptada, en lo posible, a la capacidad de cada uno. Este nivel se dividía en *Primera Etapa* (6-10 años) cuya enseñanza tendría un carácter globalizado y *Segunda Etapa* (11-13 años) con una moderada diversificación de las enseñanzas por áreas de conocimiento.
- *Bachillerato Unificado y Polivalente* (BUP) que, además de continuar la formación humana del alumnado, preparará para el acceso a los estudios superiores o a la Formación Profesional de segundo grado (14-16 años).
- *Educación Universitaria* que trata de completar la formación integral de la juventud, preparar los profesionales que requiera el país, fomentar el progreso cultural y la investigación, así como contribuir al perfeccionamiento educativo nacional y al desarrollo económico y social del país.

A estos niveles (artículo 49) se adhieren: la *Formación Profesional* encaminada a formar para el ejercicio profesional elegido, además de continuar la formación integral; la *Educación Permanente de Adultos* o estudio equivalentes a la EGB, BUP y Formación Profesional para aquellas personas que no pudieron cursar estos estudios oportunamente, y la *Educación Especial*, cuya finalidad era preparar a las personas deficientes e inadaptadas para una incorporación a la vida social tan plena como fuera posible.

La LGE también contempla determinadas orientaciones pedagógicas en cuanto a la metodología a seguir (artículos 14 y 16). Así, se especifica que la *Educación Preescolar* ha de usar métodos activos para lograr el desarrollo de la *espontaneidad, la creatividad y la responsabilidad* a través de juegos, expresión rítmica y plástica, actividades del lenguaje, ejercicios lógicos y pre-numéricos, desarrollo del sentimiento comunitario, principios religiosos y actitudes morales. En la *Educación General Básica* la formación se orientará a la adquisición y desarrollo de hábitos y técnicas instrumentales de aprendizaje, al ejercicio de las capacidades de imaginación, observación y reflexión, así como a la adquisición de hábitos religiosos y morales y al desarrollo del sentido cívico-social y de la capacidad físico-deportiva. Se orienta también al trabajo en equipo entre el alumnado y el profesorado. En el BUP, la acción docente se concibe más como *dirección del aprendizaje del alumnado* que como enseñanza centrada exclusivamente en la explicación de la materia, fomentando así la originalidad, la aptitud creadora y la iniciativa.

La puesta en marcha de la LGE y su posterior desarrollo estuvo plagado de dificultades y obstáculos de todo tipo: de orden cultural, de infraestructura económica, de tipo político... Tal vez la falta de correspondencia con una necesaria reforma fiscal, que hubiese permitido la financiación adecuada, la proliferación de órdenes y decretos ministeriales, la inercia de una dinámica ya obsoleta de las estructuras del sistema educativo y la carencia de la corresponsabilidad de otros ministerios frustraron parte de la reforma del Sistema Educativo Español (Capitán Díaz, 2000, 279)

Cuando terminaba el período de implantación de la EGB (1974-1975), el proceso educativo no concordaba con el devenir político que se inicia con la muerte de Franco en 1975 y el inicio de la transición política en España: desde el franquismo al estado democrático de la monarquía.



### **2.5.2. La Constitución Española y la Educación**

La Democracia española inicia su singladura con la Constitución de 1978, mediante la cual España se convierte en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico, la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político. La soberanía nacional reside en el pueblo español, del que emanan los poderes del Estado. La forma política del Estado español es la Monarquía parlamentaria (artículo 1º)

La tendencia democratizadora en educación en las décadas de los 80 y 90 pudo llevarse a cabo gracias a la continuidad patente o latente de algunos aspectos esenciales y de ciertos usos y costumbres de la reforma educativa de la LGE de 1970 (Capitán Díaz, 2002, 369)

El artículo 27 de la Constitución Española de 1978 trata específicamente de la educación y la enseñanza. En este artículo se explicita lo siguiente:

- El derecho a la educación y reconocimiento de la libertad de enseñanza (elección de centro y libertad de cátedra)
- El pleno desarrollo de la personalidad humana a través de la educación.
- El derecho de los padres a elegir la formación religiosa y moral acorde con sus convicciones.
- La enseñanza básica como obligatoria y gratuita, vigente ya en la LGE de 1970.
- Garantía por parte de los poderes públicos del derecho a la educación mediante una programación general de la enseñanza, con participación efectiva de los sectores afectados y la creación de centros docentes.
- Se reconoce la libertad de creación de centros docentes a personas físicas y jurídicas.
- La intervención y control por parte de la comunidad educativa en la gestión de los centros educativos sostenidos con fondos públicos.
- La inspección y homologación del sistema educativo por parte de los poderes públicos para garantizar el cumplimiento de las leyes.
- La autonomía de las universidades.

La reordenación del sistema educativo fue una labor compleja. Al fracaso de la Ley Orgánica reguladora del Estatuto de Centros Escolares (LOECE) de 19 junio de 1980 que desarrollaba parcialmente el artículo 27 de la Constitución de 1978, le siguieron los denominados *Programas Renovados* o niveles básicos de referencia para los diferentes niveles educativos mediante los que se regulaba la *Educación Preescolar, Ciclo Inicial, Ciclo Medio, y Ciclo Superior*, mediante sucesivas Órdenes y Reales Decretos. La Orden de 23 de noviembre de 1981 reguló el establecimiento de un régimen de administración especial para los centros de Educación Permanente de Adultos (EPA) en el nivel de EGB (Capitán Díaz, 2002, 371)

En octubre de 1982 gana las elecciones el Partido Socialista Obrero Español. La política educativa del gobierno socialista (1982-1996) inició la reforma educativa con la Ley de Reforma Universitaria (LRU) de 1983. Posteriormente se sancionaron la Ley Orgánica reguladora del Derecho a la Educación (LODE) de 1985, siendo ministro de Educación José María Maravall. Esta ley desarrolla cabal y armónicamente los principios de la Constitución Española de 1978 en materia de Educación, garantizando el pluralismo educativo, la equidad, la libertad religiosa y de culto de los individuos y las comunidades. Estructuralmente, la LODE distingue *centros públicos* (titularidad pública), *centros privados* (titularidad privada) y *centros concertados* (centros privados sostenidos con fondos públicos). Define los órganos de gobierno unipersonales (dirección, secretaría, jefatura de estudios) y colegiados (Consejo Escolar de Centro y claustro de Profesores), así como sus respectivas funciones y coordinación entre ellos.

La LODE (1985) dispone la programación de la enseñanza para asegurar simultáneamente el derecho a la educación y la libertad para elegir centro docente dentro de la oferta de puestos escolares gratuitos (Capitán Díaz, 2000, 300-303)

La denominada *Ley de la Ciencia* (1986) trata de hacer frente a la situación deficitaria de la investigación y desarrollo (I+D).

Correspondieron también al gobierno socialista la promulgación de la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo de 1990 (LOGSE) y la

Ley Orgánica de la Participación, Evaluación y Gobierno de los Centros Docentes de 1995 (LOPEG).

### 2.5.3. La Ley de Ordenación General del Sistema Educativo de 1990

El Proyecto de Reforma para la Enseñanza fue presentado en 1987 por José María Maravall, ministro de Educación y Ciencia. El contenido se publicó como anexo en el *libro blanco* de la reforma. Posteriormente, el nombramiento de Javier Solana como titular de la cartera de Educación y Ciencia en 1989 dio nuevos impulsos a la redacción definitiva del Proyecto, publicado como *Libro Blanco para la Reforma del Sistema Educativo* en abril del mismo año (Capitán Díaz, 2000, 307)

A pesar de que se habían producidos determinados avances cualitativos y cuantitativos en el sistema educativo español (disminución de la tasa de personas analfabetas, incremento de la escolarización, incremento del número de estudiantes en el bachillerato y en la Enseñanza Superior, aumento de profesorado, crecimiento de fondos para la educación...), desde el punto de vista cualitativo, la calidad de la enseñanza no terminaba de ser real: subsistencia y agravamiento de determinadas deficiencias y carencias en la EGB en cuanto a la mínima atención a la perspectiva estético-pretécnica de la educación, falta de servicios efectivos y suficientes de gabinetes de orientación, desencanto de ciertos sectores del profesorado por la reconversión del mismo mediante procesos de habilitación y adscripción, desvanecimiento de las funciones técnico-pedagógicas de la inspección escolar. Por otra parte, el fracaso del Curso de Orientación Universitaria (COU) que no cumplía su función y el abandono de la Formación Profesional (Capitán Díaz, 2000, 307-309)

La LOGSE de 3 de octubre de 1990 pretende, por un lado, dar una correcta solución a problemas estructurales y específicamente educativos que se han venido manifestado o agudizando a lo largo del tiempo; y, por otra parte, encauzar la reforma educativa a través de:

-La ampliación de objetivos tan fundamentales como la ampliación de la educación básica (hasta los 16 años) en condiciones de obligatoriedad y gratuidad.

-La reordenación del sistema educativo mediante el establecimiento de las etapas de: *Educación Infantil* ( dos ciclos: hasta los 3 años y de los 3-6 años), cuyo objetivo será contribuir al desarrollo físico, intelectual, afectivo, social y moral de los niños y niñas; *Educación Primaria* (6-12 años) con la finalidad de proporcionar al alumnado una educación común que haga posible la adquisición de los elementos básicos culturales, los aprendizajes relativos a la expresión oral, lectura, escritura y al cálculo aritmético, así como una progresiva autonomía de acción en su medio. Esta etapa estará distribuída en tres ciclos de dos cursos cada uno. Serán obligatorias y tendrán un carácter global e integrador, siendo la evaluación continuada y global. Las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria están recogidas en el *Diseño Curricular Básico* (1989); la *Educación Secundaria* constituida por dos etapas: *Educación Secundaria Obligatoria* (ESO) (12-16 años de edad) que pretende responder a las exigencias de los cambios multidimensionales que llegan con la preadolescencia y la primera adolescencia. Las finalidades de esta etapa pueden resumirse como la contribución al desarrollo de las capacidades siguientes: comprender y expresar correctamente en lengua castellana y en lengua oficial propia de la Comunidad Autónoma textos y mensajes complejos orales y escritos, comprender una lengua extranjera y expresarse en ella de manera apropiada, comportarse con espíritu de cooperación, responsabilidad moral, solidaridad y tolerancia, respetando el principio de la no discriminación entre las personas, conocer, valorar y respetar los bienes artísticos culturales; analizar los principales factores que influyen en los hechos sociales, y conocer las leyes fundamentales de la naturaleza, adquirir una preparación básica en el campo de la tecnología, conocer la cultura de nuestra sociedad y elegir críticamente las mejores opciones que favorezcan su desarrollo integral como personas, valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo y el medio ambiente, conocer el medio social, natural y cultural de su entorno y utilizarlos como instrumentos para su formación.

La segunda etapa, *el Bachillerato* (con dos cursos académicos de duración a partir de los 16 años). *o la Formación Profesional específica de segundo grado* (acceso para el alumnado que esté en posesión del título de graduado en Educación Secundaria). Estas enseñanzas se organizan en torno a *módulos* dentro

de las ramas profesionales a las que los y las jóvenes podrán incorporarse en la vida laboral.

El nuevo bachillerato de la LOGSE ha sido criticado por una cierta carencia de disciplinas humanísticas, así como la situación de desigualdad en la que se encuentran los estudiantes de zonas rurales o escasamente pobladas frente a otros núcleos de mayor nivel poblacional y recursos (Capitán Díaz, 2000, 313-314)

La LOGSE, a pesar de que algunos sectores educativos, sociales y educativos, la hayan considerado una reforma realizada de manera *precipitada*, no cabe duda de que contiene en su formulación muchos elementos positivos e innovadores y de progreso para el sistema educativo; el problema fundamental es que su aplicación ha tenido un deficiente apoyo económico, lo que le ha hecho fracasar en su conjunto, aunque ciertos logros en materia de igualdad y de reconocimiento de la diversidad, son innegables.

A pesar de las limitaciones, en la actualidad, existe una población infantil y juvenil que recibe una educación en España como nunca existió en ningún otro momento de la historia (Gimeno Sacristán (2002, 4)

Si valoramos los progresos alcanzados hasta el año 2002, hay que considerar que ha habido un aumento cuantitativo de la cobertura del sistema escolar (incremento del número de profesores y profesoras, así como de la tasa de escolarización) y, además ha mejorado la igualdad en el disfrute de la educación por parte de algunos colectivos que venían siendo discriminados: la incorporación masiva de la mujer al sistema educativo (grupo mayoritario en bachillerato –con excepción de la modalidad científico-tecnológica- y en las enseñanzas universitarias). También la oferta educativa se ha extendido a más población, aunque los pequeños grupos rurales sigan teniendo dificultades. Se han ido reduciendo las desigualdades educativas entre las comunidades autónomas (Gimeno Sacristán, 2002, 5)

La cohesión social también se ha visto mejorada por el aumento de la escolarización de las clases más desfavorecidas, aunque esta tasa decae bruscamente a partir de los 16 años.

La integración de niños y niñas con discapacidades ha mejorado, por lo que la esperanza en el valor general de la educación se ha extendido a aquellas personas

con dificultades diversas, lo que ha potenciado la idea de que es posible diseñar estrategias educativas diferentes para hacer posible la integración de quienes son diferentes pero iguales en derecho y oportunidades.

En los últimos 25 años ha tenido lugar una de las transformaciones más importantes en la organización del sistema educativo, al pasar de un modelo fuertemente centralizado a otro descentralizado, que ha servido para articular la pluralidad social y cultural del Estado español, acercando la planificación y la gestión de recursos a las necesidades de la sociedad (Gimeno Sacristán, 2002, 8)

Se ha conseguido un aparato escolar relativamente extenso pero con deficiencias evidentes respecto a su calidad en términos de formación del alumnado. Según los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) correspondientes al año 2001, los estudios sobre el rendimiento escolar en las materias básicas, sitúan al alumnado español de 15 años significativamente por debajo de la media de los 31 países comprendidos en el estudio, respecto a las puntuaciones en lectura, matemáticas y ciencias (Gimeno Sacristán, 2002, 20)

Los retos que tenemos por delante en materia de educación, exigen que las leyes de educación que instauran y enmiendan reformas sean instrumentos para desarrollar políticas que aborden los problemas reales de fondo que tiene nuestro sistema educativo, que no son de ahora, ni producto de la LOGSE (Gimeno Sacristán, 2002, 20)

#### **2.5.4. La Ley Orgánica de Calidad de la Educación de 2002**

En 1996 gana las elecciones el Partido Popular y, en consecuencia, comienza un proceso de reforma del sistema educativo, cuyas deficiencias eran achacables casi exclusivamente al desarrollo de la LOGSE. Esta reforma se materializó en la promulgación de Ley Orgánica de Calidad de la Educación de 23 de diciembre de 2002 (LOCE)

¿Existe justificación para la promulgación de esta Ley?

Las dificultades detectadas en torno a la calidad de la enseñanza no ponen de manifiesto nada nuevo. El fracaso escolar, el abandono e indisciplina que se

detecta en el sistema educativo español, no pueden imputarse sin más a la ampliación de la escolaridad obligatoria ni a la implantación del currículum comprensivo. En todos los países desarrollados, aparecen problemas similares, y en algunos, de modo más grave y violento, con independencia de la estructura organizativa de las etapas escolares y de la configuración del currículum (Foro de Jabalquinto, 2001,2)

No existen evidencias para afirmar que la implantación de la LOGSE haya aumentado el fracaso escolar. No hay que olvidar que , precisamente, corregir el que existía en porcentajes escandalosos, fue una de las razones para promulgarla.

El fracaso escolar cobra más notoriedad desde el momento en que se universaliza la educación, pues si se someten a todas las personas escolarizadas al mismo tipo de exigencia, cuando las capacidades, condiciones socio económicas y de apoyo emocional y social, son diferentes, y no se realiza ninguna acción compensatoria, el fracaso escolar como indicativo de exclusión social, se hará presente. Aún más, la prolongación de la escolaridad obligatoria hasta los 16 años agudiza este problema, puesto que con anterioridad a la LOGSE, el alumnado que era desplazado hacia la Formación Profesional de primer grado, ahora está en la ESO (Gimeno Sacristán, 2002, 31)

La sociedad es consciente de la importancia del sistema educativo para la distribución de oportunidades vitales y la realización personas de los alumnos y alumnas, así como para la convivencia política, la cohesión social y el progreso económico. También es consciente la sociedad, e las dificultades que conlleva traducir estas aspiraciones en políticas públicas y prácticas profesionales efectivas. Esto implica la necesidad de establecer un amplio debate que permita reflexionar y definir los conceptos de calidad de la enseñanza, ya que es un término equívoco, pues detrás de su significado pueden sobreentenderse cosas y estados muy distintos, siendo necesario distinguir a qué se refiere exactamente para poder dialogar y entenderse (Gimeno Sacristán, 2002, 24)

Es evidente que cualquier reforma educativa tiene que partir primero de un análisis profundo que lleve a un diagnóstico certero de la situación, y éste, a todas luces, no ha sido el caso del proceso de propuesta y promulgación de la LOCE (2002).

La LOCE ha sido producto de apresurados diagnósticos, utilización de datos estadísticos carentes de la objetividad y contextualización requerida, todo ello tendenciosamente mezclado con rumores sobre la *caída del nivel*, la *crisis de disciplina*, en lugar de considerar honestamente los logros y las insuficiencias del sistema actual y las oportunidades y los riesgos de su reforma (Foro de Jabalquinto, 2001, 2)

¿Es la LOCE la solución a los problemas esenciales de nuestro sistema educativo no universitario?

La LOCE ha sido y está siendo fuertemente criticada por los sectores progresistas del ámbito social y de la educación: Movimiento Cooperativo de Renovación Pedagógica (MCEP), Federación de Enseñanza Comisiones Obreras (FE-CCOO), Federación de Trabajadores de la Enseñanza de UGT (FETE-UGT), Unión de Sindicatos de Trabajadoras y Trabajadores de la Enseñanza de Andalucía (USTEA) Confederación de Sindicatos de Trabajadores de la Enseñanza (STEs) Confederación de Asociaciones de Madres y Padres de Andalucía (CODAPA) , Sindicato de Estudiantes (SE), Izquierda Unida (IU), Partido Socialista Obrero Español (PSOE)

También la Universidad Internacional de Andalucía y la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía organizó en diciembre de 2001 un *foro de debate sobre la Ley de Calidad*, entonces en proyecto, que dio lugar a diversos documentos y manifiesto y que se denominó *Foro de Jabalquinto* (celebrado en la sede de La Universidad Internacional de Andalucía Antonio Machado de Baeza –Jaén)

Entre las objeciones que se han puesto de manifiesto respecto a la LOCE, las más relevantes serían las siguientes:

En la exposición de motivos, la LOCE se refiere a la educación como centro de desafíos y oportunidades de las sociedades del siglo XXI, en lugar de referirse a la educación como un *derecho fundamental*. De igual manera se contraponen la *cultura del esfuerzo* frente a la *inversión social*. Se olvida que la motivación del alumnado para buscar la excelencia en el rendimiento académico no es algo abstracto sino que está ligado al nivel social y económico.



Respecto a la *estructura del sistema educativo*, en *Educación Infantil*, se abren las puertas para el establecimiento de convenios con entidades, en lugar de dotar a los centros públicos de los recursos necesarios para poder dar respuesta a este tramo educativo. En cuanto a la orientación, no aparece reforzado el carácter *educativo* de esta etapa, sino que aparece veladamente la intencionalidad de que sea contemplada con carácter asistencial.

Respecto a la *Educación Secundaria Obligatoria*, se observa un alejamiento de lo que tendría que ser una formación básica y no sólo una formación dirigida al mercado laboral o a la trayectoria académica.

El establecimiento de *itinerarios* representa una probabilidad más de segregación y exclusión social y no va a resolver el reto pendiente al que trató de responder la LOGSE sin conseguirlo: la idea de la *escuela única* que hiciera posible no acentuar las diferencias sociales y contribuir a una mejora de la igualdad de oportunidades.

En lugar de pensar en modelos restrictivos, se requieren modelos flexibles en los que quepan diferentes formas de participación y ritmos de progreso del alumnado que necesita acreditar con títulos la educación que reciben, para lo cual debe poder adquirirla con las fórmulas que mejor se acomoden a sus posibilidades (Gimeno Sacristán, 2002, 29)

El modelo de *escuela comprensiva* cuyo objetivo es la búsqueda de la igualdad es sustituido por un modelo que argumenta las diferencias en las capacidades del alumnado (algo que nadie niega), y que para no bajar el nivel de los buenos y buenas estudiantes, hay que separarlos según sus capacidades y rendimiento escolar previo. Este planteamiento olvida dos cosas: que la educación mejora las posibilidades de todas las personas y que, aunque fuese más eficaz segregar, habría que matizar para quién lo es, dejando de lado la vigencia ética de la búsqueda de la igualdad (Gimeno Sacristán 2002, 32)

Responsabilizar únicamente al alumnado de las dificultades de la ESO, es una simplificación que oculta el complejo conjunto de variables que determinan el fracaso escolar. Apartar a las personas que tienen problemas es una forma barata de mejorar la calidad, al seleccionar al mejor alumnado a costa del que no lo es (Gimeno Sacristán, 2002, 33)

La posibilidad de volver a repetir un curso es una medida que da la oportunidad de volver a intentarlo, pero si no se facilitan las ayudas y apoyos adicionales necesarios, se dará un nuevo fracaso y abandono. En este sentido habría que plantearse ¿hasta qué punto las convenciones organizativas nos legitiman para decidir sobre la valía de las personas?

La LOCE refuerza la exigencia de promocionar curso a curso sin muchas facilidades de arrastrar asignaturas pendientes o permitiendo más repeticiones de curso, tomando el año escolar como unidad-listón de promoción y progreso, ante la cual se salta, si se es capaz, o se tropieza y se cae (Gimeno Sacristán, 2002, 38)

En cuanto al establecimiento de la reválida al final del ciclo obligatorio, supone desnaturalizar el sentido pedagógico y social de esa etapa, así como de lo que se viene aceptando como *evaluación continua*. Si es necesario *revalidar* será porque no se ha evaluado bien. Este planteamiento centra toda la responsabilidad en el alumnado; todo lo demás (profesorado, contenidos, métodos, medios, organización de centros...) se presuponen de calidad indiscutible (Gimeno Sacristán, 2002, 40)

En el apartado de *organización y dirección de centros docentes públicos* se aprecia un déficit democrático con la pérdida de competencias del Claustro y del Consejo Escolar que pierden su carácter de órganos de gobierno.

La libertad de los centros para ofrecer programas educativos que refuercen y amplíen determinados ámbitos del currículum, es una invitación clara a que los centros concertados se especialicen en determinados itinerarios y no incluyan los más conflictivos (orientación tecnológica y programas de iniciación profesional).

Globalmente, la LOCE no parece que vaya a resolver los problemas más importantes que tiene nuestro sistema educativo, incluso es posible que los agrave mediante la clasificación y discriminación del alumnado.

Es necesario un sistema educativo que promueva a las personas, que sea compensador de las desigualdades, que eleve el nivel de educación de toda la población, que se adapte a las necesidades del alumnado en su conjunto y no sólo a aquellos grupos que mejor responden a sus exigencias. Un sistema que ocupado en la búsqueda de la relevancia académica, no olvide otros objetivos de la

educación, que entienda la importancia de ésta como motivo de inclusión o exclusión en la sociedad actual (Gimeno Sacristán, 2002, 41)

## **CAPÍTULO 3**

### **LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL SISTEMA EDUCATIVO.**

- 3.1. La Educación para la Salud: aproximación teórica
  - 3.1.1. ¿Es necesaria la Educación para la Salud en nuestro contexto social?
  - 3.1.2. Marco conceptual de la Educación para la Salud
  - 3.1.3. Los distintos enfoques en la práctica de la Educación para la Salud
  - 3.1.4. Los ámbitos de desarrollo de la Educación para la Salud y la interdependencia de los agentes implicados
- 3.2. La Educación para la Salud en el ámbito escolar
  - 3.2.1. Los objetivos de la Educación para la Salud en la Escuela
  - 3.2.2. El currículum de Educación para la Salud en el medio escolar: principios, características y contenidos
- 3.3. La Educación para la Salud en la Escuela en el marco de la Unión Europea
  - 3.3.1. Modelos y programas de Educación para la Salud a nivel escolar
  - 3.3.2. La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud: una experiencia para la creación de entornos saludables
    - 3.3.2.1. Descripción del Proyecto
    - 3.3.2.2. La participación de España en la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud
- 3.4. La Educación para la Salud en la Escuela en el contexto español
  - 3.4.1. La Educación para la Salud en el Diseño Curricular de Infantil y Primaria en la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo
  - 3.4.2. La Educación para la Salud en los niveles de Infantil y Primaria desde el marco legislativo de la Ley Orgánica de Calidad de la Educación



## **CAPÍTULO 3: LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL SISTEMA EDUCATIVO**

### **3.1. La Educación para la Salud: aproximación teórica**

Los términos Educación y Salud están sujetos a los múltiples cambios que se producen en el conjunto de las sociedades y, en consecuencia, deben considerarse como conceptos que emergen de un sistema social que trata de responder a los retos educativos y de cuidados de la salud que la sociedad plantea como respuesta a sus necesidades.

La conceptualización de la Educación para la Salud (EpS) es un fenómeno evolutivo, vinculado al desarrollo experimentado por la sociedad en general, y, específicamente, en los ámbitos sanitarios y educativos (López Santos, 1998, 29)

El cuidado de la salud exige un desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades que no pueden improvisarse, sino que, por el contrario, deben ser cuidadosamente planificados para que sean vinculados inextricablemente al proceso vital de las personas. Si la salud es un recurso indispensable para la vida, hay que poner los medios necesarios para aprender a manejarlo (López Santos, 1998, 43)

El enfoque de *Promoción de Salud* es el eje vertebrador de un concepto de EpS integral, contextualizado y facilitador de los cambios sociales necesarios para fomentar la salud y prevenir la enfermedad.

#### **3.1.1. ¿Es necesaria la Educación para la Salud en nuestro contexto social?**

En la actualidad, los cambios sociales experimentados están dando lugar a una transformación importante en los problemas y necesidades a nivel de salud y de educación.

Desde la perspectiva epidemiológica, hay que destacar el aumento de las enfermedades por transmisión sexual. Los cambios culturales de las últimas décadas (ocio, viajes, migraciones, relaciones de pareja) y las modificaciones en la conducta de la población adolescente en cuanto a la disminución de la edad de

comienzo de las relaciones sexuales, han contribuido de manera importante a este aumento (Serrano González, 2002, 5)

El consumo de drogas, unido a las prácticas sexuales de riesgo, han hecho aumentar la incidencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA), con tendencia al crecimiento en las generaciones jóvenes de 16 a 29 años (Serrano González, 1998, 4)

Los problemas prioritarios de salud en España se centran en las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes, el SIDA, la salud mental, las discapacidades y la salud de las personas mayores (Informe SESPAS 1993) La evaluación realizada sobre los resultados de la estrategia de *Salud para todos en el año 2000* pone de manifiesto, también, las deficiencias de salud en torno a estos problemas. Es importante resaltar que las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en nuestro país y además los fármacos utilizados para estas dolencias son el tercer grupo terapéutico más vendido y el primero en gasto farmacéutico. Disminuir la incidencia de estas enfermedades pasa por una acción de carácter preventivo, centrada en mejorar los estilos de vida de las personas, ya que sus determinantes están relacionados con la dieta, el ejercicio físico y el hábito tabáquico.

De la misma manera, el resto de los problemas prioritarios también están determinados en gran medida por estilos de vida no saludables y por la existencia de riesgos medioambientales.

Respecto a los *determinantes* de salud de la población, el Informe SESPAS (1993) señaló como más importantes: las prácticas sexuales, el uso de drogas, el tabaquismo, la dieta y nutrición, el ambiente social, las condiciones de trabajo y el medio ambiente.

Sobre estos determinantes, la evaluación de la *Estrategia de Salud para Todos en el año 2000* (Informe SESPAS, 2000) puso de manifiesto las grandes deficiencias y la necesidad de incidir sobre la salud y sus determinantes, sobre las políticas de salud, sobre el medio ambiente, sobre el sistema de atención a la salud y sobre la investigación en salud.

Los objetivos encaminados a facilitar la adopción de estilos de vida saludables en la población no se han conseguido plenamente. En este sentido hay que señalar

que se constata una heterogeneidad en la dieta de la población española, que aparece como hipercalórica, hiperproteica, algo hiperlipídica y con deficiencias en la ingesta de hidratos de carbono (Martín Moreno, 2000, 227) También se observa un aumento en la proporción de personas con sobrepeso.

Respecto al consumo de tabaco en España, la situación tampoco es positiva de cara a la salud. La prevalencia de personas fumadoras mayores de 15 años ha descendido del 38% al 35,7% y las muertes atribuibles al tabaco se han incrementado (Villalbí, 2000, 230)

El consumo de alcohol se ha incrementado notablemente a partir de 1996, así como los años potenciales de vida perdidos por efecto de los accidentes de tráfico (Villalbí, 2000, 230)

Abordar esta problemática sanitaria implica, necesariamente, poner en marcha programas de EpS en todos los ámbitos sociales, ya sean de carácter formal o informal.

Por otra parte, en España, los *movimientos migratorios*, lejos de suponer un enriquecimiento cultural, se van constituyendo en minorías socioculturales, económicamente débiles y caldo de cultivo de diferentes problemas de salud, propios de situaciones de marginalidad (Serrano González, 2002, 6)

También los cambios en el sistema sanitario, en cuanto a la búsqueda de una mayor eficiencia en los resultados y el papel cada vez más preponderante que está teniendo la familia en el cuidado de la salud, constituye un reto en la mejora de ésta.

Es evidente que todos los problemas de salud que se identifican en la actualidad tienen un sustrato común: pueden prevenirse en una proporción elevada y están vinculados a un orden económico y social injusto desde la perspectiva de la equidad, así como a comportamientos individuales y colectivos no saludables. ¿Educar es la alternativa? Si promocionar la salud es dar a las personas la capacidad de intervenir sobre su propia salud y la de los demás con el objetivo de mejorarla, desde luego, educar es la alternativa.

Alcanzar la *salud para todos* es una meta, en cuya consecución está presente la EpS. Actualmente no existe programa o proyecto sanitario dirigido a la población donde la EpS no tenga su espacio. Técnicos y políticos aluden a ella en



sus trabajos y discursos. Y la población, cada vez más, empieza a considerarla una necesidad y un derecho (López Santos, 2000, 341)

A pesar de la necesidad evidente y reconocida de la EpS, su puesta en práctica carece de los recursos necesarios para su efectividad. No cuenta con la asignación presupuestaria requerida ni con la inversión en la formación de los profesionales que deben planificar y llevar a cabo dichas acciones (personal sanitario, educadores, agentes informales de la comunidad)

Aún con estas limitaciones, la salud, hoy se juega en lo cultural (Serrano González, 2002, 8) Los nuevos estilos de vida necesarios para mejorar progresivamente la salud, implican de manera muy importante al ámbito de la educación. Educar en valores humanos como la tolerancia, la solidaridad, la responsabilidad social, la paz, el cuidado medio ambiental, la interculturalidad, la justicia y el principio de igualdad supone crear un caldo de cultivo favorable a todos los aspectos relacionados con la salud. Trabajar a favor de la salud desde la estrategia de EpS supone partir del principio humano de igualdad, desde el que la salud constituye un derecho irrenunciable para la vida, sin excepción alguna.

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), tanto en su *Estrategia de Salud para todos 2000* (1979) como en sus diversas asambleas, se insta a los gobiernos a que desarrollen programas de EpS para mejorar la salud de la población.

En la Unión Europea, el Tratado de Maastricht, que entró en vigor de forma general en 1993, destaca en su Título X (artículo 129) que *La Comunidad contribuirá a la consecución de un alto nivel de protección de la salud humana fomentando la cooperación entre los Estados miembros y, si fuera necesario, apoyando la acción de los mismos. La acción de la Comunidad se encaminará a la prevención de las enfermedades, especialmente las más graves, y ampliamente difundidas, incluida la toxicomanía, apoyando la investigación de su etiología y de su transmisión, así como la información y la Educación Sanitaria.*

En base a este artículo, se reconocen como pilares básicos de todo el sistema la prevención, investigación, información y Educación para la Salud (González Alonso y otros, 1998, 63)

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43.3, explicita que *los poderes públicos fomentarán la Educación Sanitaria, la Educación Física y el deporte.*

También la Ley General de Sanidad, en su artículo 6º, especifica que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a *promover el interés individual, familiar y social por la salud, mediante la adecuada Educación Sanitaria de la población.*

En el *III Plan Andaluz de Salud 2003-2008*, cuyo objetivo es mejorar la salud de la población andaluza a partir de las necesidades detectadas y de las recomendaciones contenidas en distintos documentos internacionales (*Salud para todos en el Siglo XXI*, las conclusiones del informe de la situación de la salud mundial de 2002 y el Programa de Acción Comunitaria de la Unión Europea en el ámbito de la Salud Pública 2003-2008) se plantean diez líneas prioritarias de acción:

1. Desarrollar un modelo integrado de salud pública moderno, innovador y transparente, que dé respuesta a las nuevas situaciones y que sea sensible a las demandas sociales.
2. Mejorar la salud desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables.
3. Proteger y proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud.
4. Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de planes integrales contra el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes, los problemas osteoarticulares y a favor de la salud mental y atención a las personas en situación de dependencia.
5. Reducir las desigualdades en el ámbito de la salud, con especial atención a los colectivos excluidos.
6. Garantizar la participación efectiva de los ciudadanos en la orientación de las políticas sanitarias.
7. Impulsar la incorporación y el uso de nuevas tecnologías con criterios de equidad y evidencia científica.

8. Impulsar acciones transformadoras derivadas del desarrollo de los sistemas y tecnologías de la información y la comunicación.
9. Desarrollar la investigación en salud y servicios sanitarios.
10. Integrar los avances científicos del genoma humano en la investigación y la prestación de servicios.

La puesta en marcha de estas líneas de actuación, sobre todo de la 1 a la 6, va a requerir estrategias de EpS, tal y como el mismo plan especifica en su desarrollo.

Es evidente que, si se quiere mejorar progresivamente la salud de la población, hay que situarse en el nuevo paradigma de salud, en cuyo marco de acción el protagonismo corresponde a los ciudadanos y ciudadanas. Por tanto, la EpS es un elemento fundamental tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Tampoco hay que olvidar la crisis actual de los sistemas sanitarios, incapaces de dar respuesta a todas las demandas de atención a la salud, las cuáles tratan de frenar. También aquí se hace necesaria la intervención educativa: liberar a la población de la dependencia que el sistema sanitario ha generado, ayudar mediante la EpS a racionalizar el gasto sanitario.

A todas estas razones que justifican sobradamente la necesidad de la EpS, hay que añadir la importancia que hoy tiene la realización personal y social, la capacidad de autonomía de las personas y los pueblos. Si la salud es tan importante, no se puede seguir manteniendo una relación tan dependiente del nivel institucional (López Santos, 2000, 342) La instauración de un sistema de *autocuidados*, que implicaría el ser capaz de cuidar de sí mismo/a, de los demás y de pedir ayuda cuando se necesite, pasa necesariamente por un proceso permanente de EpS.

### **3.1.2. Marco conceptual de la Educación para la Salud**

La Educación para la Salud (EpS) está inextricablemente unida a la manera en que una sociedad concibe el término salud. El nuevo paradigma sitúa la salud como un medio imprescindible para vivir en plenitud y, por tanto, considera el *estado de bienestar* como un requisito básico para alcanzar progresivamente

mayores niveles de salud. Reforzar y ampliar el *estado de bienestar* implica poner en marcha estrategias de EpS enmarcadas en el enfoque de *promoción de la salud*. Este enfoque supone el establecimiento de un compromiso social y gubernamental dirigido a crear entornos favorables a la salud, a promover estilos de vida saludables, mejorar las condiciones personales en todas sus dimensiones y reorientar los servicios sanitarios hacia una atención integral (Carta de Ottawa, 1986, 2). La EpS es un elemento nuclear para conseguir una participación activa y responsable de la población en el logro de estas metas (López Santos, 2000, 342)

La dimensión globalizante de la salud hace que la EpS se sitúe en la intersección de diversos aportes teóricos y prácticos que la configuran como una disciplina y una práctica profesional ecléctica. De este modo, recibe ideas, teorías y métodos procedentes de diversos campos de conocimiento y de acción, entre los que pueden considerarse como más importantes las Ciencias de la Salud, las Ciencias de la Educación, las Ciencias de la Conducta, las Ciencias Sociales y de la Comunicación, quiénes, a su vez, hunden sus raíces en muchos componentes de las Ciencias Humanas (García Martínez, 2000, 47-48)

La EpS es evidentemente una práctica interdisciplinar, tanto desde las diversas teorías que la sustentan como desde los ámbitos hacia los que orienta su praxis. Teniendo en cuenta que las características que definen el desarrollo teórico y práctico de las Ciencias de la Educación son la pluralidad y la interdisciplinariedad y que sólo desde la diversidad es posible construir la singularidad y la individualidad de cada disciplina pedagógica, ello supone la presencia de una pluralidad de perspectivas y de referentes epistemológicos en la propia consideración de la EpS, en tanto que disciplina en la que confluyen las aportaciones presentes en la Pedagogía Social, las Ciencias de la Educación, las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales (García Martínez, 2000, 8) Consecuentemente, la conceptualización de la EpS ha de realizarse dentro del contexto de los marcos científicos y de los modelos de racionalidad de la Pedagogía Social y de las Ciencias de la Salud, pero también a partir de la práctica educativa, de la intervención pedagógica, de la acción educativa-social (García Martínez, 2000, 12)

La Organización Mundial de la Salud, en su XXXVI Asamblea Mundial de 1983, define la EpS como *cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener su salud y busque ayuda cuando la necesite.*

Esta definición contempla la necesidad de desarrollar la EpS desde una perspectiva educativa integral que contemple la dimensión cognoscitiva, actitudinal y conductual.

Otra definición es la que aporta Green (en Rochón, 1992, 6): *La EpS es toda combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables.* Aquí se ponen de manifiesto tres aspectos fundamentales en la EpS: por una parte la *sistematización* de la EpS, por otra parte, el papel de la persona que educa como *facilitadora* del aprendizaje, el derecho a la *autodeterminación* de la persona y, por último, las *finalidades* relacionadas con comportamientos considerados como saludables.

Una tercera definición (Costa, 1996, 29) es la consideración de la EpS como *un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo.* Esta definición enfatiza el objetivo de que las personas realicen elecciones informadas y voluntarias respecto a las prácticas saludables.

Desde cualquiera de las perspectivas de estas definiciones, la EpS como tarea socioeducativa tiene una doble finalidad: por una parte, contribuir a dar respuesta a las necesidades de salud de las personas individual y comunitariamente, mediante la capacitación para tomar decisiones y por otra, para comprometerse permanentemente en la transformación social necesaria para crear entornos y políticas favorables a la salud.

Uno de los objetivos de la *educación social* es educar para la participación social, para aprovechar los beneficios de la cultura del bienestar, lo que supone incidir en las estructuras cognitivas y afectivas del sujeto y trabajar con la finalidad de producir un cambio en su repertorio conductual, cambios que

requieren, a su vez, modificaciones en los contextos vitales de las personas (Petrus, 1996 en García Martínez, 2000, 13)

Estos rasgos de la educación social coinciden plenamente con los de la EpS en tanto que se plantea la promoción de la salud y la mejora de las condiciones de vida como determinantes de la salud de la población. La EpS es, por tanto, una educación social y permanente, esto es, un elemento vivo, vinculado al devenir educativo de las sociedades humanas (García Martínez, 2000, 14)

### 3.1.3. Los distintos enfoques en la práctica de la Educación para la Salud

Las distintas concepciones de salud y de educación a lo largo de la historia han condicionado la manera en que se ha llevado a la práctica la Educación para la Salud (EpS) sus contenidos y los ámbitos en los que debía desarrollarse.

En función de la ideología subyacente respecto a la salud y a la educación, se han formulado objetivos y se han establecido diversas metodologías para llevar a cabo la EpS.

En la actualidad, partiendo de estas variables, pueden distinguirse diferentes modelos en la praxis de la EpS.

Para Tones (1981) (en López Santos, 2000, 346) existen cuatro enfoques básicos de EpS: el enfoque *educativo* en el que la práctica docente se dirige a facilitar los elementos necesarios para una toma de decisión informada, al margen de los resultados en salud, el enfoque *preventivo* centrado en la modificación de los comportamientos como origen de la enfermedad, el enfoque *radical* orientado a la transformación de los factores sociales, económicos y culturales que inciden en la salud y el enfoque *de desarrollo personal* basado en el entrenamiento de habilidades personales para combatir los factores negativos del medio.

Salleras (1985, 95-139) distingue entre el modelo de *creencias de salud*, los modelos derivados de la *comunicación persuasiva*, modelos teóricos basados en la *política económica* y el modelo *pragmático*, mezcla de los modelos anteriores.

Una tercera clasificación (Serrano González, 1990, 25-41) distingue entre el modelo *informativo*, el modelo *persuasivo-motivacional* y el modelo *político-económico-ecológico* (éstos dos últimos, inspirados en Tones y Salleras).

Todos estos enfoques se agrupan en tres grandes tendencias o modelos (Sánchez Moreno, 1995, 69: 95-139)

1. El denominado *Modelo divulgativo*, inspirado en una concepción biologicista, individual y negativa de la salud (la salud es la ausencia de enfermedad) Este modelo es sinónimo de *divulgación sanitaria*. Se trata de hacer llegar a la población los conocimientos sanitarios de forma vulgarizada, centrado en un conjunto de recomendaciones y prescripciones facultativas en materia de salud (López Santos, 1998, 29) de carácter preventivo o terapéutico.

Esta orientación prescriptiva se corresponde con el enfoque preventivo de atención a la salud y se basa en los siguientes principios (Aibar Remón, 2000, 63):

-Dado que las conductas desempeñan un importante papel en la etiología de las enfermedades, hay que tratar de que las personas adopten conductas saludables.

-La realidad socioeconómica y cultural, aunque es un determinante de salud, es difícilmente modificable, por tanto la EpS debe dirigirse a los individuos, incrementando su responsabilidad en el cuidado de la salud.

-Las personas no poseen los conocimientos necesarios para proteger su salud pero sí están dispuestas a aceptar y cumplir con las indicaciones de los profesionales sanitarios.

-Los profesionales sanitarios son quienes mejor conocen los hábitos y comportamientos que mejoran la salud, por tanto, son ellos los que deben prescribir las conductas deseables.

Se concibe la educación como una transmisión de conocimientos de carácter unidireccional donde lo que prevalece es el criterio y contenido de la persona *experta*, siendo ésta quien decide *qué necesitan saber* las personas y *cómo* debe producirse este aprendizaje.

Las características fundamentales que definen este modelo pueden resumirse en ser un enfoque *individual, centrado en la enfermedad y autoritario* (López Santos, 1998, 30) En consecuencia, este modelo omite la dimensión social de la salud, dejando al margen todos los determinantes sociales que, a su vez, condicionan las conductas de las personas. Está dirigido a evitar la aparición de determinados problemas de salud, utilizando para ello una estrategia parcial

centrada, casi exclusivamente, en facilitar determinada información y, evidentemente, establece una comunicación unidireccional legitimada en el rol del profesional sanitario como única fuente de conocimiento.

La información por sí sola y la prescripción se han mostrado ineficaces para cambiar los patrones de conducta no saludables. Actualmente existe información suficiente sobre los efectos nocivos del tabaco, del consumo excesivo de alcohol, de conducir bajo los efectos de determinados fármacos y/o drogas... y sin embargo, este conocimiento no parece suficiente para cambiar este tipo de prácticas (López Santos, 1998, 31)

2. El *Modelo Conductual* centrado en producir cambios comportamentales beneficiosos para la salud de los individuos mediante la inhibición de conductas de riesgo y la potenciación de conductas alternativas (López Santos, 1998, 30)

La concepción de salud se corresponde con el bienestar individual en sus dimensiones biológica y psicológica. En consecuencia, tiene un enfoque individual de carácter preventivo y terapéutico.

Las estrategias educativas que utiliza provienen de las teorías del aprendizaje basadas en el condicionamiento clásico o instrumental y en las teorías cognitivistas.

Este modelo de aprendizaje del comportamiento tiene su base teórica en las siguientes teorías (Rochón, 1992, 29):

-*Teoría de la adquisición de innovaciones de Rogers* cuyas etapas son: estar informado o conocer, estar interesado (actitud receptiva en relación a la conducta), tomar una decisión, probar (ensayar) y adoptar o incorporar la conducta.

-*Teoría de las necesidades de Maslow* (clasificación jerárquica de cinco necesidades del ser humano: fisiológicas, de seguridad, de identidad y amor, de autoestima y de desarrollo personal) que constituye la base teórica de una fase del modelo de aprendizaje del comportamiento: experimentar la necesidad de tomar una decisión.

-*El diagnóstico educacional del modelo PRECEDE* (acrónimo de Predisposing: predisponentes; Reiforcings: reforzadores; Enabling: facilitadores; Causes: causas; Educational: educacional; Diagnosis:



diagnóstico y Evaluación: evaluación) en el que deben identificarse los distintos factores predisponentes, facilitadores y reforzadores que influyen en el comportamiento que se pretende incorporar.

-*El Modelo de aprendizaje de Gagné* como una de las aportaciones de educación cognitiva y psicomotriz cuyas etapas permiten una enseñanza óptima: informar al discente sobre los objetivos de aprendizaje, presentar los estímulos, aumentar la atención, establecer los prerrequisitos, facilitar las condiciones, determinar la secuencia y guiar el aprendizaje.

-*La Teoría del cambio de Kelman* que tiene sus orígenes en la sociopsicología. Supone un cambio personal en relación con los factores ambientales. Los tres procesos de cambio son: el cumplimiento, la identificación y la interiorización.

Este modelo desplaza el objeto de una profesión a otra, del modelo biomédico al modelo psicologista. El comportamiento es parte de la vida, pero la vida es mucho más que un comportamiento: la vida misma, las tradiciones, los valores, los ideales, el trabajo, el tiempo libre, las condiciones de vivienda (Panico, 1985, en Serrano González, 1990, 34)

Una de las limitaciones más importantes de este modelo es que mejorar la salud depende de los comportamientos, olvidando la influencia del entorno y la correspondiente acción comunitaria para producir cambios positivos en las estructuras sociales.

El enfoque *conductual* está enraizado en un planteamiento de la enseñanza de carácter técnico-racional y una intervención desde el ámbito de la salud centrada en la curación y la prevención como fenómeno individual, concibiéndose así la EpS como un proceso tecnológico a aplicar a personas o grupos para erradicar conductas consideradas como no saludables (López Santos, 1998, 31)

Este modelo tiene cierta utilidad para hacer frente a problemas específicos con un fuerte componente comportamental siendo poco eficaz para dar una formación integral que permita el cuidado de la salud (López Santos, 1998, 31)

3. *El Modelo integral* propugna una praxis educativa que, partiendo del análisis de los factores personales, ambientales e institucionales determinantes de la salud, potencia la participación y el compromiso de las personas para que sean

capaces de impulsar los cambios estructurales y coyunturales que faciliten unas condiciones de vida saludables.

Es un modelo enmarcado en el enfoque de *Promoción de la Salud* (PS), por tanto, va más allá de la modificación de conductas individuales. Está orientado claramente a la *capacitación* de las personas. En este sentido, es importante retomar algunas de las definiciones de PS:

La Carta de Ottawa (1986) manifiesta que *la PS consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma*. Esta definición explicita claramente el protagonismo de las personas en la transformación de su propia realidad.

Nutbeam (1986) (en Restrepo, 2001, 29-30) define la PS como *el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de este modo, mejorar su estado de salud*. Es un concepto unificador para todas aquellas personas que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir (Restrepo, 2001, 30)

Desde esta perspectiva, la Educación para la Salud (EpS) es una herramienta conceptual y metodológica de la Promoción de Salud.

La concepción de salud que subyace en este enfoque se corresponde con el nuevo paradigma: la salud como fenómeno positivo, dinámico, multicausal, social y multidimensional (nivel biológico, psicológico, social y espiritual)

La Educación está encaminada al desarrollo integral de las personas y su base es un modelo de aprendizaje significativo vinculado a la teoría de la asimilación de Ausubel. Su núcleo básico de intervención es el nivel comunitario, sin dejar por ello de contemplar la acción educativa individualizada.

Los principios más importantes que sustentan este modelo son los siguientes (Aibar Remón, 2000, 64):

- Considera la estructura socioeconómica como un determinante de la salud, por lo que se plantea la capacitación de las personas para su análisis.

- Concibe la educación como una manera de ayudar a las personas en su desarrollo individual y su autonomía.

-El papel de la persona que educa se centra en ayudar a la población en el proceso de adquisición de conocimientos y análisis de situaciones, proporcionándoles una información verídica y completa, de forma que facilite una *elección informada*.

-Las personas son las verdaderas protagonistas de un complejo proceso dirigido a su capacitación.

¿Qué se pretende conseguir con las estrategias de EpS desde este modelo?

Por una parte, despertar en la población el *interés* por su salud, y por otra, hacer posible la toma de conciencia y la asunción de la *responsabilidad individual y comunitaria* en el mantenimiento y mejora de la salud a través de la comprensión crítica del fenómeno salud-enfermedad (López Santos, 1998, 32)

Se plantearían tres objetivos básicos (López Santos, 1998, 32):

-Conseguir que la población sea cada vez más autónoma en el cuidado de su salud, potenciando tanto el autocuidado como la relación de ayuda.

-Facilitar la adopción de estilos de vida saludables.

-Alcanzar la implicación individual y colectiva en la transformación del entorno natural y social, con el fin de crear condiciones cada vez más saludables.

La consecución de estos objetivos implicaría poner en marcha estrategias educativas que abarquen los niveles cognoscitivo, afectivo y conductual desde una perspectiva educacional liberadora y de promoción de la persona, que lleve a que cada sujeto sea capaz de analizar críticamente la realidad y se comprometa individual y colectivamente en el cambio social que favorezca la salud.

Desde esta óptica es fácil entender que la EpS no pueda verse como un proceso aislado, al margen de lo que son los procesos educativos básicos. Conseguir que las personas sean cada vez más autónomas y solidarias en el cuidado de su propia salud y la de los demás, que tengan capacidad para elegir las opciones más saludables, que se impliquen en la transformación de los determinantes de salud, que participen activamente en la creación de entornos saludables... es algo imposible, sin contemplar la EpS en un proceso formativo global (López Santos, 1998, 34)

La filosofía de la Educación que requiere el desarrollo de la Promoción de Salud (PS) a través de las estrategias de EpS es aquella que apuesta claramente

por una educación en valores relacionados con el desarrollo de la capacidad crítica, la responsabilidad social, la solidaridad, la tolerancia, el destino universal de los bienes, la igualdad, la autoestima.

#### **3.1.4. Los ámbitos de desarrollo de la Educación para la Salud y la interdependencia de los agentes implicados**

Si se considera la salud como un recurso básico para la vida, la Educación para la Salud (EpS) es uno de los medios más importante para lograrlo.

La salud como fenómeno multidimensional abarca todas las esferas de la vida: personal, familiar, institucional, ambiental, y, en definitiva, todo el entramado social y cultural en el que se desarrolla la vida humana. Por tanto, es evidente que los ámbitos donde debe desarrollarse la EpS son también múltiples. Se hace necesario ir más allá de los espacio *formales* (instituciones educativas, servicios sanitarios) y abarcar también todos los niveles *informales*, tengan o no un carácter específicamente educativo.

La Educación, como fenómeno global de la vida de los seres humanos, tiene que hacerse presente en todos los ámbitos de la misma. Por tanto, la EpS no puede considerarse un *complemento* del proceso educativo, sino una *necesidad formativa básica* (López Santos, 2000, 343)

Las escuelas, los lugares de trabajo, la familia, las instituciones sanitarias, las asociaciones culturales y deportivas, los grupos de autoayuda, las Organizaciones no Gubernamentales, las instituciones de personas mayores son ámbitos en los que deben llevarse a cabo estrategias de EpS.

Los medios de comunicación social (Tv, radio, prensa, revistas, internet), sobre todo la Televisión, tienen una gran repercusión en cuanto a los valores y modelos que presentan y la gran influencia que éstos tienen en la adopción de estilos de vida, desde patrones alimentarios, utilización del ocio, la manera de relacionarse, el consumo de alcohol y otras drogas, hasta la configuración de las propias expectativas.

La familia, la escuela, los medios de comunicación social y el sistema sanitario son los principales ámbitos de EpS.

La familia, como núcleo primario de socialización y cuidados, es uno de los principales agentes de EpS. En ella se cubren las necesidades básicas de alimentación, aseo, seguridad, afecto, se transmiten valores y pautas de comportamiento (López Santos, 2000, 344).

La sociedad en su conjunto demanda de la familia la respuesta a todas esas necesidades básicas y, por supuesto, la educación en cuanto a valores y pautas de conducta. No obstante, la familia como grupo social primario está experimentando profundos cambios, tanto en su estructura como en los roles que sus miembros desempeñan. La progresiva incorporación de la mujer al trabajo por cuenta ajena, las separaciones matrimoniales, las parejas de hecho heterosexuales y homosexuales, las adopciones nacionales e internacionales, las familias monoparentales, la desestructuración familiar como consecuencia de conflictos afectivos y/o socioeconómicos, la tutela ejercida por los abuelos y abuelas... todo ello está contribuyendo a que se proyecten valores y conductas distintas a las esperadas. Surgen nuevos problemas y nuevas potencialidades que, desde la perspectiva de la EpS, deben ser tenidas en cuenta en la valoración de las necesidades educativas y, posteriormente, en la intervención.

La escuela, como otro de los ámbitos importantes de socialización y educación sistemática, constituye uno de los escenarios relevantes de la EpS. En este proceso continuo de formación/socialización, la salud debe ocupar un lugar importante. Como elemento esencial para el bienestar y el desarrollo humano no puede quedar al margen de la dinámica educativa global (López Santos, 2000, 4000)

Desde los Gobiernos, a nivel nacional, autonómico y municipal, debe instarse a los medios de comunicación social para que trabajen en favor de la salud, creando espacios específicos de EpS en una proporción importante y, por otra parte, dejando de proyectar valores y comportamientos no saludables como el individualismo, la violencia, la intolerancia, el consumismo, los hábitos tóxicos (tabaquismo, consumo de alcohol de forma excesiva o a edades tempranas), la competitividad y la exclusión en función del éxito. Aunque en la actualidad están funcionando determinadas campañas informativas sobre las drogas y los accidentes de tráfico, su eficacia es dudosa por tratarse de medidas muy superficiales ante problemas de gran complejidad y, sobre todo, porque es una

acción puntual por parte de los medios de comunicación, exenta de compromiso social con la salud de la población.

El Sistema Sanitario tiene también un papel fundamental en la EpS. Aunque ésta no es competencia exclusiva del mismo, sí hay que admitir que tiene un papel rector y dinamizador en cuanto que son los profesionales sanitarios los que tienen la responsabilidad de elaborar el cuerpo de conocimientos científicos (a partir de las investigaciones que se realizan) que sustente la intervención en EpS, orientar técnicamente las políticas de salud en las que deben quedar enmarcadas las acciones de EpS (López Santos, 2000, 344)

Además, el Sistema Sanitario tiene dos grandes funciones respecto a la EpS: una, dirigida a reforzar los ámbitos educativos básicos, ejerciendo una labor de apoyo a la práctica educativa de la escuela, la familia y los medios de comunicación. Respecto a la escuela, los servicios sanitarios deben actuar como dinamizadores y facilitadores aportando conocimientos y recursos, trabajando de manera conjunta en proyectos concretos a partir de las necesidades de salud de la zona (López Santos, 2000, 345)

Respecto a los medios de comunicación social, el Sistema Sanitario tiene la responsabilidad de facilitar los conocimientos científicos pertinentes para evitar los mensajes pseudocientíficos que pueden afectar negativamente a la salud de la población. La formación especializada de los profesionales del periodismo es fundamental, así como el asesoramiento en determinados temas. El Sistema Sanitario, por su responsabilidad para velar por los intereses de la salud pública, deberá también fomentar mensajes dirigidos al cuidado de la salud y censurar aquellos que puedan perjudicarla.

Otra de las funciones esenciales del Sistema Sanitario es potenciar la actividad educadora de los servicios sanitarios. Se trataría, por una parte, de dar una respuesta educativa a necesidades específicas como aprender a cuidarse y/o cuidar a los demás en situaciones especiales como la infancia, la vejez, la enfermedad, la invalidez (López Santos, 2000, 245). Por otra parte, tendría que abordar las necesidades educativas derivadas de los nuevos problemas de salud que van apareciendo y que tienen una gran repercusión social (SIDA, drogodependencias, Enfermedades de Transmisión Sexual, el deterioro medio ambiental), actuando

directamente en determinadas situaciones y sensibilizando a la población sobre las repercusiones y las pautas de promoción de la salud y prevención.

En definitiva, se plantea la necesidad de estructurar la EpS en un proceso de educación permanente que, comenzando por la familia y la escuela, encuentre su continuidad tanto en ámbitos educativos especiales (servicios sanitarios, centros de trabajo, grupos de autoayuda, asociaciones ciudadanas) como en los contextos educativos informales como el ambiente y los medios de comunicación social (López Santos, 2000, 345)

Desde la perspectiva pedagógica social, los problemas de salud sólo pueden ser abordados desde su vinculación con la situación que rodea la vida social de las personas, y es, precisamente, esta vinculación la que le da sentido como dimensión humana fundamental en la consecución de una vida más digna y saludable (García Martínez, 2000, 127), siendo la Educación para la Salud (EpS) uno de los pilares básicos en el ámbito de la educación global para conseguir mayor bienestar social e individual.

La interacción escuela-entorno constituye un proceso esencial en el desarrollo de la EpS en la Escuela en general y, específicamente, en las Escuelas Promotoras de Salud.

Los agentes implicados son los que forman parte del sistema social que envuelve a la institución escolar: el alumnado, el profesorado, el personal de administración y apoyo, la familia, las instituciones sociales y sanitarias, las asociaciones, los medios de comunicación social y la calle como *micromedio* (término según clasificación de Puig (1987), citado en López Santos, 1998, 57)

*La relación familia-escuela: un reto educativo que no pasa:*

*La familia*, como núcleo de socialización básico, tiene una concepción de salud y de la atención a la misma que está mediatizada por las creencias y valores transmitidos de una generación a otra y por la información que recibe de los medios de comunicación social.

El resultado de este proceso no siempre es positivo frente a la salud. En ocasiones, lo que la familia transmite a los niños y niñas son actitudes negativas y pautas de comportamiento erróneas que, posiblemente, entrarán en conflicto cuando el niño o la niña se incorpore a la vida escolar.

Buscar una coherencia entre los mensajes procedentes del entorno familiar y los que implícita o explícitamente ofrece la escuela, es un ideal educativo al que siempre se trata de llegar (López Santos, 1998, 56)

Este objetivo constituye todo un reto educativo y social. Para comenzar a trabajar en este sentido, es necesario partir de un conocimiento sociológico sobre la estructura familiar en la que viven los niños y niñas. Hay que ir asumiendo los nuevos modelos de familia que van emergiendo como consecuencia de los procesos de separación matrimoniales, la tutela de los abuelos y abuelas, la familia monoparental, las familias constituidas por parejas de hecho, las familias reagrupadas (personas separadas que forman nuevas familias).

Desde las diversas situaciones tiene que darse una condición indispensable: la *participación* en la vida escolar de los miembros familiares que tengan una mayor responsabilidad en la educación del niño y/o la niña (padres, madres ,abuelos, abuelas...)

La salud, por su importante dimensión social, es uno de los temas que gozan de mayor capacidad para establecer un vínculo adecuado entre la institución escolar y la familia.

El primer paso es dialogar y exponer con absoluta claridad el papel que cada uno de estos ámbitos ha de desempeñar en el proceso educativo global del niño y la niña.

Las personas responsables en el núcleo familiar tienen que conocer y comprender los contenidos de EpS que van a ser tratados en la escuela y la influencia que ellos, como padres y madres (según el caso) pueden ejercer como facilitadores o inhibidores de su aprendizaje (López Santos, 1998, 56-57)

Por su parte, la escuela tiene que conocer previamente todas las variables culturales y sociológicas que pueden tener mayor influencia en el ámbito familiar, identificando las necesidades más importantes que requieren un tratamiento educativo desde la EpS.

El proceso de participación de la familia no acaba aquí, sino que debe implicarse de una forma más permanente y efectiva. Incorporar a los padres, madres, abuelos, abuelas a determinadas actividades relacionadas con la EpS (taller de alimentación, primeros auxilios, higiene de los alimentos...) es una



buena forma de vincular de una manera más práctica y permanente al núcleo familiar. A partir de estas experiencias, habría que ir trabajando de manera conjunta temas que pueden generar más conflicto por su relación con el sistema de creencia y valores, como la educación sexual, la salud mental, las drogodependencias, las relaciones socio afectivas en el marco de la tolerancia, la educación para el consumo o la manera de combatir la violencia, la xenofobia...

*La implicación del equipo educativo:*

Educar para conseguir que el alumnado sea capaz de comprometerse individual y socialmente a favor de la salud significa que la EpS, como herramienta conceptual y metodológica para conseguir los objetivos de promoción de la salud, debe superar el carácter *prescriptivo* de presencia en el currículum y recuperar el verdadero sentido de la *transversalidad*. Es decir, vincular el aprendizaje de los niños y niñas a sus preocupaciones sociales y a sus necesidades de incorporación y participación en la vida social. En realidad, la *transversalidad* significa que ciertos elementos cognitivos o valorativos, que reflejan a la vez ciertas consideraciones sociales apreciadas como fundamentales para la formación de las personas, deben estar presentes en el proceso educativo (García Martínez, 2001, 36)

La dimensión comunitaria de la EpS requiere del profesorado una firme convicción acerca de la salud como valor indispensable y la necesidad de la intervención educativa. Para ello, la formación permanente y la reflexión pedagógica sobre la EpS en el ámbito escolar es una condición indispensable para hacer frente al reto educativo.

El compromiso del equipo educativo se convierte en una apuesta por la salud dentro y fuera de la escuela. Por consiguiente, tiene un proyecto educativo que es producto del *consenso* entre los agentes implicados (escuela, familia, entorno). Esto no es un logro inmediato, sino producto de todo un proceso de maduración en el que la escuela ha de abandonar los planteamientos dogmáticos y escasamente fundamentados en los temas relacionados con la salud, y abrirse a las diferentes realidades culturales desde una base científica basada en la evidencia.

*El alumnado como agente de salud:*

Desde el enfoque de promoción de la salud, no hay aumento de la calidad de vida sin compromiso social. El carácter multifactorial de la salud y su proyección social ha puesto de manifiesto que el control sobre los determinantes de salud (la biología, los estilos de vida, el medio ambiente, el entorno, el sistema sanitario, la educación...) es una de las acciones clave para poder alcanzar un nivel óptimo de salud que permita una vida gozosa y plena.

Desde esta perspectiva, el alumnado puede convertirse en un agente de salud dentro de la escuela, en su propia familia, con los grupos de iguales, en el ambiente de la calle...capaz de ir promoviendo los cambios sociales necesarios para detener la involución del *estado de bienestar* y conseguir políticas sociales avanzadas.

*La calle y sus posibilidades de Educación para la Salud:*

Desde la pedagogía se considera que la calle como micromedio tiene una gran influencia en la formación de las personas en edad escolar y, por tanto, es también un ámbito de intervención (López Santos, 1998, 58)

¿Cómo perciben la calle la familia, el profesorado y el alumnado?

Actualmente, la familia percibe la calle más como un espacio de riesgo que como un lugar de esparcimiento.

El profesorado la considera un medio muy influyente pero ajeno a su responsabilidad, puesto que la escuela, institucionalmente, sigue limitada a las aulas y el recreo (López Santos, 1998, 58)

Para el alumnado, la calle o el medio externo tiene tres funciones: placer, libertad y socialización. Frente a las connotaciones de disciplina y control de la casa y la escuela, la calle significa independencia, autonomía, expansión (López Santos, 1998, 58)

También la calle es el campo de experiencia para la socialización de los niños, niñas y jóvenes, donde se muestran las adhesiones, las tensiones, la capacidad de defensa y de amor (López Santos, 1998, 59)

¿Cómo intervenir pedagógicamente en el ambiente de la calle para hacerlo más saludable?

Partir del conocimiento de la realidad es fundamental. Las generalizaciones acerca de la misma en base a experiencias concretas nos hace percibir la calle como una realidad homogénea y negativa sobre la que es difícil intervenir.

Desde la perspectiva de EpS, la calle es parte del entorno que influye poderosamente sobre el alumnado y sobre el conjunto de la comunidad.

Conocer el comportamiento y las expectativas del alumnado en la calle es un elemento imprescindible para detectar las necesidades educativas en materia de salud.

Las Escuelas Promotoras de Salud , desde su proyección de creación de entornos saludables , intervienen positivamente en la calle, desde el alumnado, la familia y las organizaciones locales existentes. Desde esta implicación, el trabajo en las aulas está más centrado en los intereses del alumnado y más cerca de la situación real de salud de esa comunidad.

Merece la pena salir fuera de la escuela, investigar el entorno social del alumnado, los espacios que frecuentan o a los que acudirán en un futuro (López Santos, 1998, 60)

El conocimiento profundo y sistemático de la realidad es la primera garantía para saber que estamos en el camino de educar desde la vida y para la vida con un enfoque crítico y constructivo.

*Los servicios socio –sanitarios en el marco de la Educación para la Salud en la Escuela:*

Tradicionalmente, los ámbitos sanitarios y educativo han estado separados y con una colaboración puntual de charlas o revisiones médicas al alumnado (García Martínez, 2000, 124)

La actual orientación de las políticas educativas y sanitarias han puesto de relieve la necesidad de trabajar de manera coordinada en el desarrollo de la Promoción de la Salud (García Martínez, 2000, 125)

Las implicaciones culturales, sociales, económicas, educativas, medioambientales, políticas...de la Promoción de la Salud, hacen que la EpS como estrategia para su consecución tenga un carácter *multidisciplinar* .

En el ámbito de la Escuela, el protagonismo de la EpS es claramente del profesorado, si bien, se requiere una acción coordinada entre los servicios

sanitarios de la zona y el centro escolar. El objetivo es único: capacitar a las personas para que sean capaces de alcanzar una calidad de vida que les permita vivir satisfactoriamente.

Los centros sanitarios y los respectivos profesionales están llamados a una tarea de apoyo y orientación sobre medidas de promoción de salud y prevención de la enfermedad. Por tanto, constituyen un referente importante para el profesorado de las escuelas.

Además de esta cooperación tan evidente y razonable, es necesario crear un espacio de reflexión y formación compartido sobre aspectos más globales relacionados con la salud: la influencia de las políticas sanitarias y educativas en la salud, las dificultades que existen para llevar a cabo la promoción de la salud, los cambios sociales necesarios para sostener y aumentar el estado de bienestar, las nuevas necesidades de salud en base a problemas de gran repercusión social y sanitaria, así como la importancia del compromiso profesional, social y político para trabajar en favor de la salud.

### **3.2. La Educación para la Salud en el ámbito escolar**

Uno de los ámbitos de desarrollo de la Educación para la Salud (EpS), como necesidad educativa básica, es la Escuela que, junto con la familia y el entorno, conforma el núcleo esencial de toda intervención educativa.

La EpS desde el enfoque de Promoción de Salud tiene que estar necesariamente insertada en el marco general de la Educación, puesto que, si la salud constituye un valor básico para la vida, su promoción y cuidado tiene que formar parte del proceso educativo global.

La familia constituye el núcleo primario de referencia y es dónde comienza la educación de la persona, esto conlleva la necesidad de una estrecha colaboración entre escuela y familia y un conocimiento del entorno sociocultural para desarrollar adecuadamente una intervención educativa (Roset y Viladot, 2003, 24)

Si se quiere ayudar a los niños y niñas a que se sitúen de manera positiva en su realidad y sean capaces de implicarse activamente en el control y transformación

de los factores determinantes de salud, la EpS ha de estar integrada en el currículum escolar de una forma globalizante y no adicional.

La EpS en la escuela tiene dos perspectivas: una de carácter global, encaminada a educar en valores como la democracia, la autoestima, la tolerancia, el respeto y valoración de las diferencias, la conservación del medio ambiente, la igualdad, la solidaridad, el consumo responsable... y otra de tipo más específico en el área de salud, que ayude a las personas a comprender el proceso de salud-enfermedad y sus determinantes y a capacitarles para intervenir de forma individual y colectivamente en el fomento, mantenimiento y recuperación de la salud, así como en la prevención de las enfermedades (López Santos, 2000, 400)

La Educación para la Salud en la Escuela ha tenido y tiene en la actualidad una proyección internacional.

La OMS, la UNESCO y UNICEF, en 1991, definieron conjuntamente la Educación para la Salud en la Escuela como *“el conjunto de oportunidades educativas a favor de la Salud, tanto dentro como fuera de la escuela; que actúe para armonizar los mensajes de Salud procedentes de diversas fuentes que afecten a los alumnos, y que capacite a los niños y jóvenes a actuar a favor de una vida sana y de mejores condiciones de salud”* (Martín Rivas, 2002, 32-33)

En el marco de la Unión Europea, la EpS en la Escuela se definió con anterioridad. Así, en el Simposio sobre Educación para la Salud en la Formación Inicial del Profesorado, celebrado en 1986 en Luxemburgo, la EpS en la Escuela se define como *“un proceso basado en principios científicos que aprovecha las oportunidades de aprendizaje planificadas, para capacitar a los individuos, tanto si actúan de forma unipersonal como si lo hacen colectivamente, para que puedan tomar decisiones razonadas en temas relacionados con la salud y obren en consecuencia”*, quedando así introducida la EpS en la escuela, aprovechando la infraestructura educativa existente (Martín Rivas, 2002, 32)

Posteriormente, en 1989, basándose en la anterior definición, la Comunidad Económica Europea (CEE) adopta la definición de EpS en la Escuela y es recogida en la resolución 89/C3/01 como *“un proceso basado en principios científicos que emplean oportunidades planificadas de aprendizaje a fin de permitir que los individuos, tanto por separado como en forma colectiva,*

*elaboren decisiones informadas sobre cuestiones relativas a la salud e influyen en ellas. Se trata de un amplio proceso pedagógico que debe ser asumido tanto por la familia como por la comunidad docente y social” (Martín Rivas, 2002, 32)*

En estas definiciones subyace la necesidad de crear un ámbito de participación común integrado por la Escuela, la familia y el entorno, en aras a conseguir los objetivos que persigue la EpS en el ámbito escolar.

### **3.2.1. Los objetivos de la Educación para la Salud en la Escuela**

La agenda de *Promoción de Salud* especificada en la *Carta de Ottawa* (1986) constituye la referencia básica de los objetivos de la EpS en la Escuela.

La *Promoción de Salud* (PS) se presenta como un proceso de construcción colectiva, dirigido a mejorar la salud mediante la acción sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad. Este planteamiento exige el cumplimiento de unos principios: trabajar con la gente y no sobre ella, valorar el interés por las personas y por el medio ambiente, involucrar en la acción a todos los sectores, considerar la comunidad y el ámbito local el núcleo central de las acciones, subrayar los aspectos positivos tanto en la determinación de los objetivos como en la selección de las estrategias (López Santos, 1998, 24)

Las estrategias de EpS tratan de dar respuesta a las cinco áreas de acción de las conclusiones de la Primera Conferencia de Promoción de Salud que dio lugar a la mencionada *Carta de Ottawa*:

*1. Elaborar políticas públicas saludables*: políticas orientadas a eliminar las desigualdades. Este proceso requiere de la aplicación de instrumentos técnicos y metodológicos de información, educación y comunicación social para llevar los problemas sociales prioritarios a los decisores de políticas públicas (Restrepo, 2001, 37)

En este sentido, la práctica educativa escolar tiene la responsabilidad de establecer el proceso para fomentar el compromiso social en los niños y niñas como un elemento imprescindible en el cuidado de la salud, interesándose por las características de las políticas sociales, educativas y sanitarias, sus deficiencias y las posibilidades de mejorarlas.

2. *Crear entornos favorables a la salud*: la creación de un clima favorable a la salud exige un esfuerzo importante para aumentar la sensibilidad social por los temas de salud (López Santos, 1998, 25). La implicación de la acción educativa en las escuelas es esencial para conseguir progresivamente una cultura favorable a la salud, incidiendo en la moda, la publicidad, los medios de comunicación social (López Santos, 1998, 25)

3. *Fortalecer la acción comunitaria*: la participación social es un elemento esencial para incrementar la capacidad de la gente para actuar y decidir sobre sus vidas. El empoderamiento como proceso social está íntimamente ligado a la participación comunitaria y a su consolidación (Restrepo, 2001, 39)

El enfoque educativo de las *Escuelas Democráticas* de Apple y Beane (1998) constituye una excelente alternativa para conseguir que las personas, individual y colectivamente, sean las verdaderas protagonistas de sus vidas, no sólo con una perspectiva de garantizar el presente sino de preservar el futuro para las generaciones venideras.

4. *Desarrollar las capacidades personales*: instaurar y mantener estilos de vida saludables. “*El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más completo, y las pautas individuales de conducta, determinada por factores socioculturales y características personales*” (Nutbeam, 1996, citado en Restrepo, 2001, 41).

El estilos de vida de las personas es uno de los factores determinantes del proceso salud-enfermedad, puesto de manifiesto por el *Informe Lalonde* (1974), cuya vigencia se mantiene en la actualidad, atribuyéndoseles un peso importante en la producción de salud y en la prevención de la enfermedad.

Los estilos de vida comprenden no sólo algunos comportamientos reconocidos como saludables (ejercicio físico, dieta sana...) sino también otras actitudes y prácticas tales como la tolerancia, la solidaridad, el respeto por las diferencias y los derechos humanos, la participación... que inciden en la vida colectiva (Restrepo, 2001, 41)

La Escuela, desde la educación en valores, juega un papel tan importante que es imposible conseguir el desarrollo de las capacidades de las personas sin su

intervención. La omisión de esta tarea o la infravaloración de la misma implicaría una falta de responsabilidad en la práctica educativa que la sociedad, en su conjunto, no debería tolerar.

5. *Reorientar los servicios de salud*: superar la orientación tradicional de los servicios sanitarios hacia la curación, potenciando la acción integral y continuada de todas las personas, es decir, desde todas las dimensiones (biológica, psicológica, social y espiritual) a lo largo de todo el ciclo vital y tanto en situación de salud como de enfermedad (López Santos, 1998, 26). Además de la recuperación de la salud, los servicios sanitarios deben establecer programas específicos dirigidos a promover la salud y a prevenir la enfermedad.

Los servicios sanitarios forman parte del macrosistema social, por tanto, la Escuela no puede estar ajena a los mismos. Desde el enfoque de PS, también debe educarse en el análisis crítico de su funcionamiento, la manera de utilizarlos de forma eficaz, así como identificar las deficiencias y exigir las prestaciones que, por derecho, y en aras a mejorar la calidad de vida, correspondan.

Con independencia de cuál pueda ser su formulación concreta, los objetivos de la EpS en la Escuela pueden sintetizarse en tres grandes finalidades (López Santos, 2000, 401):

- Contribuir a capacitar a las personas para que puedan cuidar de su salud y de la de las demás personas, facilitándoles las herramientas conceptuales y metodológicas necesarias para ello.

- Promover en el alumnado el interés por la salud y la adopción de estilos de vida saludables, proporcionándoles un conocimiento crítico del entorno y el desarrollo de habilidades personales y sociales que le permitan tomar decisiones informadas, libres y responsables.

- Fomentar en el alumnado la necesidad de participar de forma individual y colectiva en la conservación y/o transformación del entorno natural, físico y social, en beneficio de la salud, a través de un proceso de toma de conciencia de la influencia que estos factores tienen en el nivel de salud de la población y de las posibilidades de intervenir positivamente sobre ellos.

La consecución de estos objetivos va a estar determinada por las características del entorno escolar, por el currículum y por la propia vida de la



escuela. En este sentido, las *escuelas democráticas* y el *currículum integrado* son una garantía en cuanto al enfoque educativo, los contenidos y la metodología necesarios para llevar a cabo la EpS en el marco de la PS.

### **3.2.2. El currículum de Educación para la Salud en el medio escolar: principios, características y contenidos**

Los resultados de la Educación para la Salud (EpS) en la escuela vienen determinados por el diseño y desarrollo del currículum global.

Minimizar la distancia entre el currículum formal y el currículum oculto debe ser una de las aspiraciones que guíe la intervención de EpS en los centros escolares (López Santos, 2000,400)

Cuando se afirma que un currículum pertenece al ámbito de lo *práctico*, se acepta que pertenece al nivel de la interacción humana, por tanto, todos los participantes en el acontecimiento habrán de ser considerados sujetos y no objetos (Grundy, 1998, 100). Este enfoque implica un proceso reflexivo crítico vinculado a la función educativa de la Escuela que conlleva el que cada persona pueda reconstruir conscientemente su pensamiento y actuación (Pérez Gómez, 1998, 257)

La instauración de un currículum *integrado y democrático* requiere que la Escuela sea una comunidad de vida, de participación democrática, de diálogo y aprendizaje compartido, un centro educativo flexible y abierto donde colaboren los miembros más activos de la comunidad para recrear la cultura, donde se aprende porque se vive, porque vivir democráticamente significa participar, construir cooperativamente alternativas a los problemas sociales e individuales, fomentar la iniciativa, integrar diferentes propuestas y tolerar las discrepancias (Pérez Gómez, 1998, 258)

El diseño curricular de Educación para la Salud (EpS) ha de ser necesariamente de carácter integrado, centrado en los intereses del alumnado y encaminado a potenciar aquellos valores compatibles con la emancipación de las personas para que sean capaces de alcanzar individual y colectivamente unos niveles de salud óptimos.

Los contenidos de EpS deben contemplarse desde la perspectiva global en el marco de la *educación en valores*.

El diseño del currículum global en el que se enmarca la EpS y la manera de llevarlo a la práctica está determinado por una concepción de persona, una filosofía de la educación, una visión del mundo, una manera de concebir la salud y sus determinantes. Es en definitiva el sistema de creencias y valores que conforman nuestra cultura, el que va a guiar la inclusión de los contenidos relacionados con la salud y la manera de integrarlos como algo básico y no complementario.

No obstante, desde la consideración del currículum como *proceso*, existe la posibilidad de ir produciendo los cambios deseables para una EpS vinculada a la vida, a través de la reflexión crítica y de la profundización en los valores humanos que provocan cambios importantes en nuestras conciencias y, consecuentemente, en nuestra forma de percibir y actuar en el mundo.

Algunas de las características más relevantes que debe tener el currículum que contemple la EpS son las siguientes (López Santos, 2000, 401):

*-Orientación hacia la Promoción de la Salud (PS)* desde su doble dimensión individual y colectiva. La evaluación de las necesidades educativas en materia de salud, los objetivos y las experiencias de aprendizaje deben tener como referencia el enfoque de PS, lo que implicaría una orientación educativa democrática.

*-Planteamiento educativo integral:* la formación en salud exige un desarrollo armónico de las dimensiones cognitiva, socio afectiva y sensomotora para que, como señala la definición de EpS de la XXXVIII Asamblea Mundial de la OMS, “*la persona sepa cuidar de su salud, quiera y disponga de los recursos y habilidades personales para hacerlo*”

*-Estructura en espiral:* facilitar el que los conceptos e ideas básicas se hagan presentes de manera constante y en diferentes niveles de complejidad durante todo el proceso educativo, adaptándose a los ritmos y características evolutivas de los niños y niñas. De esta manera se conseguirá una asimilación progresiva y unos resultados estables.

*-Enfoque metodológico para el aprendizaje activo y significativo* que haga posible la integración de los contenidos de EpS en la estructura cognitiva del

alumnado, de manera que el cuidado de la salud entre a formar parte de su sistema de valores.

*-Currículum contextualizado:* abierto a las necesidades y problemas de salud del entorno y conjugando las necesidades educativas de carácter normativo, comunes a todos los niños y niñas en edad escolar con las características culturales y socio sanitarias específicas de cada persona.

*¿Qué conocimientos específicos relacionados con la salud debe facilitar la Escuela a lo largo del ciclo formativo?*

Los conocimientos básicos específicos pueden agruparse en tres grandes núcleos (López Santos, 2000, 402):

*-Conocimiento sobre la dimensión biológica y psicosocial del ser humano.* El autoconocimiento y la auto comprensión son imprescindibles para llevar a cabo los cuidados de salud, ya que conocer y comprender la estructura y funcionamiento del cuerpo, los mecanismos fisiológicos, psicológicos y espirituales que permiten crecer, sentir, pensar, expresarse, trabajar, amar... son elementos esenciales para concebir la salud como un valor para vivir en plenitud.

*-Conocimiento acerca del proceso salud-enfermedad* que ayude a comprender cuáles son los factores que condicionan la salud y los mecanismos de producción de la enfermedad para poder intervenir sobre ellos. Sólo desde la comprensión de este proceso será posible alcanzar los objetivos de promoción de salud, mantenimiento y recuperación de la misma y prevención de la enfermedad.

*-Conocimiento sobre los mecanismos y recursos para fomentar, mantener y recuperar la salud.* La Escuela debe abordar no sólo los contenidos relacionados con los cuidados básicos de salud como la alimentación, el ejercicio físico, la utilización del ocio, el aseo personal, la higiene postural... sino que debería incluir también el cuidado ante aquellos problemas de salud que, por su relevancia social y su susceptibilidad a la acción educativa, se consideren necesarios. De igual manera debe capacitar al alumnado para que sepa cómo actuar ante ciertas manifestaciones o problemas de salud más frecuentes.

*¿Qué valores relacionados con la salud hay que potenciar en el currículum?*

Las estrategias de EpS en la Escuela tienen que hacer posible los cambios de actitudes y comportamientos que conduzcan a *vivir saludablemente* en el más

amplio sentido de la palabra. Para ello es necesario educar intencionadamente en torno a valores como la *democracia* como la mejor forma de proporcionar a la sociedad una vida plena y aumentar nuestra calidad de vida, la *equidad social* y la *solidaridad* como antídotos ante las grandes desigualdades en salud cuyo origen son las desigualdades sociales, presentes ya en la Escuela, la *tolerancia* como la mejor manera de rescatar el sentido de la igualdad a través del enriquecimiento que lleva consigo la diversidad. Esta dimensión contribuye al equilibrio emocional, afectivo y social necesario para incrementar nuestro nivel de salud. Otro de los valores es que los niños y niñas comprendan y sientan la necesidad de *preservar y cuidar el medio ambiente* como uno de los principios de equilibrio ecológico necesario para el mantenimiento de nuestras vidas y de las futuras generaciones y para hacer del entorno natural un medio seguro y no una fuente de riesgos para la salud. Potenciar las relaciones sociales en un marco de *respeto* y *convivencia*, tendrá grandes beneficios para la salud desde el punto de vista emocional y afectivo. También la *coeducación* es un valor que, desde la perspectiva de salud ayudará a reducir las desigualdades en función del género que en el ámbito de la salud, se vienen detectando, como la peor calidad de vida que tienen las mujeres frente a los varones (según se recoge en la Encuesta Nacional de Salud de 1997)

Por otra parte, también desde la EpS en la Escuela deben combatirse abiertamente y de manera inequívoca determinados valores de la cultura dominante neoliberal: el *individualismo* como algo que rompe la cohesión social y provoca la exclusión, el *hedonismo* como forma de vida vinculada al individualismo y que produce grandes fracturas en el estado de bienestar, el *consumismo* como indicador del éxito social, porque subyuga a la persona a los intereses del mercado y a una profunda manipulación por parte de los medios de comunicación a través de la publicidad, provocando frustraciones difíciles de superar y reduciendo el valor de la persona a su capacidad para consumir, la *violencia* en todas sus manifestaciones y grados, como forma de comportamiento legitimada socialmente y solapada por determinados medios de comunicación. La violencia de género a la que estamos asistiendo con asombro, tiene también su base en estos comportamientos.

En definitiva, los contenidos globales y específicos deben insertarse armónicamente y de manera sólida en el currículum global, impregnando el proceso de enseñanza–aprendizaje de ese eje vertebrador que constituyen los valores de una educación democrática, liberadora y profundamente humana.

### **3.3. La Educación para la Salud en la Escuela en el marco de la Unión Europea**

Históricamente ha existido una gran preocupación por parte de determinados organismos internacionales como la OMS y la UNESCO sobre la educación de la población en materia de salud. La evolución de la Educación para la Salud (EpS) ha estado marcada por las distintas investigaciones llevadas a cabo por dichos organismos, cuyo resultado ha sido la elaboración de diversos informes y recomendaciones (Martín Rivas, 2001, 38)

La EpS en la Escuela en el ámbito europeo ha tenido una evolución marcada por diversas etapas que comienzan en la década de los años cincuenta, a partir de la *I conferencia Europea sobre Educación Sanitaria del Público*, organizada por la OMS y celebrada en Londres en 1953, cuyas conclusiones recoge la necesidad de impulsar la EpS en la Escuela contando con la participación del alumnado, de los padres y del profesorado, aunque su puesta en práctica queda relegada a la buena voluntad de la persona que ejerce la docencia (Martín Rivas, 2001, 38)

En la década de los años sesenta, se entra en una etapa de impulso de la formación del maestro. A lo largo de este período se insiste, por parte de la UNESCO y de la OMS, en la necesidad de que las personas dedicadas a la docencia en el ámbito escolar tengan una formación adecuada en EpS y en la elaboración de materiales didácticos que faciliten la tarea.

En 1974, el Informe del Ministerio de Sanidad Canadiense (Informe Lalonde) puso de manifiesto la importancia de los determinantes de salud y, especialmente, los factores relacionados con el medio ambiente y los estilos de vida como los de mayor influencia en el proceso de salud-enfermedad. Esta investigación fue decisiva para el desarrollo del nuevo paradigma de salud que ha ido dando lugar a una nueva concepción de salud vinculada a un enfoque positivo, dinámico,

multicausal y social frente a la concepción reduccionista de entender el fenómeno de salud-enfermedad como un acontecimiento estrictamente biológico y de tipo individual.

La importancia de los estilos de vida, como factor determinante para prevenir determinados problemas de salud y para potenciarla, hace que se considerara la *Educación* uno de los medios más importantes para conseguir instaurar hábitos saludables.

A partir de 1986, con la *I Conferencia Internacional de Promoción de Salud*, se abre una nueva etapa en la concepción del fenómeno de salud-enfermedad y su manera de intervenir en el mismo: se plantea el cuidado de la salud a través del enfoque de *promoción de Salud*, fuertemente vinculado a la EpS en la Escuela. Se va abandonando así los cuidados de salud de carácter sanitario-biologicista para abrir una perspectiva más salubrista.

Posteriormente, en 1979, se formula la *Estrategia de Salud para Todos en el año 2000* por parte de la OMS, organizada en 38 metas de salud en las que se recogen las condiciones que deben darse para disfrutar de salud. Las metas 14 y 15 hacen referencia específicamente a la EpS en la Escuela.

La etapa de implantación y desarrollo de la EpS en la Escuela comenzó en 1990 cuando se celebró en Dublín la *I Conferencia Europea sobre la Educación para la Salud y la prevención del cáncer en las escuelas*, organizada por la Comisión de las comunidades Europeas (Martín Rivas, 2001, 47). Las recomendaciones de esta Conferencia han marcado las directrices generales de la EpS en la Escuela a nivel de Europa. En este sentido, hay que destacar el que la EpS deba incluirse en los programas de Educación Infantil, Primaria y Secundaria, que se incida en los aspectos positivos de una vida saludable, que se incluyan en los programas de estudio el tratamiento repetido de temas clave relativos a la salud a lo largo de la vida escolar y que exista coherencia entre lo que se enseña en el aula, lo que sucede dentro de la escuela y el entorno en el que viven los niños (Martín Rivas, 2001, 48)

También en esta década de los noventa, comienza a manifestarse con fuerza todo un movimiento mundial en defensa del medio ambiente. Las distintas Cumbres de Naciones Unidas han puesto de manifiesto los problemas que

constituyen una amenaza para la salud y la necesidad de hacer frente a ellos desde el compromiso político y la educación: la Conferencia de Río de Janeiro (1992) sobre la necesidad del desarrollo sostenible en los procesos de industrialización y de la aportación del 0,7% del PIB a países en vías de desarrollo, la Conferencia sobre el cambio climático celebrada en Kyoto en 1997, donde se dieron las orientaciones pertinentes para reducir la contaminación medio ambiental como una de las acciones prioritarias, la Conferencia de Buenos Aires (1998) donde se confirma el calentamiento global del planeta y se prevé el avance de nuevas enfermedades y la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible de Johannesburgo (2002) en la que se vuelve a insistir en la necesidad de reducir las emisiones a la atmósfera y de reducir las desigualdades en cuanto a distribución de la riqueza entre países ricos y empobrecidos.

Todo este proceso ha dado lugar a diversos modelos y programas de EpS en la Escuela en los distintos países de la Unión Europea, así como a determinados proyectos encaminados a la Promoción de la Salud de los que el exponente más relevante es la denominada *Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud*.

### **3.3.1. Modelos y programas de Educación para la Salud a nivel escolar**

Desde la perspectiva institucional, en todos los países de la Unión Europea el organismo responsable de la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela es el Ministerio de Educación, mientras que el Ministerio de Sanidad ejerce una función de apoyo.

Algunos países tienen una figura responsable de la EpS a nivel ministerial (Alemania, España, Holanda, Italia, Luxemburgo y el Reino Unido), lo que indica la implantación y el desarrollo de la misma (Martín Rivas, 2001, 149)

Las universidades tienen distintos grados de colaboración en cuanto a la formación y a la investigación, como es el caso de las universidades de Southampton en el Reino Unido y Perugia en Italia. Otras, como es el caso de las universidades españolas, participan en la formación y en proyectos concretos relacionados con algún problema de salud específico (Martín Rivas, 2001, 150)

Respecto a los modelos de EpS en la Escuela, la tendencia es de una cierta homogeneidad en cuanto a la presencia de la misma en todos los países.

Los modelos pueden sintetizarse de la manera siguiente (Martín Rivas, 2001, 64-72):

-En *Alemania*, el modelo actual de EpS en la Escuela se estableció en 1979 por resolución de la Conferencia de Educación para la Salud de los Ministerios de Educación de los once Länder o Estados Federales de la antigua República Federal Alemana.

Los contenidos de EpS están incluidos en el currículum de la Enseñanza Primaria y Secundaria, siendo obligatoria su impartición. La distribución es diversificada en distintas asignaturas: Educación Física, Ciencia, Geografía, Lengua Alemana, Música y Religión en el nivel de Primaria. En Secundaria, además de Educación Física, Lengua Alemana y Religión, se integra en Biología y en Física y Química.

El enfoque de EpS va más allá de la adquisición de conocimientos, tratando de modificar y/o instaurar actitudes y comportamientos saludables.

-En *Bélgica*, la EpS no está regulada legalmente a nivel nacional, aunque el profesorado puede incluirla de manera voluntaria en su programación. En el nivel de enseñanza Primaria se contempla dentro de los estudios medioambientales. En Secundaria en asignaturas como la Biología, Educación Física, Economía Doméstica, Lengua, Religión y Ética.

En muchas ocasiones se aborda la EpS a través de proyectos aislados, al margen de la programación docente.

-En *Dinamarca* se contempla la EpS en la Ley Educativa de 1975 en forma de temas obligatorios con carácter biologicista, pero, a partir de la década de los ochenta, incluye aspectos psicológicos y sociales. La nueva Ley de Administración Escolar de 1990 da un gran impulso a la EpS en las escuelas fomentando la participación de la comunidad escolar y facilitando al profesorado el que puedan dedicar más tiempo y recursos a la misma.

Los contenidos de EpS se incluyen en asignaturas obligatorias como la Biología, la Geografía, la Educación Física, Lengua o Historia, siendo de especial relevancia los temas relacionados con la Educación Sexual y el Medio Ambiente.



El modelo de EpS danés tiene como referencia fundamental los estilos y condiciones de vida como los factores determinantes del proceso salud-enfermedad.

-En *España*, la EpS está regulada legalmente en la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo de 1990 (LOGSE) siendo de aplicación en todo el territorio nacional, contemplándose de manera transversal en todo el currículum de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria. Su aplicación se lleva a cabo a través de la adaptación que hacen las respectivas Comunidades autónomas en función de sus propias características y necesidades.

La nueva Ley Orgánica de Calidad de la Enseñanza de 2002 (LOCE) modifica sustancialmente los contenidos de EpS, dejando de ser transversales y quedando restringidos a determinados aspectos biológicos (Real Decreto 829/2003 y 830/2003 respectivamente).

Los resultados electorales del pasado 14 de marzo que dieron la victoria al Partido Socialista Obrero Español, han hecho que la aplicación de la LOCE quede paralizada a todos los efectos.

-En *Francia*, como en el caso de Dinamarca, está regulada legalmente desde 1975 y su evolución, cambios y enfoques han ido unidos a los sucesivos planes educativos. Así, en sus comienzos, tenía un carácter más sanitario, en 1978 se centra más en una perspectiva más educativa. El Plan de 1981 considera la EpS como el instrumento principal para el fomento de la salud. Posteriormente, la Ley de Política Educativa de 1989 resalta la importancia de la EpS, dando especial importancia a la participación del profesorado, de los padres y, en general, de toda la comunidad escolar.

Como en otros países, la EpS no es una asignatura independiente sino que forma parte de otras asignaturas como las Ciencias Naturales, la Educación Cívica, la Educación Física (en Primaria) y la Biología, la Lengua, las Matemáticas, Ciencia y Tecnología en la Educación Secundaria.

Su programación está sujeta a la iniciativa de cada escuela y del profesorado con la participación de los padres. En temas específicos participan profesionales de la Medicina y la Enfermería pertenecientes a los Servicios Sanitarios Escolares.

-En *Grecia* no existe legislación específica sobre EpS en la Escuela, por tanto su presencia en el currículum escolar es inapreciable, considerándose que son los padres y la comunidad los máximos responsables de la misma.

-En *Holanda* el modelo de EpS viene marcado desde 1961 por el Gobierno. Desde el año 1985 en la Ley de Enseñanza Primaria se contempla la EpS como asignatura obligatoria, programada e impartida sistemáticamente, cuya base es el comportamiento y la salud. No obstante, hay escuelas que la contemplan de manera independiente y otras la integran en otras asignaturas o en forma de proyectos concretos.

En el nivel de enseñanza Secundaria, establece la EpS de los 12 a los 16 años con carácter obligatorio, siendo asignatura independiente en el primer ciclo y de manera integrada en otras asignaturas en las otras modalidades. El currículum nacional obligatorio supone el 80%, quedando el 20% restante para actividades a priorizar por cada escuela secundaria y que, normalmente, suelen estar relacionadas con la EpS.

-En *Irlanda* el modelo de EpS lo establece el Ministerio de Educación en 1971 por medio del denominado Nuevo Currículo pero no existe una legislación específica, estando presente a lo largo de los planes de estudio.

En la Educación Primaria y en la Secundaria, la EpS tiene carácter *interdisciplinario*. A partir de 1990, el denominado Organismo de Revisión del Currículo de la Enseñanza Primaria emite un informe en el que se establecen diversos principios para el desarrollo de la EpS en el ámbito escolar: *enfoque interdisciplinario* con identificación precisa de objetivos, contenidos, medios y áreas del currículum donde pueden ubicarse de manera más adecuada, desarrollo de programas de *formación permanente del profesorado*, así como tener en cuenta el mayor número de *opiniones* al respecto por el carácter multidisciplinar de la EpS.

-En *Italia*, el modelo de EpS sirvió para su implantación en España.

Su experiencia se inició en 1975 con el desarrollo de una campaña contra la drogadicción desde el ámbito de la educación con la colaboración de familias y servicios sociales.

En el año 1987 el Ministerio de Educación introdujo la EpS en la Escuela a través del currículum. Los principios didácticos en los que se apoya el desarrollo de la EpS son: la participación del alumnado en la resolución de problemas, la investigación y proyectos en materia de salud que tienen como referencia sus propias experiencias y temas cercanos a su entorno.

La nueva Ley de Educación del año 1990 supuso un gran avance en EpS en cuanto a reforzar la figura responsable de EpS en la Escuela y a potenciar la formación del profesorado.

La EpS está integrada en distintas asignaturas, tanto en el nivel de Primaria como en Secundaria, siendo de mayor relevancia su inclusión en Educación Física y en Ciencias Naturales.

-En *Luxemburgo*, la EpS comienza en 1978, año en el que la normativa educativa contempla temas concretos a tratar en las escuelas como la higiene, la seguridad, primeros auxilios, la seguridad vial y seguridad en el entorno escolar.

En el año 1989 aparece un nuevo plan de estudios para la Enseñanza Primaria donde se potencia el número de horas dedicadas a la EpS.

El desarrollo de la EpS en la Escuela tiene carácter obligatorio tanto en Primaria como en Secundaria y su contenido está integrado en asignaturas como Biología, Historia, Religión, Economía Doméstica.

-En *Portugal*, la Ley General del Sistema Educativo de 1986 contempla la EpS integrada en otras asignaturas como Ciencias Naturales en el tramo de 6 a 9 años, incorporándose a las Ciencias Sociales y a la Educación Física en el intervalo de 10 a 12 años.

-En el *Reino Unido* desde 1909 es obligatoria la inclusión de EpS en la formación escolar. Su actualización y potenciación aparece con la Ley de Reforma Educativa de 1988.

Los contenidos de EpS se desarrollan integrados en otras asignaturas como Ciencias, Educación Física, Tecnología, abordándose como asignatura independiente en algún caso aislado del nivel de Secundaria.

En el nivel de Primaria, la distribución del tiempo dedicado a la EpS se da a lo largo de todo el año durante las distintas horas de clase y, en otros casos, se organiza de manera más intensiva durante un período determinado del año.

Tanto en Primaria como en Secundaria existe la figura de una persona responsable que coordina el desarrollo de la EpS. En la Enseñanza Primaria recae sobre la dirección o subdirección del centro, mientras que en la Enseñanza Secundaria existe un nombramiento específico para tal finalidad.

En cuanto a los *programas* de EpS en la Escuela, hay que señalar que el enfoque y los contenidos tienen bastante similitud en el conjunto de países de la Unión Europea, aunque también existen algunas diferencias que habría que destacar. Las características se sintetizan de la manera siguiente:

PAÍS	OBJETIVOS	CONTENIDOS
ALEMANIA	Fomentar comportamientos sanos entre el alumnado a la edad más temprana posible.	-Alimentación y Nutrición -Los sentidos y la salud -Higiene bucodental -Ejercicio físico y salud -Tabaco y salud -El estrés y sus efectos -Habilidades sociales
BÉLGICA	No se formulan	-Alimentación y Nutrición -Enfermedades infecciosas -Servicios de atención sanitaria -Salud física y ejercicio -Seguridad y riesgos para la salud -Tabaco, alcohol y dulces -Toxicomanías
DINAMARCA	Desarrollar en el alumnado la capacidad para fomentar su propia salud y la de las demás personas de su comunidad, actuando en colaboración con otras personas o a título individual.	-Alimentación y nutrición -Seguridad y prevención de accidentes -Ejercicio y salud física -Educación sexual -Salud mental -Salud medioambiental y comunitaria -Crecimiento y desarrollo -Drogodependencias
ESPAÑA	<u>Primaria</u> : Capacitar al alumnado para actuar de forma independiente, con autoconfianza contribuyendo activamente a su propia salud, interactuando adecuadamente con su entorno. <u>Secundaria</u> : Desarrollo de la autoconciencia, hábitos sanos e interacción adecuada con el entorno social, interpersonal, físico y natural.	-Alimentación y nutrición -Educación familiar y sexual -Toxicomanías -Higiene personal -Educación medioambiental -Enfermedades infecciosas -Crecimiento y desarrollo -Salud mental -Actividad y ocio
FRANCIA	Hacer responsable al alumnado de la protección de la salud, de los riesgos a los que se enfrenta y concienciarle de la responsabilidad comunitaria.	-Alimentación y nutrición -Educación familiar y sexual -Seguridad, prevención de accidentes y primeros auxilios. -Higiene personal -Ejercicio físico -Tabaco -Peligros del tabaco y del alcohol -Salud medio ambiental

GRECIA	Ayudar al alumnado a que adquieran los conocimientos necesarios y la motivación para desarrollar modelos de comportamiento sanos en sus propios estilos de vida.	-Alimentación y nutrición -Reproducción animal y humana -Problemas sanitarios locales -Seguridad y prevención de accidentes -Educación sobre drogodependencias -Problemas sanitarios locales
HOLANDA	<u>Primaria:</u> Ayudar al alumnado para que aprenda a tomar sus propias decisiones sobre temas que afectan a su salud o a la salud de los demás. <u>Secundaria:</u> Ayudar al alumnado a no dejarse llevar por la presión que ejercen los compañeros y a fomentar su autoestima.	-Nutrición -Cuidado bucodental -Higiene personal -Seguridad vial -Seguridad en la escuela y en casa -Higiene medioambiental -Relaciones y sexualidad -Crecimiento y desarrollo -Prevención de enfermedades de transmisión sexual -Drogodependencias
IRLANDA	Animar al alumnado a que elijan y mantengan un estilo de vida sano.	-Nutrición -Higiene personal -Seguridad en el deporte y acontecimientos especiales. -Seguridad vial -Vida sana y ejercicio físico -Drogodependencias -Educación sexual -Malos tratos
ITALIA	-Fomentar el desarrollo físico y psicológico armonioso del alumnado. -Capacitar al alumnado para pensar de manera crítica y tomar decisiones respecto a la salud.	-Conocimiento del cuerpo y mente -Educación ambiental -Educación nutricional -Higiene personal y social -Relaciones personales y humanas -Drogodependencias -Prevención de accidentes -Educación sexual -Servicios sanitarios y sociales
LUXEMBURGO	Desarrollar actitudes y comportamientos de autoestima y confianza.	-Alimentación -Higiene bucodental -Resolución de conflictos -Actividad física -Drogodependencias -Conocimiento del cuerpo
PORTUGAL	No formulados	-Nutrición -Higiene personal y social -Seguridad -Entorno físico y social -Riesgos para la salud -Biología humana -Prevención del cáncer
REINO UNIDO	Establecer un estilo de vida sano, tomar decisiones con conocimiento de causa y fomentar la responsabilidad individual.	-Alimentación y nutrición -Ejercicio físico y salud -Higiene personal -Educación sexual -Seguridad -Educación medioambiental -Uso y abuso de sustancias -Aspectos psicológicos de la EpS -Educación sobre la vida familiar

En general, la EpS en Europa responde a planificaciones curriculares a nivel estatal, cuya referencia fundamental son los acuerdos internacionales en materia de salud, sobre todo el enfoque de *Promoción de Salud*, presente en la formulación de objetivos de los respectivos países.

Los contenidos se repiten en los diferentes currícula, aunque existen diferencias en cuanto a la inclusión de temas relacionados con la salud mental y social o las relaciones humanas. Mientras que los aspectos relacionados con el ámbito biológico (alimentación, higiene personal, higiene bucodental, ejercicio físico...) están presentes en todos los programas. Aquellos contenidos vinculados al área afectiva aparecen con menor frecuencia.

### **3.3.2. La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud: una experiencia para la creación de entornos saludables**

La *Promoción de Salud* (PS), como modelo para que las personas sean capaces de alcanzar niveles óptimos de salud individual y colectivamente, es el objetivo fundamental de las estrategias de Educación para la Salud (EpS).

#### **3.3.2.1. Descripción del Proyecto**

La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) constituye uno de los exponentes más importantes de la PS en el ámbito escolar.

La REEPS es un proyecto común de la Comisión de Unión Europea, el Consejo de Europa y la Organización Mundial de la Salud-Región Europea. Su origen tuvo lugar en el marco de encuentros internacionales a propuesta de profesionales expertos en salud y en educación, de responsables políticos y personas dedicadas a la investigación (Roset y Viladot, 2003, 24-25)

El antecedente de la REEPS fue el proyecto piloto de EpS que se desarrolló desde 1984 a 1989 en once escuelas de distintos países de la Unión Europea, evaluándose en 1990. A partir de este año se amplía la experiencia y se crea la figura de coordinador del proyecto en cada escuela y de coordinador nacional para cada uno de los países (Martín Rivas, 2001, 205)

La constitución formal de la REEPS partió de las recomendaciones de la *Conferencia sobre la promoción de la Educación para la Salud* celebrada en Estrasburgo en septiembre de 1990. Estas recomendaciones fueron, a su vez, una prolongación de la experiencia piloto mencionada con anterioridad.

Este esfuerzo común está en consonancia con las prioridades actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el espíritu de la resolución del Consejo de Ministros de la Comunidad Europea de noviembre de 1988 sobre la introducción de la EpS en las escuelas y con las conclusiones de la *Conferencia de la Comunidad Económica Europea sobre la prevención y la EpS en las escuelas*, celebrada en Dublín en febrero de 1990.

La Escuela Promotora de Salud se basa en un modelo social de salud que abarca a la organización global de la escuela y al nivel individual del alumnado. Se trata de crear un marco social favorable capaz de influir en las ideas, las percepciones y acciones de todas las personas que viven, trabajan, participan y aprenden en la escuela. En definitiva se intenta crear un clima positivo para las relaciones, la toma de decisiones y el modo en que se desarrollan los valores y actitudes de los niños y niñas.

La *Conferencia Internacional Medio ambiente y sociedad: educación y sensibilización para la sostenibilidad* organizada conjuntamente por la UNESCO y el Gobierno griego, celebrada en Salónica en diciembre de 1997, dio lugar a la *Declaración de Salónica* en la que se recoge una resolución relacionada con las Escuelas Promotoras de Salud: “*todos los niños y jóvenes de Europa tienen el derecho y han de tener la posibilidad de estudiar en una escuela promotora de salud*”. En este sentido, la Conferencia señala la necesidad de crear las condiciones necesarias para la puesta en práctica de los principios en los que debe apoyarse la Escuela Promotora de Salud: la *democracia*, la *igualdad*, la *capacidad para la acción*, la importancia del *entorno escolar*, el *currículum* como elemento inspirador de la comunidad escolar, adaptado a las necesidades y centrado en el alumnado, la *formación del profesorado*, la *evaluación del éxito*, la *colaboración*, el papel de la *comunidad local* y el *desarrollo sostenible*.  
*¿Qué objetivos se pretenden conseguir con la REEPS?*

Desde la creación de un entorno físico y psicosocial saludable y seguro, la REEPS se centra tanto en el alumnado como en el entorno escolar y pretende lo siguiente (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2003):

- Favorecer modos de vida saludables y ofrecer al alumnado y al profesorado opciones atractivas y realistas en materia de salud.

- Definir metas claras y alcanzables de promoción de salud y de seguridad para el conjunto de la comunidad escolar.

- Ofrecer un marco de trabajo y estudio dirigido a la promoción de la salud, donde se tenga en cuenta las condiciones del edificio escolar, de los espacios deportivos y de recreo, de los comedores escolares y de los aspectos relacionados con la seguridad en los accesos.

- Desarrollar el sentido de la responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud.

- Posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico y social, y la adquisición de una auto imagen positiva de todo el alumnado.

- Favorecer buenas relaciones entre todos los miembros de la comunidad educativa y de ésta con su entorno.

- Integrar la Educación para la Salud en el proyecto Curricular de forma coherente, utilizando metodologías que fomenten la participación del alumnado en el proceso educativo.

- Proporcionar al alumnado los conocimientos y habilidades indispensables para adoptar decisiones responsables en cuanto a su salud personal y que contribuyan al desarrollo de la salud y la seguridad de su entorno.

- Identificar y utilizar los recursos existentes en la colectividad para desarrollar las acciones en favor de la promoción de la salud.

- Ampliar la concepción de servicios de salud escolar para hacer de ellos un recurso educativo que ayude a la comunidad a utilizar adecuadamente el sistema sanitario.

Entre los aspectos más relevantes hay que destacar la importancia de la integración de los contenidos de EpS en el Proyecto Curricular, la necesidad de crear un entorno saludable y seguro desde la escuela y la racionalización en la utilización de los recursos.



*¿Qué estructura tiene la REEPS?*

Uno de los principios de organización es la descentralización, dotándose de estructuras a nivel local, nacional e internacional. En este sentido, se crean, en los centros educativos seleccionados, un *equipo* y una persona que *coordine*, elegida entre el profesorado con capacidad para la gestión y para conformar el equipo que llevará a efecto el programa, implicando al alumnado, a los padres y las madres, al resto del profesorado y a los servicios comunitarios relacionados con la salud (Martín Rivas, 2001, 207)

A nivel nacional existirá un Centro de Apoyo y Coordinación, al frente del cual estará una persona que coordinará la gestión y evaluación del proyecto. Desde este nivel se realiza la adaptación a cada país de los criterios de actuación marcados por el Comité Internacional de Planificación. Este Comité, además de programas y gestionar las actuaciones de la REEPS, ejerce una función de respaldo a la misma. Está conformado por representantes de las tres instituciones que participaron en su creación: Consejo de Europa, Comisión Europea y OMS-Región Europea.

Las funciones de este Comité son las de facilitar el intercambio de información y experiencias de los distintos centros nacionales, la realización de actividades de formación, la evaluación y análisis de resultados, así como el establecimiento de las condiciones que deben reunir los centros de los Estados Miembros (Martín Rivas, 2001, 208)

*¿Cuáles son las condiciones que se exigen para integrarse en la REEPS?*

Los Estados miembros que deseen pertenecer a la REEPS deben garantizar su compromiso y una fuerte cooperación intersectorial entre las autoridades de Educación y de Salud.

La elección de los centros escolares por parte de cada país deberá realizarse teniendo en cuenta la evaluación de programas de EpS ya existentes y del entorno escolar en cuanto a su estructura física, la organización del trabajo, las relaciones humanas, la formación del profesorado y la percepción de necesidades de promoción de la salud.

A los centros educativos se les exige como condición principal para integrarse en la REEPS su compromiso real para trabajar y hacer del centro escolar un lugar

de promoción de la salud. Esta implicación se hace extensiva a toda la comunidad educativa que debe ser consciente del compromiso que conlleva su pertenencia a esta red. Las tareas esenciales en las que toda la comunidad debe trabajar de manera intensiva son: el diseño y la gestión del proyecto, la formación, el desarrollo de programas y la sensibilización de todas las personas relacionadas con el entorno.

Los principios que deben sustentar los *Proyectos de Promoción de Salud* elaborados por los centros que deseen integrarse en la REEPS son los siguientes (Martín Rivas, 2001, 209):

- Promover activamente la autoestima de cada alumno y alumna comprobando que tienen una influencia positiva en la vida del centro escolar.
- Favorecer buenas relaciones entre el personal docente y el alumnado, entre los alumnos y alumnas y en la vida cotidiana de la escuela.
- Facilitar la información y los canales de participación para que el alumnado y el profesorado entiendan claramente el proyecto educativo y los objetivos sociales de la escuela.
- Proponer un amplio abanico de actividades que supongan retos estimulantes para el alumnado.
- Aprovechar toda ocasión de mejorar el entorno físico que conforma el centro escolar.
- Fomentar lazos sólidos entre el centro, el medio familiar y la comunidad.
- Establecer relaciones de colaboración entre los centros escolares de Primaria y Secundaria para la elaboración de programas coherentes de EpS.
- Promover activamente la salud y el bienestar del alumnado y de todo el personal docente y no docente que trabaja y colabora con el centro escolar.
- Conferir al profesorado un papel de referencia para las cuestiones relativas a la salud y potenciar su papel protagonista en la EpS.
- Resaltar el papel complementario de la alimentación escolar dentro del programa de EpS.
- Utilizar las posibilidades que ofrecen los servicios de la comunidad como apoyo al programa de EpS.

*¿Qué aspectos fundamentales deben incluir los programas de EpS de los centros educativos de los países integrados en la REEPS?*

-El establecimiento de un programa de escuela saludable con una duración mínima de tres años.

-Elaborar proyectos concretos relacionados con cuestiones de importancia local, pero que tengan, al mismo tiempo, interés a nivel europeo, de tal manera que puedan ser utilizados como modelos de prácticas adecuadas.

-Constituir un equipo responsable del proyecto en cada centro escolar.

-Atribuir al proyecto prioridad importante y oficial en las actividades escolares, incluyéndolo en el Proyecto Educativo y Curricular del Centro.

-Proponer actividades que realmente promuevan la salud del alumnado, favoreciendo las actitudes de apoyo y solidaridad que estimulen la responsabilidad personal y colectiva para asumir el compromiso de la salud y que sensibilicen en los principios y normas de seguridad.

-Asumir todas las tareas necesarias para hacer comprender y conocer actividades vinculadas a la REEPS y facilitar la evaluación y difusión de resultados.

Por tanto, las características generales de estos proyectos están vinculadas a un planteamiento de la enseñanza centrado en los intereses del alumnado, en la participación, en el entorno como medio de promoción de la salud y en una fuerte proyección social.

*¿Qué valoración se hace de la experiencia de la REEPS?*

En el año 2002 se desarrolló una conferencia para analizar el progreso de la REEPS y las líneas de avance. Esta conferencia se celebró en Egmond-and-Zee (Holanda). Asistieron a ella participantes de 43 países europeos y dio lugar a lo que se conoce como la *Agenda de Egmond*.

Se constató que los resultados más satisfactorios surgen de aquellos programas desarrollados en estrecha colaboración entre los sectores educativo y sanitario. Los tres componentes más importantes para desarrollar y mantener las Escuelas Promotoras de Salud de la *Agenda de Egmond* son los siguientes:

1. *Condiciones*: incluye los siguientes elementos:

-Análisis de la situación que contemple las necesidades y recursos disponibles, las experiencias de otros países y el estatus que ocupa la salud en las escuelas como organizaciones.

-Asociación: la experiencia ha demostrado que las iniciativas de Escuelas promotoras de Salud son más eficaces cuando se practica una verdadera asociación dentro del proceso entre todos los participantes (instituciones, alumnado, profesorado). A nivel nacional, los dos socios más importantes son los Ministerios de Educación y Sanidad.

-Intermediación: los programas sobre temas específicos de salud ofrecidos a las escuelas a través de otros organismos pueden ser presentados más eficazmente en el marco de las Escuelas Promotoras de Salud.

-Planificación a la largo plazo: el período de desarrollo de los programas de Escuelas Promotoras de Salud pueden durar de tres a ocho años, por tanto, requiere un compromiso político que se mantenga en el tiempo.

-Desarrollo profesional y formación del profesorado, especialmente en la formación inicial y permanente.

-Base teórica sólida sobre la Promoción de la Salud que sustente los programas.

2. *Programación*: objetivos y contenidos de los programas. Los elementos clave de un programa de actuación nacional sobre salud en la escuela son:

-Intercambio de información sobre actividades e iniciativas.

-Conexiones con el desarrollo de política nacional actual sobre educación y salud.

3. *Evaluación*: debe incluir la evaluación del proceso y de resultados a través de una investigación basada en la evidencia, es consistente con todas las aproximaciones a las Escuelas Promotoras de Salud y ofrece aprendizaje y beneficios pertinentes dentro de la comunidad escolar.

### **3.3.2.2. La participación de España en la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud**

La consideración de la Escuela como espacio físico y social que favorezca la salud conecta con una de las líneas de acción de la Promoción de la Salud: la creación de entornos saludables. En este sentido, la experiencia de la REEPS ha supuesto una buena oportunidad para comenzar a trabajar la salud desde la escuela como espacio físico y organizativo saludable.

España se adhirió a la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) en marzo de 1993, trabajando desde entonces de manera coordinada los sectores educativo y sanitario. La coordinación de la Red se ubica en el Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

En nuestro país, todo centro escolar que desee integrarse en la REEPS, debe incluir en su proyecto los siguientes criterios:

1. Promover de manera activa la autoestima de todo el alumnado, potenciar su desarrollo psicosocial y capacitarle para que pueda tomar sus propias decisiones.
2. Conseguir mejorar el entorno físico del centro escolar mediante la elaboración de medidas de salud y de seguridad, el seguimiento de su aplicación y la implantación de unas estructuras de gestión apropiadas, si fuera necesario.
3. Fomentar lazos sólidos entre el centro, el medio familiar y la comunidad.
4. Establecer relaciones de colaboración entre las escuelas de Primaria y Secundaria para la elaboración de programas coherentes de EpS.
5. Conferir al profesorado un papel de referencia para las cuestiones relativas a la salud y potenciar su papel protagonista en la EpS, facilitándole la formación necesaria en Promoción de Salud.
6. Aprovechar el potencial educativo de los diferentes servicios de salud como apoyo al programa de EpS, fomentando la responsabilidad compartida y la estrecha colaboración entre los servicios educativos y sanitarios.

7. El currículum en Promoción de Salud debe proporcionar oportunidades para aprender y comprender, así como para adquirir hábitos esenciales de vida, debiendo adaptarse a las necesidades tanto actuales como futuras.

Además de estos criterios, los centros escolares pueden incluir otros aspectos relacionados con sus necesidades específicas o las prioridades en salud que se contemplan en los planes estratégicos de las Administraciones educativas y/o sanitarias en el ámbito de su Comunidad Autónoma.

*¿Cuál es el proceso de expansión de la REEPS?*

La fase de expansión de Escuelas Promotoras de Salud en España es coordinada por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte, de Sanidad y por las Administraciones de las Comunidades Autónomas, quienes publicarán sus propias convocatorias de selección.

Se contemplan dos modalidades de centros participantes:

- Modalidad A: para aquellos centros educativos que estén ya integrados en una red autonómica de Escuelas Promotoras de Salud o centros de aquellas comunidades o ciudades autónomas que tengan algún programa o proyecto de innovación donde se contemple el desarrollo de escuelas saludables.
- Modalidad B: para aquellos centros procedentes de comunidades o ciudades autónomas que no estaban desarrollando ningún proyecto específico de educación y promoción de la salud.

En ambas modalidades, la valoración de los proyectos la realizará la Comisión de cada Comunidad autónoma o el órgano que éstas estimen conveniente.

También se determinará a nivel autonómico el número de centros que se proponen para integrarse en la REEPS, en función de las posibilidades para realizar apoyo, seguimiento y evaluación final.

Una vez realizada la selección de centros escolares, los proyectos se remitirán al inicio de cada curso al Centro de Investigación y Documentación Educativa del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Durante el trienio 1995-1998 estaban integradas en la REEPS un total de 17 comunidades autónomas a través de 83 centros escolares y distribuidos de la siguiente forma: Andalucía (17 centros), Aragón (2 centros), Principado de Asturias (2 centros), Baleares (2 centros), Canarias (3 centros), Cantabria (1

centro), Cataluña (8 centros), Castilla –La Mancha (10 centros) Castilla-León (9 centros), Extremadura (4 centros), Galicia (5 centros), La Rioja (2 centros), Madrid (6 centros), Región de Murcia (2 centros), Navarra (2 centros), Valencia (5 centros) y País Vasco (3 centros).

En el curso 2003-2004, hay un total de 6 comunidades autónomas y 102 centros escolares vinculados a la REEPS: Comunidad Autónoma de Aragón (13 centros), Comunidad Autónoma del Principado de Asturias (15 centros), Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (15 centros), Comunidad Foral de Navarra (5 centros), Comunidad Autónoma de Valencia (16 centros) y la Generalitat de Cataluña (39 centros).

La valoración que se viene realizando sobre esta experiencia es positiva y se plantea como una situación deseable para aumentar el nivel de salud desde la comunidad escolar. No obstante, las personas que han ejercido la coordinación de los diferentes proyectos señalan la necesidad de recibir más apoyo por parte de las Administraciones Educativas y Sanitarias, no sólo en cuanto a recursos económicos, sino en cuanto a proporcionar un mayor reconocimiento a la labor que realizan los centros integrados en la REEPS a favor de la salud, además de poder disponer de un horario más flexible para la coordinación y asesoramiento técnico por parte de los agentes externos relacionados con el ámbito educativo y sanitario.

Es indudable el valor de esta experiencia como avance en el trabajo a favor de la salud desde el ámbito escolar.

Conseguir que todos los niños y niñas tengan la oportunidad de educarse en una Escuela Promotora de Salud supondría un gran avance en cuanto a la dimensión de la salud y la educación como derecho de todas las personas, pues garantizar un entorno coherente con las metas de salud reduciría las disonancias y las grandes contradicciones con que se encuentra la EpS. Conseguir que los centros integrados en la REEPS no sean una excepción o una experiencia puntual de tres años sería un buen indicador de que la Salud y la Educación van calando en el conjunto de nuestra sociedad como valores irrenunciables.

### 3.4. La Educación para la Salud en la Escuela en el contexto español

Desde la perspectiva normativa, la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela se apoya en el marco general constitucional, en los sectores sanitario y educativo y en los referentes de la Unión Europea que han ido influenciando el sistema normativo nacional.

La Constitución Española de 1978 en su Título I, Capítulo Tercero, artículo 43 especifica lo siguiente:

1. *“Se reconoce el derecho a la protección de la salud”.*
2. *“Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.*
3. *“Los poderes públicos fomentarán la Educación Sanitaria, la Educación Física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.*

En el ámbito sanitario se inicia la reforma sanitaria que, desde la perspectiva legislativa, culminaría con la promulgación de la Ley General de Sanidad (LGS) en abril de 1986.

El Real Decreto 137/1984 de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud fue el primer paso legislativo para la delimitación de las zonas de salud y para las funciones y composición de los equipos de Atención Primaria en la línea que marcaba la *Declaración de Alma-Ata* de 1978, en la que se insta a todos los países a crear y desarrollar estructuras sanitarias de Atención Primaria como uno de los recursos imprescindibles para fomentar la participación comunitaria, las actividades de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, utilizando como estrategia fundamental la EpS.

Los nuevos equipos de Atención Primaria, desde sus correspondientes Centros de Salud, comenzaron a desarrollar, entre otras, actividades de EpS mediante la colaboración específica con los centros escolares y a través del programa de *Salud Escolar*.

La LGS de 1986 reafirma y potencia el contenido del anterior Real Decreto sobre las nuevas estructuras de atención a la salud, ya que uno de los principios de



la Ley es la *concepción integral de la salud*, desde donde se priorizan las actividades encaminadas a promocionar la salud, en definitiva, EpS.

La LGS en su artículo 6º, apartado 2, expresa textualmente “*que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a promover el interés individual, familiar y social por la salud, mediante la adecuada Educación Sanitaria de la población*”.

Por tanto, se pone de manifiesto la responsabilidad del Sistema Sanitario en la implantación y desarrollo de la EpS en los distintos ámbitos sociales de la población española.

El sector educativo incorpora la EpS al marco educativo escolar con la aplicación de la reforma educativa, que culminó con la promulgación de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) en octubre de 1990.

El desarrollo normativo de la LOGSE sitúa la EpS como una de las *materias transversales* y, en consecuencia, de obligada presencia en los centros educativos a lo largo de las etapas de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria.

En su preámbulo, la LOGSE explicita que “*el objetivo primero y fundamental de la educación es el proporcionar a los niños y niñas, a los jóvenes de uno y otro sexo, una formación plena que les permita conformar su propia y esencial identidad, así como construir una concepción de la realidad que integre a la vez el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma. Tal formación plena ha de ir dirigida al desarrollo de su capacidad para ejercer de manera crítica y en una sociedad axiológicamente plural, la libertad, la tolerancia y la solidaridad*”.

La EpS, por su fuerte implicación en la educación en valores, es desarrollada a través de los contenidos transversales que la Ley marca en cada una de las etapas escolares.

El desarrollo de la LOGSE (1990), desde las orientaciones para la elaboración de los Proyectos de Centro, indica la necesidad de incorporar las *líneas transversales* para aquellos contenidos que, por su importancia, deben estar presentes a lo largo del desarrollo del currículum en los diferentes tramos educativos, siendo la Educación para la Salud (EpS) uno de los contenidos transversales.

En una sociedad como la nuestra, con una amplia tradición de una educación centralizada y parcelada en áreas de conocimiento, la aplicación del criterio de transversalidad ha tenido y tiene importantes dificultades.

El término *transversal* en el ámbito de la Educación es un concepto cambiante y en fase de construcción, al que día a día se le van asignando nuevas dimensiones (Gavidia Catalán, 2001, 1)

Un verdadero tratamiento transversal de los contenidos de EpS tiene lugar cuando existe una contribución real y efectiva de todas las áreas de conocimiento al desarrollo de los mismos. Para ello es necesario que la EpS tenga su espacio y su tiempo en cada una de las materias y no se quede sólo en un planteamiento formal del diseño curricular, cuya puesta en escena se limita a actividades puntuales.

La incorporación de la EpS como materia transversal requiere de un esfuerzo conjunto y permanente por parte del equipo docente en tres direcciones: en primer lugar, la reflexión y formación adecuada del profesorado sobre la salud y sus implicaciones en la escuela. En segundo lugar, el análisis exhaustivo del contexto sociocultural para identificar las necesidades educativas más importantes en materia de salud. En tercer lugar, el diseño de un currículum coherente con el enfoque de Promoción de la Salud, centrado en los intereses del alumnado y abierto a la comunidad.

Los requisitos para el desarrollo de la transversalidad en EpS pueden sintetizarse de la manera siguiente (Gavidia Catalán, 2001, 2):

1º. Implicación activa y efectiva del equipo docente de los centros escolares para conseguir una coordinación adecuada entre las diferentes áreas de conocimiento.

2º. Determinar los contenidos que mejor respondan al ámbito de la salud, a las exigencias sociales, al grado de madurez del alumnado y a los conocimientos y habilidades que se pretenden alcanzar.

3º. Trabajar en la línea de creación de un contexto educativo que haga posible la conexión con los problemas e incertidumbres de la vida cotidiana y la incorporación de los contenidos de EpS encaminados a instaurar un estilo de vida saludable.

4º. Integrar los contenidos de EpS a lo largo del Proyecto Curricular de Centro, tanto en los objetivos generales de las etapas educativas, en las áreas de conocimiento implicadas y en la secuenciación y organización de los temas. Es importante la ponderación de la transversalidad.

Los decretos que desarrollan la LOGSE (1990) y que establecen el currículum de las diferentes etapas educativas hacen mención a las materias o líneas transversales, sin explicar con claridad el significado del término (Gavidia Catalán, 2001: 508). No obstante, se han incorporado los temas relacionados con la salud en las diferentes asignaturas, cumpliéndose así el nivel *prescriptivo* del currículum.

El desarrollo de la transversalidad en la EpS está contribuyendo a superar este nivel prescriptivo del currículum. La experiencia y los intensos debates que se vienen produciendo entre el profesorado están contribuyendo a desplazar la relevancia de los temas concretos a tratar hacia un planteamiento más relacionado con el conjunto de valores, actitudes y comportamientos más importantes que deben ser educados (Gavidia Catalán, 2001: 509)

A nivel internacional, los planteamientos de la LOGSE (1990) en materia de salud están en consonancia con los objetivos de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) y, en consecuencia, España se incorpora también a la experiencia.

Este proyecto implica que la Escuela asume su parte de responsabilidad de trabajar por una mejora de su entorno como medio para conseguir una mayor calidad de vida de toda la comunidad escolar.

El principio de transversalidad permite hacer frente a las nuevas exigencias de construcción de una escuela saludable que va más allá del ámbito escolar, contribuyendo al desarrollo de la salud de toda la comunidad en la que se ubica.

### 3.4.1. La Educación para la Salud en el Diseño Curricular de Infantil y Primaria en la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo

La Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) de 1990, en su Título Primero, capítulos primero y segundo, aborda la Educación Infantil y Primaria.

*¿Cuáles son los objetivos del Diseño Curricular de EpS en Educación Infantil y Primaria?*

En relación a la Educación para la Salud en el nivel de *Infantil*, el artículo 7º expresa que “*la Educación Infantil, que comprenderá hasta los seis años de edad, contribuirá al desarrollo físico, intelectual, afectivo, social y moral de los niños*”. En el artículo 8º, se determina que “*la Educación Infantil contribuirá a desarrollar en los niños la capacidad de:*

- a) Conocer su propio cuerpo y sus posibilidades de acción.*
- b) Relacionarse con los demás a través de las distintas formas de expresión y comunicación.*
- c) Observar y explorar su entorno natural, familiar y social.*
- d) Adquirir progresivamente una autonomía en sus actividades habituales.*

Respecto a la *Educación Primaria*, la LOGSE en su artículo 13 especifica: “*la Educación Primaria contribuirá a desarrollar en los niños las siguientes capacidades:*

- d) Adquirir las habilidades que permitan desenvolverse con autonomía en el ámbito familiar y doméstico, así como en los grupos sociales con los que se relacionan.*
- e) Apreciar los valores básicos que rigen la vida y la convivencia humana, y obrar de acuerdo con ellos.*
- f) Conocer las características fundamentales de su medio físico, social y cultural y las posibilidades de acción en el mismo.*
- g) Valorar la higiene y la salud de su propio cuerpo, así como la conservación de la naturaleza y del medio ambiente.*
- h) Utilizar la Educación física y el deporte para favorecer el desarrollo personal.*

El Real Decreto 1344/1991 de 6 de septiembre establece en el currículum de Educación Infantil y Primaria que *“la Educación Moral y Cívica, la Educación para la Paz, la Educación para la Salud, la Educación para la igualdad entre los sexos, la Educación Ambiental, la Educación para el Consumo y la Educación Vial estarán presentes a través de las diferentes áreas de conocimiento a lo largo de todo el ciclo formativo”*.

La Orden Ministerial de 27 de abril de 1992 hace referencia a las orientaciones que deberá incluir el Proyecto Curricular de Educación Infantil y Primaria en general y, específicamente, en EpS.

A partir de este planteamiento general, las distintas Comunidades Autónomas han aplicado en su contexto estos principios. Se destaca el desarrollo de la misma en la Comunidad Autónoma Andaluza, por su relevancia territorial en la presente investigación.

El desarrollo de la LOGSE en Andalucía respecto a la EpS pretende proporcionar a los alumnos y alumnas *“una enseñanza que incluya temas de gran significación social: Educación para la Salud, Educación ambiental, Educación para la vida en sociedad, Coeducación y Educación Vial”*.

Específicamente, en la Educación Infantil, se plantean los siguientes objetivos generales (Ferrer González y col. 1993, 14-15):

- a) Desarrollar una autonomía progresiva en la realización de las actividades habituales por medio del conocimiento y dominio creciente del propio cuerpo, de la capacidad de asumir iniciativas y de la adquisición de los hábitos básicos del cuidado de la salud y del bienestar.
- b) Ir formándose una imagen positiva de sí mismo y construir su propia identidad a través del conocimiento y la valoración de las características personales y de las propias posibilidades y límites.
- c) Establecer relaciones afectivas satisfactorias, expresando libremente los propios sentimientos, así como desarrollar actitudes de ayuda y colaboración mutua y de respeto hacia las diferencias individuales.
- d) Establecer relaciones sociales en ámbitos cada vez más amplios, aprendiendo a articular progresivamente los intereses, aportaciones y puntos de vista propios con los de los demás.

- e) Conocer, valorar y respetar distintas formas de comportamiento y elaborar progresivamente criterios de actuación propios.
- f) Desarrollar la capacidad de representar de forma personal y creativa distintos aspectos de la realidad vivida o imaginada y de expresarlos a través de las posibilidades simbólicas del juego y otras formas de representación y expresión habituales.
- g) Utilizar el lenguaje verbal de forma cada vez más adecuada a las diferentes situaciones de comunicación para comprender y ser comprendido por los otros y para regular la actividad individual y grupal.
- h) Observar y expresar su entorno inmediato para ir conociendo y buscando interpretaciones de algunos fenómenos y hechos más significativos.
- i) Intervenir en la realidad inmediata cada vez más activamente y participar en la vida de su comunidad.

Los objetivos formulados para la *Educación Primaria* que presentan una estrecha relación con las metas que guían la EpS son los siguientes (Calero Palacios y Col 1993, 172):

- a) Conocer y apreciar el propio cuerpo y contribuir a su desarrollo, adoptando hábitos de salud y bienestar y valorando las repercusiones de determinadas conductas sobre la salud y la calidad de vida.
- b) Actuar con autonomía en las actividades habituales y en las relaciones de grupo, desarrollando las posibilidades de tomar iniciativas y establecer relaciones afectivas.
- c) Colaborar en la planificación y realización de actividades de grupo, aceptar las normas y reglas que democráticamente se establezcan, respetando los diferentes puntos de vista y asumiendo las responsabilidades que correspondan.
- d) Establecer relaciones equilibradas, solidarias y constructivas con las personas en situaciones sociales conocidas.
- e) Comprender y establecer relaciones entre hechos y fenómenos del entorno natural y social, y contribuir activamente a la defensa, conservación y mejora del medio ambiente.

- f) Identificar, plantear y tratar de resolver interrogantes y problemas a partir de la experiencia diaria, utilizando tanto los conocimientos y los recursos materiales disponibles como la colaboración con otras personas para resolverlos de forma creativa.
- g) Apreciar la importancia de los valores básicos que rigen la vida y la convivencia humana, y actuar de acuerdo con ellos.

*¿Qué contenidos integran el currículum de EpS en Educación Infantil y Primaria?*

CONTENIDOS EpS EN EDUCACIÓN INFANTIL	CONTENIDOS DE EpS EN EDUCACIÓN PRIMARIA
<p><u>Ámbito de identidad y autonomía personal</u></p> <p>1. El cuerpo y el movimiento: el cuerpo humano.</p> <p>2. Conocimiento e imagen de sí mismo: conocimiento del esquema corporal.</p> <p>3. La salud y el cuidado de sí mismo: higiene personal, alimentación, hábitos y normas de seguridad, la enfermedad y sus manifestaciones, cuidado del entorno y bienestar personal.</p> <p>4. La vida en sociedad: necesidades y servicios sociales, habilidades sociales.</p> <p><u>Ámbito del medio físico y social</u></p> <p>5. Acercamiento a la naturaleza: seres vivos e inertes, funciones vitales, fenómenos naturales, el ciclo vital.</p> <p>6. Acercamiento a la cultura: pautas de relación, códigos de comunicación, organización de la vida escolar.</p> <p>7. Los objetos y la actividad con ellos: exploración de objetos y materiales de uso cotidiano.</p> <p><u>Ámbito de comunicación y representación</u></p> <p>8. Expresión corporal: formas de comunicación corporal.</p> <p>9. Expresión plástica: Códigos gráficos de uso habitual (señales de tráfico, expresión, regulación de la vida del centro.</p>	<p><u>Áreas de conocimiento</u></p> <p>MATEMÁTICAS:                      -Salud ambiental                      -Alimentación                      -Prevención de accidentes</p> <p>LENGUA CASTELLANA Y LITERATURA:                      -Educación sexual                      -Salud mental</p> <p>EDUCACIÓN ARTÍSTICA:                      -Actividad física                      -Salud mental                      -Educación sexual                      -Drogodependencias</p> <p>CONOCIMIENTO DEL MEDIO:  <u>Grandes finalidades:</u>                      -Desarrollo socio-personal                      -Conocimiento y actuación en el medio ambiente                      -Educación para la salud y calidad de vida                      -Conocimiento y uso de aparatos e instrumentos tecnológicos.</p> <p><u>Contenidos:</u>                      -El medio físico: funciones vitales del aire y el agua.                      -Los seres vivos: relaciones ecológicas e intervención humana.                      -El paisaje natural: degradación y conservación.                      -Población humana y medio: grupos sociales y medio natural, impacto de la intervención humana en el medio natural, calidad de vida y formas de ocio, medios de comunicación social y su influencia en la salud.</p>

<p>10. Expresión musical: disfrute con las representaciones e interpretaciones sonoras.</p>	<p>-El cambio en el medio socio natural: estilos de vida</p>
<p>11. Uso y conocimiento de la lengua: códigos y textos orales relacionados con temas de salud.</p>	<p>-El conocimiento de las personas como elementos de los sistemas sociales.                  -Grupos humanos y representación del mundo: derechos humanos y derechos de la infancia, acuerdos relativos a la conservación del medio.                  -Conocimiento de los factores y elementos que inciden sobre la salud: el cuerpo humano, ciclo vital, higiene corporal, contaminación ambiental, estilos de vida.                  -Salud y medio ambiente</p> <p>-Salud y relaciones humanas: comunicación, educación sexual.</p> <p>EDUCACIÓN FÍSICA:</p> <p>-El juego: hechos y situaciones del entorno social y cultural, modalidades y componentes fundamentales de dominio y organización espacio-temporal.                  -Conocimiento y desarrollo corporal                  -Salud corporal: higiene, educación física y salud, normas de seguridad.</p>

La EpS aparece formalmente incluida en casi todas las áreas de conocimiento que se contempla en ambos niveles educativos. No obstante, es importante tener en cuenta que la EpS no consiste en impartir unos temas concretos dentro de determinadas áreas, sino de una actitud permanente y decidida por parte del profesorado y del conjunto del centro de considerar la salud como un valor básico para la vida y, por consiguiente, una necesidad educativa básica.

**3.4.2. La Educación para la Salud en los niveles de Infantil y Primaria desde el marco legislativo de la Ley Orgánica de Calidad de la Educación**

La Ley Orgánica de Calidad de la Educación de diciembre de 2002 (LOCE) impregna de una gran incertidumbre el futuro de la Educación para la Salud en la Escuela. Sobre todo por lo que no explicita. La formulación de sus objetivos tiene el enfoque de obtener resultados académicos eficaces en función del esfuerzo personal del alumnado. Por tanto, la perspectiva de *Escuelas Promotoras de Salud* no encaja en un planteamiento alejado de los principios de equidad como base de



la igualdad, de participación comunitaria y de la Promoción de la Salud como capacitación y protagonismo de las personas.

En las últimas décadas del siglo XX, las propuestas e iniciativas de reforma del sistema escolar no se encuentran motivadas tanto por la conciencia de las insuficiencias cualitativas del sistema, por su incapacidad para un desarrollo educativo autónomo, sino por las exigencias imperiosas de la economía de libre mercado (Pérez Gómez, 1998, 129)

Las políticas neoliberales proponen el desmantelamiento del Estado de Bienestar y la concepción de la Educación como una mercancía de destacado valor y no como un servicio público, estando sometida, por tanto, a la ley de la oferta y la demanda (Pérez Gómez, 1998, 129)

El proceso seguido para la reforma educativa que ha culminado con la promulgación de la LOCE (2002) ha puesto de manifiesto que los intereses que han propiciado no son de carácter educativo. En realidad, es preciso reconocer que estamos ante una reforma coherente con una reestructuración conservadora de las políticas sociales, ha sido un esfuerzo más por parte del anterior Gobierno para ir debilitando el Estado de Bienestar (Torres Santomé, 2002: 6)

Respecto a la Educación Infantil, existe en la Ley un compromiso político de financiar la red privada en la escolarización de niños y niñas de 3 a 6 años, y no la presenta como obligatoria. Esto supone sentar las bases de una sociedad en la que la desigualdad de oportunidades es la norma (Torres Santomé, 2002:9)

Si la EpS en la Escuela pretende ayudar al alumnado a alcanzar un nivel de salud que permita una buena calidad de vida con una proyección no sólo individual sino social, la *desigualdad comienza a institucionalizarse*.

Los grupos sociales más desfavorecidos seguirán siendo la población de riesgo para la exclusión social, puesto que la educación en esta etapa del ciclo vital tiene una importancia decisiva.

El desarrollo de la EpS en la escuela, por los objetivos que persigue, requiere el escenario de lo público como garantía de igualdad. Parece que la LOCE invierte esta filosofía y, en lugar de considerar la enseñanza privada concertada como subsidiaria de la red pública, pretende destinar a los centros públicos

aquellos niños y niñas en los que la red privada no tiene interés (Torres Santomé, 2002: 19)

Los contenidos de EpS que se especifican en las áreas curriculares de la LOCE a través de los Reales Decretos 829/2003 y 830/2003 sobre las enseñanzas comunes de Educación Infantil y Educación Primaria, respectivamente, se sintetizan a continuación:

CONTENIDOS DE EpS EN EDUCACIÓN INFANTIL
<p><b>1. El conocimiento y control de su propio cuerpo. La autonomía personal.</b></p> <p><b>1.1. El CUERPO</b>            -El cuerpo humano: características diferenciales.            -Sensaciones y percepciones del propio cuerpo. Las necesidades básicas del cuerpo. Los sentidos y sus funciones.            -Descubrimiento y progresivo afianzamiento de la lateralidad y del esquema corporal.            -Confianza en las posibilidades y capacidades propias para realizar las tareas.            -Cuidado de las dependencias del Centro y de su entorno para poder realizar las actividades en espacios limpios y ordenados.</p> <p><b>1.2. El JUEGO Y EL MOVIMIENTO</b>            -Conciencia de las propias posibilidades y limitaciones motrices del cuerpo.            -Coordinación y control de las habilidades motrices de carácter fino.            -Nociones básicas de orientación en el espacio.            -Aceptación de las normas implícitas que rigen los juegos de representación de papeles.            -Actitud de ayuda y colaboración con los compañeros en los juegos y en la vida cotidiana.</p> <p><b>1.3. LA AUTONOMÍA PERSONAL</b>            -La salud y el cuidado de uno mismo.            -La higiene personal.            -Acciones que favorecen la salud: la alimentación y el descanso.            -La enfermedad: prevenir accidentes y evitar situaciones peligrosas.</p> <p><b>2. Descubrimiento del entorno y la convivencia con los demás.</b></p> <p><b>2.1. EL MUNDO DE LOS SERES VIVOS</b>            -Curiosidad, cuidado y respeto hacia los animales y plantas como primeras actitudes para la conservación del medio natural.</p> <p><b>2.1. EL MUNDO DE LA MATERIA</b>            -Respeto y cuidado de los objetos de uso colectivo.</p> <p><b>2.3. CONVIVENCIA CON LOS DEMÁS</b>            -Valoración y respeto de las normas que rigen la convivencia en los grupos sociales a los que pertenece el niño.            -La vivienda: dependencias y funciones. Tareas cotidianas del hogar.</p> <p><b>2.4. LA VIDA EN SOCIEDAD</b>            -Los servicios relacionados con el consumo</p>

CONTENIDOS DE EpS EN ENDUCACIÓN PRIMARIA
<p><b>1.Ciencia, Geografía e Historia</b></p> <p>PRIMER CICLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-El Cuerpo humano. Partes del cuerpo. Cambios corporales a lo largo de la vida.</li> <li>-Los sentidos: órganos y funciones.</li> <li>-Los alimentos. La dieta equilibrada. Hábitos saludables. Prevención de trastornos alimentarios. Algunos aspectos básicos de la seguridad alimentaria.</li> <li>-Salud y enfermedad. Las prácticas saludables. Normas de aseo e higiene personal.</li> <li>-Principales grupos de animales y plantas. Hábitos de respeto hacia los seres vivos.</li> <li>-El agua: características e importancia para los seres vivos.</li> <li>-El aire que respiramos. Composición, características e importancia para los seres vivos.</li> <li>-La conservación del medio ambiente. Los riesgos de la contaminación del agua, de la tierra y del aire.</li> <li>-La ciencia y la sociedad: importancia de los avances científicos para mejorar la calidad de vida.</li> <li>-El ocio y el tiempo libre.</li> </ul> <p>SEGUNDO CICLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Las funciones vitales en la especie humana: nutrición, relación y reproducción. Localización, estructura, función y visión integrada de los aparatos y sistemas correspondientes.</li> <li>-La actividad humana y el paisaje.</li> </ul> <p>TERCER CICLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Funcionamiento y cuidado de nuestro cuerpo. Principales enfermedades que afectan a los aparatos y sistemas del organismo humano. Hábitos saludables y prevención de los trastornos alimentarios. Avances de la ciencia que mejoran la salud y la alimentación: medicamentos y antibióticos; potabilización del agua; la higiene; fertilizantes, aditivos, química del frío y salud animal.</li> <li>-Las relaciones entre los seres vivos. Cadenas alimenticias.</li> <li>-La industria alimentaria. La conservación de los alimentos: conservantes y estabilizantes; transporte y conservación de alimentos que precisan temperatura adecuada.</li> </ul> <p><b>2. Educación Física</b></p> <p>PRIMER CICLO:</p> <p><i>I. El cuerpo y la salud.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Utilización, percepción, identificación y representación del propio cuerpo.</li> <li>-Afirmación de la lateralidad corporal.</li> <li>-Las posibilidades corporales: sensoriales, expresivas y motrices.</li> <li>-Orientación en el espacio y en el tiempo</li> <li>-Valoración de la propia realidad corporal, aumentando la confianza en sus posibilidades, su autoestima y su autonomía.</li> <li>-Interés y gusto por el cuidado del cuerpo.</li> <li>-Actitud positiva relacionada con una adecuada alimentación.</li> </ul> <p><i>II. Movimiento y salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Preparación y realización de alguna actividad fuera del recinto escolar, aprendiendo a conocer, valorar, disfrutar y respetar el medio natural.</li> <li>-Autonomía y confianza en las propias habilidades motrices en situaciones habituales.</li> <li>-Valoración del esfuerzo para lograr una mayor autonomía y autoestima.</li> <li>-Exploración y experimentación de las posibilidades y recursos expresivos del propio cuerpo y de los compañeros.</li> </ul>

- Mejora de la espontaneidad y la creatividad en el movimiento expresivo.
- Medidas básicas de seguridad y de prevención de accidentes en la actividad física y en el uso de materiales y espacios.
- Adopción de hábitos de higiene corporal y postural.

### *III. Los juegos*

- Actitudes de colaboración, tolerancia, no discriminación y resolución de conflictos de forma pacífica en la realización de juegos.
- Valoración del juego como desarrollo de la actividad física, como medio de disfrute, de relación y de empleo del tiempo libre.

## SEGUNDO CICLO:

### *I. El cuerpo y la salud*

- Valoración de la propia realidad corporal aumentando la confianza en sus posibilidades, autonomía y autoestima.
- Interés y gusto por el cuidado del cuerpo de manera responsable.
- Adopción de hábitos relacionados con una buena alimentación.

### *II. Movimiento y salud*

Los mismos del Primer Ciclo.

### *III. Los juegos*

Los mismos del Primer Ciclo.

## TERCER CICLO:

### *I. El cuerpo y la salud*

- Utilización, representación y organización del propio cuerpo: estructuración del esquema corporal.
- Aceptar la propia realidad corporal, sus posibilidades y limitaciones.
- Actitud positiva hacia el cuidado y desarrollo del cuerpo.
- Consolidación de los hábitos adecuados de alimentación.

### *II. Movimiento y salud*

- Las capacidades físicas básicas como condicionantes de las habilidades.
- Control y dominio del movimiento.
- Adquisición de una mayor autonomía e independencia motriz.
- Mejora de la espontaneidad y creatividad en el movimiento expresivo.
- Efectos de la actividad física en la salud y en el mantenimiento corporal.
- Medidas básicas de seguridad y de prevención de accidentes en la actividad física.
- Calentamiento global y específico y relajación específica y global.
- Autonomía en los hábitos de higiene corporal y postural.
- Valoración de las situaciones de riesgo que se derivan de la actividad física.
- Valoración de la actividad física como alternativa a los hábitos nocivos para la salud.

El desarrollo curricular de EpS en la LOCE representa un retroceso con respecto a la LOGSE, ya que el enfoque biologicista y biomédico no sólo es el que predomina sino que, prácticamente, es el único.

Por otra parte, se concentran en dos áreas de conocimiento, con especial énfasis en el área de Educación Física. Esto pone de manifiesto la perspectiva reduccionista de la EpS en esta nueva Ley.

El planteamiento de la LOCE en materia de EpS está alejado incluso de la definición de Salud de la O.M.S. de 1946, donde se reconocía la multidimensionalidad de la Salud y no sólo la ausencia de enfermedad. A lo largo de su diseño curricular, las dimensiones psicológica y social de la Salud brillan por su ausencia.

Desde la consideración de la EpS como la estrategia fundamental para conseguir la Promoción de la Salud de los niños y niñas en el ámbito escolar, el diseño curricular de la LOCE representa un retroceso importante.

Quizás, el único aspecto positivo, desde el punto de vista estructural, es que especifica los temas en un intento de superar la generalidad.

El cambio gubernamental, que ha tenido lugar a partir de las elecciones generales del pasado 14 de marzo, representa al menos una esperanza en cuanto a que la LOCE no se aplique, porque eso supondría una involución respecto a la EpS en el marco de la Escuela.

Hay que confiar en que los movimientos sociales y pedagógicos progresistas hagan una apuesta decidida por la Promoción de la Salud como una de las mejores inversiones sociales.

La presión social que van a seguir ejerciendo determinados proyectos como la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, los Movimientos de Renovación Pedagógica y las Asociaciones Sanitarias Progresistas como la Asociación de Defensa de la Sanidad Pública puede ser un buen caldo de cultivo para mantener viva la EpS en las escuelas e instar al nuevo Gobierno a cambiar de dirección en el Sistema Educativo.

Hay que tener presente que los logros conseguidos tanto en Salud como en Educación requieren un mantenimiento y desarrollo. Por tanto, no son definitivos porque están sometidos a intereses de poder.

La responsabilidad social en favor de la salud exige, de quienes así lo creemos, un esfuerzo permanente guiado por la coherencia ética de la Educación como

medio para el desarrollo humano y la emancipación de todas las personas sin excepción alguna.



**SEGUNDA PARTE**

**EL MARCO METODOLÓGICO DE LA  
INVESTIGACIÓN**





## **CAPÍTULO 4**

### **EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN**

4.1. Objetivos de la investigación

4.2. Estrategia de investigación: el enfoque etnográfico

4.3. El trabajo de campo

4.3.1. El escenario de la investigación y la selección de personas informantes

4.3.2. Perfil sociodemográfico y profesional de las personas informantes

4.3.3. Técnicas utilizadas en la recogida de datos

4.3.3.1. Recogida de artefactos etnográficos

4.3.3.2. Técnica de Grupo Nominal

4.3.3.3. La Entrevista

4.3.3.4. El Grupo de Discusión

4.4. El tratamiento de los datos: procesamiento, análisis e interpretación



## CAPÍTULO 4: EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

La consideración de la salud como un valor indispensable para el mantenimiento de la vida y del bienestar nos lleva, necesariamente, a contemplar la Educación para la Salud (EpS) como una *necesidad educativa básica*.

La política internacional en materia de salud contempla la Promoción de la Salud (PS) como uno de los objetivos prioritarios para conseguir un aumento progresivo en el nivel de salud de todos los pueblos.

La Declaración Mundial de la Salud adoptada por la comunidad sanitaria mundial en la *51 Asamblea Mundial de la Salud*, celebrada en mayo de 1998, reconoce que el mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas constituye el objetivo fundamental del desarrollo social y económico. Por tanto, se manifiesta la necesidad de llevar a efecto la denominada *Política de Salud para Todos para el siglo XXI*.

Este documento contempla como estrategia de acción la necesidad de poner en marcha un proceso de desarrollo sanitario participativo que implique a todos los agentes fundamentales relacionados con el mantenimiento y cuidado de la salud. Entre estos agentes, se menciona, de manera específica, a los centros educativos como uno de los medios más relevantes para promover la toma de decisiones informada y la responsabilidad individual y social para conseguir fomentar la salud, prevenir la enfermedad y recuperarla cuando se ha perdido.

Si partimos de la definición de PS de la OMS (1984) como “*el proceso de capacitar a los individuos y las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud y la mejoren*”, es evidente el gran protagonismo de la institución escolar en su consecución, esencialmente a través de la instauración y fortalecimiento de la EpS en el medio escolar.

La Escuela, como espacio privilegiado de transmisión de valores, actitudes y comportamientos, es, indudablemente, el ámbito central de las acciones encaminadas a promover la salud

Los niveles de Educación Infantil y Primaria, por las edades tempranas a las que abarca, se constituyen en destinatarios centrales de la EpS, enmarcada ésta en una práctica educativa global transformadora y liberadora que se proyecta en el

núcleo familiar y en el entorno más inmediato de los niños y niñas. Por consiguiente, el desarrollo de los contenidos curriculares en materia de salud es de vital importancia.

La importancia de la EpS en el medio escolar y la necesidad de garantizar su efectividad se ha puesto de manifiesto en diversas investigaciones. En este sentido, a partir de los años 90, con el desarrollo de la Ley General de Ordenación del Sistema Educativo (LOGSE), la investigación en EpS se ha incrementado. Los temas estudiados han sido: la incorporación de la EpS como materia transversal en el currículum, las actitudes del profesorado respecto a la misma, la formación del alumnado de Magisterio y las estrategias didácticas que se vienen aplicando (Doménech Alba, 1998, 262)

Respecto a las conclusiones de estos estudios, hay que destacar la que hace mención a las *actitudes del profesorado* en la que se afirma que *“la situación de la EpS en la Escuela es difícil dado que el profesorado posee un nivel de representación del concepto de salud bajo, no conoce suficientemente la metodología propia de estos temas y carece de los recursos instrumentales idóneos para desarrollarla”* (Gavidia Catalán, 1996, 402)

Respecto a la concepción de salud, el 80% del profesorado que participó en esta investigación la considera como una situación o estado ideal de bienestar con ausencia de enfermedad (Gavidia Catalán, 1996, 228)

Por otra parte, el estudio realizado por González de Haro (2001) durante el período de investigación de los estudios de Tercer Ciclo sobre *“los contenidos curriculares de EpS en los Centros de Educación Infantil y Primaria”* en Huelva y la provincia, puso de manifiesto que el desarrollo de la EpS en estas etapas escolares era deficiente, tanto por su escasa o nula orientación hacia el enfoque de Promoción de la Salud, como por una práctica educativa exenta de esa dimensión transversal que requieren los contenidos relacionados con la salud.

De las conclusiones de esta investigación, hay que destacar las siguientes:

-En general, el desarrollo de la EpS queda reducido en muchas ocasiones a *actividades puntuales y aisladas*, sin una vinculación efectiva con el marco de la educación global.

-Se identifican algunos factores condicionantes para llevar a cabo la EpS en la escuela relacionados con el entorno familiar (familias desestructuradas, conflictos emocionales, nivel de instrucción de padres y madres) y socioeconómico (escasez de recursos) de los niños y niñas.

-Los contenidos de EpS se polarizan en una proporción muy importante (95% de los centros estudiados) en los temas de Alimentación, Higiene Corporal, Higiene buco-dental y Anatomofisiología, mientras que los temas relativos a la Salud Mental, Salud Comunitaria, Educación Sexual, Higiene del Deporte, Higiene postural, prevención de Drogodependencias, consumo de alcohol, Higiene del sueño, Higiene de los alimentos, prevención de accidentes... tienen un escaso protagonismo y en muchos casos ni siquiera se abordan. ¿Hay un predominio de la concepción biologicista de la salud en la Escuela?

-La transversalidad es considerada como algo difícil de llevar a la práctica, por lo que, en la práctica educativa, los contenidos de EpS no tienen el protagonismo que, por su importancia, deberían tener (31% de los centros) En este sentido, es significativo que un 72,9% de los centros manifiesten que la EpS debería constituirse en un área de conocimiento con entidad propia. Este dato denota también que existen deficiencias en el desarrollo de las materias transversales.

Los resultados evidencian la necesidad de investigar los motivos o dificultades que existen para desarrollar plenamente la EpS en el ámbito escolar y, especialmente, en las etapas de Infantil y Primaria, por la importancia que tienen en cuanto a la implantación de la EpS como materia transversal.

El compromiso de la Educación en la consecución de los objetivos de capacitación de las personas para el cuidado de la salud y para intervenir sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad es de vital importancia. Por tanto, el ámbito escolar, como uno de los espacios educativos más importantes (además de la familia y en entorno social) para conseguir un nivel progresivo en la calidad de vida mediante el desarrollo del pensamiento crítico y del compromiso social a favor de la salud, tiene que ser objeto de investigación permanente encaminada a mejorar la práctica educativa en general y, específicamente, la EpS desde su perspectiva integral.

La búsqueda de alternativas válidas y viables que mejoren cualitativamente el desarrollo de la EpS en el medio escolar requiere de un planteamiento de investigación centrado en las actitudes profundas que guían la acción educativa del profesorado. Conseguir la implicación de la comunidad escolar en el proyecto permanente de *Educación a favor de la salud* pasa, necesariamente, por el grado de compromiso con el que el profesorado afronta la difícil y apasionante tarea de educar.

#### **4.1. Objetivos de la investigación**

La finalidad de esta investigación ha sido dar respuesta a la pregunta:

*¿Qué dificultades tiene el profesorado de los centros de Educación Infantil y Primaria de Huelva para llevar a cabo la Educación para la Salud como materia transversal? ¿Cuáles son las posibles alternativas para hacer frente a las dificultades?*

Los objetivos que han guiado la investigación han sido los siguientes:

##### Objetivo principal

Identificar, analizar y valorar las dificultades que tiene el profesorado en las etapas escolares de Educación Infantil y Primaria para desarrollar la Educación para la Salud como materia transversal, así como la búsqueda y consenso de posibles alternativas.

##### Objetivos específicos

- Conocer la relevancia que los contenidos de Educación para la Salud tienen en la práctica educativa de las etapas de Infantil y Primaria.
- Identificar y analizar las dificultades del profesorado para desarrollar los contenidos de Educación para la Salud.
- Describir los factores pedagógicos, organizativos, familiares y sociales implicados en las dificultades que manifiesta el profesorado para impartir la Educación para la Salud.
- Descubrir las posibles alternativas que, desde las diferentes perspectivas, serían necesarias y posibles para hacer frente a las dificultades que presenta la Educación para la Salud en el ámbito escolar.

- Analizar las diferencias existentes respecto a las dificultades y alternativas entre los centros de titularidad pública y los centros concertados.

#### 4.2. Estrategia de investigación: el enfoque etnográfico

La realidad humana y social es compleja, dinámica, holista, abierta e interactiva (López-Barajas, 1993, 11). La Educación participa también de estas características, y, a diferencia de otros ámbitos de la experiencia humana más teóricos, se caracteriza por su dimensión práctica. En este sentido, los significados, en virtud de los cuáles actúan las personas, están predeterminados por las *formas de vida* en que éstas han sido iniciadas (Carr y Kemmis, 1988, 104). Por tanto, el enfoque etnográfico constituye una de las estrategias de investigación más adecuadas en el ámbito escolar.

La perspectiva etnográfica ayuda a entender la *diversidad* como complementariedad y no como conflicto (López-Barajas, 1994, 10)

Desde la etnografía, los seres humanos crean interpretaciones significativas de su entorno social y físico, por tanto, de los comportamientos e interacciones de las personas y objetos de ese medio ambiente. Por tanto, las acciones de las personas están condicionadas por los significados que se atribuyen a las acciones y a los objetos con los que nos relacionamos. Por consiguiente, una investigación que no tenga en cuenta estos aspectos no reflejará las dimensiones de esa realidad o captará lo menos relevante de la misma (Goetz y LeCompte, 1988, 13)

El término *etnografía* deriva de la antropología y significa literalmente “*descripción del modo de vida de una raza o grupo de individuos*” (Woods, 1998, 18)

Es el estudio descriptivo de la cultura de una comunidad, o de alguno de sus aspectos fundamentales, bajo la perspectiva de la comprensión global de la misma (Aguirre Baztán, 1995, 3). Se interesa por lo que la gente hace, cómo se comporta, cómo interactúa. Se propone descubrir sus creencias, valores, perspectivas, motivaciones y el modo en que todo eso se desarrolla o cambia con el tiempo o de una situación a otra (Woods, 1998, 18)



La etnografía es, a la vez, un producto, en cuanto que es una descripción o reconstrucción analítica de escenarios y grupos culturales intactos, y un proceso o forma de estudiar la vida humana (Goetz y LeCompte, 1988, 28)

El enfoque etnográfico permite a las personas que investigan en el campo de la educación encontrar alternativas para la descripción, interpretación y explicación del universo social y de los fenómenos educativos que tienen lugar en él (Goetz y LeCompte, 1988, 54)

Es, en definitiva, el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta (Rodríguez Gómez y col., 1996, 44)

La presente investigación, cuyo propósito es mejorar la práctica de la Educación para la Salud en la Escuela, se ha realizado bajo este enfoque etnográfico, una estrategia que ha permitido indagar acerca de las verdaderas preocupaciones del profesorado respecto a esta materia transversal, las creencias y los valores que están detrás de las dificultades que expresan y las expectativas que sustentan alternativas que han planteado para mejorar el desarrollo de la Educación para la Salud en los niveles de Infantil y Primaria.

### **4.3. El trabajo de campo**

El trabajo de campo de la investigación se ha desarrollado de la siguiente manera:

#### *Acceso al campo de investigación:*

Durante el último cuatrimestre del año 2002 tuvo lugar la denominada estrategia de *vagabundeo* o acercamiento de carácter informal al escenario de la investigación: contactos iniciales con personas que, por su situación en el marco organizativo de la institución escolar o por su compromiso con la renovación pedagógica, tenían información más global acerca de las características de los centros educativos, así como sobre el perfil docente de determinados profesores y profesoras de Infantil y Primaria que podrían participar como informantes en el estudio.

También se diseñó en este período el *mapa* o acercamiento formal a partir del cuál se determinaron las características personales y profesionales de las personas participantes y el escenario educativo al que pertenecían.

*Recogida productiva de datos:*

Durante el primer semestre del 2003 se realizó la selección formal de las personas informantes y la recogida de datos a través de las diferentes técnicas que se especifican en este apartado.

#### **4.3.1. El escenario de la investigación y la selección de personas informantes**

El escenario de la investigación al que están vinculadas profesionalmente las personas informantes ha estado conformado por Centros Públicos (19 centros) y Concertados (12 centros) de Educación Infantil y Primaria de Huelva y provincia.

Por su relevancia en el tema de esta investigación, se eligieron los siguientes niveles:

- El profesorado de Centros Públicos y Concertados
- Los cargos directivos de Centros Escolares
- El Centro de Profesores de Huelva-Isla Cristina
- La Inspección Educativa
- El profesorado de la Facultad de Educación de la Universidad de Huelva.
- El Movimiento de Renovación Pedagógica: Movimiento Cooperativo de Escuela Popular (MCEP)

Los criterios de selección han sido los siguientes:

*Para el profesorado:*

- Estar trabajando en el nivel de Educación Infantil o Primaria.
- Experiencia en Educación Infantil y/o Primaria de al menos tres años.
- Tener referencias de persona comprometida con su trabajo en la Escuela.

Para los cargos directivos:

- Desempeño en la Dirección y/o Secretaría de Estudios de al menos tres años.
- Tener referencias de persona comprometida con su trabajo docente y directivo.

*Para el Centro de Profesores de Huelva-Isla Cristina:*

- Tener experiencia docente en los niveles de Educación Infantil y/o Primaria

- Desempeño en asesoramiento del Centro de Profesores al menos cinco años.
- Tener referencias de persona responsable y comprometida en su trabajo de asesoramiento.

*Para la Inspección Educativa:*

- Desempeño en la Inspección Educativa de al menos tres años.
- Experiencia en relación a la educación en valores.
- Tener referencias de persona con actitud de colaboración y comprometida en su trabajo.

*Para el profesorado de la Facultad de Educación de la Universidad de Huelva:*

- Experiencia en la docencia universitaria de la titulación de Maestro de al menos cinco años.
- Tener o haber tenido relación con los niveles educativos de Infantil y Primaria.
- Tener referencias de persona comprometida con su trabajo docente e investigador.

*Para el Movimiento Cooperativo de Escuela Popular:*

- Tener militancia activa en el MCEP de al menos cinco años.
- Estar trabajando en Educación Infantil o Primaria.
- Experiencia docente en Educación Infantil o Primaria de al menos tres años.
- Tener referencias de persona comprometida con su trabajo en la Escuela.

La selección de las personas informantes se realizó mediante el proceso de *redes de relaciones personales*. Los contactos se han llevado a cabo de manera personal, en los respectivos centros escolares, previa cita por teléfono, con excepción de las personas pertenecientes a Centros Concertados, cuya cita fue facilitada por las personas intermediarias.

En este primer contacto, además de nuestra presentación, se les explicó la finalidad de la investigación, la importancia de contar con su colaboración específica (Grupo Nominal, Entrevista o Grupo de Discusión) pero en un marco de libertad, libre de presiones ni compromisos formales. Cuando confirmaban su participación se concertaba la fecha, lugar y hora en que tendría lugar el encuentro.

### 4.3.2. Perfil sociodemográfico y profesional de las personas informantes

#### *Profesorado de Centros Públicos:*

Han participado un total de 21 personas con el perfil siguiente:

- La distribución por género es mayoritariamente femenina: 90,4% mujeres y sólo el 9,6% varones.
- Todas las personas tenían una experiencia superior a 13 años, con excepción de una profesora que llevaba cinco años trabajando. La media de los años de experiencia está en torno a 21 años.
- El número de centros en los que habían desarrollado su actividad docente oscilaba entre 3 y 6 centros diferentes.

#### *Profesorado de los Centros Concertados:*

Han participado un total de 12 personas con el perfil siguiente:

- La distribución por género ha sido de un 58,3% de varones y un 41,6% de mujeres.
- La experiencia docente media es de 18,5 años.
- La mayoría de las personas participantes habían desarrollado su actividad docente en 2-3 centros concertados distintos.

#### *Informantes clave:*

Se han considerado informantes clave los siguientes niveles:

- Los cargos directivos de los centros
- La Facultad de Educación de la Universidad de Huelva
- El Centro de Profesores de Huelva-Isla Cristina
- La Inspección Educativa
- El Movimiento Cooperativo de Escuelas Populares

Han participado un total de 14 personas. La experiencia docente, en su mayoría, superior a 20 años.

En general, son personas con una trayectoria profesional vinculada a diferentes proyectos de innovación educativa y a grupos específicos de trabajo.

### 4.3.3. Técnicas utilizadas en la recogida de datos

La etnografía es ecléctica en sus métodos de recogida de datos y en sus procedimientos de análisis, utilizándose esta diversidad para comprobar la exactitud de la información obtenida. En este sentido, el proceso de *triangulación* con varias fuentes de datos impide que pueda aceptarse fácilmente la validez de las impresiones iniciales, amplía el ámbito, densidad y claridad de los constructores desarrollados en el transcurso de la investigación y ayuda a corregir los sesgos que aparecen cuando el fenómeno es examinado desde una sola perspectiva (Goetz y LeCompte, 1988, 36)

La recogida de datos se ha realizado de manera secuencial, realizándose pre categorizaciones a partir de las primeras observaciones, lo que ha ido permitiendo una exploración progresiva de los temas emergentes. Como proceso de obtención de datos se ha considerado la *triangulación de métodos y de sujetos*. Este procedimiento ha sido considerado tanto en esta fase de obtención de datos como en el análisis de los mismos, puesto que ambas etapas no están radicalmente separadas. La observación conlleva también la interpretación y en el proceso de triangulación, aparecen nuevos datos y reflexiones que dan origen a una nueva comprensión de la realidad (Santos Guerra, 1998, 116)

La observación de los artefactos etnográficos (Planes de Centros, Proyectos Curriculares de Ciclo y libros de texto) ha sido un punto de referencia importante como marco teórico experiencial respecto a la práctica de la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela.

La técnica de Grupo Nominal ha facilitado la identificación por parte del profesorado de las dificultades más importantes para llevar a cabo la EpS.

La Entrevista y los Grupos de Discusión nos han aportado una buena representación de todo lo que acontece en el desarrollo de la EpS en el ámbito escolar y los cambios e innovaciones necesarios para mejorar esta práctica educativa.

A continuación se describen las diferentes estrategias de recogida de datos utilizadas.

Hay que destacar el alto nivel de cooperación por parte de las personas informantes.

#### **4.3.3.1. Recogida de artefactos etnográficos**

Además de hablar e interactuar, los seres humanos fabrican y utilizan cosas: los artefactos o datos que indican sensaciones, experiencias, conocimiento de las personas, opiniones, valores y sentimientos, manifestaciones materiales de las creencias y comportamientos de una cultura (Goetz y LeCompte, 1988, 162)

La obtención de datos de manera no interactiva ha estado centrada en la recogida de datos documentales como los Planes Anuales de Centro y los Proyectos Curriculares de Ciclo correspondientes al año académico 2002-03, facilitados por cuatro centros públicos (anexo 4 en CD adjunto)

También se ha realizado una revisión de los libros de texto utilizados en la EpS. Para ello se ha recurrido, por una parte, a un estudio realizado por Gavidia Catalán (2003) sobre la EpS en los manuales escolares españoles, y, por otra, a una valoración global de los libros utilizados por algunos de los Centros Escolares Públicos de los que proceden las personas informantes de la presente investigación.

#### **4.3.3.2. Técnica de Grupo Nominal**

El Grupo Nominal es una técnica de grupo creada por Delbecq y col. (1975), encaminada a identificar y clasificar por orden de importancia problemas y necesidades (Pineault y Daveluy, 1989, 180)

Este proceso de grupo está también encaminado a obtener opiniones y reunir criterios respecto a una situación problemática. Es, ante todo, un proceso estructurado de intercambio de información (Delbecq, 1975, citado en Pineault 1989, 180)

El objetivo esencial fue identificar las dificultades más importantes para el desarrollo de la EpS como materia transversal en los niveles de Educación Infantil y Primaria.

La elección de esta técnica para nuestro estudio ha estado basada en algunas de sus ventajas respecto al objetivo que se pretendía: en primer lugar, al tratarse de una técnica directiva, ha posibilitado la captación de las ideas de todos los miembros del grupo, sin que el nivel de experiencia, la agresividad o la facilidad de expresión de determinadas personas puedan obstaculizar la participación de otras. Este aspecto ha sido importante para nuestra investigación, ya que en esta fase se pretendía recabar todas las dificultades que estaban presentes en la práctica educativa del profesorado informante. En segundo lugar, la generación de ideas en silencio, que conlleva esta técnica, reduce las interrupciones en el proceso de pensamiento de las personas participantes. En tercer lugar, este proceso facilita el que el grupo permanezca consciente del tema a tratar, evitándose la evaluación prematura y la excesiva crítica o focalización en determinadas ideas. Por último, el procedimiento de registro escrito de todas las ideas, mejora la capacidad del grupo para manejar la totalidad y evita que se pierda cualquier aportación.

Las limitaciones del Grupo Nominal se tuvieron en cuenta y se han minimizado sustancialmente:

-La denominada “fertilización cruzada” de ideas, que podría dificultar la generación de aportaciones propias de cada persona, se ve disminuida por la propia estructura directiva impuesta por la propia técnica.

-La reducción de la flexibilidad, en cuanto a la posibilidad que tienen los miembros del grupo de dar opiniones respecto a la propia pregunta o modificarla, se ha visto también minimizada por el planteamiento de una sesión final interactiva en la que pudieron opinar libremente respecto al tema de EpS en la Escuela. Además, al inicio de la sesión, se les explicó claramente en qué iba a consistir el trabajo a realizar y qué procedimiento se iba a seguir.

Las condiciones básicas para el desarrollo del Grupo Nominal son las siguientes:

-Participantes: un mínimo de 5 personas y un máximo de 9. Si es posible, no deben conocerse entre sí, o, al menos, no compartir el mismo espacio de trabajo. Las personas participantes en los grupos nominales no tenían vínculos de amistad ni relación profesional alguna. Sólo en algunos casos habían compartido algún curso formativo.

-El tiempo requerido para cada sesión será aproximadamente 4,2 horas. La media de tiempo utilizado en los grupos ha sido de 4 horas, 30 minutos.

-La ubicación física del grupo debe facilitar el que todas las personas puedan ir siguiendo fácilmente la exposición de las ideas. En nuestro caso, las sesiones se realizaron en un espacio físico neutro para los participantes (sala de reuniones de la Escuela de Enfermería de Huelva), con disposición de las mesas en forma de U, frente a una pantalla en la que se iban proyectando las aportaciones que se escribían de manera textual a través de un procesador de texto.

Se desarrollaron cuatro sesiones de Grupo Nominal:

1. Sesión del grupo de *profesorado de Centros Públicos de Huelva capital*: el grupo estuvo conformado por un total de 8 personas pertenecientes a distintos centros educativos.
2. Sesión del grupo de *profesorado de Centros Públicos de la provincia de Huelva*: participaron un total de 6 personas pertenecientes también a distintos centros educativos de la provincia.
3. Sesión del grupo de *profesorado de Centros Concertados*: participaron un total de 6 personas pertenecientes a distintos centros educativos de Huelva capital y la provincia.
4. Sesión del grupo de *informantes clave*: participaron un total de 6 personas con las siguientes características:
  - Dos personas como miembros del Movimiento Cooperativo de Escuela Popular.
  - Una persona como jefa de estudios de un Centro Público de Educación Infantil y Primaria.
  - Una persona como asesor del Centro de Profesores de Huelva-Isla Cristina.
  - Una persona como directora de un Centro Público de Educación Infantil y Primaria.
  - Una persona como inspectora educativa de la Delegación de Educación de Huelva.



El procedimiento fue el siguiente:

*Etapa preparatoria:*

Para la redacción definitiva de la pregunta a plantear en el grupo, se redactaron seis alternativas diferentes que fueron revisadas por tres personas expertas en el desarrollo de esta técnica. Posteriormente, una vez seleccionada la pregunta definitiva, se realizó un ensayo con un pequeño grupo piloto (dos profesores de Educación Infantil y dos profesoras de Educación Primaria). Tras la valoración final de las ventajas e inconvenientes de la pregunta planteada, se procedió a su redacción definitiva.

*Etapa de desarrollo de la técnica:*

Presentación de los miembros del grupo y del trabajo a realizar

Se procedió a la presentación de los miembros del grupo, su nombre y centro escolar en el que trabajaba. A continuación se explicó pormenorizadamente qué se pretendía con el trabajo y cómo se iba a desarrollar la sesión.

Redacción de ideas en silencio

1°. Presentación de la pregunta por escrito: “¿Cuáles crees tú que son las dificultades más importantes para poder llevar a cabo la Educación para la Salud como materia transversal?”

2°. Lectura verbal de la pregunta por parte de la persona que dirigió el grupo.

3°. Planteamiento de un ejemplo para ilustrar en qué sentido deberían ir las aportaciones, seleccionado cuidadosamente para evitar la dirección de las respuestas. En la práctica, con este ejemplo, se redujo la incertidumbre del grupo acerca de la forma en que se formularían las ideas y, a la vez, evitó la dispersión de las mismas y la falta de precisión.

4°. A continuación, se le pidió al grupo que escribiera en silencio, e independientemente, las ideas, frases breves o afirmaciones que les sugería la pregunta. El tiempo dedicado no está establecido, sino que el criterio que suele utilizarse es dar tiempo suficiente para que cada persona escriba lo que desee y, cuando se observa que la mayoría de los miembros del grupo han dejado de escribir, se pasa a la etapa siguiente. En el grupo de informantes clave se produjo la interrupción del silencio por parte de alguna persona para intentar formular la pregunta de otra manera. Esta situación fue corregida por la directora del grupo tal

y como se aconseja en esta técnica: dirigiéndose al grupo como conjunto en la importancia de responder libre e individualmente. Mantener un buen comportamiento de grupo es esencial para que sus miembros reflexionen y estén centrados en el problema.

#### Enunciado y registro de las ideas

1°. De una manera ordenada, a modo de rueda, se les pidió a los miembros del grupo que fueran enunciando una de las ideas contenidas en su lista. Estas ideas fueron siendo anotadas y proyectadas en la pantalla simultáneamente en un formato de tabla con numeración, elaborado previamente para esta finalidad.

Se fueron haciendo diferentes rondas ordenadas hasta agotar todas las ideas. Este procedimiento duró una media de 45 minutos. Se generaron una media de 65 ítems en cada grupo.

2°. A continuación se imprimió la hoja de registro de todas las ideas y se la facilitó una copia a cada persona.

#### Período de discusión

El objetivo de esta etapa es clarificar, añadir o eliminar algunas ideas. Para ello preguntó al grupo si había algún ítem que necesitara aclaración para poder comprender lo que pretendía expresar. Las aclaraciones fueron respondidas por las personas que habían aportado la idea.

A continuación se procedió a valorar aquellos ítems que el grupo considera que están repetidos. Una vez eliminados, se proyectó la lista definitiva de aportaciones.

#### Etapa de votación de los ítems según su importancia

A cada miembro del grupo se le entregó seis fichas pequeñas en las que debían anotar los seis ítems que consideraran más importantes (uno en cada ficha). Seguidamente se les pidió que priorizaran esos seis ítems por orden de importancia, asignándoles el número 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 según el grado de relevancia.

Posteriormente, la directora del grupo recoge todas las fichas, mezclándolas para asegurar el anonimato.

Finalmente se fueron anotando los ítems con el valor asignado en una hoja de cálculo elaborada para este fin en el programa Excel, presentándose en pantalla el resultado final con los ítems ya priorizados (anexo 1)

### Etapa interactiva

Como fase final de la sesión se abrió un coloquio sobre los resultados del trabajo de grupo, sobre el proceso y, en general, sobre aspectos relacionados con la EpS en la Escuela.

#### **4.3.3.3. La Entrevista**

Una de las formas de conocer qué sucede y por qué es preguntar a las personas que están inmersas en la actividad que se pretende investigar. La entrevista es el medio más adecuado para realizar un análisis constructivo de la situación (Santos Guerra, 1998, 77)

La entrevista es una técnica, dentro de la metodología cualitativa, que se utiliza para obtener información verbal de uno o varios sujetos a partir de un cuestionario o guión (Aguirre Baztán, 1995, 172)

Es un proceso comunicativo por el cual la persona que investiga extrae la información que se halla contenida en la biografía del interlocutor o interlocutora, entendiendo aquí biografía como el conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por la persona entrevistada (Enrique Alonso, 2003, 67-68)

Se distinguen hasta siete tipos normalizados de entrevistas, en función del grado de apertura y directividad de las intervenciones de la persona entrevistadora, y dentro de los diferentes ámbitos de las ciencias humanas: la sesión clínica, la entrevista no directiva, la entrevista focalizada sobre temas precisos, la entrevista con respuestas provocadas pero libres en su formulación, la entrevista con preguntas abiertas pero siguiendo un orden preciso, la entrevista con preguntas listadas y la entrevista con preguntas cerradas (Jean-Baptiste Fages, 1990, citado en Enrique Alonso, 2003, 74)

También hay que distinguir entre *entrevista de investigación* con sus diferentes versiones y las *entrevistas terapéutica y clínica*.

La entrevista de investigación es una conversación entre dos personas (entrevistadora e informante), dirigida y registrada por la persona entrevistadora

con el propósito de favorecer la producción de un discurso *conversacional, continuo y con una cierta línea argumental* –no fragmentado, segmentado, precodificado y cerrado por un cuestionario previo- por parte de la persona entrevistada sobre un tema definido en el marco de una investigación (Enrique Alonso, 2003, 76)

En esta investigación se ha utilizado la *entrevista de investigación individual abierta focalizada*.

Este tipo de entrevista fue acuñada por Merton & Kendall, 1946 (citado en Valles Martínez, 1997, 184), siendo las características más importantes:

-Las personas entrevistadas han estado expuestas a una situación concreta. En nuestro caso, a experiencias directas e indirectas de prácticas de Educación para la Salud (EpS) en la Escuela.

-Las personas investigadoras han estudiado previamente dicha situación. Los resultados obtenidos en la observación documental y bibliográfica, así como en los grupos nominales, son el referente fundamental.

-El guión de la entrevista se ha elaborado a partir del estudio previo de la situación general y las dificultades que tiene el desarrollo de la EpS como materia transversal en Educación Infantil y Primaria.

-La entrevista se ha centrado en las experiencias subjetivas de las personas expuestas a la situación estudiada: las dificultades existentes para llevar a cabo la EpS en el ámbito escolar y sus posibles alternativas.

*Proceso de preparación de las entrevistas:*

Siguiendo a Gorden, 1975 (citado en Valles Martínez, 1997, 192), en esta fase de preparación se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Selección de las personas entrevistadas: mediante la red de relaciones personales, se trató de elegir a personas con experiencia en el desarrollo de la EpS en la Escuela y que, a su vez, estuvieran dispuestas a facilitar información relevante. Además se mantuvieron las categorías elegidas a priori: profesorado de centros públicos y concertados, direcciones de centros públicos y concertados, profesorado de la Facultad de Educación de la Universidad de Huelva, Movimiento Cooperativo de Escuela Popular e inspección educativa.

- La elección de fecha, hora y lugar de la entrevista por parte de las personas entrevistadas a través de los contactos previos realizados.

*Desarrollo de las entrevistas:*

Se han realizado un total de 8 entrevistas, distribuidas de la siguiente manera:

1. Profesora de Educación Primaria de un Centro Público de Huelva capital.
2. Profesora de Educación Infantil de un Centro Público de la provincia de Huelva.
3. Profesora de Educación Infantil de un Centro Concertado de Huelva capital.
4. Profesor Dr. Titular de la Facultad de Educación de la Universidad de Huelva.
5. Directora y profesora de Educación Infantil de un Centro Público de la provincia de Huelva.
6. Directora de un Centro Concertado de Huelva capital.
7. Profesora de Educación Primaria y miembro del Movimiento Cooperativo de Escuela Popular de Huelva.
8. Inspector Educativo de la Delegación de Educación de Huelva.

La conversación informal se ha utilizado en todas las entrevistas. Esto ha facilitado la creación de un clima de confianza y un ambiente relajado, algo imprescindible para que la persona informante ofrezca todos los datos disponibles.

Al comienzo de la entrevista se presentaban las cuestiones sobre las que se pretendía hablar, con lo que se reducía de manera importante la incertidumbre de la persona entrevistada.

El desarrollo de las entrevistas ha estado orientado por un *guión* (anexo 2) elaborado a partir de la información obtenida en los Grupos Nominales. En función del discurso de la persona entrevistada y de las cuestiones que surgían, el guión se iba adaptando.

La duración media de las entrevistas osciló entre 45 minutos y 1 hora, 30 minutos.

En todas las entrevistas se utilizó grabadora para reproducir la totalidad de las conversaciones y se tomaron notas. Para ello se solicitó el consentimiento previo y sin presión alguna de las personas entrevistadas.

#### **4.3.3.4. El Grupo de Discusión**

El Grupo de Discusión es, fundamentalmente, un proyecto de conversación socializada en el que la producción de una situación de comunicación grupal sirve para la captación y el análisis de los discursos ideológicos y de las representaciones simbólicas que se asocian a cualquier fenómeno social (Enrique Alonso, 2003, 93)

El Grupo de Discusión es una técnica de investigación diseñada para dar cuenta de la manera en que los sujetos y los grupos construyen y dan sentido a los acontecimientos y circunstancias en que viven, haciendo aflorar las *categorías e interpretaciones* que se generan en los marcos inter-subjetivos de la interacción social, por medio de procesos comunicativos y lingüísticos (Enrique Alonso, 2003, 99)

Desde la perspectiva de la Sociología y de la Psicología Social constructivista, la discusión de grupo en el ámbito de la investigación parte de la idea de que los individuos, además de presentarse a sí mismos de acuerdo a una definición de su yo activo que moviliza su conducta, lo hacen como representantes preconscientes de los distintos grupos sociales a los que pertenecen y/o tienen como referencia (Enrique Alonso, 2003, 99)

La utilización del Grupo de Discusión como estrategia de recogida de datos en nuestra investigación ha sido de vital importancia para generar una *productividad comunicativa y discursiva focalizada* en las dificultades y alternativas de la Educación para la Salud (EpS) en el ámbito escolar.

##### *El diseño del Grupo de Discusión:*

Los datos obtenidos en los Grupos Nominales y en las entrevistas pusieron de manifiesto la necesidad de profundizar en las dificultades identificadas en el desarrollo de la EpS como materia transversal y sus alternativas.

Se preparó un guión que contenía la información previa, el objetivo de la reunión, la dinámica de la misma y la pregunta central para la discusión (anexo 3)

*Constitución de los grupos de discusión:*

La selección de las personas participantes se realizó también mediante las redes de relaciones personales. En el proceso se ha tenido en cuenta los aspectos fundamentales en cuanto al número de personas integrantes (5-9 personas), los requisitos planteados al inicio de este capítulo, es decir una representación significativa y estructural, la homogeneidad o cierta heterogeneidad controlada para facilitar la productividad discursiva del grupo y, a la vez, que puedan existir ciertas diferencias discursivas. El desconocimiento entre sí de las personas que han integrado los grupos ha sido otra de las cautelas metodológicas que se han tenido en cuenta al objeto de evitar inhibiciones, imposiciones de ideas y valores. Se trata de que la discusión no se precipite sobre la memoria individual, particular y privada de los miembros del grupo, sino sobre la memoria social y compartida de éstos, activada en el proceso conversacional (Enrique Alonso, 2003, 104)

Siguiendo las características específicas de las personas informantes en nuestra investigación, se han realizado tres grupos de discusión:

-Grupo conformado por cinco personas pertenecientes al sector del profesorado de Educación Infantil y Primaria de Centros Públicos.

-Grupo conformado por cinco personas pertenecientes al sector del profesorado de Educación Infantil y Primaria de Centros Concertados.

-Grupo conformado por seis personas *informantes clave*: director de un Centro Público de Huelva capital, directora de un Centro Público de Huelva capital, jefa de estudios de un centro público de la provincia de Huelva, asesora del Centro de Profesores de Huelva-Isla Cristina, miembro del Movimiento Cooperativo de Escuela Popular y un inspector educativo de la Delegación Provincial de Educación de Huelva.

*Desarrollo de los grupos de discusión:*

Los tres grupos se han desarrollado en la sala de reuniones de la Escuela de Enfermería, observándose las condiciones físicas requeridas para facilitar la interacción grupal.

Al comienzo de la sesión, la preceptora del grupo realizó una breve presentación de las personas integrantes del grupo y, a continuación, se facilitó información general sobre determinados aspectos que podrían generar incertidumbre en las personas informantes: el carácter personal de su participación y no institucional, así como la garantía de confidencialidad del discurso como aspecto inherente al rigor científico de nuestra investigación.

Se solicitó consentimiento para la grabación oral y en vídeo de la sesión, no existiendo objeción alguna.

Posteriormente se planteó el objetivo de la reunión y la dinámica a seguir.

Finalmente se formuló la pregunta central para la discusión.

La duración media de los grupos fue de 1 hora, 30 minutos. En todos ellos se consiguió plenamente la reproducción del discurso pretendido. No fue necesario activar en ningún momento la interacción grupal, y el papel de la persona preceptora llegó a conformarse en torno a la persona que lo ve todo y lo escucha (pantalla) pero no lo juzga (Ibáñez, 1989, 495)

#### **4.4. El tratamiento de los datos: procesamiento, análisis e interpretación**

El procesamiento de todos los datos obtenidos se ha llevado a cabo de la siguiente manera:

-La información obtenida en los cuatro Grupos Nominales se ha registrado literalmente por escrito y se ha sintetizado (anexo 1)

-Las ocho entrevistas se han registrado oralmente mediante grabadora y, posteriormente, se ha procedido a la transcripción literal de las mismas (anexo 5 en CD adjunto)

-Los tres grupos de discusión se han registrado mediante grabadora y vídeo. Posteriormente, se procedió a la transcripción literal de su contenido (anexo 5 en CD adjunto)

El proceso de categorización y codificación de los datos se ha realizado manualmente, utilizando para ello los artefactos etnográficos, las síntesis de los Grupos Nominales, las transcripciones literales y la notas que se tomaron durante las sesiones.



El análisis de los datos ha supuesto realizar un examen sistemático del conjunto de elementos informativos para delimitar partes y descubrir las relaciones entre las mismas y con el todo (Rodríguez Gómez y col, 1996, 200)

Los datos obtenidos en la presente investigación han sido amplios y heterogéneos, lo que ha requerido un procedimiento sistematizado en su tratamiento.

El análisis de los artefactos etnográficos se ha realizado utilizando el criterio temático (Educación para la Salud) para la separación del contenido en unidades significativas. Posteriormente, se procedió a su categorización y codificación.

El análisis de los demás datos se ha realizado con un cierto margen de libertad en cuanto al método. No obstante, se han tenido como referentes importantes los modelos siguientes:

1. *Análisis arbóreo funcional* (Santos Guerra, 1998, 123) lo que ha ayudado a realizar una síntesis progresiva capaz de facilitar una visión global surgida del análisis pormenorizado de todos los datos. En este sentido, se ordenaron los datos a partir de los distintos sectores participantes (profesorado, cargos directivos, inspección educativa, Movimiento Cooperativo de Escuela Popular, asesores del Centro de Profesorado) a través de las distintas técnicas de exploración (Grupos Nominales, entrevistas y Grupos de Discusión), siguiendo el proceso arbóreo de:
  - Unidad Mínima de Análisis: *opinión* de cada uno de los sectores sobre las dificultades y alternativas de la EpS como materia transversal.
  - Conjunto de Unidades Mínimas de Análisis o *síntesis* de las opiniones emitidas con anterioridad.
  - Suma de Unidades Mínimas de Análisis o *agrupación* de las opiniones emitidas a través de las diferentes técnicas de recogida de datos.
  - Total de Unidades Mínimas de Análisis o *visión global* de todos las personas informantes a través de todas las técnicas utilizadas.
2. El *análisis arbóreo epistemológico* (Santos Guerra, 1998, 126), mediante el estudio del conjunto de datos provenientes del proceso de exploración a través de los siguientes aspectos del análisis (Woods, 1998, 136):

- *Análisis especulativo* o reflexión tentativa. A partir de los datos registrados se sugieren líneas de análisis y se señalan las vías de posibles conexiones con otros datos y con los referentes teóricos pertinentes.
- *Clasificación y categorización* al objeto de ordenar los datos de manera coherente, completa, lógica y sucinta. Para lo cual se identificaron las categorías más importantes que, a su vez, se iban subdividiendo en grupos (Woods, 1998, 139-140)
- *Formación de conceptos* o estrategia de análisis que ha permitido la decodificación de determinados símbolos culturales presentes en el trabajo de campo que se han interrelacionado con trabajos afines a esta investigación, que han contribuido a aumentar los conocimientos generales del desarrollo de la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela.
- *Los modelos*, cuya utilidad en el análisis etnográfico estriba en su capacidad para representar la realidad (Santos Guerra, 1998, 127). En esta línea, se han ido entresacando de los datos determinados modelos parcialmente contruidos y, a partir de aquí, se han planteado modelos emergentes de desarrollo de la EpS en el ámbito escolar.
- *La teoría* como base para explicar las relaciones existentes entre los fenómenos estudiados y, así, comprender mejor la realidad de la EpS en la Escuela. Este aspecto del análisis ha supuesto un salto conceptual de la mera descripción a la articulación explicativa que permite conocer las leyes por las que se rige la realidad social (Santos Guerra, 1998, 129). En nuestro caso, la realidad de la EpS como materia transversal en Educación Infantil y Primaria: sus dificultades y alternativas.

La heterogeneidad de los datos obtenidos en esta investigación, en cuanto a las diferentes visiones de las personas informantes como parte de la realidad, podría dar lugar a un análisis distorsionado de la realidad. Para controlar este sesgo, hemos utilizado el contraste a través de la *triangulación*. La utilización de tres o

más métodos diferentes para explorar un problema aumenta enormemente las posibilidades de exactitud (Woods, 1987, citado en Santos Guerra, 1998, 115)

Es evidente que la contrastación de datos encierra una forma de depuración y de confiabilidad importantes. La *triangulación* se contempla tanto en el proceso de obtención de datos como en el tratamiento de los mismos. En el proceso de triangulación aparecen nuevos datos y, en la redacción del informe final, aparecen reflexiones que dan origen a una nueva comprensión de la realidad (Santos Guerra, 1998, 116)

La *triangulación* se define clásicamente como la combinación de metodologías en el estudio de un mismo fenómeno (Denzin, 1978, citado en Santos Guerra, 1998, 116)

En nuestra investigación hemos utilizado dos modalidades de triangulación:

- *Triangulación de métodos*: se han contrastado las diferencias y convergencias que aparecen en la descripción y valoración de las dificultades y alternativas del desarrollo de la EpS como materia transversal en Educación Infantil y Primaria, en función del ángulo o perspectiva aportada por la observación documental y de artefactos, los Grupos Nominales, las entrevistas y los Grupos de Discusión.
- *Triangulación de sujetos*: se han contrastado los puntos de vista de las personas informantes en función de su pertenencia a los distintos sectores estudiados: profesorado de centros públicos de Huelva o la provincia, profesorado de centros concertados o informantes clave (cargos directivos, profesorado de la Facultad de Educación de la Universidad de Huelva, inspección educativa, asesoramiento del Centro de Profesorado, Movimiento Cooperativo de Escuela Popular)

**TERCERA PARTE**

**INFORME DE LA INVESTIGACIÓN**



## **ABREVIATURAS CLAVE DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN**

Al objeto de facilitar la lectura y comprensión del informe de investigación, se relacionan las abreviaturas clave que van a aparecer anotadas:

### **Capítulo 5**

(PAC1): Plan Anual de Centro número 1  
(PAC2): Plan Anual de Centro número 2  
(PAC3): Plan Anual de Centro número 3  
(PAC4): Plan Anual de Centro número 4

(PCC1): Proyecto Curricular de Ciclo número 1  
(PCC2): Proyecto Curricular de Ciclo número 2  
(PCC3): Proyecto Curricular de Ciclo número 3  
(PCC4): Proyecto Curricular de Ciclo número 4

### **Capítulos 6 y 7**

#### **Grupo Nominal:**

(GNPcph): Grupo Nominal profesorado Centros Públicos de Huelva capital.  
(GNPcpp): Grupo Nominal profesorado Centros Públicos de la provincia de Huelva.  
(GNPcc): Grupo Nominal profesorado Centros Concertados  
(GNic): Grupo Nominal de Informantes Clave

#### **Entrevistas:**

(EPcph): Entrevista profesorado Centro Público de Huelva capital  
(EPcpp): Entrevista profesorado Centro Público de la provincia de Huelva  
(EPcc): Entrevista profesorado Centro Concertado  
(EPu): Entrevista profesorado Facultad de Educación. Universidad Huelva  
(EMC): Entrevista Movimiento Cooperativo Escuela Popular  
(EDcp): Entrevista Dirección Centro Público  
(EDcc): Entrevista Dirección Centro Concertado  
(Eled): Entrevista Inspección Educativa

#### **Grupos de Discusión:**

(GDpcp): Grupo Discusión profesorado Centros Públicos  
(GDpcc): Grupo Discusión profesorado Centros Concertados  
(GDic): Grupo Discusión informantes clave



## **CAPÍTULO 5**

### **LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD A TRAVÉS DE LOS ARTEFACTOS ETNOGRÁFICOS DE LOS CENTROS ESCOLARES**

5.1. La Educación para la Salud en el Plan Anual de Centro y en el Proyecto Curricular de Ciclo

5.2. La Educación para la Salud en los libros de texto





## **CAPÍTULO 5: LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD A TRAVÉS DE LOS ARTEFACTOS ETNOGRÁFICOS DE LOS CENTROS ESCOLARES**

La observación de todos los artefactos etnográficos relacionados con la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela ha permitido explorar evidencias relevantes como manifestaciones materiales de las creencias y comportamientos que constituyen la cultura de los Centros Escolares respecto al tema estudiado en la presente investigación.

Como datos documentales se ha revisado el Plan Anual de Centro (PAC) y el Proyecto Curricular de Ciclo (PCC) de cuatro Centros Públicos.

Respecto a los libros de texto, el reciente estudio de Gavidia Catalán (2003) y la revisión de algunos de los libros más utilizados por el profesorado de los Centros Públicos han servido de base para valorar cuantitativa y cualitativamente la relevancia de aspectos educativos relacionados con la EpS.

### **5.1. La Educación para la Salud en el Plan Anual de Centro y en el Proyecto Curricular de Ciclo**

*¿Cómo se representa la Educación para la Salud en el Plan Anual de Centro?*

Desde la perspectiva estructural, El Plan Anual de Centro (PAC), en general, está organizado a partir de los siguientes apartados:

1. Plantilla y organigrama del Centro.
2. Objetivos generales del Centro.
3. Horario y actividades extraescolares.
4. Programación de actividades del Equipo Directivo, Equipo Técnico de Coordinación Pedagógica y las etapas escolares de Infantil y Primaria por ciclos.
5. Las comisiones existentes y su funcionamiento: plan de actuación de los equipos de orientación escolar, acción tutorial, comisiones extraescolares y complementarias y dinamización cultural.
6. Escuela de Padres (un solo centro)
7. Plan de autoprotección: emergencias.

8. Funcionamiento del comedor escolar.
9. La formación del profesorado (dos centros)
10. Plan de reuniones de órganos colegiados.
11. Seguimiento y evaluación del Plan Anual de Centro (dos centros)

Las orientaciones de la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía, contenidas en el material didáctico específico sobre los temas transversales del currículum para la Educación Infantil (Ferrer González y col, 1993) y para la Educación Primaria (Junta de Andalucía, 1993 b), están presentes en los Planes Anuales de Centro, explicitándose tanto los objetivos como los ámbitos de conocimiento y experiencias.

Así, bajo la denominación de objetivos generales de etapa se reproducen íntegramente dichas orientaciones: “a) *Desarrollar una autonomía progresiva en la realización de las actividades habituales a través del dominio y conocimiento del propio cuerpo y de la capacidad de asumir iniciativas, adquiriendo los datos básicos del cuidado de la salud y el bienestar.* b) *Ir formándose una imagen positiva de sí mismo y construir su propia identidad...*c) *Establecimiento de relaciones afectivas satisfactorias...* d) *Establecer relaciones sociales en ámbitos cada vez más amplios...*e) *Conocer, valorar y respetar distintas formas de comportamiento...*” (PAC 1, 2, 3, 4)

Cuando se hace referencia a las etapas de Educación Infantil y Primaria, aparecen objetivos generales de etapa en los que las metas que se plantean son similares en todos los Centros.

La homogeneidad que se observa en los diferentes Planes Anuales de Centro pone de manifiesto la existencia de un componente de artificialidad en la elaboración de los mismos. Es posible que el PAC tenga un escaso valor funcional en cuanto a ser un elemento orientador de la práctica educativa y, por el contrario, su valor se corresponda más con un formalismo burocrático que con un instrumento de gestión de los Centros Escolares.

Las personas que han facilitado el PAC de su centro hicieron lo siguientes comentarios al entregarlo:

*“...lo estamos modificando, no se si te servirá” (PAC3)*

*“No sé si te servirá para algo”(PAC2)*

“Esta copia es la que he podido encontrar, no se si te servirá...” (PAC1)

“No se cómo está..., espero que te sirva...”(PAC4)

Estas coincidencias refuerzan la interpretación anterior acerca del escaso valor que el PAC tiene para el desarrollo funcional de los centros escolares. También es probable que las personas que no ocupan cargos directivos no conozcan en profundidad el PAC más allá de su presentación formal en el claustro.

No obstante, al margen de su contenido, y atendiendo a características de organización y presentación del documento, existen diferencias. En este sentido, los cuatro Planes Anuales de Centro son distintos en formato y presentación:

Uno de Planes (PAC1) presenta una organización de los contenidos con un sangrado que, en alguna de sus partes, pierde continuidad y tiene párrafos que no se corresponden. Parece como si se hubieran eliminado y añadido frases de una manera mecánica. Otro de los Planes (PAC2) presenta una organización de sus contenidos en tablas, siendo su número de páginas el más reducido de todos los planes. Utiliza frases muy cortas que contribuyen a empobrecer y simplificar las expresiones. Es el único PAC donde no aparecen objetivos generales del centro y donde se presenta un plano pormenorizado del espacio y distribución física del mismo que ocupa más páginas que el contenido del PAC.

El Plan identificado como (PAC3) tiene una estructura ordenada que permite visualizar fácilmente el contenido. El lenguaje que utiliza es algo reiterativo.

Finalmente, el PAC4 es, junto con el PAC2, uno de los más escuetos. Su presentación es ordenada.

Aunque todos estos aspectos son puramente descriptivos no están exentos de interpretación en cuanto a que, en la parte que le corresponde como artefacto etnográfico, representan actitudes, intereses, motivaciones...de las personas que interactúan en ese entorno educativo, sobre todo los órganos directivos, a quienes corresponde la responsabilidad de su elaboración y presentación.

Respecto al *contenido* del PAC de los distintos centros, hay que señalar que en algunos de ellos (PAC2 y PAC4) se omiten determinados objetivos relacionados con la *coeducación*.

El lenguaje coeducativo en la redacción del PAC4 (que no manifiesta ninguna meta en torno a la coeducación) está prácticamente ausente:

*“Uno de los objetivos generales del Centro: ...entender la educación como una serie de procesos que permitan al individuo desarrollar...sus potencialidades...”*

*“Estimular a los alumnos a fin de mejorar su autonomía...”*

*“...Fomentar la participación activa de los padres en la educación....”*

(PAC4)

Sin embargo, en los demás documentos, se observa un esfuerzo por mantener ese lenguaje coeducativo en sus expresiones, incluso en algunos parece algo integrado, sobre todo cuando se prescinde de la clásica terminología “los/las”, “alumnos/as”, “los padres”, y se escribe “los niños y las niñas” o “los alumnos y las alumnas” “los padres y madres”, como corresponde a su conformación sociológica y natural.

Los aspectos más relevantes del PAC pueden agruparse de la siguiente manera:

1. Objetivos Generales de Centro relacionados con la EpS.
  - 1.1. Potenciar el cooperativismo.
  - 1.2. Desarrollo de la capacidad crítica del alumnado
  - 1.3. Desarrollo de las potencialidades del alumnado.
  - 1.4. Actitudes hacia la igualdad
  - 1.5. Desarrollo de las áreas transversales
2. Objetivos por Etapas Escolares de Infantil y Primaria relacionados con la EpS.
  - 2.1. Participación del alumnado, padres y madres.
  - 2.2. Atención a la diversidad.
  - 2.3. Autonomía
  - 2.4. Autoestima
  - 2.5. Desarrollo de las capacidades del alumnado respetando sus ritmos de aprendizaje.
  - 2.6. Entornos favorables a la sociabilidad y la cooperación
  - 2.7. Educación para la Salud
  - 2.8. Educación para la Paz

## 1. Objetivos Generales de Centro

1.1. *Potenciar el cooperativismo* entre el alumnado y entre los padres y madres es un objetivo en el que se insiste con intensidad en el PAC de dos centros. Es una de las contribuciones importantes para potenciar la solidaridad y la dimensión comunitaria y social del ser humano como parte de la educación en valores.

Desde el enfoque ecológico de salud, cuando se trabajan estos valores, se está facilitando una mejor calidad de vida y un estado de bienestar progresivo.

No obstante, este objetivo no se plantea en el ámbito escolar desde la perspectiva de salud, puesto que, paralelamente, aparece la consideración de las materias transversales como algo distinto y, desde luego, no relacionado de manera explícita.

Son objetivos de la Educación Infantil y Primaria: *“potenciar el cooperativismo entre el alumnado del aula, ciclo, padres y madres” (PAC3)*

Al mismo nivel, en la Educación Primaria se plantea como objetivo:

*“Planificar el tratamiento de las áreas transversales” (PAC3)*

1.2. El *desarrollo de la capacidad crítica* del alumnado es uno de los objetivos permanentes. El cuidado de la salud requiere una actitud responsable e informada y esto sólo es posible a partir de la formación del pensamiento crítico. Elegir la mejor opción para mantener la salud, recuperarla o prevenir la enfermedad, exige la capacitación de las personas para tomar decisiones fundamentadas y pedir ayuda cuando sea necesario.

Sólo aparece como objetivo en el PAC de uno de los centros escolares:

*“Desarrollar la capacidad crítica del alumnado para su desenvolvimiento en el medio”*

*“Situación al alumnado en condiciones de encontrar, organizar y evaluar críticamente los conocimientos desde una perspectiva personal y colectiva”*

*(PAC3)*

1.3. El *desarrollo de las potencialidades del alumnado* se expresa en el PAC vinculado al proceso de socialización de los niños y niñas para asegurar su participación en la vida social.

*“...Entender la educación como una serie de procesos que permita al individuo desarrollar sus potencialidades asimilando los factores culturales necesarios para la participación en la sociedad y la aceptación de la responsabilidad humana” (PAC4)*

¿Cuáles son los factores culturales necesarios? Si se parte de la consideración de la cultura como el sistema de valores y creencias que rige una sociedad, es evidente que muchos de los valores que están presentes en nuestra realidad no van a contribuir a aumentar la calidad de vida de las personas. Valores como la competitividad, el consumismo, el individualismo, el hedonismo...están legitimados socialmente. Por consiguiente, hay que explicitar con absoluta claridad qué factores culturales son los que los niños y niñas tienen que asumir para que, a lo largo de su vida, quieran ser personas responsables con su propia existencia y con la de los demás.

1.4. Potenciar *actitudes hacia la igualdad* es otro de los pilares básicos para vivir saludablemente. Trabajar el principio de igualdad también implica huir de las generalidades del término y contextualizarlo de manera que los niños y niñas sepan identificarlo en su entorno inmediato y lo incorporen como una creencia firme y profunda.

La formulación de este objetivo puede sumarse a esos planteamientos generales que, en el ámbito educativo, se nombran pero que no se incorporan a la práctica de manera intencionada.

*“...Fomentar actitudes que nos lleven a considerar a las personas en igualdad, cualquiera que sea su razón o condición personal o social” (PAC4)*

1.5. El desarrollo de las *áreas transversales* sólo se menciona en uno de los Planes:

*“El tratamiento de las áreas transversales se incorpora al trabajo de los ciclos, ya que éstos las abordan en las diversas áreas” (PAC1)*

La omisión de la transversalidad en el PAC pone de manifiesto la escasa relevancia de los temas transversales en un documento que, supuestamente, ha de recoger los aspectos más esenciales de la práctica educativa del centro escolar.

Este es un indicador importante del nivel de implicación del Centro en el desarrollo de las materias transversales. Las causas que hacen emerger este

problema pueden responder a dos líneas: por una parte, que el poder hegemónico del diseño curricular de corte academicista, basado en la acumulación de conocimientos para responder a las demandas sociales educativas, sea el interés predominante en el centro escolar. Por otra parte, que el desarrollo de la transversalidad esté plagado de dificultades y contradicciones: ¿cómo incluir un término tan global en un enfoque educativo tan parcial? ¿El término transversal viene marcado por tener contenidos de gran importancia para el proceso educativo? Si es así ¿por qué no se contempla por escrito? Ante estos interrogantes, ¿los contenidos transversales no se convierten en marginales?

Es evidente que hay que reflexionar profundamente sobre la transversalidad y sus implicaciones en el proceso educativo.

## 2. Objetivos por etapas escolares de Infantil y Primaria relacionados con la Educación para la Salud

### *2.1. Participación del alumnado, padres y madres:*

Fomentar la participación del alumnado, de los padres y madres en la educación de sus hijos e hijas es considerado como algo importante, ya que aparece de manera constante y repetida:

*“...En la acción tutorial nos proponemos integrar a padres y madres en las actividades de ciclo “*

*“...Integrar a los padres y madres en las actividades que requieran su colaboración”*

*“...Hacer posible la participación de los padres y madres dentro del aula”*

*“...Hacer partícipes a los padres y madres en el proceso educativo a través de reuniones colectivas, actividades dentro del aula (talleres, preparación de materiales, fiestas) y actividades fuera del aula (refuerzo, excursiones, convivencias)”*

*(PAC1)*

*“En la etapa de Educación Infantil: dar participación al alumnado en el aula y fomentar la participación de los padres y madres en el proceso educativo”*

*“En la etapa de Educación Primaria: dar participación al alumnado en su proceso de aprendizaje”*

*(PAC3)*



El proceso educativo requiere la implicación activa y efectiva del alumnado y de los padres y madres. Educar en valores sólo es posible desde el binomio familia-escuela. Evitar las disonancias cognitivas, actitudinales y comportamentales respecto a los valores contribuirá a la consolidación de los mismos en los niños y niñas. Por consiguiente, a hacer personas conscientes y comprometidas para vivir y hacer que otras personas vivan plenamente.

La participación es un medio para ganar salud individual y colectiva. La implicación a que conducen los procesos participativos es la mejor garantía del compromiso social en favor de una calidad de vida cada vez más óptima.

El PAC de los centros escolares refleja la importancia que, en general, la participación del alumnado y de la familia tiene para el proceso educativo.

*“...Integrar a los padres y madres en las actividades de ciclo” (PAC1)*

*“...Lograr la participación del alumnado y de los padres y madres en la marcha del ciclo” (PAC2)*

*“...Fomentar la participación de los padres y madres en el proceso educativo” (PAC3)*

*“...Fomentar la participación activa de los padres en la educación de los hijos, informándoles de los objetivos a alcanzar en cada nivel y del rendimiento escolar de los niños” (PAC4)*

## 2.2. La atención a la diversidad

La atención a la *diversidad* sólo aparece como objetivo en el primer ciclo de Educación Primaria. Su desarrollo se enmarca en la materia transversal de *Educación para la Paz*:

*“...Dentro de la programación de Conocimiento del Medio, la Educación para la Paz se orienta a:*

*-La valoración de todas las personas con independencia de raza, sexo o minusvalía.*

*-La curiosidad por conocer características de culturas alejadas de nuestro entorno.*

*-Valorar y respetar las opiniones de los demás”*

*(PAC1)*

Los objetivos encaminados a la educación en la diversidad están presentes en el PAC de todos los centros, aunque la claridad de su formulación y su intensidad es variable.

*“...Favorecer la convivencia y el respeto mutuo entre los alumnos” (PAC2)*

*“...Valoración de todas las personas con independencia de raza, sexo, minusvalía” (PAC1)*

*“...Fomentar en el alumnado los valores positivos que favorezcan la convivencia y la paz” (PAC3)*

La *tolerancia* es uno de los valores esenciales para la construcción de la paz en el mundo. La ausencia de paz está provocando que la vida humana no tenga valor alguno, que el principio de igualdad de derecho a una vida digna sea sólo para algunos. Por tanto, la salud, como medio imprescindible para la vida, no tiene cabida en este planteamiento.

Educar para la Salud es, por supuesto, educar en la diversidad para conseguir una convivencia social presidida por la tolerancia.

2.3. Conseguir la *autonomía* progresiva de los niños y niñas es una meta que se plantea con mayor insistencia en la etapa de Educación Infantil, estando prácticamente ausente en la Educación Primaria.

*“...Estimular la autonomía infantil, favoreciendo la participación, exploración y descubrimiento por parte del niño” (PAC4)*

Es posible que el enfoque de la autonomía infantil esté vinculado al desarrollo evolutivo en el que esta etapa tiene especial relevancia. De cualquier manera, la autonomía personal es algo inherente al enfoque integral del cuidado de la salud. A partir de la consecución de este objetivo, se puede ir haciendo responsable a la persona de su propia salud y de la de los demás desde una actitud comprometida en la interacción con el medio físico, natural y social.

2.4. Conseguir la *autoestima* del alumnado es un objetivo que en el PAC sólo lo registra un centro, tanto en Educación Infantil como en Primaria:

*“Motivar a los niños y niñas para aceptarse a sí mismos y a los demás”*

*“Estimular a los alumnos a fin de mejorar su autonomía y autoestima”*

*(PAC4)*

La baja autoestima está siempre presente en todos los problemas de salud mental y, en muchos casos, en la somatización como manifestación física de los mismos.

Estimular la autoestima no sólo previene los trastornos de salud mental sino que es uno de los factores que más contribuyen a vivir saludablemente y a comprender y asumir la responsabilidad individual y colectiva en la mejora y mantenimiento de la salud.

La intolerancia a las frustraciones es uno de los indicadores de escasa madurez, siendo ésta fundamental para vivir de manera razonable y equilibrada.

2.5. Desarrollar al máximo *las capacidades del alumnado* respetando los distintos ritmos de aprendizaje también es una meta que, sobre todo en dos de los Planes Anuales de Centro, aparece a lo largo de las dos etapas escolares.

*“En Educación Infantil nos proponemos intentar desarrollar al máximo las capacidades del alumnado”*

*“En Educación Primaria se adecuará la programación a los distintos ritmos de aprendizaje para desarrollar al máximo las capacidades de los alumnos”*

*(PAC3)*

Este enfoque educativo debería ser considerado como parte de la transversalidad de EpS, puesto que esta estrategia, además de potenciar la autoestima de los niños y niñas, es una medida preventiva frente al fracaso escolar y a la consiguiente situación de exclusión a que puede llevar, algo totalmente vinculado al concepto integral de salud. Sin embargo, los Planes de Centro no parecen contemplarlo como tal.

2.6. *La Educación para la Salud y Educación para la Paz:*

La separación entre estas dos áreas transversales es explícita e implícita. A lo largo de los Planes Anuales de Centro no se establece relación alguna entre ambas. Ello denota un predominio de la concepción biologicista de la Salud en el ámbito de la Escuela. ¿Está relacionada la salud con la construcción de la paz? Es evidente que desde el enfoque ecológico de Salud, son aspectos íntimamente relacionados y que, en la realidad acontecen de forma simultánea, formando parte de un todo que es la existencia humana.

*“...Primer Ciclo de Primaria: Educación para la Paz: los objetivos están integrados en las distintas áreas, en especial Conocimiento del Medio, Educación Física, Lengua y Religión. Se desarrolla especialmente en las asambleas de clase y otras dinámicas de participación del alumnado. En torno al día de la Paz se llevan a cabo otras actividades específicas.” (PAC1)*

*“...Primer Ciclo de Primaria: Educación para la Salud y el Consumo: los objetivos de esta área se recogen en las programaciones especiales de aula, especialmente las de Conocimiento del Medio y Educación Física y se incide en especial en la formación de hábitos saludables relacionados con la alimentación, la higiene y el aparato locomotor” (PAC1)*

A partir de estos objetivos, la EpS se centra en el desarrollo de hábitos saludables relacionados con la alimentación, con el aparato locomotor y con los dientes, añadiéndose también los aspectos medio ambientales. A lo largo de los distintos grados de los ciclos de Infantil y Primaria se van perfilando objetivos más específicos relacionados con el cuidado de la salud, incrementándose las dimensiones a tratar:

- Alimentación
- Higiene personal
- Aparato locomotor
- Higiene dental
- Salud y medio ambiente
- Descanso y sueño
- Utilización del ocio

Se pone de manifiesto una cierta línea de continuidad entre los diferentes ciclos de Educación Primaria y se trata de globalizar el cuidado de la salud bajo el término de *integral*:

*“...Aunque el área de Educación para la Salud y el Consumo se ha trabajado en profundidad en los anteriores ciclos de Primaria, seguiremos abordándolo en los siguientes aspectos:*

- Gusto por mantener hábitos que favorezcan una salud integral.*
- Desarrollo de hábitos saludables relacionados con una buena nutrición.*
- Aprovechamiento de los tiempos de ocio y desarrollo de variadas aficiones.*

*-Importancia de las horas necesarias para el sueño y el descanso” (PACI)*

De forma aislada, en la parte dedicada a la Educación Infantil, se especifican como actividades complementarias relacionadas con la EpS la *fiesta de los alimentos* y la *fiesta de la higiene dental*. En el segundo ciclo de Primaria se hace constar la participación en la campaña de *Educación vial* organizada por el Ayuntamiento de Huelva.

La forma en que aparecen estas actividades, en cuanto a su ubicación en el Plan Anual de Centro y al tratamiento restrictivo que reciben, ponen de manifiesto la escasa sistematización y profundidad con que se trata la EpS en el ámbito escolar. El carácter *aislado* de estas actividades transcribe un desarrollo de la EpS marcado, en parte, por actividades puntuales que, a su vez, evidencian las deficiencias de esta materia en cuanto a su integración en el currículum global y, por consiguiente, lejos del espíritu de la transversalidad.

*“...en el 2º ciclo de Infantil las actividades complementarias relacionadas con las áreas transversales del currículum:*

*-Fiesta de los alimentos*

*-Fiesta de la higiene dental”*

*“...Los objetivos del segundo ciclo de Primaria:*

*-Participar en la campaña de Educación Vial organizada por el Ayuntamiento...”*

*(PACI)*

Las contradicciones en el tratamiento de la transversalidad también son evidentes en el PAC. Cuando se consideran actividades complementarias y extraescolares aquéllas que deberían formar parte de un núcleo claro y bien consolidado de acciones escolares bien ubicadas y con un espacio propio.

*“...como actividades complementarias extraescolares:*

*-Día de la Paz*

*-Semana cultural/semana del deporte.*

*-Jornada sobre Educación Vial*

*-Campaña “Crece con tu árbol”*

*-Día de la bicicleta*

*-Música en las aulas*

*-Conciertos didácticos “*

*(PAC2)*

La falta de *truncalidad* de los contenidos de EpS, la *parcialidad* con la que se abordan los mismos y la escasa conexión entre los ciclos se mantiene a lo largo del PAC:

*“...En Educación Infantil se plantea como objetivo afianzar el desarrollo de la transversal de Educación para la Salud (golosinas e higiene buco-dental)”*

*(C2)*

Surge aquí una pregunta clave a la que hay que dar respuesta: ¿qué implicaciones tiene el cuidado de la salud y qué aspectos deben ser abordados en la Escuela? Cuando no está claro adónde queremos llegar, es difícil plantear metas claras y medios eficaces para ello.

A medida que se avanza en los ciclos, desde Infantil a Primaria, la EpS se hace menos explícita o incluso no aparece. Sin embargo, sí se expresa con insistencia, en todos los ciclos, objetivos encaminados a lograr la participación del alumnado y de los padres y madres y a favorecer la convivencia y el respeto.

En el marco de la acción tutorial de Educación Infantil se plantean objetivos como:

*“Fomentar la participación de los padres y madres”*

*“Favorecer la convivencia y respeto mutuo entre los alumnos”*

*(PAC2)*

Estos aspectos no son considerados –al menos formalmente- por los Centros como integradores del cuidado de la salud. Su ubicación en el Plan Anual como objetivos al margen de la transversalidad es prueba de ello.

Aspectos como éste indican, una vez más, la ausencia de un enfoque integral de salud en el ámbito escolar.

Las dificultades en el desarrollo de la EpS como materia transversal en cuanto a su ubicación también se evidencian en los Planes Anuales de Centro. La dispersión, ausencia, falta de concreción y la propia diversidad en su ubicación muestran que si no es posible plasmar de una manera precisa los contenidos de EpS y la forma en que se van a impartir, es que no se sabe qué debe enseñarse respecto al cuidado de la salud y cómo hay que hacerlo.

Llama la atención la separación que aparece en un PAC entre determinados objetivos que, según están formulados, pueden considerarse relacionados directamente con la EpS y otro objetivo que aparece en el mismo apartado como específico de la EpS como materia transversal. Existe un apartado denominado *Plan de funcionamiento del comedor* en el que aparecen cuatro objetivos con sus correspondientes grupos de actividades. Los cuatro objetivos están relacionados directamente con el cuidado de la salud. Sin embargo, la formulación del cuarto objetivo entra en contradicción con el planteamiento general:

*“Adquirir hábitos relacionados con la higiene”*

*“Valorar el acto de comer como una situación placentera mediante la cual podemos descubrir nuevas sensaciones y establecer relaciones sociales”*

*“Conseguir progresivamente autonomía en la alimentación: comer solo, controlar la ingestión de alimentos, aceptar una dieta variada, etc...”*

*“Conectar el comedor con la transversales de Educación para la Salud y Educación del consumidor”*

*(PAC2)*

Es evidente que hay dificultades para entender qué hay detrás de este planteamiento. Pero lo que sí parece vislumbrarse es que la EpS no está debidamente integrada. Este hecho muestra una tendencia a introducir los contenidos de EpS a modo de cuña en las actividades escolares, lo cual parece muy alejado de la filosofía que sustenta la transversalidad como eje vertebrador del currículum.

*¿Qué muestra el Proyecto Curricular de Ciclo sobre el desarrollo de la Educación para la Salud?*

La estructura que presenta el Proyecto Curricular de Ciclo (PCC) de los centros escolares observados es la siguiente:

1. Objetivos Generales para la Educación Infantil y para la Educación Primaria.
2. Objetivos por áreas de conocimiento, contenidos y actividades.

Las áreas de conocimiento que contemplan objetivos y contenidos relacionados con la Educación para la Salud (EpS) se distribuyen de la siguiente manera:

### Educación Infantil:

- Área de Identidad y Autonomía Personal
- Área del Medio Físico y Social
- Área de Comunicación y Representación

### Educación Primaria

- Área de Lenguaje
- Área de Matemáticas
- Área de Conocimiento del Medio
- Área de Expresión Artística
- Área de Educación Física

Globalmente, el contenido del PCC muestra una contribución al cuidado de la salud importante, aunque su adscripción en la programación no esté ubicada específicamente en el área de la salud.

En la Educación Infantil es donde se recoge en mayor proporción e intensidad objetivos y contenidos relacionados con la EpS. A medida que avanzan los ciclos de Educación Primaria, estos objetivos y contenidos están más restringidos.

Las tres áreas de conocimiento de Educación Infantil recogen en igual proporción los objetivos y contenidos de EpS. En el nivel de Educación Primaria, son las áreas de *Conocimiento del Medio* y *Educación Física* donde se agrupan casi en su totalidad.

Respecto a la Educación Infantil los objetivos contemplan los siguientes aspectos:

#### *Área de identidad y autonomía personal:*

- Conocimiento y control del propio cuerpo
- Actitud positiva para instaurar hábitos básicos de salud y bienestar
- Autonomía para satisfacer necesidades básicas de salud y bienestar:
  - Higiene personal
  - Alimentación
- Cuidado y respeto del entorno en relación al bienestar personal.

*“...Conocer y controlar su propio cuerpo teniendo en cuenta sus capacidades y limitaciones de acción, expresión, comportándose de acuerdo con ellas y*



*mostrando una actitud positiva hacia su cuidado e higiene y hacia la consolidación de hábitos básicos de salud y bienestar”*

*“...Desarrollar con más autonomía hábitos relacionados con el cuidado de uno mismo en cuanto a higiene personal, la alimentación y la limpieza, cuidado y respeto del entorno en relación con el bienestar personal”*

*(PCC2)*

Estos objetivos se corresponden con el nivel biológico del cuidado de la salud en cuanto a que hacen referencia a cuidados corporales de carácter individual.

Conseguir dar respuesta a necesidades básicas de salud y bienestar tiene una connotación física, separando las dimensiones relacionadas con las emociones, el afecto y la autoestima con otro tipo de bienestar.

*“Conseguir un nivel adecuado de autonomía personal, adquiriendo mayor autonomía y auto confianza en sí mismo, tanto afectiva y emocionalmente...incorporando hábitos relacionados con el bienestar personal y colectivo” (PCC2)*

La dicotomía entre aspectos físicos, psicológicos, sociales...conlleva una concepción de la salud polarizada en los aspectos biológicos, lo que representa una dificultad para el desarrollo de la transversalidad.

#### Área del Medio Físico y Social

- Identificar y conocer los tipos de alimentos para cubrir las necesidades humanas
- Reconocer las características físicas y naturales del entorno
- Conocer los medios de comunicación y transporte
- Autonomía para satisfacer necesidades de juego y relación social
- Desarrollar actitudes de cooperación con el grupo de iguales y en el núcleo familiar.

Los objetivos de esta área están claramente divididos en dos dimensiones:

La dimensión física relacionada con los alimentos, el entorno y los medios de comunicación y transporte y la dimensión psico-social en la que se engloban el mundo afectivo y de las relaciones sociales.

Aquí, la representación de la EpS está presente en casi todos los objetivos que se formulan pero en su estructura se mantiene una división que denota la ausencia de globalidad.

“...la salud y el cuidado de uno mismo” (PCC3) constituye un contenido específico, mientras que la referencia a la adquisición de hábitos sociales y de cuidados del medio natural aparecen en apartados diferentes:

“...Adquirir hábitos de comportamiento social”

“...Valorar la importancia del medio natural y de su calidad para la vida humana”

(PCC3)

Una vez más, la EpS se representa como apartado específico sin una relación clara con objetivos que apuntan, inequívocamente, hacia el cuidado de la salud desde una perspectiva integral.

Incluso, a nivel de contenidos, se trata como algo diferente del apartado de salud el esquema corporal y la propia imagen: “...Adquirir la coordinación y el control dinámico del propio cuerpo para la ejecución de tareas de la vida cotidiana y de actividades de juego” (PCC3)

El cuidado del entorno físico y natural tampoco está conectado con la EpS desde el punto de vista estructural, en el PCC. Parece como si los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, medio ambientales perdieran su intrínseca y natural relación para convertirse en una orientación educativa de mosaico encaminada a constituir el todo a través de la suma de las partes.

Área de Comunicación y Representación:

- Expresión de sentimientos, emociones y vivencias
- Orientación y direccionalidad del cuerpo en el espacio
- Control del cuerpo
- Autovaloración del propio cuerpo

Las dimensiones relacionadas con el espacio corporal, con las relaciones sociales y con el mundo de los sentimientos y las emociones se hacen presentes a través de los distintos objetivos.

Este apartado unifica los aspectos físicos, psicológicos y sociales y dan la impresión de mantener una línea directriz a través de los contenidos de expresión corporal, expresión plástica, expresión musical, uso y conocimiento de la Lengua.

*“...Aprender a expresar e interpretar por medio del cuerpo sentimientos, emociones y vivencias relacionadas con la percepción de la realidad, del entorno y de la aprehensión de los objetos, aceptando, valorando y respetando los expresados por los demás”*

*“...Descubrir la procedencia de los sonidos identificando los contrastes y cualidades de los mismos...”*

*“Desarrollar y valorar los hábitos de escucha y respeto hacia las comunicaciones que se establecen en las conversaciones de la vida cotidiana, mostrando interés por participar en ellas”*

(PCC2)

*“...Leer, interpretar y producir imágenes como una forma de comunicación y disfrute” (PCC3)*

A nivel de Educación Infantil, se evidencian muchos contenidos relacionados con la EpS, pero sigue estando ausente un planteamiento globalizador que impregne intencionadamente cada uno de los objetivos desde ese eje transversal que tiene que ser la EpS.

En el nivel de Educación Primaria, los contenidos de Educación para la Salud se concentran en tres áreas de conocimiento:

Área de Conocimiento del medio físico, natural y social:

- Conocimiento del cuerpo
- Creación de hábitos de higiene y alimentación sana.
- Fomento del ejercicio físico
- Prácticas de hábitos saludables y de calidad de vida.
- Seguridad vial
- Necesidad de descanso

En los objetivos formulados para estos aspectos se observa un predominio de la orientación biológica:

“Conocer y apreciar el propio cuerpo y contribuir a su desarrollo mediante la práctica de hábitos saludables, alimenticios e higiénicos y de calidad de vida” (PCC3)

“Identificar las repercusiones sobre la salud individual y colectiva de algunos hábitos de alimentación, higiene y descanso” (PCC4)

“Habituar a respetar las normas y señales de tráfico” (PCC4)

Sólo en un caso, cuando se trata el esquema corporal, se plantea la actitud de respeto hacia las diferencias individuales.

“Comportarse de acuerdo con los hábitos de salud y cuidado corporal a partir del conocimiento de sí mismo, mostrando una actitud de respeto por las diferencias individuales” (PCC1)

Los temas que aparecen bajo la denominación de *contenidos* responden a esta dimensión a través del grupo temático *¿cómo somos?* :

- El cuerpo
- Los sentidos
- La higiene y la salud
- La alimentación
- Sexualidad y coeducación

Estos cinco temas aparecen de manera constante en el PCC de todos los centros, aunque algunos no tienen planteado objetivo alguno respecto a la sexualidad y la coeducación.

El término *higiene y salud* recibe un tratamiento reduccionista, ya que es utilizado para aspectos biológicos muy concretos centrados en el cuidado del cuerpo desde la perspectiva de limpieza. La palabra *salud* tiene un doble significado: por una parte, se utiliza en sentido de generalidad y, por otra parte, queda reducida a su implicación biológica.

“...Adquirir hábitos de autonomía en los aspectos de higiene, cuidado corporal y salud” (PCC4)

- Cuidado del medio ambiente

El respecto y cuidado al medio ambiente no aparece vinculado a la salud humana en cuanto al impacto sobre la misma.

*“Conocer las características fundamentales del medio natural y social y sus interacciones mutuas y contribuir a la conservación y mejora del medio ambiente” (PCC3)*

- Pacifismo

La referencia a la conciencia pacífica aparece en un objetivo que trata de englobar los valores básicos de la vida. Este planteamiento de generalidad indica la escasa profundización y especificidad con la que, posiblemente, se traten los temas transversales

*“...Apreciar la importancia de los valores básicos de la vida y la convivencia humana, adoptando una actitud crítica ante situaciones violentas y desarrollando una conciencia pacifista” (PCC3)*

- Desarrollo de una actitud crítica frente a la publicidad

Este aspecto es tratado en el PCC de forma específica, aunque para ello no se indican contenidos específicos. Dicho planteamiento denota que este tipo de objetivos se quedan a un nivel de intencionalidades que no están rigurosamente encaminadas a su consecución.

*“Desarrollar actitudes críticas ante algunos aspectos de información y publicidad transmitidos mediante los medios de comunicación” (PCC4)*

Área de Educación Física:

Las Educación para la Salud se refleja en los siguientes aspectos:

- Conocimiento y valoración del propio cuerpo
- Adoptar hábitos de higiene y alimentación
- Prevención de accidentes
- Autoestima
- Compañerismo

El cuidado de la salud desde la Educación Física se plantea desde un enfoque biológico, psicológico y social. Aunque el planteamiento de la higiene parece orientado a la limpieza corporal, dejando al margen los aspectos relacionados propiamente con la higiene del deporte desde el punto de vista físico (fisiología del deporte)

*“Conocer y valorar el propio cuerpo y la actividad física como medio de exploración y disfrute de sus posibilidades motrices, de relación con los demás y como recurso propio” (PCC1)*

*“...Conocer las normas básicas de alimentación y consolidar los hábitos de higiene corporal” (PCC2)*

*“...Adoptar las medidas necesarias para prevenir accidentes” (PCC3)*

El desarrollo de la autoestima y el compañerismo se expresan en los objetivos con claridad, aunque los contenidos no reflejan los temas a través de los cuales son tratados.

*“Manifestar solidaridad y compañerismo en las actividades físicas, rechazando actitudes de rivalidad o agresividad”*

*“Desarrollar la autoestima a partir de la valoración del grado de esfuerzo realizado”*

*(PCC3)*

#### Área de Lenguaje:

En esta área se incluyen aspectos como:

- La comunicación
- La creatividad
- El desarrollo integral
- La capacidad de expresión
- El fomento de la lectura como fuente de información y placer
- La creatividad

Son tratados, posiblemente, sin intencionalidad alguna hacia el cuidado de la salud. Desde la concepción integral de salud, su contribución a la misma es evidente.

*“...Favorecer la comunicación oral y el intercambio de opiniones, la libre expresión de ideas y el respeto a las ideas contrarias, utilizando el lenguaje como medio de organización y de solución de conflictos a través de la asamblea de clase”*

*“...Desarrollar y potenciar la lectura como medio de adquirir información y como actividad placentera ideal para el tiempo de ocio”*

*“...Potenciar y desarrollar la capacidad creativa, tanto en la expresión oral como escrita...”*

*(PCC3)*

El PCC muestra un desarrollo de la EpS con escasa integración en el proyecto de enseñanza global. La transversalidad es poco consistente.

El tratamiento específico de los temas identificados como de EpS tiene un marcado carácter biológico y los objetivos que se plantean no tienen suficiente cobertura en cuanto a los contenidos que se explicitan.

Sin embargo, la contribución al cuidado de la salud desde los objetivos y contenidos que aparecen en el PCC es considerable, sobre todo desde los valores que se propone impulsar: tolerancia, autonomía, autoestima, convivencia pacífica, comunicación social, cuidado del medio ambiente...

Las posibles dificultades que se ponen de manifiesto son las siguientes:

1. El desarrollo de los temas transversales muestra deficiencias importantes. No parece estar claro el propio concepto de transversalidad en cuanto a sus implicaciones en la programación de la práctica educativa, ¿hasta dónde está asumida su filosofía? ¿Cómo hacer compatible el espíritu de la transversalidad en una educación que se polariza en los logros académicos marcados por la cultura mercantilista dominantes?
2. Los objetivos relacionados con la EpS representan más una declaración de intenciones que una meta a conseguir. La ausencia de metas finales claras en torno a las que debe girar la EpS hace que ésta aparezca como algo aislado y puntual, sin troncalidad alguna.
3. La Educación para la Salud se sustenta en una concepción biologicista, medicalizada y parcial de la salud, por tanto, alejada del nuevo modelo integral y ecológico aglutinador de las diferentes dimensiones del ser humano y desde donde se considera la salud como un medio esencial para el desarrollo de una vida plena. Esta nueva cultura de salud parece no haber calado en la comunidad educativa, a pesar de los esfuerzos formales realizados por la Administración Educativa para poner en marcha la EpS desde el enfoque de Promoción de la Salud.

## 5.2. La Educación para la Salud en los libros de texto

El libro de texto es uno de los recursos didácticos más extendidos en el ámbito de la Educación. Su contenido y orientación varía en función de los objetivos y las materias para las que se pretende utilizar.

En la presente investigación, el libro de texto como artefacto etnográfico ha facilitado un acercamiento a la realidad de la EpS en el ámbito escolar.

*¿Qué representación de la realidad de Educación para la Salud aporta el estudio de los manuales escolares españoles?*

La información que a continuación se expone ha sido extraída del reciente estudio sobre la Educación para la Salud en los manuales escolares españoles (Gavidia Catalán ,2003: 275-285):

Globalmente, de los 297 textos estudiados pertenecientes a la LOGSE, sólo el 63% tratan temas relacionados con la salud. Este porcentaje se mantiene constante en las tres etapas educativas estudiadas (Educación Primaria, Secundaria y Bachiller)

La ubicación de estos contenidos se agrupa mayoritariamente en las asignaturas de Ciencias Naturales, Lengua y Ciencias Sociales, y, en menor grado, en Matemáticas.

A continuación se expone el resultado más relevante de las variables estudiadas:

1. Los *contenidos* de salud se aglutinan en cuatro bloques:

- Bloque 1: Higiene, enfermedades infecciosas, vacunas, SIDA  
Es el bloque más representado en los libros de texto, siendo en la Educación Primaria del 40,5%.
- Bloque II: Alimentación. Estos temas representan un 27,5% en la Educación Primaria, disminuyendo progresivamente en las etapas siguientes.
- Bloque III: Consumo, que incluye la moda y la publicidad, sólo ocupa en la Educación Primaria el 17,6%, aumentando ligeramente en la etapa de Bachillerato.



- Bloque IV: Equilibrio personal (drogodependencias, estilos de vida, sexualidad), ocupa el 14,4% en Educación Primaria, descendiendo drásticamente en la etapa de Bachillerato (4,8%)

2. Respecto al *nivel de representación del concepto de salud* que aparece en los libros de texto hay que destacar lo siguiente:

El nivel de la representación de salud (concepción de la salud como ausencia de enfermedad, la salud como estado de bienestar, la salud como estado de adaptación al medio, la salud como resultante del estilo de vida y la salud como desarrollo del potencial personal para responder de manera positiva a los retos del ambiente) decrece a medida que aumenta la edad del alumnado al que se destinan los textos. Así, el nivel de representación global es superior en los textos de Educación Primaria (2,54 sobre un máximo de 5)

El nivel correspondiente a la concepción de salud como ausencia de enfermedad tiene una proporción de representación del 36,9%, lo que indica un concepto de salud que está aún muy medicalizado. No obstante, los niveles relativos a la salud como estado de adaptación al medio, como resultante del estilo de vida y como el desarrollo del potencial personal es superior al 41%.

3. El *tratamiento transversal* en los libros de texto es prácticamente inexistente. Sólo el 12,3% tratan la salud desde un enfoque transversal. La mayoría de los textos estudiados tratan los temas de salud de manera aislada, sin ningún tipo de relación con los demás capítulos.

4. La *metodología* utilizada en la Educación para la Salud (EpS) a través de los libros de texto va perdiendo complejidad a medida que aumenta la edad del alumnado destinatario.

En el nivel de Educación Primaria, los métodos encaminados a dar una información general sobre la salud suponen un 19,5%, los que tratan de atender al cambio conceptual de salud un 30%, los que procuran el cambio actitudinal como base del comportamiento un 19,5%, los que pretenden poner de manifiesto la importancia del entorno social en las conductas un 40% y los que conciben al alumnado como agente activo de salud un 4%.

A partir de estos resultados, se concluye que, actualmente, los libros de texto vigentes en el mercado no constituyen un recurso adecuado para que el profesorado desarrolle la EpS en el ámbito escolar como materia transversal.

A continuación se exponen las observaciones e interpretaciones más relevantes después de analizar algunos de los libros de texto más utilizados en los centros escolares de donde proceden las personas informantes de esta investigación:

*¿Qué tratamiento recibe la Educación para la Salud en los libros de texto observados?*

Siguiendo el esquema de resultados expuesto en el estudio sobre los manuales escolares españoles (Gavidia Catalán, 2003: 277-279), se detallan como aspectos relevantes los siguientes:

1. Presencia/ausencia de temas relativos a la salud: el 100% de los textos estudiados tratan temas relacionados con la salud.
2. Los contenidos se distribuyen de la siguiente forma:
  - Prevención de riesgos y primeros auxilios.
  - Educación sexual
  - Educación vial
  - Actividad física. Alimentación y nutrición. Higiene y salud.
  - Educación del consumidor

Estos contenidos tienen un enfoque claramente medicalizado, dándose a través de ellos una concepción de salud tradicional en cuanto a concebirla como ausencia de enfermedad. Sin embargo, en la parte introductoria del apartado dedicado a la EpS, hacen un planteamiento que abarca a las demás dimensiones de la persona.

*“...Desde la perspectiva educativa de este proyecto, consideramos la Salud como un estado de bienestar general que abarca los aspectos físicos, psíquicos y sociales desde el que debemos partir para comenzar a trabajar otros aspectos relacionados con el desarrollo psicoevolutivo” (Libro de texto 1)*

3. Los niveles de representación del concepto de salud aparecen concentrados en la dimensión estrictamente física: por ejemplo en el tema de prevención de accidentes, el 80% del mismo está dedicado a pautas de actuación ante determinados problemas.

La Educación sexual también se enfoca esencialmente desde los aspectos biológicos:

*“...Los objetivos de la Educación Sexual están implícitos en los objetivos generales o de ciclo. Los contenidos se concretan en los siguientes aspectos:*

*...El propio cuerpo: miembros y diferencias*

*...La evolución física*

*...Comparación de las partes del cuerpo del niño y niña...”*

*(Libro de texto1)*

Por consiguiente, los niveles relacionados con la salud como estado de adaptación y capacidad de respuesta al medio y con el desarrollo del propio potencial humano para responder de forma positiva a los problemas del ambiente están ausentes.

4. La consideración de la transversalidad es prácticamente inexistente. Salvo la presentación de algunas actividades puntuales de EpS, no hay ninguna evidencia de tratamiento transversal desde las áreas de conocimiento.
5. La metodología es de carácter tradicional, basada fundamentalmente en la aportación de información. No obstante, en el nivel de Educación Infantil, se proponen actividades a realizar por el alumnado que pueden enmarcarse dentro de un aprendizaje activo:

*“...Tumbados en el suelo, boca arriba, con un papel sobre la barriga observar su movimiento de subir y bajar mientras con la mano en el pecho se oye o se siente el sonido del corazón” (Libro de texto2)*

Es evidente que los libros de texto utilizados no reúnen los requisitos imprescindibles para constituir un apoyo didáctico en el desarrollo de la EpS como materia transversal. Por consiguiente, la carencia de materiales impresos adecuados representa una dificultad para llevar a cabo la EpS en la Escuela.

## **CAPÍTULO 6**

### **LAS DIFICULTADES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS INFORMANTES.**

#### 6.1. La visión del profesorado

6.1.1. Las dificultades expresadas por el profesorado de Centros Públicos

6.1.2. Las dificultades expresadas por el profesorado de Centros Concertados

#### 6.2. La visión global de las personas consideradas como informantes clave

#### 6.3. La visión específica de la Administración Educativa

6.3.1. Las dificultades desde la perspectiva de la Dirección de Centros Públicos

6.3.2. Las dificultades desde la perspectiva de la Dirección de Centros Concertados

6.3.3. Las dificultades desde la perspectiva de la Inspección Educativa

#### 6.4. La visión específica del Movimiento Cooperativo de Escuela Popular



## **CAPÍTULO 6: LAS DIFICULTADES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS INFORMANTES**

Los discursos que se han ido reproduciendo a través de las diferentes técnicas de recogida de datos han puesto de manifiesto la existencia de dificultades importantes en el desarrollo de la Educación para la Salud (EpS) como materia transversal en los niveles de Educación Infantil y Primaria.

Estas dificultades forman parte de la práctica educativa cotidiana de las personas informantes y, en muchos casos, van más allá del ámbito específico de la EpS, es decir, aparecen vinculadas a la Educación como fenómeno global.

Se deja traslucir en los discursos una filosofía de la Educación, una concepción de la persona, una proyección de expectativas y frustraciones, los deseos de cambio, la importancia de los valores... todos aquellos aspectos profundos que integran la praxis educativa en las escuelas.

Hemos considerado importante presentar la visión de cada uno de los ámbitos en los que hemos trabajado: el profesorado, la Administración Educativa y el Movimiento Cooperativo de Escuela Popular.

### **6.1. La visión del profesorado**

En el sector del profesorado vamos a distinguir dos niveles: el profesorado perteneciente a los Centros Públicos y el profesorado que desempeña su labor docente en los Centros Concertados.

En la primera exploración realizada a través de la técnica de Grupo Nominal, las dificultades más relevantes que las personas informantes expresaron han conformado las primeras categorías emergentes que han servido como punto de partida y referente fundamental para profundizar a través de las entrevistas y los grupos de discusión sobre estas dificultades.

Las coincidencias son importantes en todos los niveles, sin embargo, hay que destacar la evidencia de ciertas diferencias en las aportaciones en función de la

adscripción a centros públicos o concertados y a la militancia en el Movimiento Cooperativo de Escuela Popular.

### 6.1.1. Las dificultades expresadas por el profesorado de Centros Públicos

En la primera exploración realizada a través de la técnica de Grupo Nominal, las dificultades más relevantes que las personas informantes han expresado se agrupan por orden de importancia de la siguiente forma:

PROFESORADO C. PÚBLICOS HUELVA	PROFESORADO C. PÚBLICOS PROVINCIA
1º. La disociación Familia-Escuela 2º. Falta de colaboración de los padres y madres. 3º. Dificultad para desarrollar la transversalidad. 4º. Concepción de salud del profesorado. 5º. Falta de colaboración entre el Centro de Salud y la Escuela. 6º. Falta de formación del profesorado 7º. Contradicción entre los valores sociales predominantes y la salud. 8º. Falta de recursos didácticos	1º. Falta de formación del profesorado 2º. Dificultades para identificar contenidos de EpS 3º. Concepción de salud del profesorado 4º. La disociación Familia-Escuela 5º. Falta de implicación de las instituciones sanitarias. 6º. Falta de reflexión del profesorado sobre el tema de salud. 7º. Dificultad para desarrollar la transversalidad 8º. El currículum oculto 9º. Contradicción entre los valores sociales predominantes y la salud

Ambos grupos coinciden en la selección de las dificultades más importantes, aunque el orden de priorización de las mismas es diferente.

La perspectiva del profesorado que desarrolla su profesión docente en Huelva concede mayor importancia a los obstáculos relacionados con el ámbito familiar y el desarrollo de la transversalidad, mientras que las personas que ejercen como docentes en la provincia identifican como más relevante la propia situación del profesorado: formación insuficiente, dificultades para identificar contenidos propios de EpS y la propia concepción de salud. ¿Recibe menos apoyo formativo el profesorado de la provincia frente al de Huelva?

No obstante, estas diferencias en la priorización, como producto de la votación final, no fueron tan patentes a lo largo de las sesiones. Ambos grupos desarrollaron un discurso similar respecto a las dificultades en el desarrollo de la EpS.

Globalmente, la Educación para la Salud (EpS) como materia transversal es representada por el profesorado de los centros públicos como algo importante pero, a la vez, llena de dificultades en cuanto a su desarrollo y a su propia concepción.

*“...Deberían explicar qué es salud y qué entra dentro de la Educación para la Salud en la Escuela” (GNPcpp)*

Las dificultades expresadas a lo largo de los diferentes discursos, tanto en las entrevistas como en el Grupo de discusión, se han ido agrupando también en torno a las categorías procedentes de los Grupos Nominales.

Como resultado de este proceso de profundización, las dificultades se van ponderando progresivamente, dando lugar a una visión de las dificultades de absoluta coincidencia por parte de todas las personas informantes tanto en su denominación como en la fuerza con que sus respectivos discursos las representan.

Las dificultades quedarían agrupadas de la siguiente forma:

- 1ª. La transversalidad
- 2ª. La disociación Familia-Escuela
- 3ª. Contradicción entre los valores sociales predominantes y la salud
- 4ª. La concepción de salud del profesorado
- 5ª. La falta de formación del profesorado
- 6ª. Falta de recursos didácticos
- 7ª. El deficiente apoyo de la Administración Educativa
- 8ª. La falta de colaboración entre el Centro de Salud y la Escuela

A partir de aquí, vamos a ir interpretando el discurso correspondiente a cada una de estas dificultades.



1º. La transversalidad, ¿constituye por sí misma una dificultad o es un elemento facilitador de la Educación para la Salud en la Escuela?

La transversalidad como principio educativo ha tratado de contrarrestar los efectos negativos de un currículum fragmentado, introduciendo materias que, teóricamente, por considerarse muy importantes para la formación de los niños y niñas, atraviesan el diseño curricular y pretenden impregnar cada una de las áreas de conocimiento. Por tanto, los contenidos de Educación para la Salud (EpS) estarían presentes de forma continuada en todos los ciclos de Educación Infantil y Primaria.

Este principio está claro para el conjunto del profesorado y, a veces, al margen de ese concepto de transversalidad.

*“...Yo...más que algo transversal lo vería como algo fundamental en la Educación. Lo positivo es trabajarlo día a día, no solamente de una manera puntual, sino constante. En todo lo que se trabaje, desde los más pequeñitos, se deben trabajar todos los aspectos de salud” (EPcph)*

El desarrollo de la EpS como materia transversal está sometido a las presiones propias de un diseño curricular que, a pesar de la incorporación por parte de la Ley de Organización General del Sistema Educativo (LOGSE) de aspectos tan relevantes y básicos como es la Educación en valores en general y, específicamente la EpS, no ha sido capaz de superar el currículum fragmentado. Ha faltado especialmente una estrategia de desarrollo capaz de producir los cambios deseados.

*“...Poner en funcionamiento de forma transversal algo que se presenta por separado...bueno, lo podemos poner más difícil ¿eh? Y más oscuro; a ver si lo conseguimos...le decimos a los profesores: tenéis que hacer una propuesta transversal, transdisciplinar, no depositada exclusivamente en el conocimiento académico, pero cuando le damos el currículum, le decimos: matemáticas, Lengua, tal...¿dónde hay elementos que lo ilustren?...porque necesitamos ejemplos, ya que en el Estado español hemos pasado de un profesorado obediente a unas propuestas ministeriales que eran absolutamente cerradas, a unas propuestas de la LOGSE que fuesen flexibles...pero de un día para otro... y los profesores necesitamos ejemplos que lo ilustren” (EPu)*

En la práctica educativa cotidiana se deja traslucir de manera importante las grandes dificultades que tiene el profesorado para dar a las materias transversales el lugar básico que les corresponde y, a la vez, conducir a los niños y niñas hacia un éxito académico basado en conocimientos que la sociedad, por una parte, la familia y el propio sistema educativo exige.

Se evidencia una fuerte disonancia entre los mensajes, orientaciones y mandatos que recibe el profesorado y la estructura curricular que se exige en el recorrido escolar. Se resalta la importancia de los contenidos transversales pero se dejan en el aire; no se les engloba en las áreas de conocimiento, dejando un vacío importante entre el planteamiento teórico y la práctica.

El impacto de esta situación muestra un profesorado que, en ocasiones, duda de la importancia de las materias transversales como algo inherente al ámbito educativo y que experimenta la presión social, familiar y de la Administración Educativa por el rendimiento académico como una exigencia imposible de compatibilizar con la educación en valores.

*“...No se hasta qué punto, también desde el sector genérico de enseñantes tenemos claro que estos temas transversales son importantes. Yo lo pongo muy en duda también, porque en definitiva, cuando vamos a coger la realidad, salvando el nivel de Infantil que, en ese sentido funciona con un esquema totalmente distinto...desde que las criaturas pasan la frontera de Infantil a Primaria...cariñito, déjate de transversales y ponte ¡pom, pom, pom! A machacar sobre lo que tú tienes que saber: lenguaje, matemáticas...” (GDpcp)*

*“...Tenemos dificultades para incluir la Educación para la Salud dentro del currículum”*

*“...Los temas transversales son difíciles de incorporar...”*

*(GNPcpp)*

*“...No nos hemos creído el profesorado la reforma de la LOGSE en cuanto a la introducción de la Educación para la Salud, a la transversalidad” (GNPcph)*

*“...La Educación para la Salud como materia transversal no ha salido de lo que podríamos llamar lo marginal del currículum; algunos han puesto hasta un taller por las tardes: un taller de alimentación, un taller de cocina... pero ¿ves?, siempre extracurricular, siempre en el horario de menos peso. Hay un aforismo*

*en Educación y sobre todo en el currículum, que se dice que las “Marías” vienen siempre adornadas con escaso tiempo, y, sobre todo, si es por la tarde, a última hora. La transversalidad sigue siendo un reto que va a morir sin haber pasado del discurso. Del discurso al uso no se ha llegado. Hay un buen discurso pero no un buen uso” (EPu)*

¿Cuál está siendo la respuesta más frecuente del profesorado ante la transversalidad? La mayoría desearía poder llevar a cabo de manera satisfactoria la Educación para la Salud (EpS) y otras materias transversales, pero ante la presión curricular la respuesta es casi unánime: en el diseño curricular de Educación Infantil, por sus características de globalidad, la EpS está más presente aunque su grado de integración varía. Sin embargo, en el diseño de Educación Primaria, donde se contemplan áreas de conocimiento vinculadas al rendimiento académico en términos de dominio de las materias que los niños y niñas deben saber y de las que se les va a pedir cuentas a través de la evaluación. Ante esta situación, el profesorado va dándole a la EpS un papel secundario, casi marginal conforme avanzan los ciclos. En muchos casos, queda reducida la EpS a una efemérides: día de la fruta, día del bocadillo, día de la higiene buco dental...

Otra alternativa es abandonar el término transversalidad y convertir la EpS en una materia curricular con entidad propia. Esta postura crea división entre el profesorado que concibe la transversalidad como algo deseable en el ámbito escolar y que apuestan más por globalizar los contenidos frente al profesorado que confía más en la efectividad del diseño basado en áreas de conocimiento específicas. Es posible que, esa reflexión pueda estar vinculada a una concepción de la salud de carácter biologicista o excesivamente medicalizada.

Aún así, las actividades de EpS son más numerosas en el nivel de Infantil, reduciéndose progresivamente en Primaria según avanzan los ciclos.

Esta respuesta del profesorado también está mediatizada por la propia concepción de transversalidad en cuanto a sus implicaciones educativas y el compromiso que exige. Por consiguiente, el currículum oculto, que abarca toda la práctica educativa en temas está muy presente en temas transversales.

*“...El tratamiento de la Educación para la Salud es poco sistemático puesto que no está como materia curricular”*

*“...La Educación para la Salud se debería convertir en una materia curricular para trabajarla específicamente”*

*“...La Educación para la Salud debe mantenerse como materia transversal, ya que son contenidos que tienen que impregnar todo”*

*(GNPcph)*

*“...La transversalidad depende de cómo se tome. Para mí, digamos, que temas de consumo y temas de salud forman parte de mi propio trabajo. A mi me gustaría trabajar solamente lo que el Ministerio ha llamado transversalidad, trabajar sólo eso. Creo que sería un currículum muy acertado porque sale todo. De la salud sale el tema: del cuerpo, de la alimentación, la economía... Todo lo que el currículum recoge que tenemos que hacer en Infantil se puede abordar”*  
*(EPcpp)*

*“...Hay una gran dispersión de objetivos. La Educación para la Salud no se está tratando como materia transversal”*

*“...Depende mucho de la persona que la da, del currículum oculto”*

*“...Hay un agobio en los docentes por lo apretado del programa”*

*“...Hay una falta de semanas culturales en los colegios dedicadas a la Educación para la Salud”*

*(GNPcpp)*

*“...Se priorizan más otros aspectos que la Educación para la Salud, porque todo no se puede hacer”*

*“...Es una materia en la que el maestro o la maestra no se “retrata”, no es evaluable”*

*(GNPcph)*

*“...Las actitudes las tenemos todo el mundo claras, pero...¿qué actitudes son las que verdaderamente necesitamos cubrir en las etapas de Infantil y Primaria para que los niños puedan seguir construyendo esa educación permanente?...o simplemente, llegas a la alimentación con la fiesta de la verdura, la fiesta de la fruta...termina el tema de alimentación y ahí se queda aparcado...es decir ¿es algo vivo o es algo que se queda en el papel? A mi se me plantean muchos interrogantes. Una cosa es lo que hacemos y otra cosa es la que, a lo mejor, tendríamos que hacer”* (GDPcp)

Respecto a las actitudes y los planteamientos frente a la transversalidad, se observan unas diferencias importantes en el discurso del profesorado, en función de que el escenario de su práctica educativa sea un centro con niños y niñas procedentes de familias en situación de marginalidad cultural, económica y social, o que pertenezcan a familias que no tienen esta connotación.

Las materias transversales se experimentan más necesarias en el proceso de enseñanza-aprendizaje de aquellos niños y niñas que viven en un entorno con importantes carencias económicas, educativas y sociales. Fundamentalmente porque ese ambiente carencial les sitúa en una posición de absoluta desigualdad ante el proceso educativo. Obtener resultados académicos satisfactorios, según el modelo social y educativo predominante, ya es todo un reto para el alumnado que tiene sus necesidades más básicas cubiertas. El listón es demasiado alto para aquellos alumnos y alumnas que viven en un núcleo familiar marginado, con escasas posibilidades de incorporarse a la dinámica social establecida.

En esta situación, las materias transversales cobran la importancia que realmente tienen en la educación de los niños y niñas y se convierten en un objetivo prioritario porque la Escuela es, en este caso, el único medio educativo que puede ayudarles a escapar de la marginalidad.

*“...La Educación para la Salud es más necesaria aquí que en otras zonas. Aquí desde por la mañana que empiezas, que si vas a dar las Matemáticas y la Lengua...pero tú tienes que empezar a hablar desde una alimentación, un desayuno, que seguro que vienen sin desayunar, desde la higiene personal que te estás dando cuenta que también es importante. Todos los aspectos integrales de la persona son mucho más importantes... que sí, que después tendrás que dar Lengua y Gramática, y tendrás que ver qué velocidad lectora tiene un niño, cómo lee... pero, para eso, has tenido que escucharlo y ver toda esa problemática que tiene fuera y todos estos problemas tanto sociales como de salud” (EPcph)*

*“...Por las características de nuestro centro, las actitudes y los valores son mucho más importantes que todo ese diseño curricular que tenemos elaborado tanto en Infantil como en Primaria. Dentro de esas actitudes y valores están los aspectos de salud: alimentación e higiene” (EPcph)*

Educación en valores desde los principios de la transversalidad exige una buena coordinación entre el profesorado de Educación Infantil y Primaria en sus respectivos ciclos. Cuando esta coordinación es escasa o no existe, la Educación para la Salud (EpS) no tiene efectividad alguna en el fomento de actitudes positivas hacia la salud y en la adopción de comportamientos saludables. Conseguir estos objetivos pasa por la continuidad y la unificación de criterios en la práctica educativa.

Una buena coordinación no es un hecho aislado, sino que es inherente a un proyecto educativo compartido, consensuado y con metas claramente definidas y valoradas por el profesorado implicado.

La falta de coordinación es una de las dificultades que el profesorado pone de manifiesto en el marco de la transversalidad y tienen conciencia de que es un requisito importante para el desarrollo de la EpS.

*“...Es muy difícil coordinar cuando en todos los centros no hay, digamos, una base de trabajo de Educación para la Salud que sea homogénea entre comillas...”*

*“...Muchas veces, en los centros no nos vemos, o nos vemos en los recreos...”*

*“...Es que hay un esquema fundamental de trabajo en Infantil que se abandona totalmente cuando pasan a la Primaria. Infantil trabaja en función de hábitos y actitudes, y eso no se debería perder cuando pasan a Primaria...y empiezan a trabajar con otro esquema absolutamente distinto, ¿qué pasa?, que entonces en realidad la formación de la persona en el ámbito más general no la está aprendiendo”*

*“¿...Las áreas transversales son compartimentos?, mira si son compartimentos, diseminarlas entre las distintas áreas que estén más relacionadas y punto. Y si realmente es una cosa que es ese currículum oculto que no podemos de ninguna manera...¿es que no se puede estructurar de alguna forma?, ¿es que no nos podemos poner de acuerdo acerca de en qué basarnos?”*

*(GDPcp)*

2º. La disociación Familia-Escuela como dificultad para conseguir los objetivos de la Educación para la Salud

La disociación entre los valores y el comportamiento de los núcleos familiares y lo que se trata de transmitir y enseñar en la Escuela a los niños y niñas

constituye otra de las dificultades importantes para el desarrollo de la Educación para la Salud como materia transversal.

La falta de implicación de los padres y madres en el proceso educativo es percibida por el profesorado como algo muy frecuente en la dinámica escolar, al margen de la situación educativa, cultural, social y económica de las familias.

Una de las primeras contradicciones que los niños y niñas pueden experimentar en su proceso educativo viene conformada por las disonancias que se producen entre los mensajes de la Escuela y los de su entorno familiar.

El cuidado de la salud, como uno de los valores fundamentales para la vida, es transmitido en las edades tempranas desde el núcleo familiar y desde la Escuela. Aunque, posteriormente, van cobrando importancia el sector de los iguales, la calle y los medios de comunicación social, la familia y la Escuela, de forma especial, tienen un fuerte peso sobre el proceso de socialización del niño y de la niña. En consecuencia, la corresponsabilidad de estos dos ámbitos en la educación es crucial para obtener resultados satisfactorios a nivel de EpS. Este aspecto es vivido por el profesorado como una carencia importante.

*“...La disociación Familia-Escuela es una de las dificultades más importantes. Esta disociación está clara, vamos que muchas veces, ¡lo que nos cuesta llegar a ellos!, porque primeramente no aparecen por el centro, sino que aparecen en momentos puntuales como pueden ser recoger unas notas, para cualquier otro tema es imposible, y reuniones de salud para las que a veces les hemos citado, te vienen una o dos madres...” (EPcph)*

*“...Los padres...los hay muy ocupados en zonas de familias acomodadas que no tienen tiempo de mantener el contacto con el colegio, y en las zonas marginales, sencillamente, no van”*

*“...Lo que se dice en el colegio no se aplica en la familia, queda sólo para el colegio”*

*(GNPcpp)*

¿A qué achaca el profesorado la falta de colaboración de los padres y madres? Una minoría cree que el problema parte de la Escuela que no es capaz de captar el interés de los padres y madres. En algunos casos porque consideran que la EpS es algo que pertenece al ámbito familiar.

*“...Tenemos la mentalidad de que la Educación para la Salud es algo de la familia, es una responsabilidad compartida” (GNPcph)*

*“...La Educación para la Salud se considera una tarea familiar”*

*“...Los docentes no implicamos suficientemente a las familias en estos temas”  
(GNPcpp)*

Pero la mayoría se posiciona en torno a que son los valores familiares respecto a la salud y las condiciones laborales los que realmente impiden que la educación de los niños y niñas sea una tarea compartida por la Familia y la Escuela.

Las orientaciones que la Escuela da en torno al cuidado de la salud chocan con los valores familiares respecto a determinados temas. Así, respecto a la alimentación, las disonancias son importantes. Y, dado que la alimentación se lleva a cabo en su mayor parte en el ámbito doméstico, las diferencias entre lo que se dice en la Escuela y lo que se practica en el hogar son importantes.

*“...La comida saludable...pero es que para los padres es muchos más cómodo comprarle ese pastelito o el paquete de patatas que prepararle un bocadillo o que se lleven una fruta... y entonces...cuesta trabajo...o sea, en mi colegio se aburrieron de la campaña del desayuno y llevan varios años que no quieren participar en esa campaña, pero es que no hay respuesta por parte de los padres”*

*“...Claro, es que si te vas a levantar a la vez que el niño, es normal que el niño o la niña no desayune...te tienes que levantar antes, prepararle el desayuno y ponerte...porque hay niños que comen solos, pero la mayoría no”*

*(GDPcp)*

Hay valores familiares, que sustentan determinados comportamientos de los padres y madres respecto a sus hijos e hijas, que dejan mucho que desear desde el punto de vista de la salud y que, desde la Escuela, son percibidos como un obstáculo.

*“...Hay padres y madres que tienen a los niños tan súper protegidos que llegan al colegio sin saber subir y bajar una escalera como es debido...y luego está el campeón de ciernes, que me lo exprimen...tiene la criatura una jornada laboral de cinco horas de colegio, clases extraescolares de judo, de no se qué, de ballet...y el niño aterriza a las 21,30 de la noche en su casa hecho mixto, con un estrés..” (GDPcp)*



La concepción de salud de los padres y madres está en el sustrato de estos comportamientos y de la falta de apoyo en el desarrollo de la EpS en la Escuela. El sistema de creencias y valores respecto a la salud es fundamental para una intervención educativa compartida. Si esto no se tiene en cuenta, se producirá de forma permanente una disociación cognitiva y comportamental que hará inefectiva la EpS.

El profesorado lo percibe como una dificultad importante y ve necesario que se intervenga desde el nivel educativo.

*“...Los padres no saben qué es Educación para la Salud ni qué significa la salud. No apoyan porque no saben”*

*“...La salud física preocupa bastante en la familia, no así la emocional”*

*“...Están muy arraigados los hábitos de la vida familiar y se necesitaría más información a los padres y a los niños”*

*(GNPcph)*

Estas situaciones provocan en el profesorado un desánimo importante, porque constatan permanentemente la falta de continuidad en el ámbito familiar de las acciones de EpS en el marco de su práctica educativa. La tentación de disminuir los esfuerzos en este sentido es algo que está en el ánimo del profesorado y, posiblemente, sea un motivo más para dudar de la eficacia de la EpS.

*“...Yo creo que muchas veces nos desgastamos porque intentamos crearles hábitos sin ponernos de acuerdo con los padres... que algunas veces, a lo mejor no lo conseguiremos, o sea que algunas veces tendremos que decir: mira, ya no lo intento más porque es imposible... pero... yo creo que mientras nos quede algo de fuerzas no tenemos que tirar la toalla y tenemos que seguir intentándolo...aunque todos los hábitos saludables que nosotros le queramos inculcar con ejemplo, con todo lo que queramos, si después, cuando llegan a casa, no tienen un poco de continuidad, pues poco se está aprendiendo” (GDPcp)*

La jornada laboral de los padres es vivida por el profesorado como algo negativo en la educación de los niños y niñas, por la escasa dedicación que reciben. Aunque en general se hace referencia a los padres y madres, es evidente que el rol de los cuidados está aún muy centrado en la figura materna.

La permanencia en el espacio escolar más allá de la jornada establecida también se valora negativamente, pues las aulas matinales prolongan la estancia de los niños y niñas en los centros, privándoles de la atención familiar requerida.

*“...Las madres están a doble jornada, fuera y dentro, entonces...¿qué es más cómodo?, que mi niña esté viendo una película de vídeo, quietecita...o jugando en el ordenador, o en la calle, jugando a su bola...o aparcada en una serie de actividades”*

*“...Que no tenemos tiempo porque lo tenemos cogido pues con eso de trabajar, trabajar, trabajar, y, lógicamente los niños nos molestan, y estupendo si hay aulas matinales y el niño se puede quedar en el colegio hasta las siete...y si le pueden dar la cena allí...y yo cuando llegue, le acuesto...”*

*(GDPcp)*

También se observa que la ocupación laboral de los padres y madres está llevando a una derivación de su responsabilidad hacia los abuelos y abuelas. Este fenómeno es identificado como otro elemento más que viene a reforzar la disociación Familia-Escuela.

*“...Hay una falta de tiempo de los padres para atender a los hijos por motivos de trabajo. Los hijos pasan a ser cuidados por los abuelos...” (GNPcpp)*

Las aulas matinales no parece que sean bien acogidas por el profesorado, incluso se ve como una mala práctica por parte de los centros escolares. Aunque el análisis se centra exclusivamente en que esta situación es un indicador de la falta de atención por parte de los padres y madres a sus hijos e hijas, por su vinculación con el mundo laboral.

*“...las aulas matinales...me parece una barbaridad gordísima además que se esté solicitando desde los propios centros...” (GDPcp)*

No obstante, el profesorado tiene una valoración más positiva de la colaboración de los padres y madres cuando están en el nivel de Infantil y, en consecuencia, también creen que las pautas de salud que se dan desde la Escuela tienen más aceptación por parte de la familia y, además, ejerce una influencia sobre ésta.

*“...Yo, desde Infantil...creo que los hábitos que se les crea a los niños, ellos lo transmiten a los padres, porque a veces viene y me dice una madre o un padre y*

*me dice: es que lo que tú dices, el niño lo lleva a rajatabla: hay que lavarse las manos antes de comer, no nos podemos levantar de la mesa hasta que no se levante la última persona... ¡tenemos que hablar con los padres y contarles...! porque hay muchos padres que te dicen: pues el niño no cuenta nada en casa...pues hay que contar a los papás lo que hemos hecho...”*

*“...Es que en Infantil hay mucha relación entre las madres y los maestros”*

*(GDPcp)*

Otra perspectiva del profesorado es que los padres y madres no consideran verdaderamente importante la educación en valores en el ámbito escolar y que se inclinan más por aspectos relacionados con el éxito académico que está detrás de las calificaciones. Es decir, que le asignan un papel a la Escuela basado en la transmisión de conocimientos y habilidades y que valores como la EpS es algo que la familia le puede proporcionar.

Este planteamiento sugiere que la familia, como núcleo fundamental de la sociedad, puede estar proyectando un modelo de Escuela alejado de la educación en valores y más centrado en una formación academicista.

*“...Los contenidos de este currículum oculto del que nosotros hemos hablado...y cuando hablamos de coeducación, de Educación para la Paz, y hablamos de salud..., ya nos planteamos ¡de verdad están ahí!, nosotros vemos que son muy importantes, pero los padres...ahí está el tema...¿los padres de verdad valoran que son importantes? Porque es que luego están apostando a lo mejor por centros donde no se le da importancia a este tipo de cosas ¿no?, se le da importancia a otro tipo de aprendizaje que es más académico puro y duro, porque a lo mejor consideran que ellos son capaces de aportarle a los niños ese tipo de currículum oculto que nosotros queremos ofertar a nuestro alumnado, pues son ellos capaces de generarlo por sí mismos en su familia” (GDPcp)*

*“...En los temas de valores, te pueden parar los pies, hay que enseñar Matemáticas y esas cosillas...” (GNPcpp)*

*“...Los padres no consideran una necesidad de salud la actividad deportiva y el juego” (GNPcph)*

¿Se está buscando realmente la participación real de los padres y madres en la vida de la Escuela? El discurso del profesorado deja entrever que existe una cierta

desconfianza mutua. Se percibe una falta de credibilidad por parte de los padres y madres en la capacidad del profesorado para desarrollar la EpS, y, por otra parte, el cuestionamiento de la práctica educativa, que, en algún momento, pueda hacer la familia, es experimentado por el profesorado como una intromisión y un rebajamiento de su autoridad. ¿Se siente deslegitimado el profesorado en su función docente?

*“...Hay una falta de credibilidad de los padres respecto a la formación del profesorado”*

*“...Cuando existe escuela de padres se confunde con un espacio de entretenimiento”*

*(GNPcpp)*

*“...La Escuela, los padres...sí, pero cualquier padre que ponga un poco en duda lo que se hace en la Escuela es que...¡ea, ya vienen los padres aquí a dar la lata! (EPu)*

3º.¿Los valores sociales predominantes dificultan la Educación para la Salud en la Escuela?

El discurso del profesorado es unánime en cuanto a la valoración que hacen de los valores sociales hegemónicos y su impacto en la salud.

Es indudable el valor educativo del entorno social y su gran influencia en la conformación de la persona. Los intereses, los deseos, las expectativas...se traducen en la adopción de un estilo de vida que, en general, se aleja de los principios más elementales en los que se sustenta la salud.

*“...En la sociedad en su conjunto, los valores sociales que predominan son contrarios a un estilo de vida saludable”*

*“...La sociedad es muy permisiva con lo insano...”*

*(EPcpp)*

¿Qué valores se fomentan?. El consumo como fuente de felicidad es algo que forma parte de todo el sistema publicitario. Por consiguiente, si no se tiene capacidad para consumir, aparece la frustración, y, progresivamente la exclusión.

Esta estado de cosas hace que se considere deseable un modelo social de consumo, ya que la publicidad está bien orientada a convencer a las personas de las propiedades beneficiosas que tienen los productos que promocionan.

*“...Luchamos con una industria muy interesada y un movimiento social muy interesado en que el consumo permanezca” (EPu)*

*“...Es un problema la lucha contra la publicidad, sobre todo en alimentos fabricados única y exclusivamente para niños” (GNPcpp)*

La incidencia de la Escuela en el desarrollo educativo de los niños y niñas se cuestiona por la fuerza que tienen los valores sociales predominantes, procedentes de unos intereses mercantilistas que, en ningún sentido, tienen que ver con la conformación de un estilo de vida saludable.

*“...El tema de la Educación para la salud es una transversal, pero no es una transversal escolar, es una transversal de toda la sociedad, porque de más está que estemos trabajando en la Escuela un conjunto de contenidos de salud, cuando el niño o la niña salga a su entorno familiar, de barrio, de amigos...está encontrando contradicciones continuas sobre esos aspectos que hemos estado incidiendo de forma positiva en el colegio ¿no?. No podemos ir a contracorriente” (GDPcp)*

En aspectos relacionados con la alimentación, los intereses que predominan no son los de la salud de los niños y niñas, sino los empresariales, pero no sólo en el conjunto de la sociedad, sino, específicamente, en el espacio escolar. En este caso la contradicción está en la propia institución escolar que, por una parte, orienta hacia una alimentación saludable y, por otra, no interviene y deja en manos de intereses de mercado un aspecto tan relevante para la salud como es la alimentación.

*“...Porque allí en (...nombre propio), concretamente, hay comedor, y el comedor ha pasado ya también de ser una parte de la entidad del Centro a ser una empresa privada tipo negocio. Se acabó entonces ahí, lo que prima es el rendimiento económico. En los menús, tú no tienes incidencia alguna, puedes comentar, sugerir...pero en definitiva es la empresa quien decide esas historias” (GDPcp)*

Otro de los valores sociales es la competitividad. Esto hace que se renuncie al papel que desempeña el juego y el deporte en la salud de los niños y niñas como medio de desarrollo corporal, como ejercicio de tolerancia, como medio de relación y convivencia, como entrenamiento para superar y/o evitar frustraciones

(saber ganar, saber perder...), como facilitador de la creatividad y el autoaprendizaje.

Los intereses mercantilistas de nuestra sociedad fomentan, por un lado, la competitividad basada en el éxito donde existan vencedores y vencidos. Por otro lado, el sedentarismo a través de los vídeo-juegos, Internet, juegos electrónicos... y todo bajo ese modelo social de conformar personas consumidoras.

*“...Desde la Escuela, por lo menos un toque de atención, unos por defecto, otros por exceso...los niños tienen que tener una serie de hábitos de actividad física sana, sobre todo jugar, relacionarse...porque se empobrece la cultura del juego que es tan rica en cuanto a salud mental, el saber aceptar ganar o perder, el rol que me toca hacer...pero toda esa cultura, sobre todo en las ciudades, se está perdiendo y donde no se está perdiendo está siendo sustituida por una pseudo educación deportiva, que bueno, vamos a ver dónde nos lleva” (GDPcp)*

*“...Y muchas veces...es que este niño no tiene ganas de comer...pero como va a tener ganas de comer si no gasta, si está todo el día apoltronado frente al ordenador o a la vídeo-consola” (GDPcp)*

Las actitudes que se fomentan están unidas al éxito personal y, en ocasiones, a la infravaloración de los demás. Estas actitudes negativas también se potencian desde la Escuela en muchas ocasiones y, sólo excepcionalmente, se trata de neutralizarlas. Es evidente que muchos de estos valores no estarían presentes si la Escuela, en parte, no los apoyara.

*“...Que la gente que lleva las Escuelas Deportivas o los programas de deporte para todos, lo lleven desde el punto de vista de la salud y no caigan en esa otra historia que hemos estado hablando de la competición pura y dura, porque yo sé que muchos colegios que tienen equipos y son equipos ganadores, no entra nadie que no se ajuste al perfil. Pues yo le enseñaría alguna foto del equipo de baloncesto de mi colegio, que parecía de todo menos un equipo de baloncesto porque el más alto medía nada y menos, sobraba camiseta por todos sitios...” (GDPcp)*

El medio social en el que se vive, bajo estos valores, se muestra hostil frente a la Educación para la Salud. Los mensajes, las orientaciones, las prácticas

escolares saludables chocan frontalmente con el medio. Por tanto, la eficacia de la Escuela como agente educativo queda, según el profesorado, muy limitada.

*“...La historia del marco saludable donde tú trabajas. Tú no puedes ayudar a que la gente sea saludable en un medio absolutamente hostil, por falta de recursos, por problemáticas sociales...por cuarenta mil historias que hay..., vamos, no puedes...evidentemente, puedes, pero de de una forma limitada ¿no?. Entonces, yo entiendo que ni la Administración tiene claro estas historias ni nosotros tampoco” (GDPcp)*

*“...Yo estoy cada vez más convencido de que la Escuela tiene el mínimo poder en la creación de hábitos y actitudes en las personas” (GDPcp)*

La formación académica y el consiguiente éxito es uno de los valores sociales predominantes que impide que la EpS como materia transversal ocupe el lugar que, teóricamente se le da. El profesorado vive esta situación con fuertes contradicciones porque percibe que, socialmente, desde el ámbito familiar, se priorizan los conocimientos y las notas por encima de todo.

*“...Hay muchas cosas que tiene que aprender el niño según la sociedad: educación vial, educación de esto, de lo otro, en la Escuela que lo solucionemos todo, que somos como Harry Potter, magos ¿eh? Para darles a los niños todas estas cosas, ¿y a los padres les importa?. Luego, a la larga, vemos que en donde existe una doble red, parece que lo que priman son los contenidos académicos puros y duros y luego los de las áreas transversales...que nosotros valoramos tanto” (GDPcp)*

#### 4º. La concepción de salud del profesorado como determinante de la práctica de la Educación para la Salud en la Escuela.

El enfoque de Promoción de la Salud como base de la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela no parece que haya calado lo suficiente en el pensamiento del profesorado. Los diferentes discursos han ido representando la escasa integración de la concepción de salud como fenómeno multidimensional, positivo y dinámico. Por el contrario, sus manifestaciones son más compatibles con una concepción de salud bastante medicalizada y centrada en el paradigma biologicista.

*“...Somos maestros, nunca especialistas de Educación para la Salud a la hora de abordar ciertos temas”*

*“...En Primaria se suele enfocar la Educación para la Salud sobre todo a alimentos sanos y los dientes”*

*“...Deberían explicar qué es salud y qué entra dentro de Educación para la Salud”*

*(GNPcpp)*

Ante esta indefensión, también hay quienes proponen que la Educación para la Salud sea llevada a cabo desde fuera de la propia Escuela, como algo especializado.

*“...Deberían existir docentes especialistas en Educación para la Salud que coordinaran con los docentes actividades y facilitarán la labor” (GNPcpp)*

La vinculación de todos los aspectos de salud con los profesionales sanitarios, sobre todo con la medicina, se pone de manifiesto en muchos momentos del discurso. Es decir, la derivación de muchos aspectos relacionados con el cuidado de la salud al ámbito sanitario.

*“...La Educación para la Salud quizás dependa más de Salud, tendría que tener una gente, yo creo, liberada para estas cosas...”*

Se tiene conciencia de que el conocimiento sobre la salud está en manos del personal sanitario y que son ellos los que deben transmitirlo.

*“...La gente aquí no tiene conciencia ni recurso para saber algo sobre la alimentación ni sobre la salud, entonces, claro, la gente que posee esa cultura que son los médicos y los ATS, debería trasmitirla de forma sencilla y que llegue...” (EPcpp)*

Parte de esta concepción medicalizada de la salud se deja entrever cuando se establece una fuerte relación entre la EpS y las enfermedades como forma de despertar el interés en los niños y niñas. ¿Concibe el profesorado la salud como la ausencia de enfermedad? Algunas de las expresiones utilizadas representan esta concepción de manera importante, viéndola incluso como un recurso didáctico.

*“...En los temas de salud, es muy curioso cuando se da algún problema de salud grave entre los compañeros de la clase, eso les revuelve de alguna forma y se interesan muchísimo porque es una cosa que la ven; sin embargo, muchas*



*veces, los temas de salud, si no es una cosa que tienen ellos, cuando les hablas por ejemplo de salud postural, como ellos tengan en su casa algún familiar, algún hermano que ha tenido que ha tenido que hacer rehabilitación por problemas de espalda, eso, enseguida, ¡pum!, lo cogen con un interés..., con unas ganas de traerte las radiografías para que las vea todo el mundo, de lo torcida que tenía la espalda...y lo hacen ellos en primera persona porque lo tocan ¿no?” (GDPp)*

No obstante, a lo largo de los discursos, también se vislumbra un cierto cambio hacia un enfoque más integral de salud, aunque cuando se aborda se hace más desde una intención, un deseo, que desde una realidad que está presente en su práctica educativa.

*“...La salud es dar a los individuos la capacidad de vivir satisfactoriamente”*

*“...Deberían enfocarse los temas de Educación para la Salud de tal manera que el niño los asuma como parte de su vida diaria”*

*(GNPcpp)*

Contrastando la forma en que se lleva a cabo la EpS, y partiendo de lo que debería hacerse, se aborda la dimensión social de la salud y se trata de dar globalidad a lo que, hasta el momento, son intervenciones aisladas y puntuales.

*“...Me parece que otro ámbito es el ámbito social, que sería entablar la salud desde el ámbito de una relaciones sanas, muy importantes también y el ámbito ambiental, en el sentido de un marco físico que sea adecuado. Lo que es lo social y lo ambiental también deriva en lo que es una salud mental, o sea en ser sanos...” (GDPcp)*

Incluso en el desarrollo del área de Educación Física, no hay un criterio homogéneo como un medio excelente para fomentar la salud y prevenir la enfermedad.

*“...Hay gente que se plantea la Educación Física desde el punto de vista de la salud prioritariamente: conocerse, desarrollar hábitos saludables, simplemente como un elemento más de salud... y otra gente que es iniciación deportiva pura y dura, competición, el esfuerzo en función del resultado... desde mi punto de vista, ésta no es la Educación Física deseable en Primaria” (GDPcp)*

Llama la atención el que aún se tenga que manifestar que la salud no es sólo el aspecto físico, sino también el psicológico. Algo que, desde la definición de la

Organización Mundial de la Salud (1946), se viene afirmando, hoy todavía no está integrado, lo que demuestra, de alguna forma, el peso que tiene la dimensión biológica en la manera de situarse frente al fenómeno salud-enfermedad y las dificultades que existen para la comprensión e integración de la dimensión psicológica.

*“...Está poco consensuado el concepto de salud respecto a la salud física-salud mental” (GDPcph)*

*“...Es un concepto muy parcial de Educación para la Salud, se limita únicamente a lo que es lo físico, lo emocional no está incluido” (GNPcpp)*

El comportamiento del profesorado en temas relacionados con la salud también es considerado como algo fundamental y que, en definitiva, es el resultado de la propia concepción de salud de la persona.

El maestro y la maestra, como modelos de referencia, tienen un papel importante, por ello, las prácticas cotidianas son los referentes más relevantes respecto a la salud.

*“...En Infantil, por ejemplo, somos modelos pero a nivel afectivo y tal, mientras que a medida que avanzan los cursos, el modelo es directo, entonces tú nunca le puedes dar un mensaje y tú estar haciendo lo contrario...”*

*“...Y cuántos compañeros tenemos en el colegio que dicen: me voy a tomar un café a las once y pico de la mañana porque no he desayunado... ¡por favor!, por eso te digo...”*

*“...Yo te digo que a nivel de adultos hay muchísima gente que se levanta, toma un café y ése es el desayuno. Entonces...quien tiene ese hábito no tiene la capacidad de fomentar otros hábitos que sean más saludables”*

*(GDPcp)*

La percepción de los niños y niñas en los hábitos no saludables del profesorado constituye un referente para que el profesorado reflexione sobre su propia concepción de salud y la necesidad de ganar en coherencia entre lo que se dice y se hace. No es que el profesorado sea un modelo perfecto, sino coherente. Dar a conocer al alumnado el esfuerzo personal por combatir determinados hábitos nocivos para la salud es algo positivo desde el punto de vista educativo y

ayuda a ir superando las grandes contradicciones que hacen ineficaces los resultados de la EpS.

*“... ¡Hombre, yo no fumo delante de los niños!”*

*“... Los niños le dicen a sus maestras: ¡déjalo ya, si sabes que te hace daño!, y ella dice, si, lo que pasa es que es una costumbre que cuesta muchos trabajo dejar ¿no?... cuando fuman, lo hacen de una forma lo más privada posible”*

*“... Porque saben que no es un buen ejemplo”*

*(GDPcp)*

El concepto de salud forma parte de las creencias y valores del profesorado, por tanto, se enseña aquello en lo que se cree y desde la perspectiva en que se concibe.

El currículum oculto es el mecanismo de transmisión en el proceso educativo. La Educación para la Salud está en el sustrato del mismo.

*“... Es que la creación de hábitos y actitudes relacionadas con la salud es una tarea larga...”*

*“... Y global, ni siquiera de una etapa, es decir, que la vas arrastrando”*

*“... Y el currículum oculto, que nosotros muchas veces no queremos...”*

*(GDPcp)*

5°. ¿Falta formación en Educación para la Salud en el profesorado?

La formación recibida durante los estudios conducentes a la titulación de Maestro o Maestra es percibida por el profesorado como insuficiente, constituyendo, por tanto, una dificultad para desarrollar la Educación para la Salud (EpS) como materia transversal en la Escuela.

*“... Nosotros estudiamos Magisterio, y, en verdad, la formación que nos dan a los maestros yo pienso que no es la suficiente para afrontar este tema... y si quieres llevarlo a cabo, tienes que hacer cursillos por tu cuenta, informarte, porque no hay formación inicial” (EPcph)*

La vivencia del profesorado se traduce en una incertidumbre que se representa en dos dimensiones: una en torno a la EpS como concepto y como intervención educativa, y otra relacionada con la falta de referentes personales y profesionales.

*“... Tenemos una nula preparación sobre lo que es Educación para la Salud y lo que significa” (GNPcph)*

*“¿...Cómo enseñar Educación para la Salud sin haber tenido referentes anteriores?”*

*“...Tenemos desconocimiento de si hay grupos de trabajo sobre salud y experiencias didácticas”*

*(GNPcpp)*

El grado de profundización es aún mayor cuando se hace referencia a la experiencia previa que el profesorado ha vivido en su rol de alumnos y alumnas a lo largo de su proceso educativo. Esta experiencia ha desempeñado un papel esencial en el mecanismo de discriminación acerca de qué contenidos son los importantes, lo que ha ido conformando una preconcepción determinada sobre qué enseñar.

*“...Más que la formación del profesorado, la experiencia que los profesores y profesoras, como alumnos escolares...han visto que lo importante, lo que después se tiene en cuenta es el conocimiento ese disciplinar del que antes hablábamos. Esto genera un sentido común entre comillas, en cuanto a que eso es lo común, lo que siempre ha sido, que lo otro parece como una necesidad extraña y algunas veces observado como una moda: bueno, ahora viene la moda de las transversales, después la de los valores, después vendrá la moda de la informática...todo son modas pero lo que verdaderamente es importante está descrito en la perspectiva tradicional de toda la vida, que viene en los libros de texto y que es susceptible de hacer examen” (EPu)*

También es evidente que la escasez de formación específica en temas de salud se experimenta por parte del profesorado como una deficiencia que está obstaculizando el desarrollo de la EpS en Infantil y Primaria, aunque la necesidad formativa es percibida más como respuesta a las carencias y problemas con las que se encuentra el maestro y la maestra en su práctica educativa, que como una necesidad estructural y permanente del conjunto del Sistema Educativo.

*“...Si nosotros empezáramos a demandar en las separatas de formación, una formación más específica...porque es eso ¿no?...No hacemos una especial incidencia sobre el tema de Educación para la Salud, y a lo mejor, si nosotros nos pusiéramos en la onda de pedir más formación sobre este tema...les daba por ofrecer cursos”*

*“...Yo creo también que la formación que se demanda, se demanda en función de las carencias a las que tú te asomas con respecto a las exigencias que te vayan planteando”*

*(GDPcp)*

Finalmente, hay que destacar otro matiz de la formación en salud del profesorado: la autoformación a través de la información y actualización en determinados temas relacionados con la EpS. Parece que la actualización en las materias tradicionales se da por hecho en una persona que se dedica a la enseñanza, sin embargo, cuando se trata de contenidos menos tradicionales pero muy básicos, como los de salud, hay diversidad de opiniones.

*“...La falta de formación es una dificultad...pero yo, ¿por qué tengo cierta formación en dietética?, porque me he preocupado de estudiar y de leer, y yo creo que aquí, la gente no tiene esa preocupación, no se preocupan de saber qué es sano y que no es sano para su vida, entonces para la Escuela, tampoco” (EPcpp)*

#### 6°. La falta de recursos didácticos en el desarrollo de la Educación para la Salud

Una dificultad más en el desarrollo de la EpS viene representada por la deficiencia de recursos didácticos y/o la escasa adecuación de los mismos.

El principal recurso didáctico es el libro de texto y, mientras que para las asignaturas tradicionales como Lengua, Matemáticas, Ciencias Naturales...existe una gran diversidad, para una materia transversal como la EpS, los libros de texto son escasos y ofrecen insuficiente apoyo al profesorado.

*“...Faltan recursos educativos para llevar a cabo la Educación para la Salud”(GNPcph)*

*“...Hay un escaso apoyo de materiales de Educación para la Salud”*

*“...No hay un material bien estructurado por ciclos del que se pueda echar mano”(GNcph)*

Esta dificultad, además de ser real, también se convierte en un elemento que refuerza la resistencia al cambio que la Escuela, desde su perspectiva tradicional, puede presentar.

Si la introducción de la EpS como materia transversal ya representa una dificultad por sí misma en el marco de una enseñanza fuertemente polarizada en

un currículum academicista y fragmentado, la no existencia de materiales didácticos de apoyo adecuados potencia la pasividad y la omisión educativa en los contenidos de EpS.

*...Cuando un profesor o una profesora se plantea el llevar a cabo una experiencia de Educación para la Salud en la clase, lo tengo que hacer todo y, entonces...es que pasar de tener todo hecho, que es el libro de texto, a tener tú que hacerlo todo, es tan brusco que casi lleva un poco a decir, bueno... en ocasiones es una justificación y en otras es una coartada: como no tengo materiales no lo puedo hacer” (EPu)*

Desde la práctica educativa cotidiana, el profesorado representa el desánimo y la desmotivación que, muchas veces, ocasiona esta escasez de material didáctico.

*“...Pues muchas veces, ¿qué nos pasa?, que no tenemos medios, porque te falta...ponte a buscar bibliografía, ponte a buscar material...” (GDPcp)*

Cuando se introdujo la EpS, los centros se vieron dotados de algún material orientativo y de apoyo, pero no ha habido constancia ni se ha reforzado suficientemente para que realmente sea un punto de referencia y fomenta el desarrollo de esta experiencia educativa.

*“...A nivel de educación funcionamos desde hace un montón de tiempo por bombardeos de modas. O sea, llega la época de la Educación para la Salud, pom,pom,pom, programas, recursos...pero todo ese tipo de historias necesita un mantenimiento coherente a lo largo del tiempo. Yo no puedo implantar algo en plan de campaña y olvidarme de ella” (GDPcp)*

No se ha venido apoyando proyectos como el desarrollo de la EpS en la Escuela, cuyas carencias de medios se han ido poniendo de manifiesto y, sin embargo, se están introduciendo nuevos proyectos. Es decir que, evidentemente, no existe un planteamiento coherente en cuanto al apoyo que tienen que recibir necesariamente todos los proyectos innovadores a nivel de recursos materiales.

*“...Y ahora los proyectos que están saliendo de cara a la dotación de los centros es de ordenadores, o sea, de centros inteligentes y de ordenadores para cada persona...y aquí estamos comiéndote las telarañas porque no tenemos ni donde poner nada...por favor, que es la misma historia, la incoherencia de ir funcionando a golpes de efectos políticos” (GDPcp)*

7º. El deficiente apoyo de la Administración Educativa en el desarrollo de la Educación para la Salud

El profesorado no percibe que la Administración Educativa, a través de sus dispositivos de apoyo, esté contribuyendo a desarrollar la Educación para la Salud (EpS) en el ámbito escolar.

La representación deja entrever una gestión educativa alejada de la Escuela, de los intereses de la Educación, con escasa eficiencia en los problemas que se plantean.

*“...Hay una caída de la Escuela Pública. Las autoridades académicas no están centradas en la Educación”*

*“...No hay centro de recursos que facilite la tarea”*

*(GNPcph)*

Ante la petición de ayuda para tratar determinados temas relacionados con la salud, la respuesta no ha sido efectiva. El descontento del profesorado en este sentido es manifiesto.

*“...Yo creo que aquí no contamos con muchos apoyo, porque cada vez que intentamos tocar un tema o hacer un pequeño proyecto, siempre se lo presentamos en este caso a la persona responsable y no contamos muchos con su apoyo, revisa un poco, le hace algún seguimiento, a lo mejor viene cada 15 días al centro...pero no podemos contar con su ayuda. Le demandamos el año pasado su ayuda en las reuniones que teníamos con las madres para tratar el tema de la pediculosis, pero en verdad no contamos con su apoyo, las pegas que nos ponía eran relacionadas con el horario que no coincidía...” (EPcph)*

Experimenta el profesorado la sensación de estar en un proceso en el que cada vez se incluyen más contenidos y aspectos a tratar en su práctica docente, a lo que no es capaz de hacer frente. Los maestros y maestras sienten que toda la responsabilidad recae sobre ellos y, sin embargo, no reciben apoyo alguno.

*“...El colegio es una bolsa en la que se mete todo”*

*“...Tenemos que solventarlo todo”*

*“...En Educación para la Salud, ¿hasta dónde llega nuestra labor? (GNPcph)*

La atención que, desde la Administración Educativa, se presta a los niños y niñas de familias dedicadas al trabajo agrícola temporero no cubre las necesidades

educativas porque se abren unidades pero no se establecen las medidas de apoyo que garanticen la asistencia de este alumnado al centro educativo: facilitar el desplazamiento y plaza en el comedor escolar.

Cuando estas medidas no existen, el absentismo escolar va siendo cada vez mayor y son niños y niñas que se quedan al margen, a los que no se les garantiza su derecho a la educación, por tanto, sus posibilidades de fomento de la salud quedan restringidas, tanto por el ambiente que les rodea como por la falta de acceso a las intervenciones educativas específicas de EpS.

*“...Con los temporeros...se abre una unidad con tres, y van llegando...de pronto no te vienen 20 temporeros para un nivel...¿te vienen tres?, se abre, verás como se va llenando...”*

*“...Eso es salud y diversidad ¿eh?”*

*“...Unos niños se quedan sin...no pueden venir al colegio porque no hay comedor o porque el autobús no puede entrar en el campo...y no pasa nada, eso es institución...y así van faltando...y después el absentismo es de los temporeros...y es que no se les facilita nada”.*

(GDPcp)

#### 8º. La falta de colaboración entre el Centro de Salud y la Escuela dificulta la Educación para la Salud en los centros escolares

La relación existente entre el Centro de Salud y los centros escolares de la zona es considerada por el profesorado muy escasa e ineficiente. Entienden que debería ser un punto de referencia importante y un apoyo en el desarrollo de la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela.

*“...Creo que los Centros de Salud deberían estar más a disposición de la Escuela y existir una mayor implicación y colaboración en cuanto a las tareas...tenemos que contar con los Centros de Salud porque solos no podemos hacerlo, es la forma más positiva de llevarlo a cabo...nosotros estamos preparando un pequeño proyecto de salud buco-dental a ver si podemos crear un grupo de trabajo, es decir, algo que nos sirva a la vez para formarnos y que lo trabajemos en la Escuela” (EPcph)*

Las experiencias vividas con el personal sanitario son valoradas negativamente por el profesorado en cuanto a las actitudes y las acciones que se han llevado a



cabo. Por consiguiente, no sólo no han sido gratificantes sino que no han sido eficaces.

*“...Los expertos en salud, algunas veces van al colegio a reñirnos”*

*“...Los expertos, cuando van al colegio, van con una aureola que impide que se pongan a nivel de los padres”*

*“...Las charlas de los expertos no están adaptadas al nivel de los niños, sólo es oral, nada de prácticas de visualización”*

*(GNPcpp)*

Las colaboraciones, cuando se han dado, han sido de carácter puntual, sin continuidad alguna.

*“...Desde el colegio sólo colaboramos con la campaña de vacunación pero no la explicamos, sólo pasamos el papelito” (GNPcpp)*

En algunos casos, no ha existido ningún tipo de contacto entre el Centro de Salud y la Escuela, percibiéndose esta situación como una carencia importante.

*“...Hay una falta de coordinación entre el Centro de Salud que es lo que está más cerca, y los colegios...es que ...yo aquí, no los vi aparecer nunca, nunca apareció por aquí nadie del Centro de Salud en todo este tiempo...por eso, yo lo echo en falta” (EPcpp)*

Sin embargo, hay diferencias cuando se hace referencia a los Centros de Salud de Huelva capital. Las experiencias vividas han sido muy positivas al inicio de la reforma de Atención Primaria, sobre todo en la primera parte de década de los 90, donde la colaboración era más estrecha y positiva. No obstante, se percibe un retroceso justificado por la escasez de recursos humanos y por los escasos resultados que se obtienen respecto a la salud.

*“...También está la voluntad...porque por ejemplo, hay personas que aún siguen desde el Centro de Salud con el programa de Educación Sexual...en la línea de lo que eran las escuelas de padres, pero claro, la gente también está muy quemada en el tema de la hora porque nos pasa a nosotros también, y el tema de los Centros de Salud está ahora...y sobre todo en Huelva. Es que además te hartas de echar horas y encima...pues no consigues nada, y todavía te quejas más”(GDPcp)*

Globalmente, el profesorado proyecta a lo largo de su discurso una deficiencia y un deseo: la ausencia de un programa intersectorial entre Educación y Salud, debidamente planificado y coordinado para que la relación entre los Centros Escolares y los Centros de Salud sea una realidad permanente que apoye la EpS en el ámbito escolar.

*“...Hay una falta de planificación adecuada por parte de los distintos niveles: Educación-Centro de Salud” (GNPcpp)*

*“...Institucionalmente no hay un programa común entre Salud, Consumo y Educación” (EPcpp)*

Pero también se observa una cierta desconfianza en cuanto a las posibilidades de poner en marcha un proyecto coordinado que sea efectivo. Por una parte, porque se ven grandes diferencias en el funcionamiento de los Centros de Salud en cuanto al grado de implicación en EpS , y porque parece que está muy arraigada la concepción de que se hacen proyectos pero no se desarrollan con la dotación de recursos suficiente.

*“...La coordinación, perdona que te diga, la coordinación es uno más de los recursos, y tú no puedes tener coordinación si no hay gente dedicada especialmente a la coordinación, o sea, la coordinación no se puede tener como un añadido más”*

*“...A lo mejor el problema es organizativo, porque la misma persona está ahí...y hay personas a las que le gusta...como por ejemplo en el caso de la zona (...nombre propio), esa mujer sigue con su programa de Educación Sexual porque es que le gusta y ha seguido trabajando con las madres, pero claro...con la historia que hay en Huelva, que es que es todo...no tiene nada que ver unos Centros de Salud con otros, ya ves la (...nombre propio) como funciona...es que ese es el tema...”*

*(GDPcp)*

Aún así, no parece que lo que el profesorado demanda de los Centros de Salud sea una auténtica colaboración en el desarrollo de la EpS como materia transversal. Más bien se centran en colaboraciones puntuales, tal vez porque la proporción más importante de todo lo que constituye el desarrollo de la transversalidad en EpS sean eso, actividades puntuales.

*“...A mi que fuera el médico pediatra al colegio me servía, porque yo echaba un ratito, le planteaba algunas dudas sobre todo por el área que yo trabajo con niños con algún problema motórico puntual, que habían tenido una operación de tal, que estaban siempre malitos con la garganta y se quejaban de dolores en las piernas...era un contacto dos veces al año, que a mí me servía, incluso podíamos plantear, ¡oye, ¿por qué no venís y dais una charla de tal cosa a que las madres demandan?. Había un contacto directo, ahora ese contacto se ha perdido”*  
(GDPcp)

### **6.1.2. Las dificultades expresadas por el profesorado de Centros Concertados**

A través del Grupo Nominal, las personas informantes han identificado una serie de dificultades que, en gran medida, coinciden con las correspondientes al profesorado de Centros Públicos.

La agrupación y priorización ha sido la siguiente:

- 1ª. La disociación Familia-Escuela
- 2ª. La contradicción entre los valores sociales predominantes y la salud.
- 3ª. La falta de formación del profesorado
- 4ª. La falta de recursos humanos y materiales
- 5ª. La concepción de salud del profesorado
- 6ª. La transversalidad

En comparación con la visión del profesorado de Centros Públicos, hay dos categorías que no aparecen priorizadas: la falta de apoyo de la institución educativa y la falta de colaboración entre el Centro de Salud y la Escuela.

Posteriormente, a través de la entrevista y el Grupo de Discusión sí se ha mencionado, aunque con menos intensidad, la carencia relacionada con la colaboración de los Centros de Salud en las escuelas. La ponderación de las dificultades en función del grado de profundización y de las insistencias se ha ido transformando, siguiendo un orden más parecido al del grupo de profesorado de los Centros Públicos.

¿Cómo representa el profesorado de los Centros Concertados las dificultades en el desarrollo de la Educación para la Salud en la Escuela?

1º. La transversalidad

Los principios educativos que sustentan la Educación para la Salud (EpS) como materia transversal están claros en cuanto al concepto de globalidad e incardinación en el currículum general.

*“...La salud no como materia o asignatura puntual sino con una visión global, en todas las áreas y con sentido educativo” (GNPcc)*

No obstante, la representación de la transversalidad evidencia que constituye una dificultad. A lo largo del discurso se observan numerosas contradicciones, producto de la disociación entre la teoría y la práctica.

*“...Al ser materia transversal, no se asume como obligatoria”*

*“...Está en el Plan de Centro y en el Proyecto Curricular y no hay dificultad para llevarla a cabo”*

*“...La transversalidad es una dificultad específica”*

A medida que avanza el discurso, se va produciendo una estabilización que va poniendo al descubierto el verdadero tratamiento que recibe la EpS como materia transversal.

La práctica educativa está polarizada en el currículum formal de las áreas de conocimiento tradicionales, evaluables y objeto de calificación.

El profesorado tiene conciencia de que la transversalidad es un añadido que, en muchos casos, entorpece la dinámica escolar.

*“...Son contenidos actitudinales y dificultan la sistematización de actividades”*

*“...Hay muchos profesores que piensan que la Educación para la Salud quita tiempo a otras materias”*

*(GNPcc)*

El espacio escolar es percibido como algo limitado, y que no puede abarcar el concepto de transversalidad en EpS, ya que la salud tiene múltiples implicaciones.

*“...Llegar a todos los ámbitos de la salud desde las actividades de la Escuela es una dificultad. La Escuela es limitada y no llega a todo” (GNPcc)*

La EpS está presente, de forma predominante, en las asignaturas de Conocimiento del Medio y Educación Física. No obstante, se deja entrever que, realmente, se lleva a cabo a través de actividades puntuales y que en las programaciones no está presente.

*“...La alimentación no aparece en las programaciones que tenemos nosotros. Son cosas que..Nosotros nos hemos reunido y hemos visto la necesidad de que los niños no se hagan a los dulces...entonces, sí hemos hecho una programación y la hemos entregado a los padres”*

*“...Nosotros, por ejemplo, cuando a lo mejor dedicamos una semana cultural, o el Día de Andalucía, lo del desayuno escolar...pero siempre en cuestiones puntuales...que no, que yo creo que es como se trabaja...o hasta la fecha como estamos trabajando la salud en todos los centros”*

*(GDPcc)*

El profesorado está muy centrado en el desarrollo del currículum tradicional y vive la EpS como algo añadido, que tiene importancia pero que en el marco de la Escuela tiene escasas posibilidades, porque todos los esfuerzos están centrados en los resultados académicos y es materialmente imposible compatibilizar estos dos aspectos.

En el sustrato del discurso, se identifica con absoluta claridad que, en general, nadie niega la importancia de la EpS, pero también es cierto que, cuando algo es verdaderamente importante se le asigna un espacio y un tiempo que, objetivamente, la EpS como materia transversal, no tiene.

*“...A veces, yo creo que la transversalidad no la queremos de verdad, es una obligación que te viene”*

*“...Yo creo que nos dan excesiva responsabilidad al colegio en muchas cosas...”*

*(GDPcc)*

Ante esta disyuntiva, el esquema se repite. Es el currículum oculto el que dirige la acción educativa después de cubrir los aspectos formales que se exijan en los Centros Educativos.

*“...Aquí desde luego, la sistematización no existe, es lo que yo creo. Yo educo en lo que yo creo” (GDPcc)*

*“...Aunque el tiempo es limitado para impartir la totalidad de la programación, si el profesor quiere, puede conseguir impartir esta materia transversal” (GNPcc)*

## 2º. La disociación Familia-Escuela

La visión desde la Escuela respecto a la Educación para la Salud (EpS) no es compartida en muchas ocasiones por la familia. Por tanto, se produce una falta de continuidad respecto a la instauración de hábitos y creación de actitudes positivas hacia la salud. A veces, es percibida esta situación por el profesorado como una resistencia del núcleo familiar a que se intervenga, en este sentido, desde la escuela.

*“...A lo mejor, la forma que tú tienes de ver las cosas es totalmente diferente a como las ve la propia familia ¿eh?, ésa es una dificultad que yo veo, que tú trabajas un tema con los niños y luego eso no se continua en la familia, y además escapa de tu control, hay madres que dejan que tú influyas en eso y madres que no dejan” (EPcc)*

Las influencias que los niños y niñas reciben, respecto a las pautas a seguir en relación al cuidado de la salud desde la Escuela, pierden totalmente su eficacia cuando son opuestas o no están en consonancia con los hábitos familiares.

*“...Todo lo que sea que la familia vaya por un lado y tú por otro en temas de salud o en cualquier tema, a mí me parece que es muy negativo” (EPcc)*

También se ponen de manifiesto dificultades relacionadas con el tema que se vaya a tratar. Los aspectos de higiene personal son difíciles de abordar con la familia.

*“¿...Cómo le hablas tú con delicadeza a una persona sobre el tema del aseo?”*

Por tanto, la EpS en la Escuela tiene que abarcar también al ámbito familiar. Es, por eso, una intervención educativa que, además de proyectarse a través de los niños y niñas, ha de dirigirse, específicamente, a los padres y madres utilizando los medios más adecuados según la situación. No obstante, esta acción educativa es percibida por el profesorado como algo que no es competencia de la Escuela.

*“...Yo sigo pensando que la formación sería incompleta si no formamos a los padres, y eso se sale de lo nuestro...” (GDPcc)*

El desconocimiento en materia de salud de los padres y madres es algo que el profesorado identifica como elemento importante en la disonancia que se produce entre la Familia y la Escuela, y, por tanto, debería intervenir en este sentido.

*“...Creo que sería mucho más completa la Formación para la salud gestionando a los padres, que a veces, son de una ignorancia tremenda”(GDPcc)*

La intervención de la familia en el aprendizaje de hábitos básicos de autocuidados es deficiente. Los padres y madres no se esfuerzan en iniciar al niño o la niña en acciones de autonomía personal como vestirse, calzarse, aseo personal... con lo cual, llegan a la Escuela con un nivel excesivo de dependencia.

*“...A los niños, hoy en día, se lo hacen todo...”*

*“...Los niños ahora no saben ni ponerse una rebequita ni quitársela, no te voy a decir ya ponerse un zapato o quitárselo a qué edad...”*

*(GDPcc)*

Determinadas creencias de los padres y madres también tiene una fuerte influencia en los hábitos de salud de los niños y niñas, sobre todo en torno a la alimentación. Hay una excesiva preocupación por mantener un peso determinado sin tener en cuenta los requisitos esenciales de una alimentación equilibrada.

*“...Esa idea de comer sin pan está muy generalizada, sobre todo en esta gente de una clase un poquillo más alta, y que quieren llevar una línea de delgadez...”*  
*(GDPcc)*

La colaboración de los padres y madres es deficiente. Los esfuerzos que el profesorado hace por dar continuidad a las prácticas saludables que se dan en la Escuela no se ven compensados, puesto que la participación de la familia es muy baja.

*“...Reúnes a los padres, ya sabes..bueno, y vosotros sabéis los que van...”*

*“...La limitación de la familia la tenemos ahí...”*

*(GDPcc)*

Otro aspecto importante que vive el profesorado de manera negativa es que no se sienten suficientemente legitimados en su práctica educativa de EpS frente a los padres y madres. Esto provoca un desánimo importante porque no sólo no se sienten apoyados sino que se ven cuestionados en su función educativa, lo que aumenta su insatisfacción laboral.

*“...Encima del estrés laboral que soportamos, luego, los padres quitan autoridad al maestro o la maestra en cualquier cosa que no estén de acuerdo, vamos y eso lo presencian bastante los niños...” (GDPcc)*

Reconocen que la experiencia previa que todas las personas han tenido en el ámbito escolar es un elemento que legitima el que cualquiera pueda opinar acerca de la Escuela y del profesorado. Y, muchas veces, estas opiniones están mediatizadas por dicha experiencia. El profesorado se siente infravalorado respecto a su actividad docente, no se vive a sí mismo como una persona experta en su materia, sino mediatizada por la actitud y el comportamiento de los padres y madres.

*...Todo el mundo ha pasado por la Escuela, y todo el mundo tiene derecho a hablar de ella, porque todo el mundo sabe. Pero además, todo el mundo sabe cómo tú tienes que enseñar y como tienes...”*

*“...Todo el mundo sabe de fútbol y de maestros. Pero vamos a ver...”*

*(GDPcc)*

Esta desconfianza de los padres y madres frente al profesorado da lugar a una excesiva credibilidad por parte del núcleo familiar a los comentarios que los niños y niñas hacen y a cómo cuentan los hechos acontecidos en la Escuela. Es probable que esta situación sea producto del tipo de relaciones que se establecen entre el profesorado y la familia.

*“...Y ahora vienen a cuestionarte o a intentar decirte: no, no, pues a mi niño no le vayas a decir más esto...cuando son tonterías de niños que ellos se lo cuentan en casa, ellos le dan la razón al niño y a ti te quitan la autoridad” (GDPcc)*

No obstante, el tiempo que, en general, la familia dedica a los hijos e hijas es escaso. Las obligaciones laborales del padre y la madre hacen que la educación de los niños y niñas dependa en gran medida de la Escuela. Aunque es posible que la propia familia no sea consciente de ello. El profesorado, es algo que tiene claro.

*“...Nosotros somos un complemento de la familia...la familia no puede educarlos, no puede, todo el día trabajando...” (GDPcc)*

La situación familiar que representa el profesorado se corresponde con una dedicación excesiva de los niños y niñas a actividades escolares y extraescolares.



Algo que refuerza aún más la falta de conexión entre Familia y Escuela para ejercer la educación como una responsabilidad compartida.

El tiempo que la familia debería dedicar a sus hijos e hijas no es el adecuado ni en cantidad ni en calidad. Hay demasiadas actividades y, durante el tiempo de permanencia en casa, la atención que reciben es la de dejar hacer.

*“...Hay un horario para el colegio y un horario para la familia. El de la familia no se está cumpliendo...”*

*Algunos padres me han venido a ver si se pueden apuntar a actividades extraescolares y me he dado cuenta de que el niño ha venido a estar sentado porque la madre iba a donde sea...”*

*“...Cuando llega a casa, uno está cansado, el otro está cansado, ¿quién recoge, quién pone?, me lo quitas de en medio cuanto antes”*

*(GDPcc)*

### 3°. La contradicción entre los valores sociales predominantes y la salud

Los valores sociales representados con más fuerza son el consumismo y la falta de comunicación en la familia.

El consumismo tiene una doble perspectiva: por una parte el consumo material y, por otra parte, el consumo de actividades formativas.

La economía de mercado ha conseguido equiparar tenencia de bienes a felicidad, haciéndose presente en todos los acontecimientos familiares y sociales.

*“...Los niños salen del colegio y enseguida el almuerzo, después el inglés, la música, el equipo de fútbol...¿cuándo juega a las canicas y cuando juega al pincho, que es lo que realmente le hace la motricidad fina de sus manos?”*  
*(GDPcc)*

La solidaridad, como un valor importante que ayuda a que la vida sea más plena, es, en definitiva, algo que contribuye de manera importante a la salud y, por tanto, una forma de superar un valor social tan arraigado como es el individualismo, aunque parece más una acción aislada que algo que forma parte del sustrato educativo.

*“...Lo que yo no puedo decir es que, como yo he nacido en Occidente, me lavo las manos y no hago nada...si yo tengo una campaña de solidaridad, mis alumnos participarán”* *(GDPcc)*

La comunicación en el núcleo familiar es percibida como un valor perdido y que ha sido sustituida por otros valores sociales ligados al consumo, los cuales han convertido las aspiraciones de una buena parte de la sociedad en aumentar sin límites el poder adquisitivo. Esto conlleva una inversión sustancial del tiempo en el ámbito laboral, en detrimento de la atención que requiere la educación de los niños y niñas.

*“...El niño va de un lado para otro, el padre lo recoge a una hora y lo suelta a otra, y esa hora la tiene libre...”*

*“...Muchas madres están trabajando 8 ó 10 horas, y al niño sólo lo ven un ratito, le dan de cenar, lo acuestan y hasta el día siguiente”*

(GDPcc)

#### 4º. La concepción de salud del profesorado

El concepto de salud aparece escasamente representado y, cuando se pone de manifiesto, es, fundamentalmente, desde un enfoque biologicista y medicalizado. En ninguna parte del discurso aparecen otras dimensiones relacionadas con la salud que no estén vinculadas a los aspectos biológicos.

La alimentación es el tema central cuando se habla de los contenidos de salud.

*“...Yo creo que hay que empezar por concienciar al maestro, porque no todos vamos por la labor, que hay gente que a lo mejor no le interesan los temas de salud...”*

*“...Vamos a definir el término, ¿qué es salud? ¿cómo podemos tener a un crío más saludable?...¿con una buena higiene y una buena alimentación?...vamos a ver qué conceptos o qué criterios se tienen de una buena alimentación...”*

(GDPcc)

#### 5º. La falta de formación del profesorado

Cuando se manifiesta la falta de formación del profesorado para desarrollar la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela, se circunscribe esta dificultad a que faltan conocimientos específicos para abordar problemas concretos de salud, pero en ningún momento de los distintos discursos aflora la formación del profesorado como carencia desde otras perspectivas más básicas.

*“...La formación específica del profesorado ante dificultades actuales de salud como la Bulimia y el alcohol” (GNcph)*

#### 6°. La falta de recursos didácticos

La representación de esta dificultad se centra tanto en la ausencia de materiales adecuados como en la incapacidad de los libros de texto para facilitar el desarrollo de la EpS.

*“..No sabes dónde buscar los temas...ni a qué materiales recurrir...tu propia lógica y tu propia idea es la que te guía a la hora de que un niño sea autónomo...” (EPcc)*

*“...En Conocimiento del Medio viene, pero además muy poquito, cuando se trata de los ojos, la higiene de los ojos, de la piel...pero muy poquito” (GDPcc)*

#### 7°. La falta de colaboración entre el Centro de Salud y la Escuela

La participación del Centro de Salud en la Escuela se percibe como escasa y muy limitada a actividades puntuales. Se deja entrever que el apoyo que echa en falta está más relacionado con las revisiones de salud de los niños y niñas.

*“...Yo pienso que sería muy importante que desde los Centros de Salud se hiciese como antes, que se pasaban por los centros y medían a los niños, los pesaban...ese seguimiento que por lo visto sigue haciéndose” (GDPcc)*

También se expresa el deseo de que los Centros de Salud impulsaran la EpS en la Escuela, que fueran un referente, que animaran al profesorado.

*“...Si el profesor ve que vienen, ¡joye!, que tal día viene el Centro de Salud, cuando vengan pues infórmate, que te van a preguntar...y eso cala, incluso dentro del profesorado...que es lo que necesitamos todos...un empujoncito...mira, que yo hago tal cosa...¿cómo es? (GDPcc)*

El profesorado tiene conciencia de que la colaboración de los Centros de Salud es muy escasa, y que sólo recurren a los centros escolares para acciones concretas y aisladas.

*“...Yo creo que estamos un poco abandonados por los Centros de Salud que se limitan a lo mejor a la vacunación y nada más, pero nosotros necesitamos un cierto reciclaje de vez en cuando” (GDPcc)*

## 6.2. La visión global de las personas consideradas como informantes clave

La perspectiva global integrada por personas informantes de la Administración Educativa: órganos directivos de los centros escolares públicos, Inspección Educativa y Movimiento Cooperativo de Escuela Popular, recogida a través del Grupo Nominal y el Grupo de discusión, refleja de manera clara las mismas dificultades expresadas con anterioridad por el profesorado.

La priorización a partir del Grupo Nominal ha sido la siguiente:

- 1ª. La disociación Familia-Escuela
- 2ª. La contradicción entre los valores sociales predominantes y la salud
- 3ª. La falta de recursos didácticos
- 4ª. La concepción de salud del profesorado
- 5ª. La transversalidad
- 6ª. La falta de colaboración entre el Centro de Salud y la Escuela
- 7ª. La falta de apoyo de la Administración Educativa

La dificultad relacionada con la falta de formación del profesorado para llevar a cabo la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela no ha sido identificada en esta primera exploración, sin embargo, en el Grupo de Discusión sí aparece representada. Además, el orden de las dificultades también se va modificando en función de la fuerza con la que se representan.

1º. ¿Cómo se percibe la transversalidad por parte de las personas informantes clave en su globalidad?

La representación del concepto de transversalidad y su justificación en el diseño curricular se corresponde con los principios que sustenta esta importante orientación educativa. Pero no sólo en cuanto a los objetivos que persigue, sino también, la manera de llevarlos a la práctica. Es decir que, desde esta perspectiva, además de estar asumido el enfoque transversal, también se describe con absoluta claridad cómo habría que integrarlo y llevarlo a la práctica. Este aspecto que, desde la visión del profesorado se percibía con muchas incertidumbres, es algo inequívoco desde la visión global de informantes clave.

*“...La Educación para la Salud debe ser una intervención educativa, sistemática, planificada, en la que, a través de todo el currículum, desde Infantil,*

*y en todas las áreas, se aborden los objetivos y contenidos que conlleva la Educación para la Salud”(GDic)*

Este planteamiento no está exento de dificultades para su desarrollo y que, en alguna medida, el desarrollo de la EpS, dependa del denominado currículum oculto. Aunque es evidente que su resultado se va manifestando a través de determinados hechos.

*“...Entonces, pues lo llevábamos a través del currículum oculto por una parte, y haciéndolo explícito, intentando hacer que la Escuela fuera saludable” (GDic)*

Se reconoce que, a pesar de tener claro qué objetivos había que conseguir y cómo hacerlo, la práctica educativa en EpS no se ha correspondido con los planteamientos iniciales, no consiguiéndose, por tanto, las metas deseadas. En este proceso se han identificado diversos obstáculos que han impedido el que la intencionalidad educativa en materia de EpS fuera una realidad cotidiana.

*“...El hecho de que nosotros digamos, venga, todas las áreas, vamos a intentar que esto sea realmente un eje transversal, nosotros no fuimos capaces de hacerlo ¿eh?, y lo abordamos, no de manera puntual con la clásica charlita que viene el experto a dar” (GDic)*

Entre los factores que están impidiendo que la EpS se desarrolle como un eje transversal, está un currículum sobredimensionado al que el factor tiempo no es capaz de dar respuesta.

*“...La Educación para la Salud requiere tiempo y es que estamos sobrecargados y además dices: si yo le dedico mucho tiempo a hacer una programación en condiciones sobre salud, ¿de dónde lo quito?, porque todo no puede ser” (GDic)*

*“...Hay poco tiempo para llevar a cabo los contenidos conceptuales de cada unidad didáctica más los contenidos transversales” (GNic)*

Aún así, el discurso muestra una actitud crítica frente a la propia práctica educativa en EpS en cuanto a su generalización y a asumir ésta como válida, por el hecho de darse de forma cotidiana en las aulas.

*“...Si preguntamos a cualquier docente, ¿tú das Educación para la Salud en la Escuela?, dice, pues claro que sí, ¿no?, porque parece una cosa obvia, pero las*

*cosas que parecen tan obvias son las que menos trabajamos, porque si es todo como Educación para la Salud, pues todo vale” (GDic)*

La introducción del eje transversal en el proceso educativo es vivido como una dificultad por sí misma, incluso puede haber representado un retroceso en relación a lo que se venía haciendo sobre EpS a lo largo de las etapas escolares, puesto que se centra mucho en la Educación Infantil y en unos temas determinados.

*“...Tengo yo la sensación que la Educación para la Salud ha ido perdiendo en dedicación y en otras cosas, que se está limitando mucho a los pequeños con el tema de la higiene, la limpieza, la alimentación...”*

*“...Que en Infantil se trabajan mucho todos esos hábitos y un montón de cosas y llegan ya a Primaria y parece que eso está ya conseguido”*

(GDic)

Se percibe en el discurso una preocupación constante por la sobrecarga curricular, que lleva a que el proceso de enseñanza se viva con una gran celeridad, con muchas presiones por conseguir el éxito académico deseado, algo que, en buena medida, está implícito en las creencias del profesorado porque su experiencia como alumnos y alumnas también ha estado presidida por esos valores, lo que impide la instauración y continuidad de los ejes transversales.

*“...Para una parte del profesorado, la Educación para la Salud tiene una importancia secundaria, siendo más prioritarias las materias académicas”*

*“...La excesiva celeridad con la que se vive en la Escuela, fruto de múltiples problemas y tareas que nos afectan”*

(GNic)

La falta de continuidad y el aislamiento de las intervenciones educativas de EpS es también percibida desde la Escuela como un efecto no deseado y como un indicador de la ineficacia de las acciones. Se tiene conciencia de que, en el ámbito escolar, se desarrollan muchas actividades relacionadas con la EpS pero sin continuidad alguna ni integración en la globalidad del currículum. Esto deja traslucir una deficiencia en la planificación de los centros escolares.

*“...Hay una falta de continuidad en el desarrollo curricular de aspectos relacionados con la Educación para la Salud. Muchas actividades puntuales pero sin continuidad: desayuno escolar, día de la fruta, higiene dental...” (GNic)*

En definitiva, parece que no se está llevando bien la EpS como eje transversal y uno de los motivos para que no se desarrolle adecuadamente es la falta de planificación por parte del equipo docente y la falta de diálogo sobre el tema.

*“...En las escuelas no se lleva a cabo la Educación para la Salud como se debería llevar, sí es verdad que se hace de forma puntual...pero un equipo docente que ponga sobre la mesa su concepto de salud...porque en función de lo que percibamos, así lo abordaremos” (GDic)*

## 2º. La disociación Familia-Escuela

La representación de las dificultades relacionada con la disociación Familia-Escuela tienen las mismas características que en la visión del profesorado. La falta de continuidad entre lo que se pretende enseñar en la Escuela y su impacto comportamental en el núcleo familiar sigue percibiéndose como un obstáculo importante para conseguir resultados en EpS.

*“...Hay poca colaboración por parte de la familia para llevar a la práctica los hábitos de salud que pretendemos con la transversalidad” (GNic)*

Hay una escasa conciencia por parte de la familia y del profesorado acerca de la contribución de la EpS al desarrollo de los niños y niñas, lo que hace aún más difícil la corresponsabilidad en la conformación de estilos de vida saludables. La falta de receptividad del ámbito familiar impide que las acciones educativas dirigidas al cuidado de la salud tengan los resultados deseados.

*“...Que se asuma por parte de profesores y familia la importancia de la Educación para la Salud en el desarrollo integral del alumnado” (GNic)*

*“...Porque la alimentación, si los padres son los que tienen la llave de eso...” (GDic)*

Es en el nivel de Educación Infantil donde la disociación Familia-Escuela se experimenta en menor grado, en parte, porque dadas las características de esta etapa, la cercanía con los padres y madres es mayor, y además se dedica más tiempo a potenciar la colaboración de la familia en la educación de sus hijos e hijas.

*“...Intentar implicar a las familias es más fácil en Educación Infantil, primero porque dispones también de más tiempo, porque es más libre el tema del*

*currículum, y luego, además, porque los padres están más motivados en el tema cuando son niños pequeños” (GDic)*

También se experimenta la sensación de abandono de las responsabilidades familiares respecto a los hijos e hijas, por las ocupaciones laborales de los padres y madres, dejando a merced de la Escuela aspectos en los que, deberían mantener una proporción importante de responsabilidad. Esto provoca una sobrecarga en la práctica educativa que va en detrimento del desarrollo del currículum global y de los ejes transversales.

*“...En los centros también se da el abandono y la dejación de los deberes familiares...aquí es una cuestión general, incluso en clases, digamos, más elitistas..los padres están trabajando y están muy absorbidos por el trabajo, ahí hay un abandono claro, porque de eso...que se encargue la Escuela. Hay muchas cosas que se están dejando en manos de la Escuela y la Escuela no puede con todo” (GDic)*

En ocasiones, hay familias que no se esperan las actitudes positivas de los hijos e hijas en relación a los valores, como producto del aprendizaje en la Escuela. Esto representa un punto de credibilidad en la acción del profesorado y , por consiguiente, aumenta su relación con la institución escolar.

*“...A veces puedes llegar a tener una relación con los críos en el plano, sobre todo, de los valores y demás y se sorprenden: ¿que mi hijo ha tenido esa actitud?, ¡vamos, es que no me lo puedo creer!, porque en casa...” (GDic)*

Se valora positivamente la actitud de los padres y madres cuando cuestionan o preguntan acerca del proceso educativo que se está siguiendo con sus hijos e hijas, porque esta actitud puede contribuir a potenciar la responsabilidad compartida con la Escuela.

*“...A mi me parece muy bien que los padres critiquen, en el buen sentido de la palabra, es decir, que ofrezcan cuestionamientos y que pregunten al maestro por qué esto, por qué le suspenden...que sea exigente y demande la información que, por derecho le corresponde” (GDic)*



### 3°. La contradicción entre los valores sociales predominantes y la salud

La visión que se presenta respecto a esta dificultad es tal vez de menor intensidad que en el sector del profesorado, expresándose más que como una dificultad estricta como un condicionante que hay que tener presente a la hora de impartir la Educación para la Salud (EpS)

La presión que ejercen los medios de comunicación social y los valores predominantes van en contra de muchos de los objetivos planteados en la EpS. Los hábitos alimentarios nocivos para la salud, el tabaquismo, la potenciación de la violencia...son elementos que chocan frontalmente con los planteamientos de EpS de la Escuela.

*“...Hay una influencia nociva de la televisión en las educación para la no violencia”*

*“...Los malos hábitos que se ven en televisión son perjudiciales para los planteamientos de Educación para la Salud”*

(GNic)

### 4°. La concepción de salud del profesorado

El concepto de salud que tiene el profesorado es representado como una dificultad cuando éste se aleja del enfoque integral. Es decir, se percibe en el discurso una fuerte homogeneidad en cuanto a una concepción de salud bastante compatible con la estrategia de Promoción de Salud, aunque lo que predomine en la institución escolar sea el enfoque negativo de salud, basado en la enfermedad.

*“...La concepción de salud que, desde mi punto de vista ha tenido siempre la Escuela: como prevención de enfermedades y no como un equilibrio personal, esa concepción social que tiene la salud, no se ha abordado nunca en la Escuela”*

(GDic)

Por eso, se considera una dificultad el que no se tenga una conciencia clara acerca de las implicaciones respecto a las actitudes y los hábitos de los niños y niñas en la mejora y el mantenimiento de la salud desde una perspectiva personal, comunitaria y social.

*“...Representa una dificultad no asumir por parte de los distintos sectores de la comunidad educativa la influencia que los hábitos personales adquiridos a*

*través de la Educación tienen, en la conservación y mejora de la salud persona, social y del Medio Ambiente” (GNic)*

Se plantean también la contradicción que se vive respecto a la manera de concebir la salud y el impacto que realmente tiene en el ámbito educativo. Se percibe un desequilibrio entre la salud concebida como un valor social importante y la atención que recibe desde la Escuela.

*“...Yo creo que, siendo la salud lo que más nos preocupa a toda la humanidad, porque es lo que más nos preocupa, estar sanos, pues yo creo que luego, en la Educación no es tan importante” (GDic)*

La perspectiva de considerar la dimensión social y medio ambiental del concepto de salud se va representando a través de la visión que tienen de la Escuela como espacio saludable. En este sentido, se pone en evidencia la necesidad de considerar el espacio físico como un aspecto importante de la salud.

Desde esta característica del discurso, la concepción de salud del profesorado es una dificultad cuando se aleja de este patrón de pensamiento.

*“...Educación para la Salud en la Escuela, pasa por otras cosas que no son sólo las de los docentes, que hay infraestructuras, hay colegios edificados que cuando se van a hacer, pues no se mira hacia dónde están orientados, ni en qué entorno, ni si están llenos de ruidos, si tienen espacios de recreo con miles de peligros, si tienen gasolinera al lado, si le da el sol o no...que la salud no es sólo hablar de alimentación, que para que una escuela sea saludable, el edificio también tiene que reunir una serie de características” (GDic)*

Otro aspecto relacionado con el concepto de salud que se pone de manifiesto es el clima del aula, de la Escuela. La percepción que se tiene es que el clima no es saludable y que, por tanto, habría que trabajar también en este sentido.

Una vez más, se deja entrever las deficiencias del concepto de salud del profesorado desde el propio concepto de salud que las personas informantes parece que tienen y que es evidente que puede enmarcarse en la nueva cultura de salud emergente, vinculada a una dimensión global e integral que debe estar en el sustrato de cualquier estrategia de EpS.

*“...Que hablamos de salud, pero... en las aulas, ¿hay un clima agradable y saludable?...yo creo que no hay un clima agradable y que nos está costando*

*mucho...yo creo que la salud pasa también por hacer donde trabajas más agradable...que los niños están allí cinco horas y el maestro también...” (GDic)*

#### 5°. La falta de formación del profesorado

La formación del profesorado no apareció en la primera aproximación realizada a través del Grupo Nominal, mientras que en el Grupo de Discusión se representa casi al comienzo del mismo.

La formación que recibe el profesorado durante la carrera es percibida como insuficiente para abordar la EpS en la Escuela como eje transversal.

*“...Es que la formación inicial del profesorado es muy deficitaria y en estas áreas se limitan hoy a alguna asignatura con algunos créditos o como optativa, que no es una verdadera formación del profesor como educador de salud” (GDic)*

No obstante, se admite que la formación se adquiere con la experiencia como docente, sobre todo cuando surgen problemas y hay que dar una respuesta.

*“...Hace algunos años, cuando todavía no tenía tanta formación, porque la formación se adquiere trabajando y con la experiencia, y cuando te vas encontrando con los problemas y los quieres resolver, es cuando empiezas a buscar ayuda y a ver por dónde puedes tirar” (GDic)*

Es evidente que la percepción de la formación del profesorado está vinculada a los problemas que se presentan en la práctica educativa. Por consiguiente, más allá de concebirse la formación como algo teórico, aparece como una dimensión inherente a la actividad docente. Por tanto, la EpS, como materia eminentemente práctica conectada a la dimensión filosófica de la Salud y de la Educación, es un área donde las necesidades formativas surgen a partir del enfrentamiento de la teoría y la práctica.

*“...La forma de llevar a la práctica la Educación para la Salud varía de unos centros a otros, según la percepción o la formación que tengan los profesionales que están trabajando en un momento determinado, según las necesidades que se den en ese centro y esto va a condicionar quizás la formación del profesorado. A muchos profesores a lo mejor no se le han planteado porque la formación esa que tenemos, esa rutina a la que se tiende ¿eh?...en el buen sentido de la palabras, o sea, que se tiende más a las áreas curriculares como disciplinas. Pero muchas veces, el profesor que llega sin esas inquietudes, cuando ve unas necesidades en*

*la zona, en el centro, se plantea la necesidad de formación para los ejes transversales” (GDic)*

#### 6°. La falta de recursos didácticos

Se insiste en la falta de materiales editados y en la escasez de otros recursos didácticos para trabajar en los centros escolares, en general, y en las aulas, específicamente. Esta diferenciación ¿estará relacionada con la falta de materiales de orientación para las programaciones, cuya utilidad es para el conjunto del centro escolar?

Como dificultad es representada con más fuerza en el Grupo Nominal que en el Grupo de Discusión.

*“...La no existencia de materiales curriculares editados y la falta de materiales y recursos didácticos para trabajar en el aula y en el propio centro educativo” (GNic)*

Aunque con menor fuerza, también se pone de manifiesto una infrautilización de los recursos disponibles. Tal y como se expresa, deja entrever una cierta contradicción en el discurso.

*“...La infrautilización de los recursos disponibles en la red institucional y en Internet, además de los recursos disponibles que no se usan” (GNic)*

Los contenidos de EpS en los libros de texto son representados como escasos y excesivamente conceptuales, lo que denota la escasa relevancia que estos temas tienen en el material editado. Por tanto, su utilización no facilita el desarrollo de este eje transversal de una manera dinámica y efectiva.

*“...En general, o por lo menos lo que yo conozco, la gente sigue libros y por los libros, desde luego, poca Educación para la Salud puede hacer, porque...lección 16: Educación para la Salud, ¿eso qué es?. Ahí vienen unos contenidos que tienen que estudiar pero no hay actividad que es lo que empuja a hacer las cosas, a que el niño se motive” (GDic)*

*“...El seguir un libro hace que determinados temas se traten sólo como conceptos” (GNic)*

*“...Los libros de texto dan poca importancia a la Educación para la Salud” (GNic)*

### 7º. Falta de apoyo de la institución educativa

En el Grupo Nominal se ha identificado la falta de apoyo institucional en el ámbito educativo desde tres dimensiones: la escasez de recursos humanos y materiales, la falta de un departamento específico que desarrolle los programas de Educación para la Salud (EpS) y la ausencia de control por parte de órganos centrales de la Administración Educativa.

*“...Pocos recursos en cuanto a personal de apoyo, instituciones, materiales y tiempo”*

*“...La falta de un departamento u organismo específico que apoye y desarrolle estos programas”*

*“...La inexistencia de control por parte de la Administración”*

(GNic)

En este sentido, también se manifiesta la insatisfacción del profesorado de Educación Infantil y Primaria cuando se comparan con los otros niveles educativos y con los resultados que se esperan. Es la enseñanza más básica y, en consecuencia, la más importante, sin embargo, la atención y apoyo que recibe por parte de la Administración Educativa no se corresponde con el grado de relevancia.

*“...Nosotros que somos los que estamos abajo, los que estamos soportando el mayor peso de esta estructura, que somos lo básico, porque es verdad que hay un momento para crear ciertos hábitos y si no se crean, ya no se adquieren después...aunque no estoy de acuerdo con el cambio que se ha hecho con la Ley de Calidad, pero en la Escuela, la organización de lo que es la estructura del sistema, deberían cambiarlo. Los mejores profesionales tienen que estar mejor pagados y estar en el ciclo de Infantil y primer ciclo de Primaria” (GDic)*

### 8º. La falta de colaboración ente el Centro de Salud y la Escuela

La falta de colaboración de los Centros de Salud y la escasa disponibilidad de profesionales sanitarios se vive como una dificultad para desarrollar la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela. Las formas de representación son muy similares a las que, con anterioridad, hizo el profesorado.

La falta de implicación de los sectores de Salud y de Educación en una acción intersectorial deja al descubierto determinadas carencias en torno a la EpS.

*“...El Ministerio de Sanidad ¿eh?, y el Ministerio de Educación, o las consejerías a nivel de Andalucía, que tengan programas y que impliquen, no cada uno por un lado” (GDic)*

Se percibe la falta de recursos humanos de los Centros de Salud para apoyar la EpS en la Escuela de manera permanente, a través de programas conjuntos que impulsen el interés por el cuidado de la salud de los niños y niñas por parte de la Familia y el Centro Escolar.

*“...La trabajadora social viene aquí: vosotros demandad, pero no sabe si esto, al final se va a poder llevar a cabo. Al final, dice, mira, no hay médicos, si es que no hay ni para las guardias, si es que no tenemos enfermeros, si es que no nos cubren, les pasa lo que a nosotros, no cubren bajas...Por eso se va dejando, hubo un tiempo en que tenían bastante dotación y venían al Centro, se hacían charlas y talleres. Si es que ni una Escuela de Padres en todos estos años” (GDic)*

La colaboración parece que se reduce a las acciones de carácter sanitario específicamente, sin obtener respuesta ante otro tipo de demandas.

*“...La falta de colaboración del Centro de Salud con respecto al Colegio, no vienen cuando los necesitas, sólo para tareas de tipo sanitario que sólo les incumbe a ellos, por ejemplo, las vacunaciones” (GNic)*

### **6.3. La visión específica de la Administración Educativa**

La dirección de Centros Escolares, tanto de titularidad pública como concertada, así como la Inspección Educativa, se han tomado como referentes específicos de información, a través de las respectivas personas informantes.

#### **6.3.1. Las dificultades desde la perspectiva de la Dirección de Centros Públicos**

A lo largo de la entrevista, se han ido poniendo de manifiesto las principales dificultades para desarrollar la Educación para la Salud (EpS) como materia transversal, desde la perspectiva de la dirección de un Centro Público.

La transversalidad se identifica por sí misma como una dificultad desde el punto de vista de la programación y, por consiguiente, en su desarrollo.

Se representa la Educación para la Salud (EpS) como materia transversal, como un elemento importante para la Educación pero que se ha introducido sin habilitar los medios necesarios para llevarla a cabo.

*“...La Educación para la Salud, como las demás transversales que existen, es muy difícil trabajarlo dentro de la Escuela porque no hay...la gente se pierde...hay que informarse y ver de qué manera se hace, y de hecho no se sabe como programar las transversales, no se sabe en qué momento se tratan...es cierto que como transversal tiene que constar en el Plan de Centro con una serie de actividades...que se hacen”*

No obstante, cuando el profesorado concibe los aspectos de EpS como un valor importante y una responsabilidad educativa en el marco de la Escuela, las dificultades se superan y el eje transversal funciona como tal.

*“...Porque cuando un profesor está convencido de que eso se debe trabajar, se busca él las maneras de que eso funcione”*

La amplitud de los contenidos de EpS hace aún más difícil su desarrollo. La complejidad es mayor conforme avanzan los ciclos, por tanto, los temas a tratar van perdiendo identidad.

*“...Es una dificultad el que la Educación para la Salud sea como tan amplia ¿no? El primer ciclo de Infantil, normalmente funciona, porque ya te digo, es educación bucodental, ahora cuando ya pasamos al segundo y tercer ciclo que es la salud en el deporte, la higiene...pues ya eso se diluye un poco”*

La complejidad de la transversalidad se pone de manifiesto de manera constante a lo largo de todo el discurso. Se percibe como algo que se ha añadido al currículum escolar pero sin modificar lo que ya existía, por tanto, la EpS, como materia transversal, surge como algo importante, deseable en el plano educativo pero sin espacio ni medios que faciliten su viabilidad en el currículum global.

*“...Las transversales, como otras muchas cosas en Educación, las han colado ahí como otras cosas, no han preparado a la gente, y entonces...nos desbordan los temas”*

El mensaje implícito en la EpS como eje transversal aparece bien asumido en cuanto a qué pretende y cómo habría que hacerlo, pero, cuando se trata de ponerlo en práctica, la hegemonía del currículum disciplinar como estructura férrea no permite el desarrollo de la transversalidad.

*“...Las transversales, así se intenta, se deben trabajar todos los días, y es la única manera de que sean eficaces...y así se deben tener presentes todos los días y en todas las materias. Ahora, realmente, programar las transversales en condiciones, con todas las materias, es un trabajo tan grande, que bueno, es muy difícil...¿cómo se conjuga el que sea todos los días pero tenga un sitio de verdad?”*

A pesar de estas grandes dificultades, la transversalidad es percibida como algo muy positivo, rechazándose el que la EpS pueda aparecer como materia curricular.

*“...La veo totalmente positiva...además, yo creo que es la única manera...contemplar la Educación para la Salud como una asignatura, yo no lo veo, sinceramente, no lo veo bien”*

¿Cómo compatibilizar la enseñanza basada en la intervención de los especialistas con el desarrollo de la EpS como eje transversal?

*“...Los especialistas saben muchísimo más, lo hacen muchísimo mejor, pero a la vez, veo que es muy difícil la clase cuando tienes que entrar y salir, es mucho más complicado eso, con una buena coordinación creo que se puede...”*

La tendencia de las materias transversales es representada con cierta desesperanza después de más de diez años de su instauración. De nuevo, las materias curriculares son el principal objetivo de la acción educativa.

*“...Las transversales, bajo mi punto de vista, si no se da un impulso, acabarán siendo las “Marías” antiguas. Están ahí, no se sabe bien como programarlas...si tienes un tiempo x, seguramente la mayoría de los educadores no lo echan en las transversales, sino en Matemáticas, Lengua u otra serie de cosas que también les están agobiando mucho”*

#### ¿Se percibe disociación entre la Familia y la Escuela?

Cuando el contacto con la familia es permanente, esta disociación se reduce de manera considerable. Por tanto, es la intensidad y la calidad de la relación que la



Escuela establece con la Familia la que, en gran medida, va a contribuir a la unificación de criterios en todos los aspectos relacionados con la EpS.

*“...Con sesenta alumnos, la relación con la familia es constante, es decir, aquí no hay un horario, ni hay una puerta cerrada, el contacto es muy permanente...y las familias responden bien, aunque algunas se resisten un poquito”*

Establecer un proceso de consenso con los padres y madres, en cuanto a los objetivos a alcanzar respecto a la educación de los niños y niñas, es cualificar esa relación necesaria entre la Familia y la Escuela.

*“...Poquito a poco los padres se van mentalizando a base de insistir en las reuniones acerca de la importancia de la dieta...entonces cuando hay un objetivo común, es fácil”*

Intentar captar al núcleo de padres y madres que no acuden a las reuniones, se plantea como un objetivo a conseguir, precisamente, para evitar la disociación.

*“...Tenemos dos niveles: un nivel muy alto, que yo creo que ya sabe muy bien, que no es la gente que nosotros desearíamos captar, porque esa quizás esté ya más informada, sino una parte de la población que no acude a esas reuniones”*

¿Son los valores sociales predominantes una dificultad para el cuidado de la salud?

Es tal la evidencia de que los valores sociales predominantes no están en consonancia con estilos de vida saludables, que aparece representado como algo que, desgraciadamente, forma parte del entorno donde se desarrolla la Educación de los niños y niñas.

*“...No hace falta ser un lince para ver que muchos valores que se están potenciando están a contracorriente de lo que son los valores saludables ¿no?...pero que...bueno, es como todo en Educación, quiero decir que todo es muy difícil, pero también los maestros somos muy importantes para los críos y calamos muy hondo, entonces, es desde ahí...está muy claro que, si se puede incidir algo, es desde ahí y que no hay que dejarlo”*

Lo que sí hay que evitar son las contradicciones que desde los propios centros escolares se están produciendo. Los valores sociales que están en contra de una vida saludable se neutralizan a base de acciones educativas coherentes. No es

educativo dar un mensaje en contra de la potenciación de ciertos hábitos perjudiciales para la salud y, por otra parte, realizar alguna actividad que pueda favorecer dichos hábitos.

*“...Lo que no puede ser es eso, trabajar Educación para la Salud e irte con los niños a Tele Pizza, pero eso, hay gente que ni siquiera cae en esa cuestión. A veces, somos nosotros, los que también estamos en esa rueda”*

#### ¿Es una dificultad la concepción de Salud del profesorado?

A lo largo de la entrevista se representa la concepción de salud de una forma absolutamente parcial, desposeída de su dimensión social y en ningún momento se evidencia la salud como un fenómeno multidimensional. Hay un “silencio” a lo largo de todo el discurso que sólo se rompe cuando se aborda la falta de reflexión del profesorado y cuando se separa claramente la salud de los aspectos ideológicos.

¿Qué concepto de salud puede estar en el sustrato de esta representación? Evidentemente, el enfoque biologicista y medicalizado.

*“...Creo que nos falta mucha reflexión dentro del profesorado...porque te puedes encontrar con personas que se niegan a celebrar el día de la mujer, o el día de la paz...o sea que...el tema de salud quizás en este sentido, tiene más ventaja, no raya con ningún tema ideológico como puede ser el tema de la paz”*

La falta de recursos didácticos se pone de manifiesto en relación a dos aspectos: el escaso contenido de Educación para la Salud (EpS) que contienen los libros de texto y la falta de otros materiales didácticos de apoyo.

*“...La Educación para la salud no viene en los libros de texto de una manera expresa”*

*“...En Educación para la Salud no llegan materiales. En los años que yo llevo en la dirección del colegio, yo creo que no he inventariado ni un solo vídeo, ni nada directamente relacionado”*

#### ¿Falta de colaboración entre el Centro de Salud y la Escuela?

El discurso evidencia una falta de apoyo por parte del Centro de Salud en el desarrollo de la EpS a nivel escolar. Las actividades puntuales son valoradas negativamente y la ausencia de una intervención más global y permanente deja

entrevistar que el Centro de Salud, como dinamizador de la promoción de la salud, no está dando la respuesta adecuada.

*“...La colaboración del Centro de Salud con el centro escolar es puntual, con el tema de vacunas”*

*“...Se empezó un programa de salud buco-dental que abarcaba justamente al curso 2º, y ahí se quedó...No se hizo más...por lo visto era una persona de (...nombre propio) que hizo esa experiencia y por alguna razón no podía seguir, y entonces, así se quedó”*

### **6.3.2. Las dificultades desde la perspectiva de la Dirección de Centros Concertados**

Durante la entrevista mantenida con la directora de un Centro Concertado ha ido emergiendo una visión específica sobre las dificultades más importantes que están impidiendo que la Educación para la Salud (EpS) se desarrolle de una manera adecuada según los principios que sustentan la transversalidad.

#### La transversalidad como dificultad en sí misma

La representación de esta dificultad aparece en primera instancia como la contradicción permanente entre lo que se cree, lo que se dice y lo que se hace. No puede negarse desde el punto de vista de los principios, la importancia que la EpS tiene en la formación de los niños y niñas, pero, a la vez, se priorizan los temas que, teóricamente, no son tan importantes. ¿Hasta qué punto se cree realmente que la EpS es algo esencial en la Educación?

*“...Otra dificultad también es que quizás no está muy programado. A ver, te digo...que están las unidades didácticas y demás, pero directamente el mundo escolar tiene unos temas que pueden no ser tan urgentes pero que son como más prioritarios por la realidad ¿no?, y a lo mejor estos temas, bueno, pues salen como puntualmente, no se hasta qué punto luego, calan”*

El ideario del Centro tiene un papel fundamental en la implantación y desarrollo de la EpS como materia transversal. Por tanto, la toma de decisiones en torno a qué es importante y qué no lo es va a marcar la trayectoria de la EpS.

*“...Todo lo transversal se puede quedar en acciones muy, muy puntuales, que calan poco, o sea, el problema de la transversalidad es que es como un pequeñín recuerdo que, salvo raras excepciones, tienen poco calado educativo, a no ser que sea un eje transversal que, bueno, que el Centro ha asumido como prioritario.*

Una vez más, se representa la transversalidad como dificultad propia, porque su planteamiento entra en contradicción con el diseño curricular por materias que, en el marco del Centro Concertado, tiene también especial relevancia.

La separación entre la teoría y la práctica es evidente, o más bien la ruptura que se produce, cuyo efecto más nocivo es la marginalidad a la que se somete la EpS como materia transversal.

*“...Yo creo que sí, que teóricamente está llamada a ser algo con muchísima dificultad en la práctica diaria, o sea que de por sí, ya la transversalidad, que está muy bien, pero luego, lo cierto es que las programaciones didácticas y las áreas tienen una gran cantidad de contenidos que cogen la mayoría de las horas de tu práctica...con lo cual, eso queda, ya digo, como recuerdos. Yo creo que el concepto de transversalidad está bien teóricamente, pero que luego a la hora de la verdad, queda nada, no queda nada”*

A pesar de estas afirmaciones tan contundentes y claras en torno a la escasa realidad de la EpS como eje transversal, se considera que el término transversal no debe desaparecer, a no ser que se dé otra alternativa que la haga equiparable al modelo predominante de diseño curricular por materias.

*“...La transversalidad sirve para poco, pero si desaparece, servirá para menos...algo se hace, aunque sea escaso...pues tratar todos estos temas son importantes. No se si hay una alternativa de cómo trabajar, a lo mejor metiéndolos como contenidos, con los contenidos clásicos de toda la vida, curriculares, bueno, pues a lo mejor tendríamos que verlo”*

Los temas de EpS, aunque tímidamente, aparecen representados como importantes para el contexto de los valores y de la Educación en relación al ideario del Centro. Pero es evidente que tiene un carácter residual, algo que está a la sombra de la preponderancia académica.

*“...Estos temas, yo creo que son importantes, yo creo que eso, por lo menos por parte de la directiva, sabemos que si te planteas una educación integral, pues todos estos aspectos no se te pueden olvidar, unos porque incluso tocan un poco tu ideario, otros porque tocan simplemente tu concepción de la educación integral, así, más global ¿no?”*

¿Cómo se representa la disociación entre la Familia y la Escuela?

El discurso pone de manifiesto que la disociación Familia-Escuela es una dificultad importante, incluso es representada como lo más esencial en el proceso educativo de los niños y niñas. La Familia se convierte en el eje central y su dejación de funciones provoca conflictos en el ámbito de la Educación.

*“...Yo creo que en la gente pequeña, la Educación para la Salud es el tema más fuerte, tú lo trabajas en el aula pero luego tendría que haber un seguimiento...para qué darle más vueltas, en los pequeños es siempre el tema de ratificación y valoración de la familia como dificultad más fuerte en esto”*

La falta de colaboración de la familia en la EpS es percibida como un fuerte obstáculo en la dinámica educativa. La falta de interés de los padres y madres es vivido como una falta de responsabilidad. La Escuela, por su parte, tiene un papel secundario, de colaboración, por tanto, cuando el núcleo familiar no participa, poco puede hacerse desde la Educación escolar.

*“...Te das cuenta de que no hay colaboración porque la familia está muy ausente de todo lo que puede ser la educación integral del alumno...y, a veces, simplemente acaba siendo tu problema porque ellos están fuera, entonces, eso obstaculiza mucho”*

*“...Hemos trabajado con el alumnado y luego requerido la coordinación de la familia para que esto siguiera, y te das cuenta ya en la parte del seguimiento que el interés lo tienen muy pocos”*

El papel de la institución escolar es concebido con un carácter de colaboración, siendo la Familia la principal responsable de la educación de los niños y niñas. En este sentido, la Escuela debería realizar un papel de concienciación hacia los padres y madres y, a partir de aquí, trabajar la EpS. Aunque esta visión se percibe como algo utópico, es considerada como imprescindible para obtener resultados satisfactorios en EpS; por tanto, la Escuela

no tendría ninguna influencia sobre los hábitos de salud en la infancia si no está apoyada por el núcleo familiar.

*“...Yo soy de las que pienso que realmente, los primeros responsables de la Educación son los padres y la familia, los primeros, y luego, indudablemente, en colaboración, por supuesto, con la Escuela, nosotros tenemos una función colaboradora de primer orden, pero colaboradora. Es decir, lo que ellos no eduquen, la Escuela ya puede gastar dinero y esfuerzo que no hará nada. En este sentido, yo creo que la tarea fuerte hay que hacerla con las familias, y una vez (teóricamente hablando ¿no?, idealmente hablando) que las familias estuvieran concienciadas de su tarea educativa, el centro tendría que hacer unas tareas prioritarias en materia de salud. Cuando falta el primer plano de Familia, perdemos todos los esfuerzos”*

La contradicción entre los valores sociales predominantes y la salud es representada como una fuerte presión social procedente de los diferentes grupos de influencia, frente a los que la Escuela no es capaz de hacer frente.

*“...Sentimos que tienes poca capacidad frente a lo que puede ser la presión social, el grupo de amigos...ahí tenemos poca autoridad”*

A pesar de esto, se pone de manifiesto que en el fondo hay una convicción acerca de los valores saludables que no puede dejarse al margen, que aunque los valores predominantes a nivel de la sociedad sean contrarios, no hay que perder de vista este planteamiento. Se evidencia en el discurso la escasa confianza con la que se plantea este reto.

*“...Aunque sea ir contracorriente, el estar convencida de que hay unos valores saludables en la infancia y en la juventud, aunque estén o no más o menos de moda, pero los hay. Yo creo que este convencimiento no se puede perder”*

La concepción de salud que se percibe en el profesorado parece muy centrada en los aspectos físicos, que, en definitiva, son considerados los más importantes, aunque se deja entrever de una manera forzada que los aspectos psicológicos también son relevantes en la EpS.

*“...Los aspectos físicos son los más urgentes...entonces...de entrada, son prioritarios. Pero yo creo que en el mundo educativo te encuentras todos los*

*planos, por ejemplo, se me viene a la cabeza aquí todo el aspecto psicológico o psíquico, pues claro, también salta en muchos momentos ¿no?*

La preocupación por la salud de los demás se representa casi con exclusividad respecto al tabaquismo, en cuanto al planteamiento que deben hacerse las personas que fuman sobre el perjuicio que causan en la salud de los demás.

*“...La salud no es sólo una cuestión mía, sino que con mis hábitos puedo también motivar, respetar o no respetar la salud del otro”*

Todos los aspectos que aparecen en la representación apuntan a que el concepto de salud del profesorado no es una dificultad para el desarrollo de la EpS, entre otras cosas porque ni siquiera se plantea que para esta intervención educativa haya que partir de la propia concepción de salud de las personas dedicadas a la Educación.

La falta de formación del profesorado está básicamente representada a través de determinados problemas de salud que, por su alta incidencia y por su complejidad, no se es capaz de abordar.

*“...En ese gran bloque que llamamos alimentación, ya en concreto detección de algunas enfermedades relacionadas con la alimentación, como puede ser la Anorexia, Bulimia, o mala alimentación en general...yo creo que es un tema muy peliagudo y falta formación, porque no sabemos distinguir un cambio de metabolismo, que es lo que la familia te dice, o realmente hay un problema”*

La falta de bases conceptuales y metodológicas para prevenir determinados problemas y ser capaces de motivar, de influir en los niños y niñas para que no adquieran hábitos nocivos, también se explicita.

*“¿...Cómo motivar y cómo tener autoridad en el tema de los hábitos o consumo de sustancias nocivas?”*

*“...Yo creo que el profesorado tiene la formación que tiene y una formación básica, pero dada la envergadura de todos estos asuntos y de todo lo que puede ser la Educación para la Salud, la formación...yo creo que sigue siendo incompleta”*

La falta de recursos didácticos se expresa como una dificultad relativa. Aunque se reconoce que en Infantil y Primaria el material es escaso, parece que exista un deslumbramiento por los materiales que llegan y que están destinados a

los niños y niñas a partir del tercer ciclo de Primaria, puesto que la representación refleja más apoyo que deficiencias.

*“...Desde las instituciones llegan muchos materiales y muchas propuestas. Nos sentimos realmente muy ayudados. Yo creo que las editoriales en los materiales educativos que utilizamos contemplan este tema desde Infantil hasta Bachillerato”*

*“...En Infantil y Primaria, han llegado cosas relacionadas con la higiene bucal, ahí pues sí que llega algo, pero no hay mucho más. A partir del tercer ciclo de Primaria, sí empiezan ya muchos temas”*

La falta de apoyo de las instituciones educativas no aparece y la falta de colaboración de los Centros de Salud, tampoco se expresa como una dificultad, sólo hay una mención al papel asistencial que puede cubrir en materia de prevención de enfermedades.

*“...La presencia del Centro de Salud sería no tanto por necesidad sino en materia preventiva...yo creo que podría tener un papel, fundamentalmente, en lo preventivo”*

### **6.3.3. Las dificultades desde la perspectiva de la Inspección Educativa**

En el transcurso de la entrevista, las dificultades emergen en un plano muy burocrático.

La Educación para la Salud (EpS) como materia transversal no se está llevando a cabo de forma adecuada debido, en parte, a la existencia de un gran número de contenidos que hay que impartir, limitándose, por tanto, a actividades puntuales. Aunque la parte central de la representación de esta dificultad está relacionada con la actuación del profesorado.

*“...Desde luego hay una falta de agilidad a la hora de desarrollar las materias transversales y la presión que ejerce la existencia de tantos contenidos, hace que no pueda llevarse a cabo como es debido, limitándose, por tanto, a actividades puntuales”*



También se evidencia la percepción de que la burocracia que existe en la estructura escolar es un obstáculo y que el profesorado debería centrarse más en la planificación de su centro escolar y profundizar desde dentro de la Escuela.

Parece que la Escuela y la Administración Educativa fueran compartimentos independientes. ¿Dónde estaría el punto de encuentro?

*“...La burocracia que existe en la estructura escolar no ayuda mucho. Sería necesario profundizar desde dentro de la Escuela y el profesorado tendría que adscribirse a su Plan de Centro y llevarlo a cabo en su totalidad”*

Cuando se hace referencia a los apoyos que tiene el profesorado para poder llevar a cabo la EpS en la Escuela, sólo se hace mención a la propia Escuela y al Centro de Salud.

*“...Apoyos hay muchos. La propia Escuela y el Centro de Salud apoyan el desarrollo de esta materia transversal”*

Emerge con mucha fuerza el cumplimiento del Plan de Centro. Incluso, cuando se mencionan las actitudes del profesorado, se vincula a este documento.

*“...Las actitudes del profesorado son esenciales. Tendrían que centrarse en lo que es esencial: llevar a cabo su Plan de Centro y no centrarse tanto en los problemas cotidianos de relación o indisciplina”*

Parece una representación contradictoria: por una parte se insta a cumplir el Plan de Centro, y por otra, se insiste en la burocracia de la estructura escolar como dificultad.

*“...Si cada centro cumpliera su Plan, las cosas funcionarían de otra manera...También vuelvo a repetir que la burocracia de la estructura escolar es una dificultad”*

La disociación Familia-Escuela se percibe como una dificultad para la continuidad de la EpS más allá del ámbito de la Escuela, pero, a la vez, se ve como algo que va a estar presente de forma permanente.

*“...Realmente existe esa disociación entre la Familia y la Escuela, ya comenté que era una de las dificultades la falta de apoyo y seguimiento de la Familia, pero ésta es una cuestión con la que hay que contar”*

La contradicción entre los valores sociales predominantes y la salud es algo que se admite y que parece que es inevitable.

*“...Esta situación se va a dar siempre. Es cierto que los valores que predominan pueden estar en contraposición con las pautas de salud, pero esto es algo con lo que también hay que contar”*

En cuanto a la falta de formación del profesorado, en el discurso se admite que tal vez pueda existir una falta de formación para abordar problemas puntuales de salud pero que, en general, aunque durante la carrera no existen contenidos de EpS, en la vida profesional hay medios para poderse formar.

*“...Yo no creo que exista exactamente una falta de formación por parte del profesorado, aunque es cierto que durante la carrera no se imparte ninguna asignatura relacionada con la Educación para la Salud, el profesorado tiene medios para poderse formar, aunque en temas puntuales puede que exista una falta de formación”*

#### **6.4. La visión específica del Movimiento Cooperativo de Escuela Popular**

El discurso emergente de la entrevista es un discurso rico, lleno de matices educativos y sustentado en unas firmes convicciones de fondo.

La transversalidad también se percibe como algo absolutamente necesario en el proceso educativo para contribuir a la formación integral de ser humano, pero que entraña ciertas dificultades de carácter práctico.

*“...Yo creo que es fundamental, que la transversalidad es como un sillón al que si tú le quitas las patas, se cae. Es decir, que abarca a todas las edades y a todo lo que compete al ser humano global”*

Aún siendo importante, se percibe como un tema complejo y con importantes dificultades para su planificación.

*“...Yo creo que es un tema sin resolver...la transversalidad como temas que van insertos en lo es el currículum general y que te van tocando todas las áreas y a todos los niveles...entonces, eso tiene cierta dificultad tanto a la hora de la planificación, cómo lo plasmas en el escrito, como a la hora de llevarlo a la práctica en cuanto a ubicación espacio-temporal, sobre todo temporal, que lo tienes que meter en la clase”*

Una dificultad importante es que para que pueda llevarse a cabo la EpS como eje transversal, es necesario un trabajo de equipo y una coordinación que, muchas veces, en los centros no es fácil conseguir.

*“...La propia transversalidad me parece a mí que hace como más necesario que sea todo un equipo, a ser posible, todo un colegio, el que esté planificándola y trabajándola, y raramente se consigue. En mi colegio, que está muy bien, no somos capaces de conseguir que todo el equipo seamos capaces de ver el tema de la misma manera, no somos capaces como equipo de darle forma a eso”*

Por tanto, la sistematización que requiere la EpS para que sea efectiva como estrategia para ayudar a vivir en plenitud a los niños y niñas en el presente y en el futuro no se consigue.

*“...Hay veces que hacemos mucho hincapié en un tema durante un tiempo concreto, le damos entidad propia, y luego va quedando ahí, latente y va saliendo de vez en cuando...nos falta sistematizar, es cierto”*

Los contenidos transversales se perciben también como objeto de evaluación también, aunque el grado de dificultad es máximo, ya que la práctica habitual del sistema educativo es la evaluación de conocimientos y habilidades, pero las actitudes y los hábitos son aspectos extremadamente complejos.

*“...Los contenidos transversales son evaluables también, pero hay que hacer pinitos y encaje de bolillo porque ya eso no es una evaluación simple de tú decir: pues yo quería que se supiera esto, pues ya lo saben...es otro tipo de valoración la que hay que plantearse. Yo no creo que la mayoría esté por eso”*

El eje transversal de EpS está conformado principalmente por actitudes, juicios de valor y acciones que se traducen en comportamientos. Esto implica una complejidad en la intervención educativa que, muchas veces, hace que se simplifique la educación hasta vaciar de contenido la propia transversalidad.

*“...Hay mucha gente que se plantea: yo doy lo que viene en el libro y si el libro me dice que este tema hay que darlo, lo doy, y si en el libro no viene, pues este tema no toca, y ya está ¿no?, esto es lo que yo observo”*

Cuando se comprende el verdadero sentido de la transversalidad, sus propias características plantean ya una dificultad.

*“...Yo la dificultad la tengo por las propias características internas de lo que estamos trabajando. O sea, lo que tú te planteas son unos cambios que están en el plano de las actitudes, de los hábitos, y muchas veces en el plano de las relaciones, no solamente ya en salud, sino en todo...otra cosa es que no seas capaz de ponerte de acuerdo con tus compañeros a la hora de cómo se va a estructurar o cómo se va a reflejar, son dificultades, sí, pero menores”*

La disociación Familia-Escuela es representada en el contexto general de la enseñanza, pero no desde la propia experiencia, ya que las relaciones que se establecen, aunque han supuesto un trabajo intensivo y continuado a la hora de abordar la EpS, se convierten en un apoyo imprescindible para obtener resultados satisfactorios.

*“...El entorno familiar que suele ser un campo de dificultades cuando tienen determinados hábitos o actitudes ya adquiridas, cuando logras reunirlos, logras trabajar con ellos determinados aspectos, logras que podamos trabajar conjuntamente...lo sientes como un apoyo importante, también es muy gordo...pero lo logras. Para mí el tema de la conexión y de trabajar conjuntamente con la familia este tema, si no se consigue...yo creo que es un trabajo baldío ¿no?”*

En general, sí existe la disociación Familia-Escuela como una importante dificultad y esto es algo en lo que es necesario trabajar si se quiere fomentar la salud en la infancia a través de la institución escolar. Conseguir la participación de los padres y madres se convierte en un objetivo educativo del mismo nivel que otro tipo de aprendizaje centrado en el alumnado.

*“...Es verdad que la disociación Familia-Escuela existe de manera general, pero que nosotros tenemos a los padres y madres como muy cerca para mucho tipo de cosas, y cuando llega la hora también de esto, pues tampoco es tan difícil como para otra gente. Podemos pretender cosas que las familias no tienen asumidas, pero tenemos mucho bagaje de trabajo con ellas, entonces, tampoco resulta especialmente difícil”*

La concepción de salud del profesorado se percibe como algo esencial para desarrollar la EpS. Puesto que los contenidos transversales forman parte de la base humana, tienen que estar también en el sistema de valores y creencias del

profesorado. Las actitudes y los valores desde los que se trabaja en EpS requieren un convencimiento profundo para poder transmitirlo a través de la Educación.

*“...La transversalidad, todo aquello que compete al ser humano global, completo...nuestra obligación como entidad, como institución educativa y como personas, es la de abordarlo, hacerlo explícito... porque forma parte del desarrollo integral”*

*“...Este tipo de cosas tienes que creerlas a nivel personal, formar parte de tu vida...alguien que no se tenga esto creído a nivel personal, no creo que sea capaz de trabajarlo como profesora en la Escuela, precisamente porque forma parte del mundo de las actitudes, del mundo de las ideas, de los hábitos”*

La falta de formación del profesorado se representa como una dificultad más allá de los conocimientos. El planteamiento que se hace está vinculado a una filosofía de la Educación determinada. Es decir, lo fundamental es creer en lo que se va a enseñar, en este caso, todos los aspectos conducentes al cuidado de la salud desde la perspectiva de Promoción de Salud. Cuando esta idea está clara, el interés por la formación es una constante en la vida profesional, una formación encaminada a adquirir conocimientos específicos y, sobre todo, a la búsqueda de estrategias metodológicas y didácticas que faciliten la tarea.

*“...Falta de formación la tenemos siempre, en todo. Por una parte, te lo tienes que creer, formar parte de tu vida, por otra parte, tienes que estar dotado de estrategias para llevarlo a cabo en la Escuela. Puede haber personas que tengan muy claro en su vida personal determinadas cosas, pero no son capaces de transmitir o trabajar este tipo de cosas con las criaturas. Entonces, por una parte estaría la falta de formación a nivel didáctico, de estrategias, y por otra parte, la ausencia (yo no diría falta de formación), la ausencia de interés por la formación en tu vida”*

El interés por la formación, experimentado por el profesorado como un indicador del nivel de motivación para la docencia, es despertado a partir del proceso profundo de reflexión que, casi siempre, es impulsado por el entorno, por las personas con las que se comparte la vida profesional, por los referentes teóricos, por las múltiples experiencias educativas que se divulgan o que se

comparten en encuentros, reuniones... En este sentido, los Movimientos de Renovación Pedagógica han tenido y siguen teniendo un papel importante.

La experiencia vivida en el Movimiento Cooperativo de Escuela Popular (MCEP) es representada como decisiva en la práctica educativa y en todo lo que ella implica.

*“...Eso sí que lo digo radicalmente. O sea, yo soy la medio maestra que soy ahora, que ya te digo que nunca terminé de aprender, que no me creo nada, que yo, al contrario, siempre terminé haciendo algo mal y siempre digo, eso lo tengo que mejorar ¿no?, pero en la medida, por ejemplo, que yo estoy satisfecha con la Escuela, en la medida en que voy contenta a la Escuela, y que la Escuela me entusiasma, que las criaturas me entusiasman, que todavía confío en que algo queda, y que si educamos a las criaturas en un sentido, es mejor que hacerlo en otro...y...lo que yo tenga de positivo, si tengo algo, se lo debo al MCEP, eso sí lo tengo claro”*

El crecimiento personal y profesional se percibe fuertemente impulsado por la militancia en el MCEP. Es evidente que el asociacionismo en el ámbito educativo, como forma de compartir las incertidumbres, las experiencias, las expectativas...constituye un espacio de desarrollo profesional importante.

*“...El MCEP también te aporta mucho en el campo de las relaciones, tenemos unas relaciones muy ricas a nivel afectivo, de relación con gente distinta, de otros lugares, compartimos no solamente temas educativos, sino también de discusión de otras cosas. Yo sí creo que soy una maestra y también una persona como soy, gracias al MCEP. Yo creo que hubiera sido completamente distinta si no hubiera estado en el MCEP, eso es fijo. Lo que no confío es que yo sea capaz de transformar tanto como el MCEP me haya podido transformar a mí, eso ya es harina de otro costal”*

La falta de apoyo de la institución educativa se representa de una manera contundente y clara a lo largo del discurso. La Administración Educativa, en general, es percibida como un ente burocrático, sin relación alguna con la Educación en las escuelas, sin objetivos comunes con el ámbito escolar donde tiene lugar la práctica educativa. Por tanto, hay, evidentemente, una falta de apoyo global y, específicamente, en el desarrollo de la EpS.

*“...Yo nunca he confiado en la Administración Educativa, no confío, eso para empezar. La Administración Educativa no tiene voluntad firme de que las cosas se hagan bien y de una determinada manera. Yo creo que la Administración Educativa funciona a nivel de papeles, a nivel de legislación, de decretos, a nivel de discurso teórico, pero que luego, realmente, estar interesados en cómo están funcionando las cosas por dentro de la Escuela, yo creo que eso, en general, eso no funciona”*

La visión de la Administración Educativa es absolutamente inoperante a nivel escolar. No interviene en ningún sentido, ni para apoyar el proceso educativo, ni para pedir responsabilidades.

*“...La Administración, digamos, ni te ayuda ni te pide responsabilidades, ni tampoco te pone cortapisas, en ese sentido, no hay cosa más autónoma que una maestra o un maestro diciendo lo que quiere. Confiar en que ellos se van a preocupar de que la transversalidad se lleve a cabo y que se esté haciendo bien en temas de salud como en otros temas...para nada, salvo personas concretas que puede haber”*

La falta de colaboración entre el Centro de Salud y la Escuela es identificada como una dificultad. Sobre todo porque con anterioridad, se ha experimentado una colaboración a este nivel que, en la actualidad, no se está produciendo.

*“...Ha habido unos años en que he recurrido más al personal del Centro de Salud y en el que la colaboración era bastante buena, pero ha llegado un momento, en el que, en realidad, hemos dejado de pedir colaboración, que lo hemos ido dejando un poco”*

La necesidad de colaboración entre el Centro de Salud y la Escuela es percibida como importante, aunque no se deja entrever un planteamiento firme en este sentido. La relevancia de esta colaboración está mediatizada también por las características de los profesionales sanitarios en relación a su nivel de competencia y a su capacidad para responder a los retos educativos de la Escuela.

*“...En una escala de 10, la importancia de la colaboración del Centro de Salud con la Escuela, le pondría al menos un 6. Pero en el tema que estamos hablando, dependiendo también de la gente que esté... eso pasa como con los maestros que a lo mejor tú recurres al Centro de Salud y ahí te encuentras con*

*personas que son muy acordes para trabajar determinados temas en la Escuela, y otras veces, como que te llega gente así, como que son menos..¿no?”*





## **CAPÍTULO 7**

### **¿CÓMO SUPERAR LAS DIFICULTADES Y MEJORAR LA PRAXIS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA?**

7.1. Los cambios necesarios en la concepción de Salud para su fomento y cuidado desde la Educación

7.1.1. La concepción de Salud del profesorado

7.1.2. La concepción de Salud de otros agentes educativos del entorno

7.2. Las innovaciones educativas necesarias par mejorar el desarrollo de la Educación para la Salud en el ámbito escolar

7.2.1. La formación del profesorado

7.2.2. La innovación curricular desde una perspectiva integrada

7.2.3. El Proyecto de Centro como eje fundamental de la intervención educativa en Educación para la Salud

7.2.4. La intervención educativa en el núcleo familiar

7.2.5. El apoyo de la Administración Educativa

7.3. La acción intersectorial como marco de acción de la Educación para la Salud en la Escuela

7.3.1. La necesidad de un proyecto conjunto entre los sectores de Educación y Salud

7.3.2. El apoyo institucional y social como compromiso comunitario para trabajar en favor de la Salud



## **CAPÍTULO 7: ¿CÓMO SUPERAR LAS DIFICULTADES Y MEJORAR LA PRAXIS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA?**

La identificación y descripción de las dificultades, que las diferentes personas informantes han ido poniendo de manifiesto a través de las distintas técnicas de recogida de información, también han evidenciado las posibles alternativas a través de las carencias emergentes.

Los diferentes niveles de profundización han ido representando los apoyos que serían necesarios para ir superando las dificultades y, en definitiva, mejorar el desarrollo de la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela.

Estas alternativas se agrupan en cuatro bloques de acción: la intervención encaminada a potenciar una concepción de Salud compatible con el enfoque de Promoción de Salud, las innovaciones necesarias en el ámbito curricular, organizativo y de intervención de la Escuela, y por último, el bloque relacionado con la acción intersectorial.

### **7.1. Los cambios necesarios en la concepción de Salud para su fomento y cuidado desde la Educación**

En general, el sistema de creencias y valores está en la base de las actitudes y comportamientos de las personas en general, y, naturalmente, forma parte del currículum oculto en el ámbito escolar. En consecuencia, se hace necesario emprender una acción encaminada a reforzar y/o modificar este sistema, desde una perspectiva transformadora.

#### **7.1.1. La concepción de Salud del profesorado**

Conseguir erradicar del conjunto de la población la concepción biologicista y medicalizada de la Salud es algo complejo, debido, fundamentalmente, a las dificultades que existen para reconocer la Salud como un derecho y como un elemento imprescindible para la vida. Son muchos años en los que los gobiernos, las instituciones y los intereses corporativos del sector sanitario han despojado la

Salud de su dimensión educativa, política y social. Esto ha ido creando una concepción centrada en la enfermedad y, por tanto, con fuerte dependencia de la acción sanitaria, sobre todo médica.

El fracaso de este modelo biomédico se ha ido poniendo de manifiesto en todas las sociedades, ya que se ha mostrado incapaz de dar respuesta a los problemas de salud que la sociedad actual plantea.

El nuevo paradigma emergente de Salud, con su enfoque positivo, dinámico, multifactorial y social, plantea el enfoque de Promoción de Salud como forma de devolver el protagonismo y la capacidad de control de los fenómenos de salud-enfermedad a las personas individual y colectivamente. En esta línea, el papel de la Educación es esencial, y para ello el punto de partida es hacer que evolucione hacia este enfoque la manera en que el profesorado concibe la Salud.

A lo largo de los discursos se evidencia, de forma repetida, la necesidad de establecer las estrategias esenciales que hagan posible el cambio en la mentalidad del profesorado.

*“...Tenemos necesidad de darnos cuenta de la importancia del tema de salud, llevarlo al aula, creando en los niños y niñas hábitos de buena salud” (GNic)*

Es necesario concienciar al profesorado, mediante un proceso permanente de reflexión, sobre cómo entender la Salud desde su consideración de recurso básico para la vida y desde los distintos ámbitos que se ven implicados.

*“...Falta concienciación sobre la Educación para la Salud”*

*“...Depende un poco del currículum oculto de cada uno” (GNPcph)*

Y, aún más, algunas de las deficiencias que se plantean tienen su origen en ese anquilosamiento de la concepción de Salud que más predomina en el profesorado en cuanto a considerarla como un asunto doméstico, con escasa responsabilidad para la Escuela.

*“...Tenemos la mentalidad de que la Educación para la Salud es algo de la familia...”(GNPcph)*

*“...Pensar que la Educación para la Salud es una tarea de los padres y no de la Escuela” (GNPcc)*

*“...A la hora de priorizar valores en el curso, la Educación para la Salud no nos parece prioritaria porque se entiende que ya la tiene el niño” (GNPcph)*

Se reconoce explícitamente que el concepto de Salud está poco consensuado en cuanto a sus dimensiones. Por consiguiente, es fundamental que determinados aspectos relacionados con la salud se muestren como inequívocos en el pensamiento del profesorado.

*“...Está poco consensuado el concepto de salud entre la salud física y la salud mental” (GNPcph)*

También, reconocer la importancia del maestro y la maestra como un referente, un modelo respecto a determinados valores y los comportamientos que lo suscriben es algo que se ve necesario para poder avanzar en la propia concepción de salud del profesorado y su proyección en la práctica educativa.

*“...Mostrar al educador como ejemplo. El profesorado no transmite hábitos de salud” (GNPcc)*

*“...Las actitudes del profesorado son esenciales” (EIed)*

Por tanto, habría que establecer una línea permanente de trabajo con el profesorado centrada en lo siguiente:

1º. El cuidado de la salud como valor esencial para la vida.

2º. La salud como responsabilidad social y educativa desde la perspectiva individual y comunitaria.

3º. La dimensión de globalidad de todos los aspectos relacionados con el cuidado de la salud en el ámbito educativo.

Esta alternativa, aunque está relacionada con la dimensión formativa del profesorado, tiene un carácter eminentemente reflexivo, conducente a una toma de conciencia real y contextualizada de la salud, sus determinantes e implicaciones.

El objetivo fundamental sería conseguir el cuestionamiento de cómo se concibe la salud y dejar entrar aire fresco en la línea de pensamiento.

Sólo a partir de este proceso de concienciación y convencimiento profundo, será posible que el profesorado extraiga las implicaciones educativas que, para su propia práctica, conlleva.

Este proceso no es lineal sino circular, es decir, como alternativa hay que introducir una estrategia de reflexión permanente, integrada en su práctica educativa y en la interrelación del centro escolar. No se trata de poner sobre la

mesa las teorías sobre la salud y sus condicionantes, sino de impregnar la vida cotidiana del profesorado de una corriente de opinión capaz de cuestionar sus propias prácticas relacionadas con la salud, que serán el trampolín necesario para incorporarlas a la Escuela.

¿Cómo podría plantearse esta intervención? Evidentemente ha de ser algo vivencial y natural, sin presiones, con planteamientos teóricos sólo de referencia. Una acción que debería desarrollarse en el Centro Escolar, con carácter general, no restringida a aquellos profesores y profesoras que la deseen, fundamentada en la necesidad de mejorar la EpS como eje transversal.

### **7.1.2. La concepción de Salud de otros agentes educativos del entorno**

Es necesario implicar al conjunto de personas que conforman el entorno educativo del alumnado, como es el personal no docente y la familia. Esta ha sido una carencia que se ha explicitado a lo largo de la presente investigación y, por tanto, requiere una acción alternativa.

*“...Es una dificultad no asumir por parte de los distintos sectores de la comunidad educativa la influencia que tienen los hábitos personales adquiridos a través de la Educación en la conservación y mejora de la salud personal, social y del Medio Ambiente” (GNic)*

La concepción de Salud de las personas que rodean a los niños y niñas, tanto en el centro escolar, como en su familia y en el entorno inmediato, también tiene que ser objeto de acción en el cambio de mentalidad que se pretende instaurar.

En este sentido, las personas que trabajan en el centro escolar son consideradas también como agentes educativos del alumnado. Por tanto, el Centro Escolar tiene que hacer extensivo el proceso de reflexión a este grupo de personas.

Por otra parte, la Familia es otro de los núcleos importantes de intervención. Si no se consigue que la Salud se vaya incorporando, progresivamente, a su sistema de valores como aspecto esencial para vivir satisfactoriamente a través de la adopción de estilos de vida saludables tanto en el ámbito personal como social, nunca podrá reducirse la disociación entre la Familia y la Escuela.

*“...Es importante que se asuma por parte del profesorado y de la familia la importancia de la Educación para la Salud en el desarrollo integral del alumnado” (GNic)*

Las escuelas de padres y madres son una alternativa favorable para ir creando conciencia de la importancia que tiene la salud y sus determinantes en el proceso educativo de los niños y niñas, además de constituir un medio excelente para ir buscando puntos de encuentro respecto a los objetivos que persigue la Escuela en materia de EpS.

*“...Se ve la necesidad de crear en los centros educativos la Escuela de Padres” (GNPcph)*

Aunque se denominen escuelas de padres, es evidente que las personas destinatarias de esta acción educativa serán aquellas con mayor nivel de responsabilidad en la educación y cuidado de los niños y niñas, que, en muchos casos, recae sobre los abuelos y abuelas.

Esta alternativa tiene que tener un carácter eminentemente educativo, no reducida al ámbito de la información y, como tal, permanente. Cambiar la concepción de Salud valorando su dimensión educativa es un objetivo a largo plazo que requiere un nivel de insistencia importante.

La diversificación de esta alternativa en función de las características del núcleo familiar requerirá una intervención contextualizada. En algunos casos habrá que ganar la confianza de los padres y madres y, en otros, habrá que realizar un proceso de captación que puede ser largo y costoso. En cualquier caso, esta intervención no debería obviarse, pues educar para la salud en la infancia pasa, necesariamente, por explorar los planos profundos de las convicciones de las personas.

## **7.2. Las innovaciones educativas necesarias para mejorar el desarrollo de la Educación para la Salud en el ámbito escolar**

Mejorar la praxis educativa de la Educación para la Salud en los niveles educativos de Infantil y Primaria requiere una serie de innovaciones tanto a nivel



de formación del profesorado, a nivel curricular y a nivel organizativo en el seno de los propios centros escolares.

Esta alternativa implica la introducción de cambios importantes que, para que sean llevados a término han de tener como condición indispensable el que sean la respuesta a una carencia, a una necesidad, a un problema. Por tanto, son cambios que tienen que generarse en la propia práctica educativa, no como un planteamiento teórico que hay que poner en marcha.

### **7.2.1. La formación del profesorado**

La formación del profesorado en temas relacionados con la salud se ha representado desde dos perspectivas: una más superficial, como si fuera la punta del iceberg, relacionada con el desconocimiento para abordar determinados problemas de salud, y otra de mayor profundidad, vinculada al propio concepto de salud y al sentido de la EpS como eje transversal.

*“...La LOGSE es preciosa, pero...¿cómo se aplica?” (GNPcc)*

Faltan referentes formativos de carácter práctico. Evidentemente, se ha entregado un legado educativo sin libro de instrucciones para quienes han de aplicarlo, salvo las orientaciones teóricas hechas desde los despachos y con escasa conexión con la realidad de la Escuela.

El profesorado percibe un gran vacío conceptual y metodológico a la hora de llevar a cabo el mandato de la LOGSE.

*“...¿Cómo enseñar Educación para la Salud sin haber tenido referentes anteriores?”*

*“...Hay un desconocimiento acerca de la existencia de grupos de trabajo en salud y experiencias didácticas”*

*(GNPcph)*

¿Qué alternativas formativas ayudarían a ir haciendo realidad la EpS en la Escuela?

En primer lugar, la formación básica en los estudios de Magisterio tiene que ofrecer al alumnado una formación específica para educar posteriormente en valores. Dicha propuesta tiene que separarse de esa filosofía de la Educación que

en la Universidad tiende a integrar muchos aspectos, considerados en teoría muy importantes para la sociedad pero que no se reflejan en el currículum, y cuando se hacen presentes es de manera marginal: una asignatura optativa, créditos de libre configuración, en el mejor de los casos una signatura obligatoria, pero nunca en la troncalidad. Por tanto, una vez más, se pone de manifiesto qué es importante y qué no lo es.

*“...Desde la Facultad de Educación habría que promover que el conocimiento necesario en la sociedad actual y en la educación obligatoria no está depositado exclusivamente en las materias tradicionales, sino que hay todo un conocimiento socialmente relevante que, sin estar circunscrito a las materias tradicionales, o se conoce o se es un analfabeto para las nuevas necesidades sociales. No se si llamarle Educación en valores, yo lo que sé es que esos son los conocimientos que nos hacen falta, que es un conocimiento alternativo, de naturaleza transdisciplinar y que, hoy por hoy, es quizás un conocimiento más necesario que el conocimiento disciplinar, porque éste se sabe dónde está y todos podemos ir a buscarlo, pues en una sociedad informada es realmente sencillo” (EPu)*

En segundo lugar, la formación que recibe el profesorado en su vida profesional debería descentralizarse. Es decir, que sea el Centro Escolar el destinatario físico y humano de la formación permanente, porque sería una manera de implicar al conjunto del profesorado de los centros, una manera de fomentar el trabajo en equipo, la necesidad de dialogar sobre la práctica educativa compartida sobre un mismo grupo de niños y niñas, sobre un mismo entorno.

*“...Yo creo que la formación tiene que venir al colegio, porque además eso hace que el educador se sienta importante, o sea, alguien se desplaza aquí, a mi terreno...”*

*“...De esa manera cubren un curso del CEP y a ti nadie te obliga a apuntarte, tú te apuntas o no, entonces...es mucho más interesante formar un equipo o un grupito dentro del centro...Yo he ido a cursos con material interesantísimo, pero...¿cómo haces tú ver que aquello era interesantísimo?, porque además es muy difícil, nadie tiene la vivencia que tú tuviste...”*

*(EDcp)*

¿Qué contenidos habría que darle a la formación del profesorado?

La formación debería abordarse desde tres perspectivas: una relacionada con la salud, sus implicaciones y las necesidades educativas que conlleva, otra, desde la facilitación de estrategias metodológicas que tengan en cuenta el contexto donde han de aplicarse, pues cuando se presentan diseños que no son viables, el fracaso en los resultados está garantizado. Es decir, se necesita una formación que responda a los problemas y a las carencias con las que el profesorado se encuentra en su vida escolar cotidiana y que representen una ayuda profesional eficaz. Y la tercera, desde lo que supone la perspectiva de la anticipación, de ser capaces de estar preparados para un futuro. La improvisación en Educación es algo no deseable, por tanto, prever las necesidades educativas a las que habrá que dar respuesta en un futuro más o menos inmediato es una tarea formativa.

*“...Hay un desnivel entre la Escuela y la sociedad en su progreso, no da tiempo a adaptarse a los cambios” (GNPcc)*

### **7.2.2. La innovación curricular desde una perspectiva integrada**

A lo largo del proceso de identificación de dificultades se ha evidenciado la incompatibilidad existente entre los temas transversales y la preponderancia de las materias curriculares.

¿Es realmente importante la Educación para la Salud como materia transversal? Desde todas las perspectivas de las personas informantes, parece que sí, que es algo que debe estar presente de manera decisiva en el itinerario escolar.

En Educación, cuando algo es realmente importante se le asigna espacio, tiempo y recursos.

Hay que introducir importantes innovaciones en el diseño curricular y proponer una alternativa para hacer que las materias transversales, en general y, específicamente, la EpS, se integren en el currículum global.

En este sentido, el actual diseño curricular por materias disciplinares, cuya hegemonía es manifiesta, constituye un obstáculo por sí mismo para introducir la transversalidad, puesto que mantiene una importante contradicción a nivel educativo: por una parte, las materias transversales son tan importantes que deben atravesar todo el currículum y por otra parte, la evaluación de resultados a nivel

de conocimientos y destrezas relacionadas con las materias disciplinares tradicionales es el eje vertebrador de toda la actividad docente. Superar esta contradicción pasa, ineludiblemente, por una innovación sustancial del currículum.

¿Por qué no partir de los temas transversales y hacer que las actuales materias curriculares giren en torno a ellos?

*“...Respecto a la transversalidad, hay gente que aboga por establecer las unidades didácticas poniendo como objeto de estudio temas transversales. Yo no conozco a nadie que lo haya hecho, pero podría ser...” (EMC)*

Este cambio tiene implicaciones políticas y legislativas que, hasta el momento, ni desde la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) ni desde la Ley de Calidad de la Enseñanza (LOCE), podría acometerse con radicalidad desde el punto de vista estructural. No obstante, sí sería viable introducir innovaciones funcionales en el diseño curricular. En este sentido, los Centros Escolares podrían presentar un proyecto alternativo a esa fragmentación curricular, más acorde con los principios de globalidad de la Educación.

*“...Los educadores, la alternativa que hemos visto hasta ahora es elaborar proyectos que por lo menos nos impliquen...sobre todo compromiso desde el Centro Escolar de hacer esos proyectos y llevarlos a cabo”(EPcph)*

Una de las condiciones importantes para dar respuesta a estos proyectos alternativos es contar con el apoyo de la Administración Educativa, no sólo dejando hacer, sino se comprometiéndose a animar e incentivar este tipo de propuestas.

*“...Tiene que haber una postura decidida de la Administración para que eso se trabaje, no solamente que aparezca en el Plan de Centro, sino animar con proyectos, darle importancia y poner los medios” (EDcp)*

Los cambios, para que sean efectivos, han de producirse de dentro hacia fuera, es decir, es el trabajo cotidiano el que realmente produce transformaciones sustanciales y permanentes. Por tanto, las innovaciones se tendrían que plantear en el seno de los Centros Escolares. Aunque es evidente que el marco legislativo puede facilitar las innovaciones, lo esencial es que los cambios sean asumidos por el conjunto de las personas implicadas en la Educación.

La innovación curricular ha de partir, necesariamente, del contexto educativo. Por consiguiente, son las situaciones específicas de los niños y niñas, de su entorno familiar y social, las que tienen que hacer emerger los proyectos alternativos.

*“...Hay que ver qué contenidos vamos a tratar, qué temática vamos a abordar es esta situación en función de los contextos” (GDic)*

La perspectiva integrada del currículum implica el establecimiento de una conexión con otros temas transversales. Es necesario reducir la dispersión actual mediante la globalización de contenidos afines cuya separación sólo tiene carácter teórico, porque en la realidad funcionan de forma unitaria. La Educación Medio Ambiental, la Educación para la Paz, la Coeducación, la Interculturalidad... están inextricablemente unidos a la Educación para la Salud. Por tanto, si se avanza en globalización de la enseñanza, se estará más cerca de facilitar la conformación de personas críticas, responsables, autónomas, tolerantes, solidarias.

*“...Es necesario una vinculación curricular con otros temas transversales como Coeducación, Medio Ambiente...” (GNic)*

Esto no implica renunciar a que los niños y niñas alcancen un nivel determinado de conocimientos y habilidades respecto a materias curriculares tradicionales, por el contrario, reforzar y establecer como núcleo del proceso educativo la Educación en valores facilitará el éxito académico en este sentido, puesto que se verán reforzadas y potenciadas las cualidades humanas más genuinas y, por consiguiente, los niños y niñas serán más capaces de hacer frente a los retos formativos y del entorno.

### **7.2.3. El Proyecto de Centro como eje fundamental de la intervención educativa en Educación para la Salud**

El desarrollo de la Educación para la Salud (EpS) requiere un alto nivel de concienciación por parte del profesorado para que ocupe un lugar en los objetivos educativos de un Centro Escolar.

*“...La Educación para la Salud no es un objetivo a conseguir por parte del colegio” (GNic)*

Por tanto, es algo que hay que conquistar y mantener. Si la EpS no se plantea entre los objetivos de los centros educativos, seguirá estando sujeta al currículum oculto.

*“...Tenemos que plantearnos qué tenemos que enseñar a niños de Primaria que le sirva como base para su formación y aprendizaje futuro” (GNcph)*

Recuperar el Proyecto de Centro como el eje central de la práctica educativa de los centros escolares es una alternativa indispensable para mejorar el desarrollo de la EpS en la Escuela. Para ello, es imprescindible el diálogo y el consenso acerca de los objetivos a conseguir, no como algo que se explicita por escrito, sino como un compromiso incardinado en la práctica docente del Centro.

Los contenidos relacionados con la EpS deben explicitarse y secuenciarse a través de proyectos específicos. Sin perder la dimensión de globalidad, tienen que aparecer específicamente y ser evaluados.

*“...Trabajar un proyecto concreto durante un curso es algo positivo y necesario” (GNPcc)*

El Proyecto de Centro es una alternativa que puede mejorar la práctica educativa global siempre y cuando implique al conjunto de la comunidad educativa. El éxito de las acciones encaminadas a la EpS va a depender de las características del Proyecto en cuanto a si ha sido el resultado de un proceso de reflexión conjunto y si existe un compromiso implícito y explícito para llevarlo a cabo.

El Plan Anual de Centro y el Proyecto Curricular de Ciclo serán los medios a través de los que se concretará el contenido del Proyecto. En este sentido, el trabajo del Claustro y de los equipos docentes de ciclo es algo esencial, pues la sistematización de la EpS requiere un alto nivel de coordinación.

*“...Es necesaria la coordinación de los equipos educativos para trabajar la transversalidad” (GNPcc)*

Se requiere un fuerte trabajo de coordinación dentro de los centros escolares; no como algo impuesto sino desde el interés personal y la motivación. La burocratización a la que están sometidos estos medios de programación produce una fractura importante entre la intencionalidad educativa y la realidad de la enseñanza en las aulas.

La continuidad es una de las características más necesarias en la EpS. Sin un Proyecto de Centro que sea el impulsor y el referente de toda la actividad educativa del mismo, no será posible conseguir la estabilidad que requiere esta materia. Si no existe una línea de acción consensuada y firme, la EpS estará condicionada a la filosofía que sustente el quehacer docente del profesorado.

*“...La Educación para la Salud no debe ser algo puntual, sino tener una visión global en todas las áreas y con sentido educativo” (GNPcc)*

Es evidente que la elaboración del Proyecto de Centro está impregnada de las diferentes formas de concebir la Educación en general y la EpS en particular. Pero, precisamente, este proceso es, además de un buen referente para la acción educativa, un medio muy valioso para facilitar la reflexión pedagógica del profesorado.

*“...Existe una falta de reflexión por parte del profesorado sobre el tema de Educación para la Salud” (GNPcph)*

#### **7.2.4. La intervención educativa en el núcleo familiar**

El proceso educativo de los niños y niñas, como fenómeno que tiene lugar en un entorno conformado por la Familia, la Escuela y el medio ambiente físico, social y cultural, constituye un área de corresponsabilidad por parte de los agentes educativos más inmediatos como son la Familia y la Escuela.

En este sentido, todos los discursos han representado la disociación Familia-Escuela como una dificultad importante y, consecuentemente, las alternativas de solución a este problema se centran en la intervención permanente sobre el núcleo familiar desde una perspectiva amplia, más allá del carácter informativo que, con mucha frecuencia, se da desde los centros escolares.

*“...Hay una necesidad de que la familia comparta los objetivos educativos” (GNic)*

Aprender el cuidado de la salud desde la perspectiva de Promoción de Salud no depende únicamente de la Escuela ni de la Familia, sino de la acción conjunta de los dos ámbitos. Si lo que se enseña en la Escuela no encuentra eco en el

núcleo familiar, se producirá una disonancia que dificultará seriamente el aprendizaje.

Por otra parte, si las enseñanzas procedentes de la Familia no coinciden, también se producirá esa disonancia en el proceso de aprendizaje de los niños y niñas. También, si la Escuela no participa y queda restringida al núcleo familiar, el proceso educativo queda incompleto.

Conseguir que los niños y niñas valoren la salud como algo imprescindible para sus vidas desde la dimensión personal y colectiva implica todo un proceso de adquisición de actitudes y comportamientos de forma permanente, pero sobre todo durante la infancia. Para ello, la Familia y la Escuela deben actuar en un mismo sentido desde sus funciones específicas. Cada una tiene su papel, pero la persona destinataria de sus acciones es la misma.

*“...Lo que se dice en la Escuela y lo que se dice en casa han de guardar una sintonía, de tal manera que, si decimos que la higiene es importante en la Escuela porque la estamos trabajando, pero en casa, en el ámbito doméstico, se pone en funcionamiento; si decimos que los niños y niñas tienen que tener una situación de igualdad en su desarrollo personal, eso tiene que tener su correlato en casa”*  
(EPu)

La situaciones de las familias son muy diversas: padres y madres demasiado ocupados en cuestiones laborales que tienen una dejación de sus funciones más básicas en cuanto a lo que supone la atención educativa y socio afectiva de sus hijos e hijas, familias desestructuradas por conflictos sociales, económicos, afectivos, de desempleo o precariedad en el trabajo, padres y madres que han cedido el cuidado de los niños y niñas a los abuelos y abuelas...

*“...No hay calidad en el tiempo de dedicación a la educación de los hijos y se está perdiendo”*

*“...La degradación del ambiente familiar está avanzando y nos está llevando a un caos”*

*“...Los padres no tienen proyecto de vida con los hijos, no se habla, no se dialoga”*

(GNic)



¿Cómo abordar los objetivos educativos conjuntos y, específicamente los relacionados con la EpS?

El grado de conflictividad del núcleo familiar va a marcar las estrategias a seguir en este trabajo permanente con los padres y madres o con las personas responsables de los niños y niñas.

En este sentido, la Escuela tiene una doble acción educativa sobre la familia: por una parte, a través del alumnado, pues los niños y niñas constituyen un medio de transmisión de información y mensajes y por otra parte, de forma directa, tratando de influir positivamente en la familia a través del contacto directo.

*“...Es necesaria la coeducación entre la Familia y la Escuela y atender a la realidad actual a nivel de desestructuración familiar” (GNPcc)*

También, la función educativa de la Escuela se hace extensiva a poner de manifiesto los grandes desequilibrios familiares que está provocando el desempleo, la escasez de recursos, la falta de educación y la precariedad en el empleo. Cuestionar determinadas acciones sociales que no van a la raíz del problema, sino que lo agravan, por ejemplo la apertura de las aulas matinales que, lejos de suponer un avance, es, a veces, un retroceso, ya que apoya con más fuerza la falta de atención de las familias a los hijos e hijas porque casi la totalidad de la jornada están en el centro escolar.

*“...Me parece una barbaridad que las aulas matinales estén solicitadas por los propios centros” (GDPcp)*

Es evidente que la Familia necesita un apoyo social que, hasta el momento, no recibe, desde la compensación económica por el cuidado de los hijos e hijas o la concesión de permisos retribuidos para esta finalidad, hasta la introducción del salario social para aquellos núcleos familiares sin recursos.

En núcleos familiares exentos de esa conflictividad social, el problema es la excesiva ocupación de los padres y madres que está impidiendo su participación responsable en la Educación. En estos casos, los niños y niñas están ocupados en múltiples actividades, muchas veces para hacer coincidir el tiempo de ocupación de los padres y madres, y otras, por la competitividad social que empuja al consumo de formación en aquellos aspectos más valorados socialmente. En este

sentido, los perjuicios se traducen en la constante presión que sufren los niños y niñas para dar a respuesta a las expectativas de la familia.

La Escuela no puede sustituir a la Familia ni ésta a la Escuela. Por tanto, el trabajo conjunto es la única garantía para conseguir personas críticas, autónomas, responsables y capaces de la transformación social requerida para crear entornos saludables.

El primer paso será el de la captación de los padres y madres mediante la puesta en marcha de todas las habilidades sociales de que disponga el profesorado. Posteriormente, en función de la situación, se podrá estudiar la creación de una Escuela de Padres y Madres, que, además de tener carácter formativo respecto a determinados temas, tiene que ser un medio de intercambio de ideas y de reflexión sobre el proceso educativo y sus implicaciones y sobre la importancia que tiene la EpS en la conformación de un estilo de vida saludable.

*“...Sería necesario potenciar y crear en los centros las Escuelas de Padres”*  
(GNPcph)

Habría que orientar el pensamiento del profesorado hacia la consideración de la Escuela como un recurso educativo no sólo de los niños y niñas, sino de la Familia.

*“...Los dos pilares son la Familia y la Educación. El apoyo a la familia y la Educación Permanente son claves. No podemos abordar la Educación para la Salud sin ambos compromisos”*

*“...Los padres que más lo necesitan son los que menos vienen”*

(GNic)

Mejorar la praxis de la Educación para la Salud en la Escuela implica la consideración de los niños y niñas, no como entes aislados, sino unidos a un entorno familiar determinado. Por tanto, el núcleo destinatario de la acción educativa es el alumnado y su familia. En la medida en que se produce una separación, las probabilidades de éxito en el aprendizaje están seriamente disminuidas.

No obstante, siempre hay que considerar la capacidad de las personas para superar determinadas situaciones, pues la habilidad del ser humano para utilizar todos los recursos a su alcance, para conseguir mejorar globalmente, es

indiscutible. Por tanto, aun cuando las características del entorno familiar sean muy adversas, nunca es inútil el trabajo que se realiza con los niños y niñas, pues a veces, la Escuela es la única oportunidad que tienen.

### **7.2.5. El apoyo de la Administración Educativa**

El escaso apoyo que el profesorado percibe por parte de la Administración Educativa en el desarrollo de la EpS en la Escuela supone un replanteamiento por parte de aquella acerca de su cometido en el ámbito escolar.

La innovación que sería deseable en este ámbito supondría una cualificación de los dispositivos de apoyo, para lo cual es imprescindible que se estudie en profundidad la forma en que se están llevando a cabo los ejes transversales en los centros escolares y los resultados que se están obteniendo. Esto sólo es posible hacerlo desde los propios centros, desde los escenarios donde tiene lugar la Educación.

Por tanto, el primer paso, sería desburocratizar la intervención de la Administración Educativa.

*“...No existe control por parte de la Administración” (GNic)*

*“...Hay muchas trabas administrativas, nos mandan un currículum precioso pero en el desarrollo falta tiempo, coordinación y personas especializadas” (GNPcph)*

El establecimiento de un proceso de seguimiento específico es esencial si se quiere mejorar realmente el desarrollo de la EpS. No un seguimiento burocrático, sino basado en las vivencias del profesorado, de forma directa.

Tendría que acometerse una reforma funcional que contemplara un verdadero apoyo institucional en el desarrollo de la transversalidad.

*“...Si realmente hubiese una Administración Educativa con un interés especial en que determinados temas, como la Educación para la Salud, se llevaran a cabo en la Escuela de una determinada manera, establecería un tipo de seguimiento en los centros mediante reuniones con los equipos de maestros y maestras, de qué es lo que se hace, qué dificultades, qué soluciones...” (EMC)*

Apoyar la formación del profesorado, en los términos que se han expresado en el punto dedicado a este tema, es otra de las innovaciones necesarias para mejorar la práctica de la EpS en la Escuela: una formación descentralizada y vinculada a los problemas y carencias que rodean la práctica educativa del profesorado. La EpS requiere fundamentalmente un proceso educativo, más que una instrucción puntual.

*“...Si la Administración quiere, podría hacer todo lo que le diera la gana, es decir, que se pueden montar desde los martes saludables hasta poner un lunes a las 12:00 en el que todo el mundo está trabajando en torno al tema de Salud” (EDcp)*

Otro aspecto importante de este proceso de innovación sería la disponibilidad de materiales didácticos para el desarrollo de la EpS. Para ello, la creación de un Centro de Recursos específico sería un buen referente que ayudaría al profesorado a dar respuesta a las importantes carencias que, en este sentido, tienen.

*“...No hay un Centro de Recursos que facilite la tarea” (GNPcph)*

Los libros de texto, tal y como están diseñados, no son un recurso adecuado a las necesidades de EpS y, por otra parte, el profesorado no tiene referentes didácticos para desarrollar este eje transversal.

*“...Seguir un libro de texto hace que determinados temas se traten sólo como concepto” (GNic)*

La elaboración de materiales didácticos capaces de ser un apoyo real en la práctica educativa de EpS es un reto que la Administración Educativa tiene que plantearse.

*“...Creo que una de las grandes tareas que tiene pendiente la Consejería de Educación es hacer materiales de éstos que yo he llamado materiales deliberativos, un material lo suficientemente amplio pero, a la vez, concreto para que pueda ser utilizado por los profesores en sus aulas, diariamente, cuando van a llevar a cabo una experiencia, pero no de forma automática, sino que requiera una actuación intelectual para adaptarlo a la situación concreta. Ahí la Consejería de Educación tiene un gran papel, porque esto o lo hacen los poderes oficiales o no se hace, porque no es rentable económicamente y ninguna empresa lo va a hacer” (EPu)*

Las orientaciones que a través del Diseño Curricular se han facilitado no son suficientes para llevar a cabo la EpS en la Escuela, requiere de un desarrollo funcional que, hasta el momento, no se ha producido.

### **7.3. La acción intersectorial como marco de acción de la Educación para la Salud en la Escuela**

La dimensión comunitaria y multifactorial de la EpS desde el enfoque de Promoción de Salud tiene en su base la acción intersectorial, pues no es posible mejorar la salud sin el compromiso conjunto de los distintos sectores que conforman la sociedad.

La EpS en la Escuela requiere dos apoyos fundamentales: la acción conjunta de los sectores de Educación y de Salud, y el apoyo institucional y social necesario para un resultado favorable en todo lo que supone el aprendizaje del cuidado de la salud.

#### **7.3.1. La necesidad de un proyecto conjunto entre los sectores de Educación y Salud**

La Escuela, en su función educativa, requiere de una colaboración estrecha con los diferentes sectores sociales que conforman el entorno educativo de los niños y niñas. Pero, sobre todo, es el sector relacionado con la Salud, el que está más estrechamente vinculado con el desarrollo de la EpS en el ámbito escolar.

Una de las alternativas que el profesorado ha manifestado, casi unánimemente, ha sido la necesidad de colaboración de los Centros de Salud en todo lo relacionado con la EpS.

Es evidente que la alternativa intersectorial entre Educación y Salud es algo absolutamente imprescindible para comenzar a trabajar de una forma más integral lo que, estructural y funcionalmente, es global: la Salud.

Desde el punto de vista social y político, resulta contradictorio que, defendiendo a ultranza el concepto integral de salud, las respectivas Consejerías de Educación y Salud no hayan planteado una acción conjunta.

Por tanto, esta alternativa intersectorial comienza por la creación de un proyecto común que contemple de manera explícita la colaboración entre el sector sanitario y la Escuela.

En este sentido, son los Centros de Salud, por sus características y funciones, los que van a estar directamente implicados en ese proceso permanente de colaboración con los centros escolares.

*“...Una alternativa es la perspectiva comunitaria en el sentido de que la Educación en la Escuela no es exclusivamente de la Escuela, sino que han de incorporarse todas las voces que socialmente pueden incardinarse en ella. En este caso, juega un papel muy notable el Centro de Salud, no como alguien que dice lo que hay que hacer, sino como un ente que enriquece la perspectiva de la Escuela, que no sea la enseñanza de la Escuela sino que sea la enseñanza en la Escuela. Es en este esfuerzo comunitario donde está verdaderamente el gran facilitador de la Promoción de la Salud” (EPu)*

La elaboración de un proyecto intersectorial romperá con la práctica habitual de colaboración entre el Centro de Salud y la Escuela a expensas de la buena voluntad del personal sanitario y de la necesidad puntual que experimente el profesorado.

La EpS no admite la improvisación en ningún sentido, sino la intencionalidad educativa plasmada en un proyecto, cuyo contenido exija la responsabilidad de todos los agentes implicados.

*“...Es necesaria una planificación adecuada por parte de los distintos niveles: Educación-Centro de Salud” (GNic)*

El Centro de Salud, como dispositivo básico de la Atención Primaria de Salud, tiene la misión de promover la salud de las personas y los grupos sociales de su entorno a través de la EpS, bien sea directamente o apoyando con sus conocimientos y estrategias. En este sentido, la Escuela constituye uno de los ámbitos de incidencias más relevantes, no sólo desde el desarrollo del programa de Salud Escolar, en cuanto a la prevención y detección precoz de determinados problemas de salud en la infancia, sino desde el trabajo interdisciplinario con el profesorado.

*“...Yo creo que en las Escuelas deberían existir equipos multiprofesionales porque los contenidos específicos de Salud, lo requiere” (GDic)*

Este proyecto intersectorial tendría que contemplar un carácter de permanencia y continuidad en el tiempo porque los logros en EpS hay que mantenerlos y potenciarlos, de lo contrario, son resultados que tienden a debilitarse o a desaparecer, es decir, tendría que ir más allá del asesoramiento en temas puntuales de salud, para convertirse en un proyecto integrado en la Escuela.

### **7.3.2. El apoyo institucional y social como compromiso comunitario para trabajar en favor de la Salud**

El entorno social constituye uno de los factores que condiciona la Educación de los niños y niñas. Por consiguiente, conseguir progresivamente un mayor compromiso en la EpS es de vital importancia para favorecer una buena calidad de vida.

Combatir los efectos nocivos para la salud que tiene la potenciación de determinados valores sociales predominantes supone la implicación progresiva de todos los sectores sociales para favorecer estilos de vida saludables en la infancia.

*“...La sociedad consumista y competitiva contradice la salud” (GNPcc)*

La alternativa consiste en establecer ese proceso de implicación y conseguir que las instituciones se comprometan a facilitar un entorno físico, social y cultural que favorezca la salud.

La Consejería de Educación y la de Salud deberían propiciar un acercamiento de todas las demás Consejerías que hiciera posible una acción común a favor de la salud, y, específicamente implicar a las Diputaciones Provinciales y a los Ayuntamientos.

*“...Los Ayuntamientos deberían implicarse en temas sociales relacionados con la salud” (GNPcph)*

El compromiso social institucional tendría dos perspectivas: por una parte, aumentar la cobertura social en núcleos familiares con importantes carencias, y, por otra, crear entornos favorables a la salud a través de una política de vivienda que dé respuesta a las necesidades, una política medioambiental capaz de reducir

y/o eliminar los riesgos para la salud, alternativas saludables al ocio, combatir los hábitos tóxicos y, específicamente, apoyar los retos educativos de la Escuela sin contradicciones.

El control de los medios de comunicación social es esencial en este apoyo a la consecución de los objetivos de EpS en la Escuela, pues, en la realidad, lo que se constata es que están perjudicando de manera importante la EpS.

*“...La presión social de los medios de comunicación y de la sociedad están en contra de muchos de los objetivos de Educación para la Salud” (GNic)*

¿Cómo conseguir el compromiso del conjunto de la sociedad para trabajar a favor de la salud?

En primer lugar, habría que recuperar la participación ciudadana en la política. Frente al mensaje de falta de credibilidad de la política, que la corriente neoliberal ha ido inyectando en el conjunto de la sociedad, hay que recuperar la cultura de la participación en la vida política, haciendo valer el derecho a la Salud que abarca también la Educación en la infancia, como patrimonio de todas las personas y no de la clase política.

Conseguir que el cuidado de la Salud adquiriera protagonismo, implica el establecimiento de un compromiso social cada vez mayor en todos los asuntos, llevando dicho compromiso a primer término.

La EpS en la Escuela conlleva instaurar en los niños y niñas el sentido profundo del compromiso social como el medio más eficaz para conseguir el bienestar y una buena calidad de vida.





## **CAPÍTULO 8**

### **CONCLUSIONES**

- 8.1. Limitaciones de la investigación
- 8.2. Síntesis de las evidencias
- 8.3. Líneas de avance: propuesta de nuevas investigaciones



## CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación es, por una parte, proporcionar un marco de referencia que sirva al profesorado de Educación Infantil y Primaria, al profesorado de la Facultad de Educación y de la Escuela de Enfermería, a la Administración Educativa, a los profesionales de los Centros de Salud, a la Administración Sanitaria y, en general a todos los agentes sociales implicados en la Educación para la Salud (EpS) en el ámbito de la Escuela, y por otra, impulsar la creación de algún proyecto alternativo que ayude a mejorar la práctica de la EpS en la Escuela.

En el ámbito de la investigación, las conclusiones representan un punto de llegada, en cuanto a las evidencias que se han puesto de manifiesto a través del análisis de la información, y un punto de partida, en cuanto al planteamiento de nuevas interrogantes, de nuevas líneas de acción y de investigación sobre la EpS y su desarrollo en la Escuela.

La lectura de estas conclusiones ha de ir precedida por las limitaciones que hemos identificado a lo largo del proceso de investigación. Creemos que son importantes porque reflejan los condicionantes que han existido y, por tanto, aspectos que en sucesivas investigaciones pueden ser mejorados.

### 8.1. Limitaciones de la investigación

Respecto al *tema investigado*: la Educación para la Salud en el ámbito escolar, hay que señalar que el carácter multidimensional del mismo ha representado una importante dificultad en cuanto a su amplitud. Por este motivo ha sido difícil explorar todas las dimensiones de manera exhaustiva. En este sentido, hay que destacar que los aspectos relacionados con la concepción de salud no se han podido abordar en profundidad y la dimensión relacionada con la auto percepción de salud se ha tenido que omitir, dada la extensión del tema.

La indagación en las expectativas respecto al personal sanitario de los Centros de Salud también ha sido una dimensión que hubiese requerido una mayor profundización.

No haber podido contar con más información de carácter primario en el tema investigado también ha provocado el que hubiera que abarcar más aspectos en detrimento de un mayor nivel de profundización.

A *nivel metodológico* también hay que destacar algunas limitaciones importantes: aunque el proceso de triangulación ha tenido los puntos de apoyo necesarios para poder contrastar las evidencias, nos parece que hubiese dado aún mayor consistencia a los resultados la observación directa del desarrollo de la EpS en las aulas. Esta fuente de información hubiera aumentado considerablemente la complejidad de la investigación. No obstante, aunque en parte lo vemos como limitación, también creemos que esta perspectiva sería objeto, por sí misma, de una investigación.

En la línea de la metodología, concretamente en la selección de las personas informantes de los Centros Concertados, creemos que es una limitación el no haber podido cumplir con todos los criterios establecidos, ya que el acceso al profesorado y a la dirección de estos centros ha sido más dificultoso por no haber podido contar con una red informal similar a la de los Centros Públicos.

## **8.2. Síntesis de las evidencias**

La relevancia de los contenidos de Educación para la Salud (EpS) como eje transversal en los niveles de Infantil y Primaria de los Centros Escolares de Huelva es escasa y, sobre todo, de carácter puntual y aislado.

Sin embargo, el profesorado considera que debería ser mucho más relevante pero que las materias transversales tienen muchas dificultades para ser desarrolladas adecuadamente.

También se establece una diferenciación respecto a la presencia de contenidos de EpS en las etapas de Infantil y Primaria. En este sentido, el nivel de Infantil registra la mayor proporción, mientras que estos contenidos van perdiendo fuerza cuantitativa y cualitativamente a medida que avanzan los ciclos del nivel de Primaria.

Estas diferencias vienen explicadas en parte por la propia estructura curricular de los ciclos. Mientras que en Educación Infantil los objetivos están encaminados

a conseguir progresivamente la autonomía de los niños y niñas y, sobre todo, no hay materias curriculares tradicionales a las que haya que dar respuesta a través de la evaluación de resultados en términos cognoscitivos y de habilidades, en Educación Primaria, la estructura por materias curriculares es cada vez más intensa y el nivel de exigencia es más elevado. Otra razón que pueda explicar esta situación es la consideración por parte del profesorado de que las medidas básicas de cuidados de la salud, aunque sólo sean a nivel biológicos, se adquieren durante la primera infancia y más adelante ya no es necesario incidir tanto en ello. Lo cual es un error a priori, ya que los logros en salud tienen que fomentarse respecto a los grados a alcanzar, dando razones nuevas desde el nivel de madurez de los niños y niñas y desde su propia circunstancia. Cuando se dan por conseguidos determinados objetivos de EpS, la intensidad de estos logros, disminuye e incluso pueden desaparecer.

Respecto a los Centros Públicos y Concertados, hay que señalar que la relevancia de la EpS, aún con las limitaciones expresadas en el párrafo anterior, es mayor en los Centros de titularidad pública. La valoración que se hace en cuanto a su importancia en el currículum escolar también es mayor en los Centros Públicos. Aunque todos los centros coinciden en la presión que reciben de las materias curriculares, lo que hace que los ejes transversales sean difíciles de integrar, parece que esta presión es mayor en los Centros Concertados.

Las *dificultades* identificadas y analizadas a lo largo del proceso de investigación son amplias y bastante bien definidas desde todas las perspectivas. Las coincidencias son casi unánimes, sólo la ponderación y el énfasis en determinados aspectos pone de manifiesto algunas diferencias.

Respecto a la *transversalidad*, las evidencias revelan la existencia de una dualidad en cuanto a considerarla en sí misma una dificultad para la sistematización del proceso de enseñanza-aprendizaje, y por otra parte, se considera muy importante en cuanto a la dimensión global y de permanencia en todas las áreas que pretende conseguir.

La contradicción se hace patente cuando se intenta llevar a cabo. Entonces, el profesorado no encuentra el camino adecuado para plasmar los ejes transversales en su práctica educativa diaria.

En este sentido, es evidente que se produce un choque frontal entre un principio de globalidad de la Educación como es la transversalidad y una realidad de currículum tradicional, fragmentado, basado en las materias curriculares tradicionales de conocimientos y habilidades que el conjunto de la sociedad considera prioritarias, y que el Sistema Educativo, desde una perspectiva de obediencia, reproduce fielmente.

Las orientaciones para aplicar la EpS como materia transversal están diseñadas en los despachos, con una intencionalidad encomiable pero, desde luego, lejos de la realidad de las aulas. Sus planteamientos son acordes con la EpS desde un enfoque de Promoción de Salud, pero se omite el obstáculo de la fragmentación curricular. Por tanto, se le pide al profesorado que imparta EpS de modo transversal pero, a la vez, se le exige que priorice las materias curriculares porque ahí es donde se van a medir los resultados.

¿Cuál es el resultado del desarrollo de la EpS?

Cuando los elementos son contradictorios, no es posible compatibilizar, por consiguiente, se intenta introducir pequeñas dosis de EpS, de Educación para la Paz, de Coeducación...para que al final puedan salir las cuentas. La realidad es que las cuentas no salen, y el profesorado es consciente de ello. La EpS aparece desde todos los puntos de vista como algo marginal en el conjunto de la enseñanza escolar.

Llama poderosamente la atención la alternativa que se plantea, por parte del profesorado, de convertir la EpS en una materia curricular. Es decir, si consideramos que es importante, vamos a darle el lugar que corresponde a las materias importantes. Este planteamiento indica que aunque, teóricamente, se aboga por una orientación globalizada de la Educación, la verdad es que el concepto de fragmentación está aún muy arraigado en el sistema de valores del profesorado. Son muchos años de experiencia en los que se viene identificando claramente qué es importante y qué es secundario y aquí las materias curriculares siguen siendo importantes.

El grado de insatisfacción que muestra el profesorado con respecto al desarrollo de la transversalidad es más evidente en las personas que desarrollan su trabajo en los Centros Públicos frente a las que lo hacen en los Centros

Concertados. Es posible que esta diferencia venga explicada por el ideario que sustenta la enseñanza concertada, que, tal vez, haga que los problemas para el desarrollo de la transversalidad queden minimizados. Además, uno de los criterios que las familias utilizan para la elección del centro escolar es la posibilidad de obtener mejores resultados en términos académicos, aunque objetivamente esto no pueda ser demostrable, ya que en las comparaciones que, a veces se establecen, habría que considerar las características del alumnado, del entorno familiar y social y de las capacidades personales.

Ante esta situación de conflictividad, ¿cuáles son las alternativas? La respuesta es también bastante unánime: la innovación educativa a nivel curricular. Si la EpS es importante, hay que darle su lugar para que se desarrolle como tal. ¿De dónde tiene que partir la iniciativa?

El marco legal puede ayudar, pero lo que es evidente es que, hasta ahora, ni la LOGSE ni la LOCE han resuelto el problema. Por consiguiente, como siempre, las innovaciones han de partir desde la base, desde la práctica educativa cotidiana. Son los centros escolares lo que han de promover este cambio mediante la propuesta de proyectos concretos que sean el fruto de un proceso de reflexión y consenso del conjunto del Centro y que apuntan hacia la globalidad como eje central, desplazando esa estructura funcional fragmentada. Una dimensión global que conecte de manera lógica y acorde con la realidad las distintas materias transversales que, en su mayoría, guardan una gran afinidad con la EpS.

Cuando se potencia la formación integral de los niños y niñas fortaleciendo las bases fundamentales de la persona, es decir, valores y actitudes acordes con un desarrollo de las cualidades humanas más genuinas, como son la dimensión solidaria, comunitaria, el respeto, la tolerancia, la igualdad, el deseo de vivir en plenitud, la consideración de la persona como valor único, irrepetible, en torno a la cual debe girar todo lo demás, entonces, las posibilidades de alcanzar un buen nivel de rendimiento en las materias curriculares serán muchos más elevadas.

Esta innovación curricular va a estar enfrentada con los valores hegemónicos que la sociedad proyecta en la Educación, no obstante, el profesorado, como agente de transformación, tiene una de las llaves importantes: la práctica educativa, desde donde impulsar los cambios que pueden perdurar en el tiempo.



La *disociación Familia-Escuela* es otra de las dificultades que a lo largo de la investigación ha alcanzado una fuerte significación.

La adquisición de valores, actitudes y comportamientos en torno al cuidado de la salud requiere una consonancia entre la Escuela y la Familia, una continuidad importante. Muchos de los hábitos tienen su mayor protagonismo en el ámbito doméstico, por tanto, cuando los contenidos de EpS no tienen una correlación con los valores y las prácticas familiares, se produce una disonancia que ocasiona un conflicto en el proceso educativo de los niños y niñas.

Los valores familiares en torno al cuidado de la salud no coinciden con los que animan y sustentan el desarrollo de la EpS en la Escuela y esto produce un fuerte desánimo en el profesorado que observa reiteradamente cómo aquellos hábitos saludables que se intenta inculcar desde la Escuela no son llevados a cabo en el ámbito familiar.

Esta disociación viene explicada en parte por la propia concepción de salud de la Familia, que, en muchos casos, no la consideran en su dimensión integral y evidentemente no creen que sea un objetivo de la Educación vinculado a la Escuela, sino que es considerado como algo que corresponde al núcleo familiar.

Por tanto, lo que la Familia espera de la Escuela es fundamentalmente instrucción en torno a las materias curriculares, por lo que el apoyo a las acciones de EpS es muy escaso. No obstante, hay una diferencia entre los niveles educativo, así, en Educación Infantil, parece que los objetivos de EpS son más compartidos por las familias, mientras que en Educación Primaria, disminuye considerablemente esta corresponsabilidad.

Es evidente que hay una correspondencia entre las estructuras curriculares de Infantil y Primaria respecto a la participación de los padres y madres en la EpS. El diseño curricular de Educación Infantil está más en consonancia con los objetivos que pretende la EpS.

La falta de colaboración de los padres y madres es una constante que se refleja desde todas las personas informantes, aunque la intensidad e insistencia con que se pone de manifiesto es mayor en el sector de Centros Concertados.

Se evidencia una participación muy baja por parte de la Familia en el proceso educativo de los niños y niñas, percibiéndose una dejación de sus funciones educativas, tanto en el ámbito de la vida familiar como en la Escuela.

Desde la Escuela, la dinámica familiar se percibe como negativa respecto a la Educación en general y particularmente en la EpS. Por una parte está la Familia con una importante ocupación laboral del padre y de la madre que tiene como consecuencia una falta de atención a los hijos e hijas. Esto conlleva la delegación de sus funciones educativas en la Escuela y en los abuelos y abuelas. No hay tiempo material para establecer la relación requerida al interior de la familia y con el centro escolar. En estos casos, los niños y niñas están ocupados en múltiples actividades extraescolares y cuando llegan a casa, todos están cansados para establecer otro tipo de relación que no sea estrictamente la mecánica doméstica.

Las familias sometidas a una determinada conflictividad social, con motivo del desempleo, los escasos recursos económicos, la precariedad laboral o la marginalidad, tampoco tienen posibilidades de establecer unas relaciones familiares satisfactorias desde el punto de vista de la Salud y de la Educación y, por tanto, su colaboración con el Centro Escolar es nula a todos los efectos. En EpS, la continuidad no existe y la disonancia con la Escuela es aún mayor. Los niños y niñas que pertenecen a este entorno familiar también pasan la mayor parte del tiempo en las aulas matinales del centro escolar, pues, muchas veces, conseguir recursos económicos depende en gran medida de la una larga jornada laboral de la madre. En casos de marginalidad, los niños y niñas se mantienen en los centros escolares durante el horario habitual y la disonancia en EpS puede ser máxima. Hay que tener en cuenta que para estos niños y niñas, la Escuela es el único referente educativo.

¿Cómo aumentar la corresponsabilidad de los padres y madres en el proceso educativo de los niños y niñas?

Socialmente, se está evidenciando un problema importante: la familia, como unidad básica y primaria de socialización, no está recibiendo la atención y cobertura social que requiere.

No prestar apoyo a la Familia es negar el derecho a la Educación de los niños y niñas. Si desde la Escuela se ve como imprescindible la corresponsabilidad del

núcleo familiar en la consecución de los objetivos de EpS, es evidente que se necesitan condiciones que faciliten esta participación.

Tienen que darse de forma paralela dos acciones: la cobertura social y económica de aquellas familias que viven una situación de empobrecimiento, y el proceso intencionado de concienciación acerca de la importancia que tiene para el futuro de los niños y niñas una EpS coherente con la vida cotidiana.

Cada situación requerirá acciones específicas, pero, en definitiva, el objetivo a conseguir es el mismo: hacer que la Familia y la Escuela compartan los objetivos educativos en general y, específicamente, los relacionados con el cuidado de la salud como algo prioritario y básico para la vida.

El trabajo del profesorado en la captación de la familia y en la incorporación de la misma a la vida escolar tendrá que ser permanente, algo inherente a su práctica educativa.

*La contradicción entre los valores sociales predominantes y la salud es un condicionante importante para obtener resultados satisfactorios en EpS.*

La Escuela y la Familia aunque son los principales agentes educativos, pero no son los únicos. El valor educativo del entorno social es incuestionable. Los medios de comunicación social ejercen una gran influencia en la adquisición de valores y en la adopción de determinados estilos de vida.

La Economía de Mercado ha imbuido a la sociedad en general de unos valores basados en una dimensión mercantilista. El modelo social más predominante es la sociedad de consumo en todos los ámbitos de la vida, lo que establece unas relaciones de competitividad incompatibles con las orientaciones encaminadas al fomento de la Salud. Por consiguiente, los valores que se tratan de transmitir en EpS chocan frontalmente con esta concepción mercantilista que nos envuelve. Instaurar estilos de vida saludables encaminados a conseguir progresivamente una mejor calidad de vida implica el alejamiento de estos valores predominantes.

Es evidente que el entorno social no favorece la EpS, no sólo desde los valores y hábitos no saludables que se trata de transmitir sino también desde la infravaloración de la propia EpS. La escasa relevancia de esta materia en el ámbito escolar y familiar no responde sólo a las características de estos entornos

educativos, sino también a la influencia que ejercen los valores sociales hegemónicos en ellos.

¿Cómo se puede responder de manera saludable a los retos del ambiente?

La alternativa tiene dos dimensiones: una de carácter educativo y otra social. El papel que desempeña la Educación es esencial en cuanto a formar personas críticas, con firmes convicciones respecto al valor de la persona por encima de todas las cosas, libres de la esclavitud que representa la espiral del consumismo, solidarias y comprometidas con el momento histórico que les ha tocado vivir, responsables con su propia vida y con la de los demás, en definitiva, una persona saludable, desde el enfoque integral de Salud.

La alternativa social está fuertemente relacionada con la Educativa, pues hacer ciudadanos y ciudadanas responsables implica un compromiso social transformador. La responsabilidad institucional a favor de la Salud no va a depender exclusivamente de la propia acción política de las mismas, sino de la presión que socialmente se ejerza para orientar hacia la Salud todas las acciones.

Crear entornos y estilos de vida saludables implica al conjunto de la sociedad, pero no como ente general sino con identidad propia. Así, la Escuela, la Familia, los partidos políticos, los grupos ecologistas, los movimientos de renovación pedagógica, las asociaciones sanitarias progresistas... tienen un papel específico en el trabajo a favor de la Salud.

La EpS en la Escuela es, en su proyección, una primicia de los logros que, socialmente, deben impulsarse para facilitar una vida plena a los niños y niñas que conformarán el futuro.

*La concepción de Salud del profesorado* se ha ido perfilando también como una dificultad para el desarrollo de la EpS en la Escuela.

El concepto integral de salud no parece que haya calado de manera importante en el profesorado que, por el contrario, mantiene en general una concepción de salud ligada a la ausencia de enfermedad, por tanto, de carácter biologicista y medicalizada. Está aún muy arraigada la creencia de que los temas relacionados con la salud corresponden al personal sanitario, que faltan conocimientos para poderlos abordar.

No obstante, creemos que el planteamiento de la EpS como eje transversal ha ejercido una cierta influencia en el profesorado en los avances que se observan en cuanto a la necesidad de mirar la Salud con una perspectiva más amplia, más cercana a lo que es el enfoque de Promoción de Salud. En este sentido, se comienza a valorar la propia actitud y los comportamientos del maestro y la maestra como modelo de referencia para el alumnado. Se reconoce el valor de la coherencia entre lo que se dice y se hace en el proceso educativo. Por tanto, la reflexión del profesorado en torno a sus propios hábitos constituye un buen punto de partida para reflexionar sobre la propia concepción de Salud y, consecuentemente, su planteamiento educativo en EpS.

Es difícil, o casi imposible, transmitir valores sin que éstos formen parte del fuero interno de la persona. No es posible hacer que los niños y niñas conciban la Salud como un valor imprescindible para la vida, si para el maestro y la maestra no lo representa. Es decir, las creencias dirigen la acción educativa. Así, el primer requisito para desarrollar la EpS en la Escuela es la propia concepción del profesorado en cuanto a si representa un valor en su propia vida o no.

Las estrategias son importantes pero, a la vez, hay que avanzar en una concepción de Salud más globalizada, más social y más desvinculada de la tutela sanitaria.

¿Cómo podemos avanzar en esta línea y hacer cada vez más coherente las creencias con la práctica educativa de EpS?

La necesidad de plantear un proceso permanente de reflexión sobre la Salud y sus implicaciones sociales y educativas es evidente.

Hay que recuperar la reflexión sobre la praxis educativa. La vida escolar no puede restringirse a una sistematización de actividades para conseguir unos objetivos. La necesidad de coordinación que manifiesta el profesorado para llevar a cabo la EpS, tiene que ir más allá del acuerdo acerca de qué contenidos y qué actividades se van a programar y a realizar. El diálogo profundo y abierto acerca de qué es lo que se pretende transmitir a través de los contenidos de EpS es fundamental para ir evolucionando hacia un concepto de Salud, que permita clarificar la intencionalidad educativa específica y las relaciones que existen con el resto del currículum.

Todo este proceso trata de hurgar en el currículum oculto, para ir conformando una misma línea de acción que evite la desigualdad educativa que realmente provoca el que la EpS dependa en gran medida de ese currículum oculto.

La reflexión sobre el concepto de Salud no se concibe desde esta alternativa como algo teórico, sino unido a la práctica educativa de manera dialéctica. Sólo así se producirán cambios sustanciales en la manera de enfocar la EpS como materia básica, lejos de la actividad puntual que, además de producir insatisfacción en el profesorado, no tiene casi ninguna efectividad.

*La falta de formación del profesorado* es otra de las dificultades emergentes, tanto a nivel de la formación que el maestro y la maestra recibe durante sus estudios universitarios, como a lo largo de su vida profesional.

¿Se hubiese planteado esta carencia sin la existencia de la EpS como materia transversal?

Posiblemente, no, porque esta dificultad arranca de la necesidad del profesorado de dar respuesta a los retos educativos de la EpS en su práctica educativa.

Las experiencias vividas con anterioridad desde el rol de alumnos y alumnas han tenido una fuerte influencia a la hora de identificar las lagunas formativas en aquellas materias que, a lo largo de la vida, han sido consideradas como las más importantes. En este sentido, ningún maestro ni maestra se cuestiona la necesidad de adquirir formación y actualizarse sobre Lengua, Gramática, Historia, Matemáticas...porque es considerado como algo inherente a su condición docente, mientras que la formación relacionada con el tema de Salud es algo más cuestionable, es algo añadido que aparece en la transversalidad y para lo que no se ha recibido formación alguna.

La formación del profesorado en materia de Salud está también muy vinculada a su propia concepción de Salud, por tanto, son dos aspectos a tratar desde una perspectiva globalizada.

¿Cómo apoyar al profesorado desde la formación para que desarrolle la EpS desde una perspectiva global?

El enfoque de EpS debe incorporarse a los estudios de Magisterio. Ayudar al alumnado a que, profesionalmente, sea capaz de educar en valores es un objetivo

que tiene que plantearse desde la Universidad, sin olvidar que la necesidad de avanzar en una concepción de Salud más globalizada y social y menos medicalizada también puede ser un reto entre el profesorado universitario.

Desde el ámbito escolar, la formación debería centralizarse en los propios centros escolares, lo que facilitaría la incorporación de un mayor número de maestros y maestras. Más que tener un carácter formal, debería establecerse una dinámica viva y basada en el diálogo.

Los referentes teóricos de Salud deben utilizarse como medio de constatar en qué medida esos referentes están o no presentes en el pensamiento del profesorado y de qué manera puede incorporarlos. Las carencias y los problemas con los que el profesorado se encuentra en su práctica cotidiana deben constituir el punto de partida.

Pero además, también habría que introducir una visión de futuro en cuanto a los problemas y a los retos sociales que van a requerir una respuesta de carácter educativo en el marco de la EpS.

*Los recursos didácticos* son insuficientes y no tienen la orientación adecuada para desarrollar la EpS en el ámbito escolar. Ésta ha sido otra de las dificultades manifestadas por las personas informantes.

Los libros de texto, como uno de los recursos didácticos más utilizados por el profesorado, no ofrecen el apoyo deseado. Por una parte, los contenidos relacionados con la Salud son muy escasos y, en la mayoría de los libros, cuando aparecen, no tienen entidad propia, sino derivada de algún tema central.

La falta de recursos didácticos hace aún más difícil el desarrollo de la EpS como eje transversal. Es un elemento más que, en ocasiones, puede justificar la no intervención educativa del profesorado.

Es evidente que las editoriales tienen sus intereses centrados en aquellas materias que, desde todos los puntos de vista, son consideradas las más importantes, es decir, las materias curriculares tradicionales. Cuando, en el mejor de los casos, aparecen ciertos temas relacionados con la EpS, suelen tener, además de un tratamiento escueto, un enfoque de tipo prescriptivo y biologicista.

La escasez e inadecuación de los recursos didácticos en EpS es un exponente más de su reducida implantación en el ámbito escolar.

La alternativa a este problema es que la Administración Educativa, si realmente quiere apoyar un desarrollo de la EpS en los niveles de Educación Infantil y Primaria, debería elaborar materiales abundantes e idóneos para esta materia y crear un Centro de Recursos al que el profesorado pudiera acceder fácilmente, tanto de manera directa como vía Internet.

Específicamente se plantea la *falta de apoyo de la Administración Educativa* como otra dificultad importante, y a la vez, como algo que tendría que darse.

Respecto al desarrollo de la EpS, la sensación del profesorado es de abandono por parte de la Administración Educativa. No se sienten apoyados en ningún sentido, sino más bien, experimentan que la EpS es algo más que les ha caído encima y sin capacidad para hacer frente a este reto educativo.

Tampoco se siente apoyado el profesorado ante situaciones de conflicto social en las que se esfuerza por dar una respuesta, pero las medidas de apoyo fallan, como en el caso de la educación de hijos e hijas de personas inmigrantes con trabajo temporal, en las que no se garantiza su asistencia por falta de medios y dispositivos adicionales necesarios, lo que limita fuertemente sus posibilidades de ser educados en el cuidado de la salud, pues su vida diaria carece de los requisitos mínimos.

¿Qué apoyo debería facilitar la Administración Educativa?

La EpS en el medio escolar necesita no sólo de un apoyo por parte de la Administración Educativa, sino de una apuesta explícita y real para que se lleve a cabo, lo que conlleva desburocratizar su intervención y convertirse verdaderamente en un elemento motivador de toda la actividad docente.

En primer lugar, el profesorado tendría que disponer de asesoramiento cercano y contextualizado, lo que implicaría la creación de recursos humanos específicos o la cualificación de los dispositivos de apoyo, es decir, personas formadas tanto en materia de Salud como en estrategias didácticas, capaces de guiar y evaluar el desarrollo de la EpS como materia transversal.

Por último, otra de las dificultades expresadas ha sido la *falta de colaboración entre el Centro de Salud y la Escuela*. Todos los sectores informantes han coincidido en señalar esta falta de colaboración como un obstáculo más para el desarrollo de la EpS en la Escuela, pero hay que destacar que, desde los Centros



Concertados, no se ha manifestado con la misma fuerza que desde los Centros Públicos.

Los Centros de Salud han sido señalados por el profesorado como uno de los referentes de apoyo más importantes para llevar a cabo la EpS en los centros escolares.

En este sentido, hay experiencias muy positivas, otras negativas y, en algunos casos, no han tenido la oportunidad de contactar con el Centro de Salud. Aún así, se señala unánimemente la necesidad de que exista una colaboración.

Aunque todas las experiencias ponen de manifiesto colaboraciones puntuales para algunos temas, la carencia más importante se centra en la ausencia de un programa conjunto de carácter permanente entre el Centro de Salud y la Escuela.

El Centro de Salud, como centro de Atención Primaria, está llamado a ser el referente sanitario central de las denominadas Zonas Básicas de Salud. La Promoción de la Salud, la prevención de la enfermedad y las orientaciones básicas para recuperar la salud de la población adscrita son funciones a las que ha de responder. En este sentido, y desde la perspectiva comunitaria, los centros escolares tendrían que ser objeto de atención preferente, puesto que es en la población infantil y su entorno familiar donde habría que intervenir tempranamente.

Por tanto, la acción intersectorial entre Educación y Salud es esencial para apoyar decididamente la EpS en la Escuela.

La elaboración de un proyecto conjunto alternativo que garantice la continuidad de las acciones de EpS es la clave para romper con la tradición de formular objetivos generales muy coherentes desde estos ámbitos institucionales pero dejar su desarrollo a merced de la buena voluntad del personal sanitario, en su caso, o del profesorado, sin dotar de los recursos humanos y materiales necesarios para llevarlo a cabo.

¿Qué tipo de apoyo tendría que facilitar el Centro de Salud?

Desde la misión que tiene encomendada de promover la salud de las personas y los grupos sociales de su zona a través de la EpS, bien sea directamente, puesto que el sector sanitario es otro ámbito específico de EpS, o a través del asesoramiento específico y de la facilitación de estrategias concretas.

Es importante que este proyecto conjunto esté basado en un auténtico trabajo interdisciplinario, donde se conjugan las diferentes visiones. Hay que avanzar en la concepción de Salud como algo comunitario, que pertenece a todos y a todas, y que no se deja en manos de las personas expertas, sino que éstas son un dispositivo de ayuda ante problemas que no pueden ser resueltos y que requieren la intervención sanitaria.

Hay que dejar claro que el protagonismo de la EpS en la Escuela es básicamente del profesorado, no del personal sanitario. Pero este protagonismo ha de ejercerse desde un marco social y educativo de apoyo, de reflexión y de motivación.

Esta acción intersectorial, además, tiene que buscar la colaboración y el compromiso de otras instituciones sociales para que vayan apoyando un compromiso interinstitucional a favor de la Salud, de manera que ayude a superar el aislamiento y la desvinculación a que ha llevado la corriente neoliberal a todo el entramado social. Conseguir Salud para Todos en el siglo XXI pasa, ineludiblemente, por esta acción intersectorial y comunitaria.

Globalmente, hay que afirmar que la EpS como medio para alcanzar la Promoción de Salud en la Escuela, implica una práctica docente caracterizada por una fuerte proyección social y, evidentemente, con una intencionalidad que nace desde la firme creencia de considerar la Salud como un recurso indispensable para la vida, y, por tanto, determinado por múltiples factores que, desde el protagonismo que adquiere la persona individual y comunitariamente, es capaz de controlar.

### **8.3. Líneas de avance: propuesta de nuevas investigaciones**

A través de las dificultades y alternativas expresadas a lo largo del proceso de investigación, ha ido emergiendo una representación de la Educación en general, más allá de la especificidad de la EpS. Algo que no aparece en primer plano pero que permanece como fondo es el grado de insatisfacción del profesorado relacionado, por una parte, con una falta de apoyo a la Escuela Pública: “...*Se plantea la caída de la Escuela Pública. Las autoridades académicas no están*

*centradas en la Educación” (GNic) y por otra parte, por la pérdida de autoridad del profesorado frente a la Familia y a la sociedad en general: “Los padres le quitan la razón al maestro para dársela a los niños” (GNPcph). “...todo el mundo se atreve a opinar sobre maestros y sobre la educación” (GDPcc)*

Otro aspecto que aparece también en este plano es la presión social que se ejerce sobre la Escuela en cuanto a considerar que todos los problemas sociales que acontecen tienen que ser resueltos en ella: “...La Escuela es un cajón de sastre donde cabe todo” (GNPcph). “...En la Escuela no se pueden hacer milagros” (GNPcc)

Estas evidencias representan una llamada de atención y señalan la necesidad de establecer diferentes líneas de investigación centradas en aspectos generales de la Educación:

1. La satisfacción profesional del profesorado en la Enseñanza Pública y Concertada.
2. El papel del profesorado frente a los nuevos retos sociales en el marco de la Escuela Pública.
3. El papel de la Administración Educativa en la Enseñanza Pública y Concertada.

Respecto a la EpS en la Escuela, las evidencias encontradas han iluminado una parte importante del escenario educativo pero aún quedan algunas zonas donde la luz no ha llegado y que serían objeto de posteriores investigaciones:

1. Centradas en el profesorado: ¿Qué sabe al profesorado acerca del cuidado de la salud? ¿Cuáles han sido sus principales fuentes de información-educación? ¿Qué características tiene la concepción de salud que guía sus acciones?
2. Centradas en el núcleo familiar: ¿Cuáles son los valores que sustenta la acción educativa de la Familia respecto a la Salud? ¿Cómo percibe la Familia a la Escuela en su papel de EpS?
3. Centradas en el currículum: ¿La Educación en valores debe vertebrar la estructura curricular? ¿La Educación para la Salud debe convertirse en aglutinadora de la educación en valores?

La propuesta de investigación más inmediata y acorde con las evidencias mostradas, está relacionada con las alternativas que en este estudio se han ido planteando. Aunque dichas alternativas son ambiciosas en cuanto a los niveles de profundización que requieren y a los distintos aspectos que trata de abordar, habría que comenzar a ponerlas en marcha de forma simultánea.

En el marco de la investigación-acción, la propuesta alternativa para mejorar la práctica de la EpS en la Escuela sería la siguiente:

A partir de la conformación de un grupo interdisciplinario procedente de Educación y Salud, diseñar un proyecto alternativo a experimentar en un centro escolar concreto. Este proyecto tendría que contemplar cuatro líneas de trabajo:

1. Una línea de acción centrada en la concepción de salud del profesorado.
2. Una línea de acción centrada en la Familia donde se trabajaría la concepción de Salud y su relevancia en la vida escolar.
3. Una línea de acción centrada en la innovación curricular enfocada hacia la globalización de las materias.
4. Una línea de acción centrada en la revitalización del Proyecto de Centro como referente fundamental de la EpS.

La puesta en marcha de este proyecto sería objeto de un proceso de investigación encaminado a evaluar la experiencia y a establecer las correcciones pertinentes para que pueda ser un referente y una guía de apoyo para otros centros escolares que deseen unirse al proyecto.

Hacer de la Escuela un entorno saludable es otra de las líneas de investigación que habría que potenciar. Conocer la situación física, social y medioambiental que tienen los centros escolares es un objetivo imprescindible para poner en práctica algunos de los principios básicos de la Promoción de Salud.

En este sentido, la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud constituye una buena oportunidad para conseguir que el ámbito escolar sea un espacio saludable desde todas las perspectivas. Para ello, además de difundir adecuadamente la información sobre los requisitos y condiciones que han de cumplir la presentación de proyectos, habría que desarrollar esta experiencia en el marco de la investigación-acción, dándole una continuidad que, hasta el momento no se ha conseguido.

Como hemos venido señalando, los logros en Salud no tienden a ser progresivos y permanentes si no se establece una continuidad en las acciones. El cuidado de la salud, por su carácter multifactorial y dinámico, está sometido a evoluciones e involuciones, es decir, que las metas conseguidas, no son estables si no ejecutan acciones que hagan posible su mantenimiento.

Por tanto, todas las investigaciones encaminadas a mejorar el desarrollo y el impacto de la EpS en la Escuela, no tienen un principio y un final, sino que están inextricablemente unidas a la intervención permanente.

En definitiva, la EpS como medio imprescindible para promocionar la Salud, prevenir la enfermedad y hacer frente a los problemas que se plantean, es un reto que tiene la Escuela en general y, especialmente los niveles de Educación Infantil y Primaria, por la importancia que tiene instaurar un estilo de vida saludable en esas edades tan tempranas.

También el Centro de Salud está llamado a colaborar estrechamente en la vida escolar desde su incorporación como agentes de salud especializados. Esta nueva perspectiva supone también introducir cambios funcionales y estructurales en este dispositivo sanitario y replantearse el servicio a la Escuela como algo prioritario.

## **BIBLIOGRAFÍA**



**BIBLIOGRAFÍA**

- AGUIRRE BAZTÁN, A.(1995) Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural (Marcombo. Barcelona)
- AÍBAR REMÓN, C. (2000) Educación para la Salud (en Colomer Revuelta)
- ÁLVAREZ DARDET-PEIRÓ (2000) Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. (EASP. Granada)
- ÁLVAREZ NEBREDA, C. (1994) Administración Sanitaria y sistemas de Salud (Síntesis. Madrid)
- ANGULO RASCO, F y BLANCO, N. (1994) (coords) Teoría y desarrollo del currículum (Edit. Aljibe. Málaga)
- APPLE, M.W. y col. (1997) Escuelas democráticas (Morata. Madrid)
- ARGIMÒN PAYAS Y JIMÈNEZ VILLA (1999) Métodos de investigación. (Harcourt.Barcelona)
- ÁVILA FERNÁNDEZ, A. (1998) Los valores de la L.O.G.S.E.: la axiología como posible medio para la transformación de la sociedad. Reflexiones (Bordón, vol. 50, N° 4, 343-354)
- BIMBELA PEDROLAS, J.L. (2001) Cuidando al cuidador: counseling para profesionales de la salud (Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada)
- BOLÍBAR BOTÍA, A. (1998) Educar en valores una educación de la ciudadanía (Junta de Andalucía. Consejería de Educación y Ciencia)
- BORREL, C. y col. (editores) (2004) Informe SESPAS 2004: La Salud Pública desde la perspectiva de género y clase social (Gaceta Sanitaria. Barcelona)
- CABASÉS, J.M. y col. (2002) Informe SESPAS 2002: Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública (SESPAS. Barcelona)
- CAJA LÓPEZ, C. y LÓPEZ PISA, R.M.(2003) Educación sanitaria (Masson. Barcelona)
- CALERO PALACIOS, A. y col. (1993) Temas transversales del Currículo 3. Educación para la Salud. (J. Andalucía. Consejería de Educación y Ciencia. Sevilla)
- CALLEJO, J. (2001) el grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación (Ariel Practicum. Barcelona)



- CAPITÁN DÍAZ, A. (2002) Breve historia de la educación en España (Alianza Editorial. Madrid)
- CAPITÁN DÍAZ, A. (2000) Educación en la España contemporánea (Ariel. Barcelona)
- CARBONELL SEBARRAJOSA, J. (2001) La aventura de innovar. El cambio en la escuela (Morata. Madrid)
- CARR, W. y KEMMIS, ST. (1988) Teoría Crítica de la Enseñanza (Edit Martínez Roca. Barcelona)
- CARR, W. (1999) Una teoría para la educación. Hacia una investigación educativa crítica (Edic. Morata. Madrid)
- CATALÀ VILLANUEVA-DE MANUEL KEENOY (1998. Informe SESPAS 1998: la Salud Pública y el futuro del estado de bienestar. (EASP. Granada)
- CAVINATO,G. y ZANIN, M. (1998) Didáctica y valores (Kikiriki, 49: 45-50)
- COLOMER REVUELTA-ÀLVAREZ DARDET (2000. Promoción de la salud y cambio social. (Masson. Barcelona)
- CONTANDRIOPOLUS y col (1991. Preparar un proyecto de investigación. (SG editores. Barcelona)
- COOK, T.D. y REICHARDT, CH.S. (1986) Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa (Morata. Madrid)
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1996) Educación para la Salud (Pirámide. Madrid)
- DELBECQ, A. y col. (1975) Group Techniques for program Planning: A Guide to Nominal Group and Delphi Proceses (Scout, Foresman & Company. Illinois)
- DELGADO, J.M. Y GUTIÉRREZ, J. (1998) Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales (Edit. Síntesis. Madrid)
- DEVER (1977) An Epidemiological model for health policy analysis. (Soc. Ind Res)
- DOMENCHE ALBA, M.C. (1998) Educación para la salud en las instituciones educativas. Tesis doctoral. Departamento de Personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- ENRIQUE ALONSO, L. (2003) La mirada cualitativa en Sociología (Edit. Fundamentos. Madrid)

- EVANS, R. G. y col. (1996) ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? (Díaz de Santos. Madrid)
- FAURE, E. Y col. (1980) Aprender a Ser (Alianza Universidad-UNESCO. Madrid)
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (1990) La sanidad española a debate (FAPDSP. Madrid)
- FERNANDEZ SIERRA, J y SANTOS GUERRA, M.A. (1992) Evaluación cualitativa de programas de Educación para la Salud (Edit. Aljibe. Málaga)
- FERRER GONZÁLEZ y col. (1993) Temas transversales del Currículo 1. Educación para la Salud. (J. Andalucía. Consejería de Educación y Ciencia. Sevilla)
- FORO DE JABALQUINTO (2001) Manifiesto de Jabalquinto. Primero el debate, después la Ley (Foro Jabalquinto, Baeza .Jaén)
- FRÍAS OSUNA, A. (coord.) (2000) Salud Pública y Educación para la Salud. (Masson. Barcelona)
- GARCÍA BAÑÓN, A. y col. (2002) El Grupo de Discusión (Index de Enfermería, 38: 27-29. Granada)
- GARCÍA FERRANDO, M, IBÁÑEZ, J. y ALVIRA, F. (1989) El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación (Alianza Universidad. Madrid)
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. y col. (2001) Educación para la Salud (DM.Universidad de Murcia)
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. Y col. (2000) Educación para la Salud. La apuesta por la calidad de vida (Arán. Madrid)
- GAVIDIA CATALÁN, V. (1996) Análisis de las concepciones del profesorado en Educación para la Salud. Tesis doctoral inédita. Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales. Universidad de Valencia.
- GAVIDIA CATALÁN, V. Y RODES SALA, M.J. (1998) La escuela saludable, la transversalidad y los centros escolares promotores de salud (Bordón, vol. 50 N° 4: 361-367)

- GAVIDIA CATALÁN, V. (1998) Salud, Educación y calidad de vida: de cómo las concepciones del profesorado inciden en la Salud (Cooperativa Edit. Magisterio. Bogotá)
- GAVIDIA CATALÁN, V. (2001) Estrategias para el tratamiento de la Educación para la Salud como materia transversal al currículo escolar. Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, marzo.
- [www.mec.es/cide/programas/reeps/publicaciones/fondocum/estrategias.html](http://www.mec.es/cide/programas/reeps/publicaciones/fondocum/estrategias.html)
- GAVIDIA CATALÁN, V. (2001) La transversalidad y la escuela promotora de salud (Revista Española de Salud Pública N° 6 Noviembre-diciembre, 505-516)
- GAVIDIA CATALÁN, V. (2003) La Educación para la Salud en los manuales escolares españoles (Revista Española de Salud Pública N° 2, marzo-abril, 275-285)
- GIMENO SACRISTÁN, J. y PÉREZ GÓMEZ, A.I. (1985) La enseñanza: su teoría y su práctica. (Akal. Madrid)
- GIMENO SACRISTÁN y PÉREZ GÓMEZ, A.I. (1997) Comprender y transformar la enseñanza. (Morata. Madrid)
- GIMENO SACRISTÁN, J. (2002) Discutamos los problemas. Debate en torno a la Ley de calidad (documento “Educación y Cultura” web Ministerio de Educación)
- GOETZ, J.P. y LeCOMPTE, M.D. (1988) Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa (Morata. Madrid)
- GÓMEZ LÓPEZ, L.I. y RABANAQUE HERNÁNDEZ, M.J. (2000) (en Colomer Revuelta)
- GÓMEZ LÓPEZ, L. y col. (2000) Mejorar conocimientos y motivaciones para una conducta saludable (en Álvarez Dardet)
- GONZÁLEZ ALONSO y col. (1998) Análisis de la situación de salud (en Catalá Villanueva)
- GONZÁLEZ DE HARO, M.D. (2001) Los contenidos curriculares de Educación para la Salud en los Centros de Educación Infantil y Primaria de Huelva (Estudios de Tercer Ciclo. Inédito. Departamento de Teoría de la Educación y Pedagogía Social. UNED. Madrid)

- GONZÁLEZ LUCINI, F. (1994) Temas transversales y educación en valores (Edit. Anaya. Madrid)
- GRUNDY, S. (1998) Producto o praxis del currículo (Morata. Madrid)
- GUARRO PAYAS, A. (2001) Currículum democrático e integración curricular (Kikirikí 59-60 : 57-63)
- HAWE, P y col. (1993) Evaluación en promoción de salud (Masson. Barcelona)
- HERNÁNDEZ, A. (2001) El Currículum integrado: de la ilusión del orden a la realidad del caos (Kikirikí 59-60: 79-85)
- HERNÁNDEZ, A. (2002) La trasgresión como estrategia para escapar del conformismo y del adoctrinamiento (Kikirikí 55-56: 37-41)
- HOUSE, E.R. y HOWE, K.R. (2001) Valores en evaluación e investigación social (Edic. Morata. Madrid)
- HOUSE, E.R. (1997) Evaluación, ética y poder (Morata. Madrid)
- ILICH, I. (1976) Némesis Médica (Edit. Joaquín Mortíz. México D.C.)
- JUNTA DE ANDALUCÍA (1992 a) Guía para la elaboración del Proyecto Curricular de Centro. (J. Andalucía. Consejería de Educación y Ciencia. Sevilla)
- JUNTA DE ANDALUCÍA (1992 b) El Proyecto de Centro, marco general para la planificación en los centros educativos. (J. Andalucía. Consejería de Educación y ciencia. Sevilla)
- JUNTA DE ANDALUCÍA (1993) La Educación Secundaria Obligatoria. Educación para la Salud (Red Telemática Educativa de Andalucía)
- JUNTA DE ANDALUCÍA (1993) La educación Primaria. Educación para la Salud (Red Telemática Educativa de Andalucía)
- JUVINYA CANAL, D. (1998) L'Educació per a la Salut a l'Escola i el paper del professorat (Colección Tesis Doctorals.Universitat de Girona)
- KEMMIS, St. (2000) Aspiraciones emancipadoras en la era posmoderna (Kikirikí 55-56: 14-34)
- KING, G. y col. (2000) El diseño de la investigación social. La inferencia científica en los estudios cualitativos (Alianza Editorial.Madrid)
- LATORRE FERNÁNDEZ, I (2003) Análisis de la influencia de las prácticas asistenciales en la construcción del pensamiento práctico enfermero (Tesis Doctoral inédita. Universidad de Almería)

- LEY GENERAL DE SANIDAD de 25 abril 1986
- LEY ORGÁNICA DE CALIDAD DE LA EDUCACIÓN de 23 de diciembre de 2002.
- LEY ORGÁNICA DE ORDENACIÓN GENERAL DEL SISTEMA EDUCATIVO de 3 de octubre 1990.
- LÓPEZ-BARAJAS ZAYAS, E. (1994) La investigación etnográfica. Fundamentos y técnicas (UNED. Madrid)
- LÓPEZ-BARAJAS ZAYAS, E. (1998) La observación participante (UNED. Madrid)
- LÓPEZ SANTOS, V. (1998) Hacia una escuela saludable. (Junta de Andalucía. Sevilla)
- LÓPEZ SANTOS, V. (2000) Educación para la salud en la Escuela (en Frías Osuna)
- LÓPEZ SANTOS, V. (2000) Sistemas de Salud (en Frías Osuna)
- LÓPEZ SANTOS, V. (2000) Marco conceptual de Educación para la Salud (en Frías Osuna)
- LÓPEZ SANTOS, V. (2000) Educación para la Salud en la Escuela (en Frías Osuna)
- MARTÍN MORENO, J.M. (2000) Vivir saludablemente (En Álvarez Dardet)
- MARTÍN RIVAS, D. (2002) La Educación para la Salud en la Escuela en la Unión Europea. Modelos, instituciones y programas (Edic. Universidad de Salamanca)
- MARTÍNEZ NAVARRO, J. y GRAULLERA SANZ, B. (2000) (en Sánchez Moreno)
- McCORMICK y JAMES, M. (1997) Evaluación del currículum en los centros escolares (Morata. Madrid)
- McKEOWN, T (1981. Introducción a la Medicina Social. (Siglo XXI. México)
- MOLINA, M.C. y FORTUNY, M. (2003) Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención (Laertes S.A. Barcelona)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1984) Health Promotion: A discussion document on the concept and principles. Supplement to Europe News, 3 (OMS.Copenhague)

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1984) Salud para todos en el año 2000. (Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1997) Declaración de Yakarta sobre Promoción de la salud en el siglo XXI.  
([www.msc.es/salud/epidemiologia/promocion/yakarta.htm](http://www.msc.es/salud/epidemiologia/promocion/yakarta.htm))
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998) Salud para todos en el siglo XXI. (Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000) Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. (México, D.F.)  
([www.who.int/director-general/speeches/2000/20000605\\_mexico.es.html](http://www.who.int/director-general/speeches/2000/20000605_mexico.es.html)).
- ORNA, E. y STEVENS, G. (2000) Cómo usar la información en trabajos de investigación (Gedisa. Barcelona)
- PÉREZ GÓMEZ, A.I. (1994) La cultura escolar en la sociedad postmoderna (Cuadernos de Pedagogía, 225, 60-65)
- PÉREZ GÓMEZ, A.I. (1997) Las funciones sociales de la escuela: de la reproducción a la reconstrucción crítica del conocimiento y de la experiencia (En Gimeno Sacristán)
- PÉREZ GÓMEZ, A.I. (1998) La cultura escolar en la sociedad neoliberal (Morata. Madrid)
- PÉREZ PÉREZ, J.L. (2000) El Sistema de salud español (en Frías Osuna)
- PORRAS VALLEJO, R (1998) La escuela para la integración educativa (Publicaciones MCEP. Sevilla)
- POZUELOS ESTRADA, F.J. y ROMERO MUÑOZ, A. (2002) Decidir sobre el currículum (Publicaciones MCEP. Sevilla)
- QUINTANA CABANAS, J.M. (1988) Estudio preliminar y traducción de Cartas sobre Educación Infantil de J.H. Pestalozzi (Tecnos. Madrid)
- REAL DECRETO 829/2003, de 27 de junio, por el que se establecen las enseñanzas comunes de Educación Infantil.
- REAL DECRETO 830/2003, de 27 de junio, por el que se establecen las enseñanzas comunes de la Educación Primaria.
- RESTREPO, H y MÁLAGA, H. (2001) Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable (Panamericana. Bogotá)

- RIFÀ VALLS, M. (2001) El Currículum integrado y las transformaciones en las políticas del conocimiento y la identidad (Kikirikí 59-60: 69-78)
- ROCHÒN, A. (1992) Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. (Masson. Barcelona)
- RODRÍGUEZ GÓMEZ, G. y col. (1996) Metodología de la investigación cualitativa (Aljibe. Málaga)
- ROSET ELIAS, M.A. y VILADOT AGUAYO, R. (2003) Las escuelas promotoras de salud: una experiencia educativa (en Molina y Fortuny)
- RUBIO RIVERA, E. y RAYÓN RUMAYOR, L. (Coords) (1999) Repensar la enseñanza desde la diversidad (Publicaciones MCEP. Sevilla)
- RUDA RICCI (2001) Interdisciplinariedad, proyectos y currícula interdisciplinarios (Kikirikí 59-60: 50-56)
- SÁEZ GÓMEZ, J.M., MARSET CAMPOS, P., AGUINAGA ONTOSO, E. (2000) Concepto de salud y perspectiva histórica en Salud Pública (en Sánchez Moreno)
- SÁNCHEZ CASTAÑO, M.T. (1993) Educación para la Salud: su tratamiento en el currículo escolar. Tesis doctoral. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Santiago de Compostela.
- SÁNCHEZ MORENO y col. (2000) Enfermería comunitaria I. Concepto de salud y factores que la condicionan. (McGraw-hill. Madrid)
- SÁNCHEZ MORENO, A. y col. (1995) Estructuras de racionalidad en Educación para la Salud: fundamento y sistematización (Revista Sanidad de Higiene Pública, 69: 5-15)
- SANTOS GUERRA, M.A. (1994) La Escuela: un espacio para la cultura (Kikirikí 31-3: 4-10)
- SANTOS GUERRA, M.A. (1994) Una tarea contradictoria: educar para los valores y educar para la vida (Kikirikí, 31-32: 59-68)
- SANTOS GUERRA, M.A. (1997) La luz del prisma (Aljibe. Málaga)
- SANTOS GUERRA, M.A. (1998) Hacer visible lo cotidiano (Akal. Madrid)
- SANTOS GUERRA, M.A. (1999) La observación en la investigación cualitativa. Una experiencia en el área de salud (Atención Primaria, vol. 24 N° 7, 425-430)

- SARLET GERKEN, A.M. y col. (1996) Educación para la salud: una perspectiva antropológica (Nau llibres. Valencia)
- SERRANO GONZÁLEZ, M.I. (1990) Educación para la Salud y participación comunitaria (Díaz de Santos. Madrid)
- SERRANO GONZÁLEZ, M.I. (2002) La Educación para la salud en el siglo XXI. (Díaz de Santos. Madrid)
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2003) III Plan Andaluz de Salud 2003-2008 (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla)
- SIERRA BRAVO, R. (1999) Tesis doctorales y trabajos de investigación científica. (Paraninfo. Madrid)
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (1993) La salud y el sistema sanitario en España (SG editores. Barcelona)
- STENHOUSE, L (1987) Investigación y desarrollo del currículo. (Morata. Madrid)
- STENHOUSE, L. (1997) Cultura y Educación (Publicaciones MCEP. Sevilla)
- TERRIS, M. (1987) La revolución epidemiológica y la medicina social (Siglo XXI. Madrid)
- TORMO SAÍNZ, I. (2000) Pensar la democracia y la escuela (Kikirikí 55-56: 37-41)
- TORRES SANTOMÉ, J. (2000) Globalización e interdisciplinariedad: el currículum integrado (Morata. Madrid)
- TORRES SANTOMÉ, J. (2002) Previsibles consecuencias educativas y sociales de la Ley Orgánica de Calidad de la Educación (Kikirikí 66: 5-22)
- VALLES MARTÍNEZ, M. (1997) Técnicas cualitativas de investigación social (Síntesis. Madrid)
- VELASCO, H. y DÍAZ DE RADA, A. (1999) La lógica de la investigación etnográfica (Trotta. Madrid)
- VILLALBÍ, J. y otros (2000) Reducir el consumo de tabaco, alcohol y drogas psicoactivas (en Álvarez Dardet)
- WOODS, P (1998) La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa (Paidós. Barcelona)





## **ANEXOS**



## **ANEXOS**

- ANEXO N° 1:** APORTACIONES OBTENIDAS EN LOS GRUPOS NOMINALES
- ANEXO N° 2:** GUIÓN UTILIZADO EN LAS ENTREVISTAS
- ANEXO N° 3:** GUIÓN UTILIZADO EN LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN
- ANEXO N° 4:** DATOS LITERALES REGISTRADOS A PARTIR DE LOS ARTEFACTOS ETNOGRÁFICOS DE LOS CENTROS ESCOLARES (En CD adjunto)
- ANEXO N° 5:** TRASCRIPTIÓN LITERAL DE LAS ENTREVISTAS Y LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN (En CD adjunto)



## **ANEXO N° 1**

### **RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS GRUPOS NOMINALES. CLASIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE APORTACIONES**

GRUPO NOMINAL: cuatro grupos:

1. Grupo Nominal profesorado de Centros Públicos de Huelva capital.
2. Grupo Nominal profesorado de Centros Públicos de la provincia de Huelva.
3. Grupo Nominal profesorado de Centros Concertados.
4. Grupo Nominal de Informantes Clave.

PREGUNTA FORMULADA:

*¿Cuáles crees tú que son las dificultades más importantes para poder llevar a cabo la Educación para la Salud como materia transversal?*

A continuación se presentan los resultados obtenidos, estructurados de la manera siguiente:

1º. SÍNTESIS DE APORTACIONES PRIORIZADAS (tabla)

2º. RESULTADO DE APORTACIONES TOTALES POR CADA GRUPO



**1º. SÍNTESIS DE APORTACIONES PRIORIZADAS**

DIFICULTADES MÁS IMPORTANTES IDENTIFICADAS Y PRIORIZADAS POR LAS PERSONAS INFORMANTES PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO MATERIA TRANSVERSAL EN LAS ETAPAS ESCOLARES DE INFANTIL Y PRIMARIA

Profesorado C. Públicos Huelva capital	Profesorado C. Públicos Huelva provincia	Profesorado C. Concertados	Informantes clave
1. Disociación Familia-Escuela	1. Falta formación del profesorado	1. Conseguir actitud crítica del alumnado	1. Disociación Familia-Escuela
2. Falta colaboración de padres	2. Identificar contenidos de EpS	2. Falta coordinación Escuela-Familia	2. Falta colaboración de padres
3. La transversalidad	3. Concepción de Salud profesorado	3. Contradicción valores sociales y Salud	3. Malos hábitos sociales y familiares
4. Concepción de Salud profesorado	4. Falta coordinación Familia-Escuela	4. Falta formación del profesorado	4. Faltan recursos didácticos
5. Falta colaboración Centro Salud-Escuela	5. Falta implicación instituciones sanitarias	5. Falta de recursos didácticos	5. Concepción de Salud profesorado
6. Falta formación del profesorado	6. Nula colaboración de los expertos de salud	6. Falta de interés del profesorado por temas de salud	6. Falta de apoyo de instituciones sanitarias
7. Contradicción valores sociales y Salud	7. Falta de reflexión del profesorado sobre el tema de salud	7. Falta de motivación del profesorado	7. Las exigencias sociales que presionan la Escuela
8. Falta de recursos didácticos	8. La transversalidad	8. Concepción de Salud del profesorado	8. La transversalidad
	9. El currículum oculto		9. Concepción de Salud de la comunidad
			10. Tratamiento parcial de la EpS
			11. Falta de coordinación Centro Salud-Escuela
			12. No control de la Administración Educativa.



## 2º. RESULTADO DE APORTACIONES TOTALES POR CADA GRUPO

### GRUPO NOMINAL PROFESORADO DE CENTROS PÚBLICOS DE HUELVA CAPITAL

Nº total de personas participantes: 8

Aportaciones totales: 48:

1. No hay cauces entre el Centro de Salud y el Colegio.
2. Falta de colaboración de los padres.
3. El tratamiento en la Escuela es poco sistemático puesto que no es una materia curricular.
4. Falta planificación adecuada por parte de distintos niveles (Educación-Centro de Salud).
5. Se priorizan más otros aspectos que la EpS porque todo no se puede hacer.
6. Escasez de tiempo real en el aula.
7. Poco material a la hora de trabajar en el aula.
8. Están muy arraigados los hábitos en la vida familiar y se necesitaría más información a los padres y a los niños.
9. Es una materia en la que el maestro/a no “se retrata”, no es evaluable.
10. Los niños no ponen en práctica las orientaciones básicas y eso desanima.
11. Tenemos la mentalidad de que la EpS es algo de la familia, esa responsabilidad compartida.
12. Disociación entre la Escuela y la familia: necesidad de compartir objetivos educativos.
13. La formación del profesorado.
14. La dispersión de los objetivos. La EpS no es una materia transversal.
15. Los padres no ayudan al profesorado en la Educación.
16. Inciden demasiadas personas en los niños (separaciones, centros, personas...).
17. No hay Centro de Recursos que facilite la tarea.
18. No somos especialistas. La responsabilidad no es de la Escuela, no la priorizamos.
19. No hay material bien estructurado por ciclos del que se pueda echar mano.
20. Incorporación de personal externo (C. de Salud) en la acción educativa.
21. El tipo de sociedad en la que vivimos. Nadamos a contra-corriente. Inversión de valores.
22. No hay materiales elaborados.
23. Influencia negativa de los Medios de Comunicación.
24. La salud física preocupa bastante en la familia, no así la emocional.
25. En casos difíciles ha habido falta de atención por parte de los Servicios Sociales. Que los estamentos cumplan con su misión.
26. Los padres no colaboran. Negación a las vacunas.
27. Los temas básicos (higiene) son difíciles de abordar desde la Escuela y con las familias.
28. Infrautilización de recursos.
29. No se le da importancia a la salud mental: incorporar este contenido.
30. Poca concreción en los contenidos a tratar en EpS.
31. Dejadez y desánimo del profesorado por no sentirse apoyado por los padres.
32. Los padres pretenden ocupar al máximo el tiempo de los hijos, sin tener en cuenta los perjuicios para la salud.
33. No es un objetivo de Colegio a conseguir. La EpS sólo para temas puntuales.

34. Se hace mucho hincapié en temas de desayuno o similar pero los padres no colaboran.
35. Dificultad para tratar con los padres la falta de higiene.
36. No se consolidan los objetivos en las distintas etapas (objetivos no secuenciados en las etapas educativas).
37. No se lleva a cabo la EpS por “comodidad”.
38. Provoca aburrimiento decir las cosas y que no se hagan.
39. Faltan recursos educativos para llevar a cabo los programas de EpS.
40. Falta de tiempo del profesorado para elaborar materiales de EpS.
41. Falta de credibilidad de los padres frente a la formación del profesorado.
42. En el tema de valores “te pueden parar los pies”, hay que enseñar Matemáticas y esas cosillas...
43. Se necesitan hábitos de salud en la familia para poder educar en Salud.
44. No nos hemos creído el profesorado la reforma de la LOGSE (introducción EpS), la transversalidad.
45. Saturación de “Día de... (la fruta, el bocadillo...)”.
46. Los niños se están “consintiendo” en lugar de educarles, por comodidad de los padres.
47. Los padres no consideran una necesidad para la salud la actividad deportiva y el juego. El juego se aprovecha poco, no se juega.
48. Está poco consensuado el concepto de salud (salud física-salud mental).

No se pidieron aclaraciones.

Se llegó al consenso de 42 aportaciones (eliminación de 8 por considerarlas que estaban repetidas: 6, 15, 19, 28, 36, 38)

Se seleccionaron mediante votación un total de 12 aportaciones, consideradas como las más importantes:

1. La disociación entre la Escuela y la familia. Hay necesidad de compartir los objetivos educativos (16 puntos).
2. Falta de colaboración de los padres (13 puntos).
3. El profesorado no nos hemos creído la reforma de la LOGSE (introducción de EpS) respecto a la transversalidad (12 puntos).
4. El tratamiento de la Educación para la Salud es poco sistemático, puesto que no está como materia curricular (10 puntos)
5. Está poco consensuado el concepto de salud (salud física-salud mental) (10 puntos)
6. Faltan cauces entre el Centro de Salud y la Escuela (9 puntos)
7. Falta formación en el profesorado (8 puntos)
8. Necesidad de incorporación de personal externo (C. De Salud) en la acción educativa (8 puntos)
9. El tipo de sociedad en la que vivimos: nadamos a contra-corriente. Inversión de valores (8 puntos)
10. La Educación para la Salud no es un objetivo del colegio a conseguir. Sólo se tratan temas puntuales (8 puntos)
11. Se priorizan más otros aspectos que la Educación para la Salud por falta de tiempo (7 puntos)
12. No hay centro de recursos que facilite la tarea de EpS (7 puntos)

### FASE FINAL DE DISCUSIÓN

1. Se plantea la necesidad de que la EpS se convierta en materia curricular para trabajarla específicamente. Otras personas opinan que debe mantenerse como materia transversal, ya que son contenidos que tienen que impregnar todo. Hay una opinión mayoritaria para mantener esta transversalidad.
2. La Educación en valores debe ser permanente.
3. Se explicita que la transversalidad se lleva a cabo con actividades puntuales.
4. Se ve la necesidad de crear en los centros Escuela de Padres.
5. Respecto a los padres: los hay “muy ocupados” en zonas de familias acomodadas que no tienen tiempo de mantener el contacto con el colegio y en las zonas marginales, sencillamente no van.
6. Sería conveniente adecuar el horario escolar para las actividades con los padres.
7. Las dificultades varían con las zonas donde está ubicado el centro.
8. Se aborda el tema de las evaluaciones como algo que no sirve y que está fuera de la escuela.
9. Se plantea la “caída de la Escuela Pública”. Las autoridades académicas no están centradas en la Educación.

### GRUPO NOMINAL PROFESORADO DE CENTROS PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE HUELVA

Nº total de personas participantes: 6

Aportaciones totales: 63

1. Se considera una tarea familiar.
2. No tener claro qué es EpS
3. Muchas veces tenemos que tratar demasiados temas
4. El agobio en los docentes por lo apretado del programa
5. Falta de formación mía en cuanto al tema
6. Descoordinación entre Escuela y organismos oficiales
7. No me parece que esté muy claro lo que es el concepto de transversalidad.
8. Nula preparación-información de lo que es EpS, de lo que eso significa
9. Lo que se dice en el Colegio no se aplica en la familia, queda sólo para el Colegio
10. Choque del colegio con la familia y la sociedad
11. Muy mediatizada en primaria por la asignatura de Conocimiento del Medio
12. La no secuenciación y no aparición en los libros de texto
13. La falta de tiempo para coordinar las actividades que se hagan y hacer una programación sistematizada
14. Escaso apoyo de materiales para EpS
15. Tenemos que plantearnos qué tenemos que enseñar a niños de primaria que les sirva como base para su formación y aprendizaje futuro
16. La falta de continuidad una vez que el niño sale de la escuela por falta de tiempo de la familia, conocimientos, costumbres...
17. Reticencias y susceptibilidades en los niños y la familia ante algunos temas
18. Falta de concienciación
19. La EpS se convierte en una serie de normas que las maestras/os ponen en clase y tienen que cumplirse
20. Cómo enseñar sobre EpS sin haber tenido referentes anteriores

21. Una lucha contra la publicidad, sobre todo en cuestión de alimentos fabricados única y exclusivamente para niños
22. Una lucha contra costumbres muy arraigadas en la sociedad
23. Desconocimiento de si hay grupos de trabajo sobre Salud y experiencias didácticas
24. Desconocimiento en EpS
25. Concepto muy parcial de EpS, se limita únicamente a lo que es físico, lo emocional no está incluido.
26. Dificultad para incluirla dentro del currículum
27. La falta de implicación de otras instituciones como el SAS y el EOE
28. Se confunde con hacer deporte
29. Trabas administrativas. Te mandan material de Educación sexual, lo puedes pedir pero tienen que pasar por el Consejo Escolar.
30. Los padres no saben qué es EpS ni lo que significa qué es salud. No apoyan porque no saben
31. La falta de tiempo de los padres para atender a los hijos (incorporación de padres al trabajo). Los hijos pasan a ser cuidados por los abuelos.
32. No implicamos suficientemente los docentes a las familias en estos temas
33. Desde el colegio sólo colaboramos con la campaña de vacunación pero no la explicamos, sólo pasamos el papelito.
34. Hay una nula colaboración por parte de los especialistas, de la institución de EpS con los centros docentes.
35. Estamos en la sociedad del mínimo esfuerzo. La EpS requiere ciertos esfuerzos y es darnos contra la pared
36. Falta de campañas y semanas culturales en los colegios dedicadas a EpS
37. Experiencias negativas con personas relacionadas con el mundo de la salud
38. Se trabaja de forma esporádica. Hay una falta de continuidad dentro del proceso educativo
39. Falta de actividades de unificación de criterios en el claustro
40. Hay temas difíciles de tocar con los alumnos, como temas de droga, anorexia, sexualidad , si podemos omitirlos, mejor
41. Somos maestros nunca especialistas en EpS a la hora de abordar ciertos temas
42. Es un tema que depende mucho de la persona que lo da
43. A la hora de priorizar valores en el curso, la EpS no nos parece prioritaria porque se entiende que ya lo tiene el niño
44. Hay determinados temas de EpS que se encasillan mucho en Infantil o primer ciclo de Primaria y ya no se vuelven a tocar con la misma profundidad
45. Que no existe una Escuela de Padres
46. Cuando existe la Escuela de Padres se confunde con un espacio de entretenimiento
47. En Primaria se suele enfocar sobre todo a alimentos sanos y a los dientes
48. Que en algunos Ciclos desaparece la EpS
49. A la poca preparación del docente sobre el tema se une el que a los críos se le hace monótono y muy aburrido los temas que se dan sobre salud
50. En muchos casos se hace solamente un tratamiento puntual ante algún problema que surge
51. Que no van expertos ni profesionales a los colegios
52. Los expertos cuando van al colegio van con una aureola que impide que se ponga a nivel de los padres
53. Los expertos algunas veces van al colegio a reñirnos
54. Las charlas de los expertos no están adaptadas al nivel de los niños , oral, nada de práctica ni visualización

55. Deberían existir docentes especialistas en EpS que coordinaran con los docentes actividades y facilitarían la labor
56. Hay muchas trabas administrativas, nos mandan currículum preciosos pero en el desarrollo falta tiempo, coordinación y personas especializadas
57. Ya que la EpS no es sólo del Colegio, hay una falta de coordinación entre Escuela, la familia y los especialistas para programar actividades
58. Hace falta un esfuerzo por crear unidades didácticas globalizadas sobre éste y otros temas sobre valores y abandonar el libro de texto como recurso principal y que sea una fuente más de investigación
59. Falta de reflexión sobre el tema
60. Se suele trabajar a nivel artificial, no es sistemático, se queda en la mera anécdota
61. Deberían enfocarse los temas de EpS de tal manera que el niño los asuma como parte de su vida diaria
62. Que sea “políticamente correcto”, que esté en consonancia, que no haya censura desde la Administración
63. Depende un poco del currículum oculto de cada uno

#### APORTACIONES SELECCIONADAS MEDIANTE VOTACIÓN:

1. Nula preparación-información de lo que es EpS, de lo que eso significa (20 puntos)
2. Tenemos que plantearnos qué tenemos que enseñar a niños de primaria que le sirva como base para su formación y aprendizaje futuro (12 puntos)
3. No tener claro qué es EpS (11 puntos)
4. Deberían existir docentes especialistas en EpS que coordinaran con los docentes actividades y facilitarían la labor (9 puntos)
5. Ya que la EpS no es sólo del Colegio, hay una falta de coordinación entre Escuela, la familia y los especialistas para programar actividades (7 puntos)
6. La falta de implicación de otras instituciones como el SAS y el EOE (6 puntos)
7. El agobio en los docentes por lo apretado del programa (6 puntos)
8. La falta de tiempo para coordinar las actividades que se hagan y hacer una programación sistematizada (6 puntos)
9. La falta de continuidad una vez que el niño sale de la escuela por falta de tiempo de la familia, conocimientos, costumbres... (5 puntos)
10. Una lucha contra la publicidad, sobre todo en cuestión de alimentos fabricados única y exclusivamente para niños (5 puntos)
11. Los padres no saben qué es EpS ni lo que significa qué es salud. No apoyan porque no saben (5 puntos)
12. Hay una nula colaboración por parte de los especialistas, de la institución de EpS con los centros docentes (4 puntos)
13. Falta de reflexión sobre el tema (4 puntos)
14. Deberían enfocarse los temas de EpS de tal manera que el niño los asuma como parte de su vida diaria (3 puntos)
15. Choque del colegio con la familia y la sociedad (3 puntos)
16. Se trabaja de forma esporádica. Hay una falta de continuidad dentro del proceso educativo (3 puntos)
17. Somos maestros nunca especialistas en EpS a la hora de abordar ciertos temas (3 puntos)
18. Es un tema que depende mucho de la persona que lo da (3 puntos)
19. Estamos en la sociedad del mínimo esfuerzo. La EpS requiere ciertos esfuerzos y es darnos contra la pared (2 puntos)
20. Falta de actividades de unificación de criterios en el claustro (2 puntos)

21. A la poca preparación del docente sobre el tema se une el que a los críos se les hace monótono y muy aburrido los temas que se dan sobre salud (1 punto)

### FASE FINAL DE DISCUSIÓN

1. Se ha avanzado algo en EpS
2. No tengo claro el concepto de Salud
3. En el plano emocional no se trabaja
4. Hasta que no se tenga claro qué es la transversalidad, hay que explicarlo.
5. Deberían explicar qué es Salud y qué entra dentro de EpS.
6. Dar a los individuos la capacidad de vivir satisfactoriamente.
7. A veces se da con gente que lo tiene claro, la gente del MCEP me ha enseñado mucho.
8. Los libros están mal hechos.
9. Los temas transversales son difíciles de incorporar.
10. Los libros están hechos en despachos.
11. El colegio es una bolsa en la que se mete todo.
12. La psicóloga del EOE no aparece y tengo problemas importantes.
13. No hay relación entre el Centro de Salud y el Colegio.
14. No sabemos actuar.
15. Hay que empezar por el principio: ¿qué es EpS?
16. ¿Hasta dónde llega nuestra labor?
17. Hay casos de salud mental.
18. Hay temas médicos en los que ellos no se implican, no nos facilitan protocolo de actuación.
19. Hay una indefensión muy grande.
20. Los problemas afectivos son un caos.
21. Hay problemas que no se ven, las familias no los entienden.
22. Hay maltratos que intuimos.
23. ¿Quién denuncia ciertas situaciones?
24. Hay niños con problemas que están perjudicando a los demás.
25. No estamos preparados para todo.
26. Los ayuntamientos no se implican en temas sociales.
27. Hay temas en los que no nos podemos implicar.
28. Tenemos que solventarlo todo.
29. No podemos responsabilizarnos de administrar medicamentos.
30. No dejan a los niños en casa cuando están enfermos.
31. ¿Qué papel hacemos los maestros?
32. No hay nada planificado.
33. Se hace Educación Física y sin cuidados.
34. Somos imprudentes a la hora de curar a un niño.
35. Las instituciones sanitarias deberían enseñar sobre Salud y deberían implicarse más.

### GRUPO NOMINAL PROFESORADO DE CENTROS CONCERTADOS

Nº total de personas participantes: 6

Aportaciones totales: 61

1. La salud no como materia o asignatura puntual sino con una visión global, en todas las áreas y con sentido educativo.

2. Interés del profesorado por estos temas
3. Cómo introducir un objetivo de EpS en otras materias instrumentales
4. La salud le pilla lejos a los niños, se ven sanos y la EpS queda fuera de sus intereses
5. Coordinación de la Escuela-Familia en los temas de EpS
6. Romper los tópicos de las familias respecto a la EpS.
7. La coeducación entre familia-Escuela y atender a la realidad actual a nivel de la desestructuración familiar (trabajo padres)
8. No hay problemas respecto a la familia ni con la dirección del Centro, siempre hay colaboración.
9. Pensar que la EpS es una tarea de los padres y no de la Escuela.
10. La colaboración del Centro de Salud es escasa, hay poco apoyo.
11. Las incoherencias entre Escuela-sociedad, como el tabaco, alcohol, sedentarismo, contaminación.
12. Menos “santos” y más sanos (día de....)
13. Mostrar al educador como ejemplo. El profesorado no transmite hábitos de salud.
14. No encuentro dificultades, las editoriales reflejan los contenidos necesarios para los temas transversales (aunque siempre habría que ampliar)
15. Hay muchos profesores que piensan que la EpS quita tiempo a otras materias
16. El educar es fácil (apoyo por parte de la familia)pero obtener resultados no es tan fácil, ya que hay incoherencias.
17. Son contenidos actitudinales y dificultan la sistematización en actividades.
18. La preparación del profesorado
19. Hacer al alumno capaz de tener una actitud crítica frente a los medios de información
20. Aunque el tiempo es limitado para impartir la totalidad de la programación, si el profesor quiere, puede conseguir impartir esta materia transversal
21. Falta de formación del profesorado que hace que se le dé poca importancia a la EpS
22. La transversalidad como dificultad específica
23. La dificultad para la coordinación de los equipos educativos para trabajar las áreas transversales
24. El trabajo en equipo y sus dificultades
25. Considerar la importancia de la EpS más allá de los hábitos personales que intentamos inculcar y la dificultad de coordinación en esta área por esa causa
26. Está en la planificación del Centro y en el proyecto curricular y no hay dificultad para llevarla a cabo
27. Concretar la EpS en Conocimiento del Medio sin considerar que es una materia transversal.
28. Trabajar un proyecto concreto durante un curso es algo positivo y necesario
29. Falta motivación del profesorado en EpS porque los resultados son a largo plazo y efímeros.
30. Ir contra querencias
31. La formación específica del profesorado (dificultades de salud en la actualidad: Bulimia, alcohol...)
32. Como materia transversal puede salir en cualquier momento y hay que aprovecharlo.
33. Al ser materia transversal no se asume como obligatoria
34. Dificultad para flexibilizar los proyectos y dedicar tiempo a “lo que surge”
35. Utilizar los recursos propios del Centro y no centrarnos sólo en los materiales editoriales
36. La transversalidad no debe dar lugar a ningún tipo de duda
37. Es más difícil “educar” que “instruir”

38. En Matemáticas y Lengua es más difícil adaptar los materiales de las editoriales en EpS
39. La responsabilidad del Centro hacia la prevención
40. Falta una programación específica y continuada de EpS para el curso
41. Los C. de Salud cuando intervienen en el Colegio, siempre lo hacen más para “curar” (con la excepción de vacunas) que para prevenir.
42. La EpS requiere actividades “muy prácticas”
43. La escasa dedicación de recursos económicos a la EpS en la Escuela
44. Falta de adecuación de recursos que hagan de la salud algo vivo y práctico
45. Falta de coordinación en la información sobre salud que llega al Centro
46. Falta de recursos humanos y materiales en la Escuela
47. Se debería aprovechar las actividades que se hacen fuera para educar en salud
48. Falta de creatividad en los centros escolares y en el profesorado
49. Maestro “liendre” que de todo sabe y de nada entiende.
50. Conectar la EpS con los temas medioambientales
51. Que todo esto se nos viene abajo con la Ley de Calidad
52. Llegar a todos los ámbitos de la salud desde las actividades de la Escuela es una dificultad. La escuela es limitada y no llega a todo.
53. Hacer de la Escuela una “avanzadilla” de salud y no una isla.
54. La Consejería de Salud no ofrece recursos (cursos) a los Centros con personal cualificado.
55. La EpS es algo tan continuo que el hecho de dar una charla no es significativo
56. Los Medios de Comunicación ayudan poco
57. Los hábitos alimentarios no son saludables desde las familias
58. Comidas Yanquis
59. La sociedad ayuda poco desde sus valores
60. La falta de adecuación de hábitos de salud para los tiempos actuales
61. Sociedad consumista y competitiva

#### APORTACIONES SELECCIONADAS MEDIANTE VOTACIÓN

1. Hacer al alumno capaz de tener una actitud crítica frente a los medios de información (11 puntos)
2. Coordinación de la Escuela-Familia en los temas de EpS (10 puntos)
3. Las incoherencias entre Escuela-sociedad, como el tabaco, alcohol, sedentarismo, contaminación (9 puntos)
4. Falta de formación del profesorado que hace que se le dé poca importancia a la EpS (9 puntos)
5. La transversalidad como dificultad específica (9 puntos)
6. La salud no como materia o asignatura puntual sino con una visión global, en todas las áreas y con sentido educativo (7 puntos)
7. Es más difícil “educar” que “instruir” (7 puntos)
8. Está en la planificación del Centro y en el proyecto curricular y no hay dificultad para llevarla a cabo (6 puntos)
9. La formación específica del profesorado (dificultades de salud en la actualidad: Bulimia, alcohol...) (6 puntos)
10. La transversalidad no debe dar lugar a ningún tipo de duda (6 puntos)
11. La escasa dedicación de recursos económicos a la EpS en la Escuela (6 puntos)
12. Los hábitos alimentarios no son saludables desde las familias (6 puntos)
13. La sociedad ayuda poco desde sus valores (6 puntos)



14. Interés del profesorado por estos temas (5 puntos)
15. Conectar la EpS con los temas medioambientales (4 puntos)
16. Aunque el tiempo es limitado para impartir la totalidad de la programación, si el profesor quiere, puede conseguir impartir esta materia transversal (3 puntos)
17. Falta motivación del profesorado en EpS porque los resultados son a largo plazo y efímeros (3 puntos)
18. Falta de adecuación de recursos que hagan de la salud algo vivo y práctico (3 puntos)
19. Maestro “liendre” que de todo sabe y de nada entiende (3 puntos)
20. Falta de creatividad en los centros escolares y en el profesorado (2 puntos)
21. La salud le pilla lejos a los niños, se ven sanos y la EpS queda fuera de sus intereses (1 punto)
22. Hay muchos profesores que piensan que la EpS quita tiempo a otras materias (1 punto)
23. Como materia transversal puede salir en cualquier momento y hay que aprovecharlo (1 punto)
24. Falta de recursos humanos y materiales en la Escuela (1 punto)
25. La Consejería de Salud no ofrece recursos (cursos) a los Centros con personal cualificado (1 punto)

#### FASE FINAL DE DISCUSIÓN

1. La Escuela no es sólo la que educa.
2. Necesidad de comunicación entre la Escuela, la familia y las Consejerías de Educación y Salud.
3. Conflicto entre Escuela-familia y sociedad-Escuela.
4. La formación del profesorado es insuficiente.
5. La instrucción está por encima de la Educación.
6. Nos puede cargar sobre las espaldas del profesorado todo. Hay que invertir en recursos.
7. Debe invertirse dinero en la Educación.
8. La Escuela no puede hacer todo.
9. La Administración “nos deja a los niños”. No hay especialistas.
10. La coordinación Escuela-familia-sociedad es básica, si no, se crearía una contradicción.
11. En la Escuela no se pueden hacer “milagros”.
12. En las Escuela se nos exige una cosa y luego en la sociedad es otra.
13. Es una contradicción en la sociedad las actitudes no saludables.
14. Los gobiernos intentan hacer analfabetos.
15. No hay recursos.
16. La función de profesor se asume como una vocación y hay que aguantar lo que venga.
17. Como es transversal hago lo que puedo hacer pero nadie vigila lo que haces.
18. Los recursos de todo tipo son precarios en la Educación.
19. La Escuela puede hacer muy poco ante los valores sociales predominantes.
20. Desnivel entre la Escuela y la sociedad en su progreso. No da tiempo a adaptarse a los cambios.
21. La Escuela va a contra-corriente de la sociedad.
22. ¿Al Gobierno le interesa mejorar?
23. La LOGSE es preciosa pero ¿cómo se aplica?
24. La Escuela no encuentra salida, no surten efecto los aspectos educativos.

GRUPO NOMINAL DE INFORMANTES CLAVE

N° personas participantes: 6

Aportaciones totales: 38

1. La no existencia de materiales curriculares editados
2. La falta de identificación de la familia con algunos objetivos de EpS
3. Pocos recursos ( poco personal de apoyo de las instituciones, recursos materiales y tiempo)
4. La necesidad de darnos cuenta de la importancia del tema de salud, llevarlo al aula creando en los niños y niñas hábitos de buena salud.
5. Se asuma por parte de profesores y familia la importancia de la EpS en el desarrollo integral del alumnado
6. Falta de implicación familiar
7. La falta de un departamento u organismo específico que apoye y desarrolle esos programas
8. La presión social y de los Medios de Comunicación y de la sociedad en contra de muchos de los objetivos de EpS
9. Poca colaboración por parte de la familia para llevar a la práctica los hábitos de salud que pretendemos con la transversalidad
10. El seguir “un libro” hace que determinados temas se traten sólo como conceptos
11. No suelen aparecer los temas transversales en el trabajo de la planificación en el aula de forma sistemática
12. No existen profesionales sanitarios que colaboren con los centros educativos (educación sexual y drogodependencia)
13. La falta de actitudes por parte del profesorado
14. Un exceso de contenidos transversales programados y “no programados” (que surgen, por ejemplo, Educación para la Paz).
15. Hay poco tiempo para llevar a cabo los contenidos conceptuales de cada unidad didáctica más los aspectos transversales.
16. El tema de salud implica a los padres y cada vez vienen menos al centro
17. Impotencia para paliar la influencia de los malos hábitos familiares y sociales en el desenvolvimiento diario de la vida del Centro (alimenticios, higiénicos, horas de sueño)
18. Falta de implicación por los Servicios Sociales cuando se detecta algún problema relacionado con la Salud (por ejemplo higiene y alimentación del alumnado)
19. Las múltiples exigencias sociales que presionan la Escuela.
20. La falta de tiempo por parte del profesorado para la búsqueda de información y asesoramiento sobre este tema
21. Dificultades para conseguir no sólo información sino a personas preparadas que puedan despertar el interés en el alumnado en los temas de EpS
22. Los Medios de Comunicación como perjudiciales para la EpS (los malos hábitos que ven en Tv)
23. Falta continuidad en el desarrollo curricular de aspectos relacionados con EpS. Muchas actividades puntuales pero sin continuidad (desayuno escolar, día de la fruta, higiene dental)
24. La poca coordinación-colaboración con los Centros de Salud y el Centro Escolar cuando el alumno/a presenta algún problema de salud
25. La excesiva celeridad con la que se vive en la Escuela, fruto de los múltiples problemas y tareas que nos afectan
26. Para una parte del profesorado, la EpS tiene una importancia secundaria, siendo más prioritarias las académicas

27. La influencia nociva de la Tv en la Educación para la no violencia
28. La falta de colaboración del Centro de Salud con respecto al Colegio. No vienen cuando los necesitas, sólo para tareas de tipo sanitario que sólo les incumbe a ellos (por ejemplo, vacunaciones)
29. Falta de vinculación curricular con otros temas transversales como valores, coeducación, Medio Ambiente...
30. No existencia de materiales curriculares editados y falta de materiales y recursos didácticos para trabajar en el aula y en el propio centro educativo
31. La infrautilización de los recursos disponibles en la red institucional y en Internet, además de los recursos disponibles que no se usan
32. No hay mucha motivación por estos temas por parte del profesorado
33. Estas unidades transversales las tiene que preparar el profesor y cada vez hay más falta de tiempo. El profesorado “mira el reloj” y no quiere dedicar más tiempo del que le marca la Ley.
34. No asumir por parte de los distintos sectores de la comunidad educativa la influencia que los hábitos personales adquiridos a través de la Educación tienen en la conservación y mejora de la salud personal y social y del Medio Ambiente
35. La inexistencia de control por parte de la Administración
36. La poca importancia que dan los libros de texto a la EpS
37. Percatarse por parte del profesorado de la necesidad e importancia de llevar el tema de salud al aula
38. Lo poco que se hace de EpS se centra en la salud física y se obvia la salud mental

Se pidieron aclaraciones al ítem n° 3

Se eliminaron por consenso los ítems n°: 1, 2, 6, 13, 16, 22, 27, 28, 29, 32 y 33 por considerarlos repetidos.

#### APORTACIONES SELECCIONADAS MEDIANTE VOTACIÓN

1. Se asuma por parte de profesores y familia la importancia de la EpS en el desarrollo integral del alumnado (27 puntos)
2. La presión social y de los Medios de Comunicación y de la sociedad en contra de muchos de los objetivos de EpS (15 puntos)
3. Poca colaboración por parte de la familia para llevar a la práctica los hábitos de salud que pretendemos con la transversalidad (14 puntos)
4. Impotencia para paliar la influencia de los malos hábitos familiares y sociales en el desenvolvimiento diario de la vida del Centro (alimenticios, higiénicos, horas de sueño) (11 puntos)
5. No existencia de materiales curriculares editados y falta de materiales y recursos didácticos para trabajar en el aula y en el propio centro educativo (7 puntos)
6. Percatarse por parte del profesorado de la necesidad e importancia de llevar el tema de salud al aula (6 puntos)
7. Pocos recursos ( poco personal de apoyo de las instituciones, recursos materiales y tiempo) (5 puntos)
8. Las múltiples exigencias sociales que presionan la Escuela (5 puntos)
9. Falta continuidad en el desarrollo curricular de aspectos relacionados con EpS. Muchas actividades puntuales pero sin continuidad (desayuno escolar, día de la fruta, higiene dental) (5 puntos)
10. La excesiva celeridad con la que se vive en la Escuela, fruto de los múltiples problemas y tareas que nos afectan (5 puntos)
11. No asumir por parte de los distintos sectores de la comunidad educativa la influencia que los hábitos personales adquiridos a través de la Educación tienen

- en la conservación y mejora de la salud personal y social y del Medio Ambiente (5 puntos)
12. Lo poco que se hace de EpS se centra en la salud física y se obvia la salud mental (4 puntos)
  13. Hay poco tiempo para llevar a cabo los contenidos conceptuales de cada unidad didáctica más los aspectos transversales (2 puntos)
  14. La poca coordinación-colaboración con los Centros de Salud y el Centro Escolar cuando el alumno/a presenta algún problema de salud (2 puntos)
  15. Para una parte del profesorado, la EpS tiene una importancia secundaria, siendo más prioritarias las académicas (1 punto)
  16. La inexistencia de control por parte de la Administración (1 punto)

### FASE FINAL DE DISCUSIÓN

1. A pesar de la falta de recursos, si el profesorado asume la importancia de la EpS, se llevaría a cabo.
2. Si el profesorado le da importancia lo trabaja pero si la familia no lo asume cae en el vacío.
3. Los dos pilares son la familia y la educación. El apoyo a la familia y la Educación Permanente son claves. No podemos abordar la EpS sin ambos compromisos.
4. Si los padres no vienen, no podemos hacer nada. Los padres que más lo necesitan son los que menos vienen.
5. Los niños son la consecuencia de la mala educación de los padres.
6. La captación de los padres está dificultada por: problemas de drogas, paro, empleo precario, excesivo número de horas en el trabajo... que hace que se produzca una delegación en los abuelos.
7. La mujer se incorpora al trabajo y los Servicios Sociales no apoyan.
8. Las madres son las que van al Colegio, nunca los padres.
9. Hay crisis de autoridad vinculada al mundo de los valores.
10. No hay "calidad" en el tiempo de dedicación a la educación de los hijos y se está perdiendo.
11. La actividad de una charla para padres no es atractiva.
12. La degradación del ambiente familiar está avanzando y nos está llevando a un caos.
13. Se detecta una falta de madurez de los niños y niñas para cuidados básicos.
14. Los padres valoran poco la cultura y la Educación.
15. La cultura del esfuerzo no está instaurada.
16. Ahora las madres se enfrentan al profesorado para dar la razón a los niños.
17. Los padres no tienen proyecto de vida con los hijos, no se habla, no se dialoga.



## ANEXO N° 2

### GUIÓN UTILIZADO EN LAS ENTREVISTAS

- 1) Breve presentación del objetivo de la entrevista.
  - 2) Guión orientativo:
    - Desde tu experiencia, ¿cuáles crees tú que son las dificultades más importantes para llevar a cabo la Educación para la Salud como materia transversal?
    - ¿Qué apoyos o elementos facilitadores destacarías en el desarrollo de la Educación para la Salud?
    - Los grupos que han ido participando hasta el momento en esta investigación han identificado una serie de dificultades. Las más importantes han sido:
      - La disociación que existe entre la Familia y la Escuela
      - La transversalidad como algo difícil de llevar a la práctica
      - La falta de formación del profesorado en materia de Educación para la Salud.
      - Los valores sociales predominantes que incitan a hábitos no saludables
      - La falta de coordinación y/o colaboración entre el Centro de Salud y la Escuela.
- ¿Qué opinas tú sobre estas dificultades?
- ¿Cuáles te parecen más relevantes?
- Ante esta situación, ¿qué alternativas propondrías para intentar superar estas dificultades?
  - ¿Qué otros aspectos te gustaría comentar respecto al desarrollo de la Educación para la Salud en la Escuela?



### ANEXO N° 3

#### **GUIÓN UTILIZADO EN LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN**

##### 1. INFORMACIÓN PREVIA

- a. La colaboración en esta investigación tiene “*carácter personal*” no institucional.
- b. El grupo de discusión es una técnica empleada en la investigación de carácter cualitativo y requiere su grabación oral y en vídeo. En este sentido, es importante poner de manifiesto lo siguiente:
  - Que en una investigación como ésta, el rigor científico es una condición indispensable y, por tanto, la *confidencialidad* de todo lo que aquí se hable está absolutamente garantizada.
  - La información recogida será transcrita literalmente omitiendo los nombres de las personas participantes y, además, en ningún momento, ni verbal ni por escrito aparecerán en la tesis doctoral (salvo para los agradecimientos en general).
  - La grabación en vídeo sólo será utilizada por mí exclusivamente y sólo en caso de que sea necesario para identificación de voz en la transcripción literal.

##### 2. OBJETIVO DE LA REUNIÓN

El objetivo de esta reunión es que se someta a discusión la Educación para la Salud como materia transversal en la Escuela en los niveles de Educación Infantil y primaria, que es el objeto de esta investigación.

##### 3. DINÁMICA DE LA REUNIÓN

En el transcurso de esta reunión es muy importante que sometáis a discusión vuestras opiniones y que comentéis todo cuanto se os ocurra sobre el tema.

##### 4. PREGUNTA CENTRAL PARA LA DISCUSIÓN

*¿CUÁL ES VUESTRA OPINIÓN RESPECTO A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA EN GENERAL Y, ESPECÍFICAMENTE, SOBRE LA FORMA EN QUE SE ESTÁ LLEVANDO A CABO?*



