

INVESTIGACIONES Y EXPERIENCIAS

EDUCACION PARA LA SALUD

MONTSERRAT FORTUNY (*)
JAVIER GALLEGO (**)

1. INTRODUCCION

La Educación para la Salud, como proceso educativo e instrumento de salud pública, se sustenta sobre dos derechos fundamentales: el *derecho a la educación* y el *derecho a la salud*, ampliamente reconocidos en nuestro marco constitucional (artículos 27 y 43, respectivamente, de la Constitución de 1978) y refrendados en su desarrollo legislativo (Ley Orgánica reguladora del Derecho a la Educación -LODE- y proyecto de Ley General de Sanidad -artículos 5 y 15-).

La Educación para la Salud formal, no formal e informal está considerada actualmente como un elemento importante en la formación y como un objetivo común de diversas instituciones responsables de «la calidad de vida en un territorio». Promover la salud, favoreciendo la formación de la persona y facilitando el desarrollo de una moderna conciencia sanitaria, es una tarea ardua y compleja tanto para la escuela como para las demás instituciones responsables de servicios para la comunidad. Concretamente en la escuela, prevenir significa *favorecer un crecimiento armónico de la personalidad del alumno*, que se alcanza construyendo condiciones y haciendo vivir experiencias capaces de beneficiar el proceso evolutivo.

2. CONCEPTOS BASICOS

En nuestro intento de precisar los objetivos y el campo concreto de la educación sanitaria en la escuela, consideramos útil efectuar unas referencias terminológicas previas acerca de los conceptos de *salud y educación para la salud*.

(*) Montserrat Fortuny i Gros. Profesora Titular de la E.U. de Formación del Profesorado de la Universidad de Barcelona.

(**) Javier Gallego. Jefe del Servicio de Educación para la Salud del Departamento de Sanidad, Bienestar y Trabajo de la Diputación General de Aragón.

2.1. Concepto de salud

La multiplicidad de concepciones (1) existentes acerca del término *salud* se explica a partir de las variaciones que éste ha ido experimentando a lo largo de los últimos cuarenta años. Mediando dicho lapso de tiempo, se ha pasado de una concepción negativa y restrictiva de la salud a una nueva significación positiva y muy amplia.

2.1.1. Concepto restrictivo y negativo

Hasta llegar a la década de los años cuarenta, la salud se definía como *ausencia de enfermedad*. Semejante concepción aparecía como clara consecuencia del hecho de centrar la medicina en la asistencia sanitaria, la curación y la rehabilitación del enfermo; se derivaba, por lo tanto, de la gran preponderancia otorgada a la medicina asistencial, muy centrada en el médico, el paciente y el acto de curar. Aunque esta concepción ha sido cuestionada por los investigadores totalmente, de alguna manera aún pervive en nuestros días. Como dice J. Gol: «... todos tenemos la intuición de que salud equivale a no tener enfermedades y pensamos que si las eliminamos, obtenemos automáticamente la salud» (2). Sin embargo, el hecho de que algunos individuos pertenecientes a la sociedad actual asuman o expresen esta concepción de la salud se debe tanto a su falta de formación en este sentido como a la influencia que ejerce el modelo sanitario, en el que la población se halla inmersa. En cambio, resulta bastante más difícil justificar que tal concepto sea defendido por algunos integrantes del personal sanitario, concretamente por aquellos que, mediante su práctica, demuestran pensar más en la curación de la enfermedad que en la producción de salud.

2.1.2. Un concepto amplio y positivo

Una de las primeras definiciones que avanzan en esta dirección nueva es la formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, que dice así: «Salud equivale a un completo estado de bienestar físico, mental y social que no consiste únicamente en una ausencia de enfermedad».

Esta concepción encierra una idea positiva de salud al concebirla como un despliegue de bienestar en todos los ámbitos de la persona. Sin embargo, también ha encajado algunas críticas, siendo la más insistente, precisamente, la que califica de engañosa la mencionada idea de bienestar. Según esta crítica, *bien-ser* no quiere decir *bienestar*.

Tener bienestar podría asociarse a la idea de alto «standing» económico o social, o entenderse como el fruto de la posesión de numerosos bienes, e incluso

(1) Véase el artículo de Morragas, R. *Papers*, 5.

(2) Gol, J. La salut. *Annals de Medicina* (Organó de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears), vol. 63 (7), julio 1977.

que puede irse mejorando día a día como resultado de unas formas determinadas de vida o de unos hábitos personales concretos.

El concepto de salud que propusieron los médicos y biólogos catalanes reunidos en 1975 gira en torno a los siguientes parámetros:

● *Salud ligada a la autonomía.* Una manera de vivir es sana cuando es autónoma, es decir, cuando con enfermedad o sin ella la persona tiene el mínimo posible de limitaciones y es lo más señora de sí misma que puede, capaz de escoger libremente; por lo tanto, cuando dispone de información y de posibilidades de utilizarla para ser menos limitada. En consecuencia, la autonomía puede orientarse tanto hacia la curación de la enfermedad como hacia la realización del individuo.

● *Salud ligada a la solidaridad.* Esto es, no puede pensarse en la realización de uno mismo si en este proceso no se tiene en cuenta la realización de los demás, puesto que se debe ser solidario.

● *Salud ligada a la felicidad.* Ello quiere decir estar satisfecho profundamente, aunque en algún momento la persona pueda encontrarse mal. Significa, por tanto, disfrutar de alegría tanto en el bienestar como en la adversidad o enfermedad, siendo optimista ante la vida.

2.2. Educación para la salud

Podríamos enumerar algunas definiciones de diversos organismos internacionales de reconocido prestigio o de profesionales que han realizado estudios en este campo, con objeto de analizar los rasgos comunes que presentan y entresacar así las ideas esenciales que encierra el concepto de educación para la salud.

– OMS (1969): «La educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan.» (4).

– C. E. Turner: «Educación sanitaria supone el conjunto de experiencias que contribuye a inculcar en la persona hábitos, actitudes y conocimientos útiles relacionados con la salud individual, familiar y colectiva.» (5)

– M. Antonia Modolo: «La educación sanitaria es uno de los instrumentos de promoción de la salud y de la acción preventiva. Es un instrumento que ayuda a los individuos a adquirir un conocimiento científico de los problemas y comportamientos útiles para conseguir el objetivo salud.» (6)

(4) OMS. *Sr. Informe Tec.*, 432, 1969, p. 7.

(5) Turner, C. E. *Planteamiento de la educación sanitaria en la escuela.* Barcelona, UNESCO/Teide y OMS.

(6) Modolo, M. A. *Educazione sanitaria, comportamento e partecipazione.* Extracto de *Educazione sanitaria nella scuola.* Atti del XIX Corso Estivo di Educazione Sanitaria, Perugia, 1-10 septiembre 1981.

Aunque todas estas definiciones demuestren que existen diferentes enfoques de la educación sanitaria (lo que para unos es un instrumento o método de promoción y defensa de la salud, para otros es un conjunto de experiencias y situaciones dirigidas a modificar las opiniones, actitudes y comportamientos en relación a la salud), observamos, sin embargo, que en todas ellas subyace un denominador común: el intento de utilizar la educación para la salud con la finalidad de responsabilizarnos de la salud personal y de la salud de la colectividad.

2.2.1. *Cada persona es responsable de su propia salud*

Las personas pueden auto ayudarse a elevar el nivel de salud personal y están potencialmente en disposición de eliminar los riesgos de la enfermedad. Disfrutar de mayor salud depende de factores genéticos y/o hereditarios de nuestra biología sobre los que es más difícil incidir; no obstante, depende también del estilo de vida que adopta nuestra conducta personal, siempre modificable si uno se lo propone.

2.2.2. *La salud es una responsabilidad colectiva*

Para afrontar los numerosos problemas sanitarios de orden colectivo y ambiental planteados (como por ejemplo, la polución atmosférica, la falta de espacios verdes, etc.) es preciso emprender una tarea colectiva que sólo será posible si se eleva el grado de responsabilidad de los ciudadanos hacia dichos problemas, que se derivan del estilo de sociedad que adoptemos.

Y esa responsabilización requiere:

a) *Adquisición de un bagaje cultural, una información y unas actitudes que nos permitan resolver los problemas de salud.* Gracias a la información, cada persona puede gestionar o administrar mejor su salud porque conoce más a fondo los riesgos que la amenazan, los medios para evitar enfermedades y los instrumentos necesarios para intervenir correctamente en cada caso.

Ello permite, además, reducir la demanda social de tratamientos superfluos e ineficaces. Un público formado se preocuparía en primer lugar de la prevención primaria, es decir, de la intervención en la fase anterior a la aparición de la enfermedad; lo cual llevaría aparejada la reducción de la demanda de asistencia médica secundaria (dicho en términos illichianos, se reduciría el consumo de medicina).

b) *Inserción del valor salud en la comunidad.* Aunque a primera vista pueda parecer que la salud ya forma parte plenamente de la escala de valores de nuestra so-

(7) Modolo, M. A. y Sepilli, A. *Educazione Sanitaria*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1981.

(8) Martí i Valls, J. Sanitat i economia. *Jano*, 300 bis, diciembre 1977. También en el opusculo policopiado *Curs Monogràfic d'Educació per a la Salut a l'Escola*, Associació de Mestres «Rosa Sensat», Barcelona, julio 1982.

ciudad («salud, dinero y amor») reza el estribillo de una composición musical popular), en realidad no ocurre así, al menos tal y como ha sido definida en apartados anteriores. La salud sigue interpretándose como ausencia de enfermedad más que como promoción, elevación y prevención. Sin duda, es preciso un cambio de mentalidad en este sentido.

2.3. Educación sanitaria escolar

Después de abordar ampliamente el sentido de la educación sanitaria, puede decirse, sucintamente, que la educación para la salud en el marco escolar es la que se lleva a cabo en este tipo de institución, uno de los múltiples campos de acción posibles (laboral, familiar, comunitario, etc.).

En la educación sanitaria aplicada a los escolares, la educación es el proceso, la salud el contenido y la institución escolar el marco donde se desarrolla. Cabe decir, además, que de entre todos los campos de acción donde se lleva a cabo la educación sanitaria, la escuela resulta el más apropiado.

2.3.1. Idoneidad de la escuela

Constituye un hecho aceptado plenamente que la escuela es un lugar básico como marco de un programa de educación para la salud, privilegiado, como mínimo, por cuatro tipos de factores (9):

- a) Se trata de un campo de acción muy bien definido.
- b) En él se registra un elevado número de personas implicadas: alumnos, maestros y padres. Es la única institución que acoge a la totalidad de la población infantil a lo largo de un período considerable de tiempo, al menos de ocho años (el período de escolaridad obligatoria). Dado que la escuela tiene la ventaja de que llega siempre a todos los integrantes de la comunidad, ningún otro programa puede pretender ser tan extenso como el escolar.
- c) La peculiaridad de la colectividad de la que se ocupa, concretamente escolares en edad evolutiva, durante la cual se definen las actividades, los comportamientos y los hábitos definitivos que configurarán la ulterior personalidad del niño. Además, ésta es una edad extraordinariamente receptiva a la adquisición de comportamientos positivos para la salud física, mental y social del individuo; as-

(9) Algunos aspectos de los que aquí se mencionan los hemos extraído de: Salleras, Ll., *Educación Sanitaria*. Madrid-Barcelona, Ed. Díaz de Santos S.A., 1985; Salleras, Ll. *Principios y métodos de educación sanitaria* (Programa de Educación Sanitaria del Instituto Municipal de Higiene). Ayuntamiento de Barcelona, 1978; Salleras, Ll. y Juvanet, J. *Programa de Salud Escolar*, Barcelona, Publicacions de Salut Pública, Ayuntamiento de Barcelona, Unitat Operativa de Salut Pública, 1978; y Principios y metodología de la educación para la salud en la escuela.

pecto particularmente importante, sobre todo, cuando se trata de niños que aún no han tenido tiempo de adoptar formas de comportamiento o hábitos insanos.

d) La disponibilidad de medios y espacios formativos que facilitan la integración de la educación sanitaria en la educación general a través de la difusión de la información o mediante la adquisición de capacidad crítica para la comprensión de los problemas. La escuela proporciona multitud de ocasiones para vivir experiencias relacionadas con la salud, y si éstas son satisfactorias, contribuirán sensiblemente a su formación.

Además, existen medios que favorecen la introducción de unos conocimientos graduales, continuados y sistemáticos.

2.3.2. Fundamentos de la educación para la salud en la escuela

La idoneidad de la escuela como campo de acción de la educación sanitaria está justificada, además, por otras razones. La educación para la salud no puede soslayarse jamás en la escuela, puesto que está ligada a las propias funciones educativas, sociales y sanitarias que le brindan su razón de ser.

Consideramos que los fundamentos para la existencia de un programa de Educación para la Salud en la escuela se basan, principalmente, en una serie de funciones educativas, sociales y sanitarias:

a) Función *educativa*, como parte de una educación integral, ya sea desde el punto de vista *cultural* (actitudes frente a la salud, modelo de vida, conocimiento de los problemas...), ya desde la perspectiva *metodológica* (un trabajo participativo, crítico, reflexivo, a partir de las *necesidades* de la comunidad escolar...).

b) Función *social*, en cuanto que implica lazos y relaciones entre diversos componentes sociales que giran en torno al mundo del niño, como son la familia, el barrio, el Ayuntamiento, y diferentes servicios (sociosanitarios y otros).

c) Función *preventiva*, como instrumento fundamental de la promoción de la salud, por su contribución a la modificación de factores *ambientales*, físicos y sociales, y a cambios en el *estilo de vida* que influyen directa o indirectamente en la salud.

3. LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD

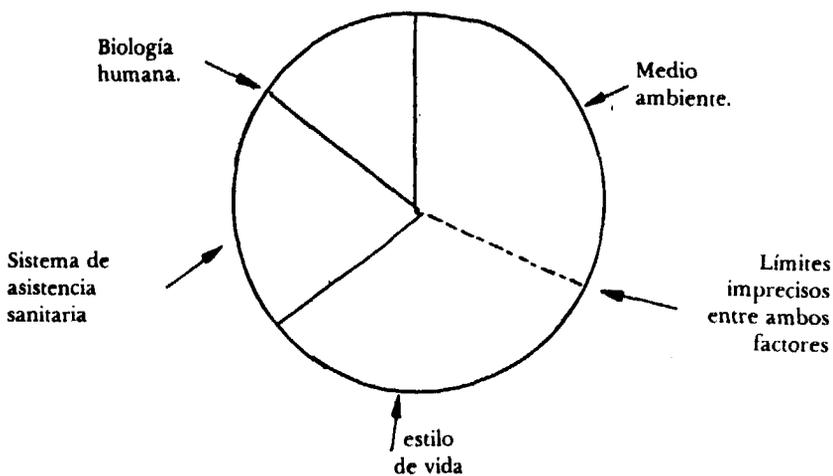
Según Lalonde (10), el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro grupos de factores:

a) La biología humana (genética, envejecimiento, etc.).

(10) En 1974, el Ministro de Sanidad de Canadá, M. Lalonde, analizó la cuestión de los determinantes de la salud y construyó un modelo que se ha convertido en clásico entre los especialistas y los medios relacionados con la salud pública.

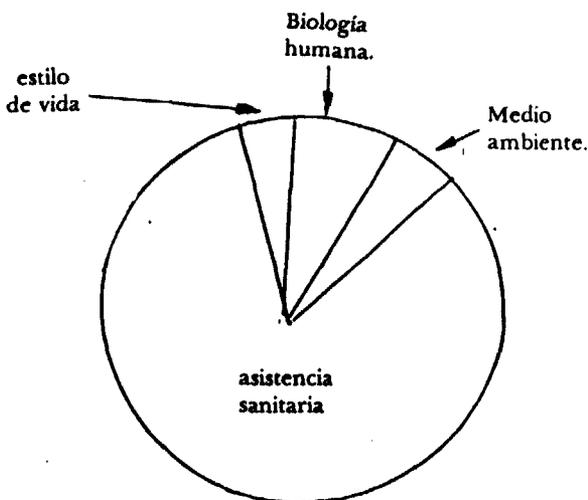
- b) El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y psicocultural).
- c) El estilo de vida.
- d) El sistema de asistencia sanitaria.

La importancia de cada grupo de variables, su influencia sobre la salud, es distinta. Por ejemplo, en el caso de Canadá, los estudios del mencionado Lalonde revelan la predominancia de dos de estos grupos, concretamente el estilo de vida y el medio ambiente, según se observa en el gráfico 1.



De forma contradictoria, la proporción de recursos económicos públicos que se destinan para resolver problemas sanitarios dependientes de cada grupo de variables no tiene nada que ver con los resultados de las necesidades marcadas por la epidemiología. En Canadá, la mayor parte del presupuesto se destina a la asistencia sanitaria, en detrimento de las restantes variables. Y cabe suponer que esta circunstancia no sólo se da en Canadá, sino que también se produce en los restantes países industrializados.

Paradójicamente, debe resaltarse que la variable correspondiente al estilo de vida es la que ejerce una mayor repercusión sobre la salud pública y, en cambio, es la que recibe una atención y una dotación de recursos más deficitarias. Por otro lado, se trata de una de las variables susceptibles de modificación mediante la educación sanitaria. Ello nos lleva a considerar la necesidad urgente de replantear convenientemente las estrategias políticas y económicas en este sentido; acción que se halla al alcance, principalmente, de los políticos, planificadores y administradores de este sector.



4. LAS NECESIDADES DE SALUD Y SUS CONDICIONAMIENTOS SOCIALES Y POLITICOS (11)

Buena parte de los problemas de salud que nos afectan arranca de los condicionamientos insanos del comportamiento colectivo, de las condiciones sociales y del ambiente que nos rodea. De ahí que:

– *Nuestro comportamiento individual no es tan libre como pensamos.* (Así, el hábito de fumar está condicionado por factores socioculturales y psíquicos; la propaganda, por ejemplo, constituye un factor que induce a los chicos y chicas a fumar desde jóvenes. También los hábitos alimenticios, buenos y malos, están condicionados por factores socioculturales; o los accidentes acaecidos en el hogar o la propia higiene pueden hallar su explicación, en parte, en las condiciones poco satisfactorias de algunas viviendas.)

– *Para corregir muchos comportamientos individuales hay que tratar de modificar o rectificar las influencias colectivas que los determinan.* (El hábito de fumar es un buen ejemplo de ello.)

– *Un gran número de los problemas de salud colectivos están estrechamente ligados a modelos u opciones políticas concretos. Para corregirlos habrá que buscar, pues, unas opciones políticas diferentes.*

(11) Esta crítica y propuesta alternativa de una forma amplia y profunda se halla en los extractos de *Educazione sanitaria nella scuola*, Atti del Corso Estivo di Educazione Sanitaria, Perugia, 1-10 septiembre 1979.

La salud, las necesidades de salud o los problemas de salud reflejan las opciones políticas de la comunidad, los modelos de desarrollo, de producción, de consumo, de organización de cargos, etc. El ejemplo de la organización de la ciudad puede ser significativo para explicar cómo responde a opciones políticas y económicas concretas, las cuales, a su vez, pueden determinar que la ciudad se convierta en un factor de riesgo. Efectivamente, existe una relación directa entre la contaminación urbana del aire (circulación, sistemas de calefacción, actividades industriales diversas...) y las enfermedades del aparato respiratorio, así como también entre salud y disponibilidad de espacios verdes, o entre salud mental y tejido social ciudadano. Las viviendas, la circulación, la superpoblación, los servicios sanitarios, en suma, «todo», en la organización de la ciudad, se halla relacionado con la salud de la población.

5. LA PARTICIPACION DE LA POBLACION EN LA DEFENSA DE LA SALUD

Ninguna intervención sanitaria promotora de la salud puede llegar a tener éxito si no pasa por la colaboración y la participación activa de la comunidad. Y esto es así porque, como ya hemos dicho, los comportamientos individuales están muy ligados a la cultura del grupo, las motivaciones sociales y las condiciones ambientales. De hecho, existe un *feed-back* entre lo individual y lo social; por ello, una intervención sanitaria que aspire a la eficacia debe propiciar tanto una acción individual como una acción colectiva, conectando estrechamente uno y otro nivel de actuación.

Conseguir la citada participación no es tarea fácil, puesto que vivimos extraordinariamente a nivel individual y nos falta entrenamiento dirigido hacia el trabajo colectivo, pero también porque no existe una concienciación social fuerte frente a los problemas sanitarios. Podríamos matizar esta afirmación señalando la existencia de varios problemas sanitarios concretos a los que sí se está haciendo frente mediante una intervención colectiva. Uno de ellos es el camino emprendido para la conservación del medio a través de campañas ecológicas que han conseguido aglutinar amplios sectores de la población y han hecho posibles importantes mejoras al respecto.

Jamás la participación de la población en la defensa de la salud debe, sin embargo, ser un medio sustitutivo de los servicios, ni tampoco se harán recaer sobre el individuo responsabilidades que son colectivas; si bien es cierto que dicha participación podría realizarse en los niveles de:

- determinación de las necesidades y caracterización de los riesgos,
- estudio de soluciones,
- puesta en práctica de las soluciones,
- comprobación de la eficacia.

6. OBJETIVOS DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

En la mayoría de las obras que tratan de la educación sanitaria escolar se enumeran los objetivos generales que tal educación debe perseguir (12). Consideramos, en este sentido, que dichos objetivos pueden sintetizarse en tres puntos:

1) Propugnar la adquisición de la *salud como valor positivo* y de la conciencia del derecho a la salud, desarrollando la *responsabilidad de la participación*, uno de los elementos esenciales en la gestión de la salud.

2) Promover la incorporación de *conocimientos, actitudes y hábitos positivos para la salud* en el período escolar, de gran trascendencia para la configuración de comportamientos.

3) Proporcionar un *método* a los escolares, ciudadanos del futuro, que *desarrolle su mentalidad crítica y los capacite para examinar y eliminar los riesgos que amenazan a la salud*.

De tales objetivos se desprende, en definitiva, que la educación para la salud representa un instrumento fundamental para la maduración de una mentalidad sanitaria moderna y consciente.

7. AMBITOS DE LA EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA

Desde hace tiempo se viene reconociendo que la educación para la salud en la escuela debe operar en diferentes ámbitos, para lo cual se parte del conocimiento de las profundas *implicaciones que generan el ambiente de vida y de trabajo escolar sobre el proceso de salud-enfermedad*; habida cuenta de las interrelaciones de múltiples factores (pedagógicos, sociales, psicológicos, antropológicos, biológicos, sanitarios, etc.) que repercuten sobre el nivel de salud de la comunidad educativa.

Se advierte así que la educación para la salud no puede considerarse una disciplina o una materia más, sino una *forma de enfocar los programas* desde el punto de vista de la *salud*, con una orientación que ponga énfasis en la *interdisciplinariedad y la metodología*, abordada de forma correlacionada con otras asignaturas.

Los ámbitos clásicos de la educación para la salud en la escuela permanecen vigentes.

(12) Recordemos, entre otras, las obras de Turner, C.E. y de Salleras, Ll. y Juvanet, J., ya citadas anteriormente, junto a: Sola Morales, J. *Higiene Escolar*. México, Trillas, 1972; Bernice, R. y otros. *Educación para la salud*. México, Trillas, 1972; Cromwell, G. *Salud del niño en su relación con la educación*. Buenos Aires, Kapelus, 1959; Cromwell, G. *Educación para la Salud*. Buenos Aires, Kapelus, 1976; Willgoose, C. E. *Enseñanza de la Higiene*. México, Editorial Interamericana, 1965, 2.ª edición; Maucordes, R. *O preparo da profesora primaria em educação sanitaria*. Tese de livre docência. USP Brasil, Faculdade de Saúde Pública, 1968; Maucordes, R. *Saúde na escola*. São Paulo, Ed. Ibrasa, Instituição Brasileira de Difusão Cultural, 1973.

7.1. *Un ambiente de vida sano. El control de las condiciones de vida y de trabajo en la escuela*

Como medida encaminada, primeramente, a eliminar los riesgos que amenazan la salud del escolar, y en segundo lugar, dada la importante *función educativa del ambiente*, a promover un medio, tanto físico como social, más sano y seguro, se sitúa el control de las condiciones de vida y de trabajo. No conseguiremos una buena educación para la salud si partimos de un medio negativo. Sin embargo, la constatación de deficientes condiciones de vida y/o trabajo en la escuela y la toma de conciencia por parte de los diversos colectivos implicados pueden desarrollar una intervención dirigida tanto a proporcionar pequeñas «soluciones», accesibles a la comunidad educativa, como a proponer «reformas» en las cuales estén implicadas diferentes instituciones.

Se deben analizar los problemas considerando la condición de los escolares que participan con la misma necesidad emocional de la *vida socio-familiar* que de la *realidad escolar*, dentro de las cuales se realizan la *maduración* y la *socialización de la propia personalidad*.

7.1.1. *El ambiente de vida*

Se considerarán las condiciones socioeconómicas y culturales de la familia y la comunidad, de vivienda, alimentación, organización del territorio, servicios para el tiempo libre, servicios sociosanitarios. Es decir, problemas del ambiente físico y social que pueden ser condicionantes del desarrollo psicofísico del alumno.

Por ello, las intervenciones de Educación para la Salud en el marco escolar tienen que insertarse en el territorio y la comunidad en que se enclava cada escuela.

7.1.2. *Ambiente escolar*

Remarcar tanto los aspectos clásicos de *higiene y seguridad del edificio e instalaciones*, como aquellos que afectan a la *organización del trabajo escolar* (ritmos de actividad y descanso, equilibrio emocional y relaciones entre alumnos y profesores, etcétera).

En definitiva, hacer posible una *vida sana* en la escuela (hábitos higiénicos, higiene mental, del cuerpo, de los vestidos, de los alimentos, ejercicio físico, higiene de los sentidos, higiene ambiental), donde se reduzcan los riesgos y factores patógenos de los escolares, que, por encontrarse en la edad evolutiva, son más vulnerables.

7.2. *Enseñanza formal de la Educación para la Salud*

La introducción de la Educación para la Salud en el curriculum escolar está reconocida en los *Programas Renovados oficiales* para el ciclo inicial y el ciclo medio. Tal como corresponde a un objetivo intersectorial, su inserción se prevé correlacionada con el resto de las materias. De esta manera se puede enfocar interdisci-

plinarimente, porque queda integrada en la *globalidad del currículum*, así como en *la vida y la dinámica de la escuela*. A consecuencia de ello, la salud influye en todos los programas de la escuela, dado que el valor «salud» está incluido en la línea o proyecto de escuela.

En esta materia, la didáctica debe adaptarse a las necesidades y los *niveles de maduración* de los escolares. Privilegiando una enseñanza *activa y participativa*, debe desarrollar fundamentalmente métodos de *búsqueda, observación y de trabajo en grupo*.

7.3. *Contacto con los servicios sociosanitarios. Relación familia-escuela*

La relación de la escuela con los profesionales sanitarios (en programas de salud escolar, etc.) debe servir como *experiencia educativa*, también para conocer la finalidad de los exámenes de salud a los que son sometidos los escolares y para ser aprovechada de cara a enseñanzas ocasionales (primeras curas, etc.). Para ello es necesario que los exámenes de salud se realicen en el contexto de una *intervención más integral y coordinada*.

Los padres y los maestros deben estar coordinados a la vez para desarrollar el programa de salud, programa que, por su naturaleza misma, sobrepasa el marco escolar. Por ejemplo, los escolares deben poder reforzar en la escuela aquellos hábitos higiénicos adquiridos en el medio familiar y viceversa.

8. CONDICIONANTES PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

Los elementos condicionantes para la introducción y el desarrollo de la escuela sanitaria son numerosos, y en la fase actual la mayoría de ellos se corresponde con factores desfavorecedores u obstaculizantes. Debemos tener en cuenta los siguientes:

8.1. *Factores dependientes del Sistema Sanitario y del Sistema Educativo*

1) La dificultad de integrar y articular *lo educativo y lo sanitario*, debida a la tradicional separación de las ramas del saber y a las diversas e históricas concepciones de lo normal y lo patológico.

2) La presente situación de *cambio y reforma de las estructuras*, ya sean educativas o sanitarias, que están pendientes de desarrollos legislativos y de adaptación a las demandas sociales.

3) La ausencia de un *marco orgánico de coordinación* institucional o a nivel de base entre el sistema educativo y el sistema sanitario.

4) La *baja prioridad* atribuida a la educación para la salud, que puede cifrarse en los escasos recursos destinados a esta tarea.

8.2. Factores dependientes del Sistema Educativo

1) La *falta de formación* en educación sanitaria del profesorado, su escasa información y comunicación en torno a problemas de salud. Todo ello propicia, en general, una motivación y un interés débiles, de modo que el profesorado tiende frecuentemente a delegar estas cuestiones en el personal sanitario.

2) Los programas escolares se consideran *sobrecargados* y existen dificultades a la hora de llevar a cabo incluso los objetivos mínimos.

3) *Exceso de solicitudes* en la escuela por parte de diversos sectores e instituciones. Con frecuencia se piensa que la escuela es la solución para los problemas que debe afrontar la sociedad, con lo cual surge la tentación de «invadir» la institución escolar, sin tener a menudo en cuenta el ambiente y los procesos educativos de ésta.

4) *Escasez de recursos*. En ocasiones, el deficiente estado de conservación de edificios e instalaciones escolares condiciona el nivel sanitario y de seguridad del ambiente escolar.

8.3. Factores dependientes del Sistema Sanitario

1) Su *actual configuración*, centrada en la atención a la enfermedad, que ha propiciado el beneficio de la institución hospitalaria en detrimento de la *atención primaria a la salud* y de la integración racional de los aspectos preventivos, curativos y rehabilitadores. Una *política de salud* debe primar la prevención y promoción de la salud, uno de cuyos instrumentos básicos es la educación sanitaria.

2) La educación sanitaria ha sido concebida desde un punto de vista *medicalizado*, de carácter *nocionístico*, orientado a proporcionar informaciones de tipo biológico, sin tener en cuenta las competencias de individuos y los *factores sociales y culturales* que interactúan en el proceso salud-enfermedad.

3) Los *métodos tradicionales* de educación sanitaria aplicados con éxito a la promoción de la higiene personal y a la prevención de las enfermedades transmisibles han perdido su vigencia debido al aumento de las expectativas sociales y a la patología prevalente que necesita introducir cambios duraderos en *comportamientos complejos* (hábitos tóxicos, accidentes, hábitos de alimentación) basados en determinados estilos de vida.

4) Necesidad de redefinir el papel de los profesionales sanitarios hacia la adquisición de *actitudes y comportamientos educativos*. Por otro lado, refuerzo de la importancia y la motivación respecto a la Educación para la Salud, y reconocimiento de su carácter interdisciplinario. Finalmente, cabe señalar la carencia de formación relativa a la educación sanitaria que se registra.

9. AGENTES DE LA EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA

9.1. *Papel del maestro*

El maestro es el agente fundamental de la educación para la salud en la escuela, al mantener un *contacto* continuo con los escolares y por los *instrumentos didácticos* de que dispone. En estas circunstancias, el maestro debe promover y crear un *ambiente escolar sano y seguro, una vida escolar sana* y unas *relaciones afectuosas y solidarias*. El maestro proporcionará ocasiones e instrumentos para que los alumnos tomen conciencia progresivamente de la relación entre sí, los demás y el ambiente, y organizará de forma consecuente el conjunto de observaciones y estímulos procedentes de su contexto de vida y las experiencias vividas en relación a la salud, esforzándose en ofrecer a los escolares un *método de conocimiento e interpretación* de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales ligados a la salud.

Para que los maestros asuman esta actitud es preciso que sean antes conscientes del valor de la educación sanitaria, que se sientan responsables del desarrollo armónico e integral de los escolares —que no sería posible ni completo sin contemplar esta parcela educativa—, pero deben también estar formados y preparados sobre contenidos científicos y sobre metodología apropiada para desarrollar la educación para la salud. Ello significa que esta educación debe introducirse en la formación inicial y que para aquellos maestros en ejercicio que no tuvieron posibilidad de formarse a este respecto en su etapa de profesionalización en las escuelas de Magisterio debe preverse un apoyo orientado hacia un reciclaje en este área.

Por otro lado, estos aprendizajes no pueden ser teóricos, sino activos, participativos, con estrategias metodológicas orientadas hacia el desarrollo de los programas de acuerdo con las propuestas señaladas en los apartados 10, 11 y 12.

9.2. *Papel de los padres*

La *participación* e implicación de los padres en el programa de Educación para la Salud es enormemente importante para *garantizar la continuidad y globalidad de la intervención*, ampliándolo al ambiente en que el escolar se desenvuelve.

La vigente LODE articula y promueve la participación de los padres y del resto de la comunidad escolar por medio del *Consejo Escolar del Centro*.

9.3. *Papel de los servicios sociosanitarios*

Los profesionales sanitarios deben desempeñar una importante función de apoyo y colaboración en la educación para la salud en la escuela. No obstante, es necesario revisar y analizar algunas *limitaciones* resultantes de su actual relación con la escuela.

- Ver al escolar «separado» o desligado de «su ambiente de vida».
- Considerar al alumno un usuario pasivo.
- Tener como finalidad la identificación de eventuales enfermedades más que la promoción de la salud.
- Trabajar sin conexión constante con los demás servicios e instituciones implicados.

Los profesionales sanitarios que operan en la salud escolar deben redefinir su estructura y acción para integrarse en la *atención primaria* y perseguir como objetivo la promoción global de la salud; con lo cual pueden contribuir notablemente a la educación sanitaria en la escuela, con el fin de:

a) Proporcionar *orientaciones* sobre la elección de contenidos que puedan emerger de la actividad técnica realizada.

b) Desarrollar actividades de *formación y consulta en relación con el personal docente*.

c) Colaborar, a través de *investigaciones y discusiones*, en la dinámica de trabajo educativo (ritmos de trabajo, higiene mental, etc.).

d) Colaborar en la *ampliación* de la intervención educativa en relación con los adultos, participando en asambleas o reuniones de la escuela, estimulando el interés hacia los problemas de salud y proyectando actividades también relacionadas con la comunidad donde se halla la escuela.

Existen otros profesionales que igualmente deben ser considerados agentes de salud en el medio escolar. Por ejemplo, los equipos psicopedagógicos que mediante su tarea pueden:

- Orientar a los escolares, detectando y corrigiendo problemas de desequilibrio, fracaso escolar, marginación, conducta, etc.
- Orientar la tarea de los maestros y padres.
- Posibilitar una mejor salud mental y emocional a todos los integrantes del colectivo escolar.

10. METODOLOGIA

La inserción de la Educación Sanitaria en la escuela comporta una *modalidad de organización* de las prestaciones sanitarias y una forma de actuación sobre el ambiente escolar. Significa que es necesario encontrar modelos organizativos que permitan al servicio sanitario una relación continua y una función informativa y educativa hacia la comunidad escolar en su conjunto y que posibiliten la aplicación en la escuela de una *metodología de enseñanza coherente con los objetivos de la educación sanitaria*.

Entendiendo el aprendizaje no como una actividad pasiva, de asimilación de contenidos informativos, sino como un verdadero proceso que tiende a la promoción de determinadas capacidades humanas, es evidente que debe orientarse a la utilización de métodos que desarrollen dichas capacidades. Entre los muchos a dis-

posición, los que se han mostrado más adecuados son la *investigación* (como procedimiento sistemático tendente a la solución de problemas), la *observación* y el *trabajo de grupo*.

Una metodología para las intervenciones de Educación para la Salud en la escuela debe partir del *conocimiento de las características* de cada escuela y adaptarse a las *necesidades* existentes en cada comunidad escolar. La *programación de la intervención* es una exigencia metodológica con el fin de evitar la ocasionalidad y la fragmentariedad a menudo frecuente en las actividades de Educación Sanitaria.

Propuesta de metodología para las intervenciones de Educación Sanitaria en la escuela

10.1. *Fase de conocimiento. Análisis de los problemas y de las necesidades*

10.1.1. *Búsqueda de informaciones sobre:*

- a) *Condiciones del territorio* donde se ubica la escuela.
- b) *Condiciones higiénico-sanitarias de la escuela.*
- c) *Condiciones de la organización escolar.* Organización de los horarios, de los descansos, de las comidas, de los espacios de trabajo y recreo.
- d) *Situación cultural e informativa:*
 - *Conocimientos, actitudes y motivaciones* de los miembros de la comunidad escolar.
 - *Necesidades* de los escolares, padres y profesionales.

10.1.2. *Definición de los riesgos y situaciones de malestar* respecto a la salud del escolar de acuerdo con las informaciones halladas. Los riesgos detectados se encuentran especialmente en:

- a) *Estructuras.*
- b) *Relaciones.*
- c) *Falta de conocimientos.*
- d) *Situación de conflictividad.*

10.1.3. *Definición de las prioridades en relación a:*

- *Las situaciones de riesgo.*
- *La factibilidad de las soluciones.*

10.2. *Fase de programación*

10.2.1. *Definición de los objetivos* a corto, medio y largo plazo.

10.2.2. *Valoración de los elementos que condicionan* la consecución de los objetivos:

- a) *Voluntad política.*

- b) Organización y funcionamiento de los servicios sociosanitarios y la escuela.
- c) Formación de los profesionales.
- d) Motivaciones de los padres para la participación.

10.2.3. *Elección de la metodología de actuación* en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes y de los métodos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera. Asimismo, elegir las diversas modalidades tendentes a fomentar *procesos de comunicación* destinados a reducir factores de riesgo y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud.

- *Métodos*: Clase, discusión en grupo, trabajo de grupo, observación, investigación, etc.

- *Instrumentos de comunicación*: Libros, carteles, folletos, recortables, diapositivas, franelogramas, etc.

- *Actividades*: Juegos, entrevistas, encuestas, dramatizaciones, excursiones, exposiciones, etc.

10.3. *Fase de actuación*

Teniendo como posible su parcial *redefinición en relación con los procesos que se desarrollen*.

10.4. *Fase de evaluación*

10.4.1. *Evaluación de los procesos y actividades*

¿Se han utilizado todos los recursos previstos? ¿En qué medida? ¿Eran suficientes? ¿Se ha incidido sobre los colectivos previstos? ¿Se han cumplido los plazos?

¿Era congruente el programa? ¿Se ha seguido la metodología indicada? ¿Se han realizado los procesos de comunicación adecuadamente?

10.4.2. *Evaluación de los resultados*

Debe valorarse si se han comprobado mediante criterios preestablecidos:

- cambios en los *comportamientos*,
- cambios en la *organización y/o en el ambiente* escolar,
- aumento de los *conocimientos* (por parte de profesionales, escolares, padres, administradores, comunidad),
- aumento de la *responsabilidad* en la asunción y resolución de los problemas,

- superación de *prejuicios y resistencias* y aumento del grado de satisfacción y bienestar (entre los profesionales, escolares, padres, administradores, la comunidad, etc.).

11. LOS CONTENIDOS

En el actual modelo de Educación para la Salud —de carácter *metodológico*, no nocionístico— se reconoce como contenido el *conjunto de conocimientos que convergen en torno a un determinado problema de salud*. Lo cual significa que el «saber de salud» no se identifica con la información médica, sino que se completa y enriquece con el conjunto de informaciones y conocimientos que inciden sobre las condiciones de bienestar del hombre.

Sintéticamente, los contenidos de la Educación para la Salud en la escuela pueden reunirse alrededor de tres grupos:

1) Desde la fase de conciencia hasta la de conocimiento del propio cuerpo, desde el punto de vista cognoscitivo, afectivo y operacional.

2) Desde la percepción y el análisis de los factores de riesgo que amenazan la integridad psicofísica del hombre y del ambiente físico y social en que vive, a la conciencia del protagonismo de cada uno respecto a la salud propia y de la colectividad.

3) Desde la percepción y experiencia del papel de la organización social tanto en las relaciones interpersonales como en las comunitarias a la toma de conciencia y el análisis crítico de los factores de salud y/o de enfermedad que ellos representan.

La profundización y gradación de tales grupos están en consonancia con los diversos ciclos de la enseñanza y en estricta relación con el *desarrollo psicofísico* del escolar.

12. EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR (EGB) DE LA GENERALITAT DE CATALUÑA

A partir del traspaso de competencias del Estado a la Comunidad Autónoma Catalana, durante el gobierno provisional de la Generalitat se decretó la ejecución de un Programa de Salud Escolar que alcanzase a todos los alumnos de Enseñanza General Básica de Cataluña. De mutuo acuerdo, los Departamentos de Sanidad y Educación decidieron constituir una comisión integrada por expertos del campo de la enseñanza y del campo de la medicina, a los que se les encargó la redacción del programa citado. Una vez elaborado (1979), se procedió a su evaluación, poniéndolo en práctica en una muestra de 50 escuelas, de todas las tipologías, distribuidas por todo el territorio catalán. Finalizada esta prueba, al cabo de dos años, se efectuó la redacción definitiva del Programa.

12.1. *Estructura. Temas que comprende*

El libro se estructura en una introducción y el desarrollo de diez grandes temas, a saber:

- Higiene y limpieza personal
- Actividad y descanso
- Crecimiento y desarrollo físico
- Alimentación y nutrición
- Prevención y control de enfermedades
- Seguridad y primeros auxilios
- Salud mental y emocional
- Salud sexual
- Salud y medio ambiente
- Educación sobre drogas

Cada tema incluye una introducción sobre conceptos básicos sanitarios del mismo, que el maestro debe conocer con el fin de poder desarrollarlo. Al mismo tiempo, contiene una propuesta de objetivos, actividades y recursos.

12.2. *Objetivos*

Cada uno de los diez grandes temas propone unos objetivos generales que los escolares deberán haber asumido al finalizar su etapa de Enseñanza General Básica. Además, existen otros objetivos intermedios de etapas –ciclo inicial, medio y superior– terminales de estos periodos.

Estos objetivos se fijaron de acuerdo con las necesidades de salud que se consideran más significativas en los niños de estas edades.

12.3. *Actividades y recursos*

Al final de cada capítulo o tema se incluye una propuesta indicativa de actividades muy variadas para llevar a cabo con los alumnos, así como también se subrayan recursos (libros, películas, videos, carteles, diapositivas, etc.) de interés para el maestro y para el alumno.

12.4. *Líneas de introducción propuestas. Normativa vigente*

Desde el 2 de abril de 1984 existe una Orden sobre la introducción y la generalización progresivas del Programa de Salud en las escuelas, con expreso deseo de revisar, ampliar y actualizar los programas del parvulario, ciclo inicial, ciclo medio y ciclo superior, en relación a la educación para la salud, e indicando asimismo los elementos de apoyo y asesoramiento para desplegarlo.