

# ESTUDIOS

## La educación sanitaria en la escuela

ADOLFO MAILLO

*Asesor técnico de la Junta Central de Información, Turismo y Educación Popular*

### 1. CONCEPTO DE EDUCACION SANITARIA

Los cambios que en nuestros contenidos mentales operan las continuas y rápidas transformaciones de toda índole a que asistimos en la actualidad imponen la necesidad de ensanchar o modificar el significado de muchos conceptos que antes eran admitidos en el uso corriente con un sentido unívoco, restringido y estereotipado. Ello es más urgente en campos científicos y operativos en que las nuevas reflexiones, originadas por las mutaciones científicas, técnicas, económicas, políticas, culturales y sociales, imponen el ahondamiento en la significación de palabras vanificadas o envejecidas. Tal urgencia se presenta con carácter acuciante en lo que se refiere a la idea, el contenido y los métodos de la educación sanitaria.

Consideramos, por consiguiente, imprescindible establecer, al menos provisionalmente, un concepto que nos sirva de referencia y nos proporcione orientación adecuada, tarea nada fácil por los motivos que acabamos de indicar, como declararon los especialistas asistentes al Symposium OMS/Unesco, celebrado en París, en diciembre de 1961: «El principal obstáculo que se opone a los progresos se debe al hecho de que la naturaleza misma de la educación sanitaria no es, en general, bien comprendida, lo que provoca muchas incertidumbres y vacilaciones» (1). Intentamos por ello, antes que formular una serie de recetas programáticas—sólo eficaces cuando sus prescripciones responden a la índole de los objetivos que persiguen— algunas ideas que con-

tribuyan a fijar, con un mínimo acierto, el perfil específico de la educación sanitaria escolar.

No pretendemos, sin embargo, acosar la esencia del concepto con el intento de encerrarlo en la estrecha cárcel de las definiciones, que o bien se elevan a generalidades vagas o se pierden habitualmente en los meandros de los detalles instrumentales, con olvido de los propósitos que les sirven de objetivo y justificación.

a) La definición de educación sanitaria más genérica y abstracta es, sin duda, la propuesta por la Organización Mundial de la Salud, según la cual la educación sanitaria se propone «la adquisición del máximo bienestar físico, mental y social».

Carecemos de espacio para llevar a cabo un análisis detenido de esta definición, que tiene el mérito de evitar el concepto de «salud», sustituyéndole por su análogo el de «bienestar». Ello es un acierto porque la salud se ha concebido generalmente de un modo negativo e impreciso, por lo que era muy difícil su aplicación a cada caso concreto. Para obviar estos inconvenientes, se han propuesto modernamente dos conceptos que aspiraban a sustituir con ventaja al de salud: el de «adaptación» y el de «bienestar». El primero procede directamente del campo de la Biología, y en cierto modo implica las condiciones orgánicas, emocionales y mentales necesarias para responder equilibradamente a las sollicitaciones, tanto del medio físico como del ambiente social. Teniendo en cuenta las modificaciones profundas que el «medio natural» está experimentando, merced al progreso invasor del «medio técnico»—en la terminología de Georges Friedman—, últimamente tiende a sustituirse el concepto de adaptación, correspondiente a una situación estática, por el de *adaptabilidad*, y en tal caso la salud sería, como ha propuesto René

(1) *Simposium Européen mixte OMS/Unesco sur la la préparation des enseignants à l'éducation sanitaire*. París, 7-16 décembre 1961. Copenhague-Paris, 1962, páginas 5-6.

Dubos, «la capacidad del individuo y del cuerpo social de modificarse sin cesar para funcionar mejor en las condiciones actuales y para prepararse a las contingencias del porvenir» (2).

El autor francés se sitúa, para definir la salud así, en el ángulo de visión de la «Prospectiva», la nueva ciencia creada por Gastón Berger, que aspira a ampliar el horizonte previsional de la reflexión humana para afrontar con éxito las transformaciones que, a ritmo exponencial, tienen lugar actualmente en todas las manifestaciones de la vida, el pensamiento y la actividad del hombre. Es evidente que este enfoque del concepto de salud es más ambicioso que el propuesto por la OMS, y ello en dos sentidos: en primer lugar, porque la idea de *adaptación* y su prolongación futurista, la de *adaptabilidad*, pertenecen al campo biológico más que el de «bienestar», que procede del ámbito de la política económica (el famoso «Welfare State» de los norteamericanos); pero en segundo lugar, y sobre todo, porque la definición de René Dubos, al incluir una flexible y constante capacidad de adaptación a las contingencias futuras, supone no sólo una actitud previsional, fundamental en la prospectiva, sino un tipo de educación sanitaria que, atendiendo cuidadosamente a la necesidad de vigorizar el organismo individual y colectivo para prevenir las enfermedades más extendidas hoy—lesiones vasculares, cáncer, diabetes, toxicomanías, enfermedades mentales—, tenga muy en cuenta la necesidad de capacitar a los individuos y a los grupos para luchar con éxito contra los peligros que ahora sólo se entrevén y que, en un futuro próximo, constituirán probablemente nuevos azotes de la Humanidad (polución atmosférica, efectos tóxicos y alérgicos de los detergentes, nuevas entidades patológicas originadas por el artificialismo de una «civilización sedente», perturbaciones neurovegetativas producidas por los ritmos acelerados de la vida y del trabajo, uso y abuso de medicamentos, radiaciones ionizantes, inadecuado empleo de los ocios, etc.).

Pero tanto la definición de la OMS como la de Dubos son demasiado sintéticas para un concepto operativo de la educación sanitaria, aunque la primera de ellas tenga el mérito indudable de incluir los aspectos mental y social en la noción de equilibrio que supone la salud, y la segunda abarque la noción de adaptabilidad importante para hacer frente a las necesidades de una sociedad cuyos cambios continuos se reflejan necesariamente en cambios paralelos de las estructuras biopsíquicas de los hombres.

b) Un avance evidente en orden a la concreción suponen las definiciones de educación sanitaria de orientación analítica. Vamos a referirnos someramente a las tres que consideramos representativas de otros tantos enfoques fundamentales en el campo de la educación.

La primera de ellas podríamos considerarla como *predominantemente pedagógica*; se debe

al gran sanitario inglés John Burton, y dice así: «La educación sanitaria tiene por objeto promover un elevado grado de salud aumentando los conocimientos e influyendo en los modos de vida.» En su brevedad, esta definición abarca, no obstante, el doble campo del fin y de los medios: aquél consiste en «promover un elevado grado de salud»; éstos se refieren a «aumentar los conocimientos y a influir en los modos de vida» (3).

La segunda de estas definiciones analíticas tiene una orientación predominantemente *sociológica*. Su autora, la experta norteamericana Ruth E. Grout, define la educación sanitaria como «la incorporación de nuevos conocimientos sobre la salud a las pautas de conducta deseables en el individuo y en el grupo mediante procesos educativos» (4).

Tanto Burton como Grout dan a los conocimientos sobre la salud la importancia que tienen en la educación sanitaria; pero mientras el primero parece confiar en la virtualidad de los mismos para modificar el estado sanitario de las gentes, la segunda considera que tal educación no se ha realizado mientras los conocimientos sobre la salud no se hayan incorporado a las pautas de conducta individuales y grupales, añadiendo que esa incorporación debe realizarse «mediante procesos educativos». Por esta razón, consideramos más exigente y completo el concepto de la experta americana, aunque no aluda al conjunto de características que debe tener en cuenta la educación sanitaria en orden a su eficacia y fecundidad.

Tales circunstancias forman parte integrante del concepto *predominantemente antropológico-cultural* que da de la educación sanitaria Alessandro Seppilli: «La educación sanitaria es una intervención social, que tiende a modificar consciente y duraderamente el comportamiento con relación a los problemas de la salud, presupone el conocimiento del patrimonio cultural del grupo discente y la determinación de sus intereses subjetivos, y exige la remoción de las resistencias que el propio grupo opone a la intervención» (5).

Esta definición tiene en cuenta la mutualidad, correspondencia, paralelismo y equilibrio que se da siempre entre una *situación sociocultural* y el conjunto de factores económicos, psicológicos, individuales y sociales que la integran. La educación sanitaria, aspecto importante y, en cierto sentido, «nuevo» de la educación general, es una consecuencia de los progresos científicos, técnicos, psicológicos y pedagógicos realizados en los últimos ciento cincuenta años. Como consecuencia de ellos, se ha constituido un cuerpo de doctrina y, lo que importa más, un conjunto de postulados científicos y sociales encaminados a la sustitución del cosmos de valores, actitudes, há-

(3) JOHN BURTON: «Finalità, metodi e mezzi dell'educazione sanitaria», en *Principi, metodi e tecniche dell'educazione sanitaria*. Atti del 1.º corso estivo di educazione sanitaria. Perugia, 4-21 settembre 1958, p. 11.

(4) RUTH E. GROUT: *Health Teachings in School*. Macmillan, New-York, 1960, p. 9.

(5) ALESSANDRO SEPPILLI: «Educazione sanitaria e salute pubblica», en *Principi, metodi, etc.*, p. 72.

(2) RENÉ DUBOS, en *Prospective* núm. 10, 1963, p. 53.

bitos y nociones correspondientes a etapas históricas anteriores por otro en consonancia con los objetivos que la educación sanitaria se propone conseguir para adaptar a los individuos y a los grupos a las necesidades presentes y futuras. De ahí la importancia capital que tiene «el conocimiento del patrimonio cultural del grupo discente y la determinación de sus intereses subjetivos», como dice Seppilli, toda vez que es necesario «remover la resistencia que el propio grupo opone» a una sustitución de convicciones y prácticas siempre costosas y que constituye el nervio mismo de las dificultades psicológicas que encuentra en su camino la educación sanitaria, especialmente cuando parte de puntos de vista superados, como son los correspondientes al individualismo, en el campo sociológico, y al intelectualismo, en el dominio educativo.

## 2. EDUCACION SANITARIA ESCOLAR

Consideramos acertada, en principio, la idea que de la educación sanitaria escolar da Ruth E. Grout, como «la parte de la educación sanitaria que se realiza en la escuela o a través de los esfuerzos organizados y dirigidos por los maestros. La educación sanitaria es una tarea global, que se dirige a la sociedad entera, pero que se especifica según ángulos diversos, en armonía con los ámbitos en que se desarrolla y los grupos humanos sobre los que actúa.

Con arreglo a esta óptica, la educación sanitaria escolar es, más que una parte, un aspecto de la educación sanitaria general: el que tiene a la escuela por campo de acción y se realiza principalmente mediante los esfuerzos organizados y dirigidos por los maestros. Decimos principalmente porque aunque el maestro es la persona que tiene a su cargo la responsabilidad de la acción educativa escolar, ello no obsta a que actúen con él, y en muchas ocasiones sobre él, en cierto sentido, otras personas a quienes corresponden papeles importantes en la educación sanitaria general y que, en más de una ocasión, colaborarán y aun controlarán las actividades de la educación sanitaria escolar. Ello se verá con claridad más adelante al hablar de la figura profesional del educador sanitario.

Nos parece importante advertir que, en nuestra opinión, la educación sanitaria escolar no debe limitarse a incluir en el programa unas nociones de anatomía, fisiología e higiene, ni siquiera a tomar a los niños como único grupo discente, destinatario exclusivo de las actividades educativas del maestro. Cada día vemos con más claridad el error de compartimentar las actividades educativas en campos sin ninguna comunicación entre sí, que muchas veces se ignoran, cuando no se combaten. Hija de esta concepción particularista y estrecha fué una escuela limitada a incorporar a la mente de los niños nociones de un *curriculum*, más o menos amplio, y unos

hábitos de convivencia que casi siempre dejaban de tener aplicación cuando los alumnos traspasaban los umbrales del aula.

Frente a esta idea parcial y exclusivista se eleva hoy el principio de la *escuela de la comunidad*, que no sólo defiende la imprescindible necesidad de establecer una frecuente e intensa comunicación con las familias de los alumnos, para conocer las características del ambiente socioeconómico y psicocultural de procedencia, sino que considera a la escuela misma como una institución al servicio de la comunidad local y nacional, especialmente imbricada en la primera de ellas, cuya constelación antropológicocultural debe conocer profundamente el maestro para acomodar a sus características y exigencias las modalidades de sus intervenciones educativas.

Desde este punto de vista, la educación sanitaria escolar se dirigirá, por una parte, a los niños, para incorporar los conocimientos sobre la salud a las pautas de conducta que deseamos para ellos; pero, por otra parte, la necesidad de «remover las resistencias que los grupos familiares y sociales oponen a la sustitución de las viejas constelaciones axiológicas y actitudinales por otras adecuadas a los objetivos que la educación sanitaria se propone, reclama, no sólo su conocimiento circunstanciado, sino, en la inmensa mayoría de los casos, la estrecha colaboración de los padres en una tarea de adquisición de hábitos y formas de comportamiento que, sin su ayuda, son solamente yertas retahílas de nociones inútiles que se memorizan para triunfar en exámenes artificiosos e infecundos».

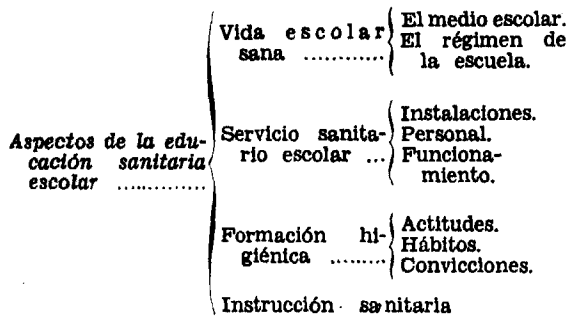
Sólo una psicología individualista y miope podría pensar, hace unos años, que la actuación educativa sobre los niños—reducida, por otra parte, al aprendizaje de las nociones contenidas en los manuales escolares—era capaz de transformar el ambiente social constituyéndose los niños así «educados» en educadores de sus padres, lo que transformaría rápidamente en un sentido progresivo el ambiente social. Hoy sabemos, por el contrario, que las actitudes básicas, las modalidades de reacción esenciales y las estimaciones valorativas que constituyen el fondo de la personalidad son adquiridas por los niños en la edad más temprana, según algunos autores en los primeros dos años de la vida, cuando la simbiosis madre-niño «infunde», por caminos mitad biológicos, mitad psicoespirituales, el acervo de perspectivas y maneras que darán sentido para siempre a la vida del niño (6). ¿Se comprende, aun despojando a estas doctrinas de su posible exageración, la importancia que tiene la actuación

(6) Véanse RENÉ A. SPITZ: *El primer año de la vida del niño*. Aguilar, Madrid, 1961, *passim*; J. ROF CARBALLO: *Cerebro interno y mundo emocional*. Labor, Barcelona, 1952, *passim*, y especialmente, pp. 201-226. Mme. JEANNE AUBRY: «Erreurs et carences éducatives de la première enfance», en *Sauvegarde de l'enfance*, janvier-février-mars 1956, pp. 33-45, y ANH NGUYEN: «Les carences affectives précoces», en *Sauvegarde de l'enfance, mai-août 1955*, pp. 377-405. Finalmente, es importante JOHN BOWLBY: *Soins maternels et santé mentale*. Organisation Mondiale de la Santé. Genève, 1951, *passim*, y sobre todo, pp. 75-80 y 181-186.

educativa sobre los adultos para que ratifiquen y corroboren en vez de menoscabar y destruir las directrices esenciales de la educación sanitaria que la escuela se proponga realizar?

### 3. CONTENIDO

El contenido de la educación sanitaria escolar puede descomponerse en cuatro aspectos o campos de actuación, que pueden sintetizarse en el siguiente esquema:



a) La educación sanitaria exige un paralelismo cabal entre vivencias y nociones, es decir, entre lo que se sabe acerca de la salud y las condiciones materiales que la hacen posible. Esta afirmación comprende todos los aspectos de la vida del niño y del adulto, lo mismo en lo que se refiere a la vivienda que a los lugares de recreo, a la calle y a la escuela. Por consiguiente, el edificio escolar tiene que reunir las condiciones higiénicas necesarias para que la vida de los niños en él sea normal y saludable. Las dimensiones, la orientación, las condiciones acústicas, de iluminación, de aislamiento térmico, de ventilación y decoración deben ser óptimas, así como las instalaciones sanitarias y las dependencias y los anejos que contribuyen al desarrollo pleno de la vida escolar. No hace falta mencionar siquiera la importancia que en orden al logro de estas características indispensables del medio escolar tiene la colaboración entre higienistas, pedagogos y arquitectos especializados en construcciones escolares, colaboración que debe tener, como premisa indispensable, la intensa especialización de cada uno de estos expertos, así como cierto carácter vinculante sus dictámenes, a fin de que consideraciones extrañas a las exigencias de la educación sanitaria no obstaculicen o anulen proyectos y objetivos científica y éticamente fundamentados.

Si durante mucho tiempo la higiene escolar concedía importancia predominante o exclusiva a los aspectos físicos mencionados, de trascendencia innegable, los progresos de la psicología escolar y de la psiquiatría infantil ponen hoy sobre el tapete de la actualidad la trascendencia evidente de los extremos relacionados con la organización y realización del trabajo y la índole de la convivencia escolar. El régimen de la escuela atañe, en primer lugar, a la duración de la

jornada, que debe estudiarse cuidadosamente a la luz del consumo de energía nerviosa que exigen los distintos ambientes sociales en que transcurre la existencia del niño. Así, por ejemplo, mientras en las escuelas rurales la sesión de la tarde produce un rendimiento ligeramente inferior al de la sesión matutina, en las escuelas de las grandes urbes debería suprimirse aquélla, sustituyéndola por juegos dirigidos, manualizaciones y actividades sociales diversas, teniendo en cuenta el agotamiento nervioso que evidencian en las horas posprandiales, especialmente los niños de familias modestas, cuya alimentación y género de vida les colocan en situación de inferioridad en relación con niños de otros estratos sociales. De gran importancia también es el estudio de la duración de las lecciones o «unidades de trabajo escolar», que varía extraordinariamente según el método didáctico que se utilice en cada caso.

Todos estos problemas, así como la duración de las vacaciones, los recreos y el lugar que en ellos deben tener los distintos tipos de ejercicios físicos (gimnasia, juegos, deportes) constituyen lo que nosotros hemos denominado *periodización del trabajo escolar* (7), cuestión fundamental que debe ser estudiada con la mayor atención y revisada periódicamente por los comités de expertos antes aludidos, incrementados por especialistas en psicología escolar y en psiquiatría infantil.

Pero hay un problema, dentro de lo que hemos denominado «régimen de la escuela», hasta aquí descuidado, o poco menos, que encierra la mayor importancia desde el punto de vista de la educación sanitaria. Nos referimos a la modalidad de las relaciones maestro-alumnos y a las orientaciones, características y estructura de la disciplina escolar. Es conocido el auge actual de las «relaciones humanas» por la extraordinaria importancia que tienen en la modelación de la conducta y las tareas profesionales y, por consiguiente, tanto en la convivencia social como en la totalidad de las consecuciones y logros de la economía, la civilización y la cultura. No es caprichosa la insistencia con que los economistas proclaman la necesidad de aumentar la «productividad» ni es, en modo alguno, arbitraria la conexión que los especialistas en psicología industrial establecen entre el tipo de relaciones que ligan entre sí a empresarios y productores y los índices de fecundidad del trabajo humano. La filosofía social y política del «Welfare State» establece aquí sus puntos de contacto con una psicología del bienestar, que es, a la vez, una psicología y una filosofía de la educación sanitaria, de acuerdo con el concepto que de ella da la Organización Mundial de la Salud.

El tipo de relación humana que se establece entre maestro y alumnos se denomina *relación educativa* y tiene sus exigencias específicas, muy

(7) ADOLFO MAÍLLO: «Periodización del trabajo escolar, en *Cuestiones generales de Didáctica y Organización Escolar*. Centro de Documentación y Orientación Didáctica de Enseñanza Primaria. Madrid, 1960, pp. 224-255.

diferentes, de acuerdo con las actuales orientaciones pedagógicas, a las imperantes en la educación tradicional (8). El conjunto de relaciones educativas que se establece entre un maestro determinado y sus alumnos tiene su cristalización característica en la disciplina escolar. Desde las investigaciones de Lewin y Lippit (9) a los trabajos sobre terapia y educación *no directivas* de Carl Rogers (10), son abundantes las investigaciones que señalan los peligros de deformación de la personalidad del niño, por inhibición y frustración, a consecuencia de una disciplina autoritaria y despótica que impide el libre despliegue de las posibilidades de opción y elección del niño y la consiguiente adquisición de la conciencia de su personal responsabilidad. Pero si tales riesgos deben evitarse a toda costa, en un época que está sometiendo a análisis muy exigentes los conceptos polares de autoridad y libertad, no debemos perder de vista los riesgos de una disciplina libertaria, que lleve al niño a la anarquía y la irresponsabilidad. Frente a los excesos condenables del autoritarismo, la relación educativa debe huir también del extremo, no menos pernicioso, del niño mimado y del niño-rey, que conducen a la dispersión, automatización y disolución de la personalidad.

b) No es de nuestra competencia abordar al detalle la organización y el funcionamiento de un servicio sanitario escolar útil y eficiente. Nos limitaremos a decir, en primer lugar, que es un elemento fundamental en el complejo total de la educación sanitaria, necesitado, en la mayor parte de los países, y muy concretamente en el nuestro, de una ampliación y una reorganización que permita extender sus beneficios a todos los niños del país y tener en cuenta las exigencias que formula el carácter interdisciplinar de las funciones que debe tener a su cargo.

Sin entrar en detalles que, repetimos, son ajenos a nuestra dedicación profesional, hemos de decir que resulta injusto—aunque lo expliquen, sólo en parte, razones de economía, pero, sobre todo, una perspectiva parcial que ha privilegiado hasta ahora los problemas médicos y sociales de las grandes urbes, descuidando las relaciones con

(8) ADOLFO MAÍLLO: «La relación educativa», en *La educación en la sociedad de nuestro tiempo*. Centro de Documentación y Orientación Didáctica de Enseñanza Primaria. Madrid, 1961, pp. 265-276. También, G. M. TERRIER y otros: «La relation éducative: expérience de «reéducation affective» par activités organisées (scolaires, manuelles, sportives) dans le cadre d'un externat», en *Sauvegarde de l'enfance*, avril, 1961, pp. 273-315.

(9) LEWIN, K.; LIPPIT, R., y WHITE, R. K.: «Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates», en *Journal of Social Psychology*, 1939, 10, pp. 271-299. Hay traducción francesa en KURT LEWIN: *Psychologie dynamique*. Presses Universitaires de France, Paris, 1959, pp. 196-227.

(10) Véanse CARL ROGERS: *Client-centered therapy*. Boston, Houghton Mifflin, 1951; PORTER, E. H.: *Introduction to therapeutic counseling*. Boston, Houghton Mifflin, 1950; SYNDER, W. U.: *The Psychotherapy Relationship*. New York, Macmillan, 1961; ROGERS, C. R., y KINGET, M.: *Psychothérapie et relations humaines*. Louvain, Publications Universitaires, 1962; NAHOUM, CHARLES: *L'entretien psychologique*. Presses Universitaires de France. Paris, 1963; HOSTIE, R. (S. J.): *L'entretien pastoral*. Desclée de Brouwer, Paris. Bruges, 1963.

el ámbito rural—, que sólo los niños de las escuelas de las ciudades importantes se beneficien de los servicios que presta la Inspección Médica Escolar, precisamente cuando es en el campo donde los azotes que ponen en peligro la salud de los niños ejercen su acción más reiterada y peligrosa en las carencias, tanto de orden biológico como psicológico e intelectual, que las gentes campesinas suelen padecer. Esta situación reclama un remedio urgente, que sólo puede venir de la extensión a todo el ámbito nacional de un servicio sanitario escolar que responda a las necesidades actuales.

En segundo término, la indole multidisciplinar de dicho servicio (11) en modo alguno resulta debidamente atendida con la tendencia a considerar como su *desideratum* la constitución de equipos nutridos y copiosos integrados por especialistas diversos (pediatras, otorrinolaringólogos, oftalmólogos, endocrinólogos y sanitarios). Tales equipos son, sin duda alguna, indispensables; pero no bastan a satisfacer las necesidades de una medicina escolar que ha superado ya la fase estrictamente clínica o clínico-higiénica, para entrar en una etapa en la que debe considerarse a la *medicina escolar* como una rama de la *medicina social*. Como ha dicho el doctor Mario di Rorai: «La fase llamada higiénica de la medicina escolar puede considerarse ya superada. Mientras que antes la higiene escolar no era más que una parte de la higiene general, esto es, de aquella disciplina científica que tiene por fin la defensa y la preservación de la salud, ahora, por el contrario, habiendo extendido su campo la medicina escolar más allá del estrictamente higiénico, el cual, no obstante, debe seguir siendo fundamental, a otro más amplio, y también socialmente más actual, relacionado con el control del desarrollo físico, psíquico y moral del niño, durante su fase evolutiva, ya transcurra dentro de los límites de lo normal, ya pertenezca al ámbito de la anormalidad por la existencia de desarmonías y desequilibrios, la medicina escolar viene, por consiguiente, a constituir una rama de la medicina social. Bajo este aspecto, por tanto, el escolar es considerado ya como un elemento social, aunque puramente potencial; también, porque la escuela en un Estado bien organizado debe constituir un fundamento básico, esencial, y ello porque la escuela es considerada no sólo como instrumento social apto para proporcionar una instrucción elemental o superior, sino, sobre todo, como instrumento de formación del carácter, como medio poderosísimo que contribuye a obtener en los jóvenes un desarrollo biopsíquico normal» (12).

(11) Como ha dicho ELENA SLIEPCEVICH: «Es indispensable abordar los problemas de la educación sanitaria situándose en un punto de vista multidisciplinar».

ELENA M. SLIEPCEVICH: «Investigaciones sobre la educación sanitaria en la escuela», en *Revista Internacional de Educación Sanitaria*. Vol. VII, 1964/1, enero-marzo, p. 3.

(12) DR. MARIO DI RORAI: *Scuola e Medicina Sociale*. Instituto de Medicina Sociale. Roma, 1951, p. 13.

Esta transformación del concepto impone, por consiguiente, una amplificación del campo de los servicios médico-sociales escolares que del plano clínico, en un sentido terapéutico o puramente diagnóstico, vayan hacia el polo preventivo no sólo en el tradicional sentido «higiénico», sino en cuanto a la previsión y constantes cuidados que la sociedad, en su conjunto, debe adoptar para facilitar y potenciar en cuanto sea posible el normal desarrollo físico, intelectual, emocional y social de los niños.

Ello supone no solamente una serie, bien meditada, de exámenes periódicos de todos los alumnos de las escuelas primarias del país (\*), sino también la participación en los equipos médico-escolares de una serie de expertos que hasta ahora no han intervenido en ellos, al menos en España. Nos referimos, por una parte, a los psicólogos escolares y a los psiquiatras, así como a expertos en Orientación Escolar y Profesional y, por otra, a las Asistentes Sociales especializadas en los problemas educativo-familiares y escolares. La organización de los servicios se adaptaría a las necesidades y posibilidades de todo orden en cada uno de los ambientes, pero teniendo en cuenta la conveniencia de evitar el aislamiento y la falta de coordinación de las actividades en orden a la salud y el desarrollo normal de los niños. Todo ello requiere, sin duda, un esfuerzo modesto de imaginación y un despliegue considerable de buena voluntad, especialmente en lo que se refiere a la necesidad de coordinar algunas actividades y refundir otras muchas. Así, por ejemplo, la Inspección Médico-Escolar es entre nosotros supervivencia de una etapa hoy científicamente superada, y presenta no sólo necesidades de extensión y enriquecimiento interno, sino, sobre todo, de coordinación con los servicios médicos de la Seguridad Social, por un lado, y de la Sanidad Nacional, por otro. La exigencia de coordinación se convertiría en algunos aspectos en refundición para evitar arriesgadas y siempre costosas insularidades. Ello es especialmente notorio en lo que se refiere a la dirección médico-higiénica de las actividades físicas y lúdicas de los niños (juegos libres, juegos organizados, juegos deportivos, deportes científicamente adaptados a las posibilidades de los niños y de los pre-adolescentes (\*\*)).

(\*) Creemos que bastaría con la realización de tres exámenes sistemáticos y analíticos de los niños en el curso de la escolaridad primaria: el primero, a su ingreso en los establecimientos escolares—a los seis años en las escuelas primarias, y a los cuatro en las de párvulos—; otro, hacia el promedio de la escolaridad, es decir, entre los ocho y nueve años, y el tercero, al final de la misma, cuando vayan a cumplir los doce años, en los que ingresen en la enseñanza media (pues el paso entre ambos grados docentes antes de esa edad es psicológica y pedagógicamente recusable), y a los catorce años cumplidos para los que no ingresen en la segunda enseñanza, que será un número cada vez más reducido y residual, a extinguir en el plazo más breve posible.

(\*\*) Estamos de acuerdo con el Dr. SERIGÓ, que establece en lo que denominaríamos hoy Servicio Sanitario escolar los siguientes campos: a) aspecto sanitario;

En el fondo se trata de llevar al dominio de los cuidados y atenciones de toda índole que necesita el niño la aportación de una medicina que tiene en cuenta, cada día más, la interrelación y mutuo influjo existente entre *soma* y *psique*, para contrarrestar el influjo de la concepción positivista que predominó durante los últimos cien años, y ello en el doble sentido psicológico y social. Probablemente, el equilibrio imprescindible entre ambas concepciones corre el riesgo de ser desbordado hoy en un sentido contrario al hasta ahora imperante, de modo especial si caemos en las exageraciones a que propende una psicología y una psiquiatría excesivamente devotas del freudismo. No obstante, es largo el camino que tendremos que recorrer los españoles para librarnos del Scylla del positivismo médico para caer en el Caribdis de una concepción psicósomática excesiva. La corrección puede venir, primordialmente del lado psicosocial, bien que evitando también los extravíos a que pueden conducir las demasías del sociologismo.

c) Por importante que sean los conocimientos—y lo son, indudablemente, como tendremos ocasión de apuntar después—, el problema fundamental de la educación sanitaria consiste en la adquisición de actitudes y hábitos que favorezcan la conservación de la salud en cuanto equilibrio bio-psico-social del individuo. Carecemos de espacio para discutir la nada trivial cuestión relacionada con las conexiones existentes entre hábitos y actitudes. Diremos, abreviadamente, que las actitudes, a nuestro juicio, constituyen como «disposiciones anímicas básicas», de cariz psicotrópico, que orientan en un sentido o en otro las fuerzas mentales y emotivas del individuo, decidiendo no solamente el ámbito y horizonte de su curiosidad y, por tanto, los caminos y límites de sus conocimientos—según opinión de los epígonos de un intelectualismo declinante—, sino principalmente el sentido, las modalidades e incluso el ritmo de sus respuestas a las oscilaciones de todo orden que reciba de su ambiente cósmico o social. Se trata, pues, de realidades psíquicas profundas estrechamente relacionadas con el «tono vital», pero situadas en un plano menos biológico, diríamos, porque aunque reciban de él los tonos fundamentales, se matizan intensamente con las aportaciones de una ecología amplia, que comprende a la vez todas las aportaciones y estímulos que integran así el «ambiente» como la «herencia social». El optimismo y el pesimismo se refieren al «temple de ánimo», pero desembocan en «actitudes de espera y esperanza o de fracaso y desánimo» (sentimientos vitales y actitudes, en cierto sentido, al par). Pero la *actitud fatalista*, por ejemplo, aunque vinculada al pesimismo, es propiamente hablando una componente individual de raíz psico-

b) crecimiento y desarrollo del escolar; c) aspecto médico pedagógico, y d) asistencia médico-social (13).

(13) Dr. ADOLFO SERIGÓ SEGARRA: *Medicina e Higiene Escolar*. Introducción a la medicina pedagógica. Cultura Clásica y Moderna. Madrid, 1958, p. 13.

social, como lo es la *actitud de confianza y apertura*, hijas del talante optimista, pero reforzadas en grado sumo por las formaciones psicológicas procedentes de un contorno que obedece a características históricas (los «alios epocales, que hinchan las velas de las almas de los hombres en un sentido determinado), a la vez que a modalidades sociales (relacionadas con lo que, a falta de palabras más adecuadas, se define unas veces como «mentalidad» y otras, de acuerdo con el romanticismo alemán, como «volkgeist» o «espíritu del pueblo»).

Los hábitos son realidades psicológicas de órbita y sentido mucho más modestos, y también infinitamente más concretos. Se trata de «predisposiciones reaccionales» que versan sobre acciones determinadas (el hábito de fumar, de leer, de oír música, de ingerir bebidas alcohólicas, etcétera). Indudablemente, nos encontramos aquí en un campo directamente relacionado con las acciones que tienen un sentido favorable o adverso en orden a la conservación de la salud. Pero una educación sanitaria que quiera ir al fondo de las cosas no puede olvidar que, en gran parte, los hábitos son resultantes y concreciones, diríamos tangibles u observables, de las actitudes, de donde la importancia de atenderlas para actuar eficazmente sobre aquéllos.

Las actitudes infantiles se encuentran, por así decirlo, *in status nascendi*. Esta realidad ha hecho pensar a la inmensa mayoría de los pedagogos y a la casi totalidad de los profanos en materias de educación, que basta orientar adecuadamente las todavía no cristalizadas canalizaciones reactivas del niño para hacerle adquirir los hábitos deseados. No otro sentido tienen los viejos símiles, originarios de las raíces griegas y latinas de la civilización occidental, que comparan al niño a la blanda cera, dócil en las manos del modelador; a la arcilla, obediente a la destreza del alfarero, o al tierno arbolito, que crece en la dirección marcada por el jardinero.

Problema éste mucho más complicado, y no podemos hacer sino aludirlo aquí. Lo cierto es que el niño «introyecta» desde que abre sus ojos a la luz del mundo los valores, las actitudes y los ideales que sirven de directrices fundamentales a la orientación de las conductas de los mayores. Se trata de una lenta, inconsciente e involuntaria impregnación, pero tan profunda que apenas podemos alcanzar las honduras anímicas en que actúan como resortes de cosmovisión y de acción en las actividades mentales, ni mediante el conjunto de conocimientos aportados por la instrucción escolar, ni con las actividades de introspección que el propio individuo realice abriendo calicatas que intenten iluminar tan lejanos y recónditos parajes.

Por otra parte, no es extraño, después de lo que acabamos de indicar, que sea mucho más difícil desarraigar un hábito nocivo ya adquirido que implantar uno nuevo en la conducta infantil. Pero, además, de acuerdo con los conceptos expresados antes, el campo de los hábitos debe

experimentar una amplificación notable para que abarque no sólo los que hasta ahora eran generalmente considerados como hábitos higiénicos (de limpieza, de alimentación, de actitudes y movimientos), sino también los *hábitos psíquicos y sociales*, mucho más difíciles de delimitar, de conceptualizar, de orientar y de adquirir, y que tan íntima relación guardan con las viejas y un tiempo injustamente desacreditadas *virtudes* (\*). Este campo «nuevo» es, y será cada día, de la mayor importancia, dada la creciente amplitud que en la vida social futura tendrán los ocios, cuyo empleo adecuado e «higiénico» exigirá, por un lado, la adquisición de una serie de costumbres y usos antes ignorados, y por otro, y sobre todo, un conocimiento de las propias posibilidades, una «toma de posesión de sí mismo» capaz de utilizar de la manera más moral, eficaz y «económica» posible las energías humanas que el tiempo libre permitirá utilizar en un sentido favorable o adverso, tanto al individuo como a la comunidad. Las cuestiones implicadas en lo que acabamos de decir guardan estrecha relación con la «ética de la salud», que postula el profesor Pierre Delore (14), y que puede considerarse como una prolongación, que se adentra en los territorios biopsíquicos, del antiguo *nosce te ipsum*, a lo que habría que añadir el conocimiento del medio, pero no entendido sólo como ambiente físico, a la manera habitual del positivismo declamatorio, sino incluyendo también el medio social, cuyos *dinamismos* son objeto ahora de estudio atento, que aportará nociones utilísimas para el «gobierno social», de modo análogo a como la introspección psicológica, enriquecida por las doctrinas del último siglo, ha permitido incrementar notablemente el conocimiento y, por consiguiente, el «gobierno de sí mismo».

Entre los hábitos nuevos que una educación sanitaria bien entendida puede y debe esforzarse en insertar en el comportamiento infantil habría que contar, junto a los encaminados a favorecer el autodespliegue de las energías personales en un mundo que se ofrece al hombre y, especialmente, al joven y al adolescente de hoy, como «ancho campo de conquistas» (15), otros de cariz menos optimista, como la «asunción de los fracasos», esto es, la superación sin frustraciones ni trastornos emotivos de los traumatismos inevitables producidos por nuestra impotencia para superar los obstáculos. (Nuevamente encontramos aquí la íntima relación existente entre los «hábitos» y

(\*) No podemos entrar en la problemática turbadora que plantea la relación existente entre valores, actitudes, hábitos y virtudes, que exigiría, de ser abordada con el detalle que su importancia pide, un grueso volumen.

(14) PIERRE DELORE: *Introduction a la Medecine de l'homme en santé et de l'homme malade*. Masson. Paris, 1944, y *L'homme dans la nature et la société*. Editions Jeheber. Genève-Paris, 1955, *passim*, y pp. 120-123. Principalmente: «L'éducation sanitaire», en *Sauvegarde de l'enfance*, janvier-février-mars 1956, pp. 303-312.

(15) Véase LOUIS MARTIN CHAUFFIER en *Le Figaro Littéraire*, 31 mars 1965.



las «virtudes»). Es lo que el doctor Brentman denominó la *vacunación psíquica* (\*).

d) La instrucción en materia de sanidad comprende, por una parte, nociones fundamentales de anatomía y fisiología humanas, y por otra, elementos de higiene privada y pública, que en cada ciclo de la escolaridad, y aun en cada curso, irán amplificándose progresivamente en armonía con las posibilidades de comprensión, así como con los intereses y las necesidades de los niños. De acuerdo con las conclusiones del Symposium europeo sobre preparación de los docentes en educación sanitaria, celebrado en París en 1960, «la educación sanitaria en la escuela debe tender a inculcar en los niños nociones adecuadas de biología humana, y darles a este respecto hábitos que les sean útiles en la escuela y en el curso de la vida» (18).

Pero aquí se presenta un problema que debe retener, por un momento, nuestra atención. Nos referimos a la correlación que debe existir entre los conceptos que comuniquen los libros escolares en orden al mantenimiento de la salud, las prácticas higiénicas que las instalaciones escolares *ad hoc* deben permitir y facilitar y la adquisición de los hábitos higiénicos beneficiosos para los alumnos en la escuela y en la vida. A tal fin, es imprescindible que los servicios higiénicos de la escuela sean ejemplares; pero, además, se hace necesaria la colaboración de las familias para que los hábitos de limpieza y de alimentación (por no citar sino algunos de los más ostensibles) tengan en el hogar una aplicación tan normal y fácil como en la escuela. ¿Se comprende el cúmulo de dificultades, no sola ni principalmente de carácter material, sino, sobre todo, psicológicas y sociales que el cumplimiento de este postulado ofrece, de modo especialísimo, en los medios rurales? De nuevo reaparece la estrecha implicación existente entre el ámbito escolar y el ámbito social de la educación sanitaria, sin cuya

(\*) Aludamos, de pasada, a la dificultad extraordinaria que tiene, tanto el eliminar hábitos nocivos como el impedir su adquisición. Si en el primer caso hay que superar el conflicto existente entre el placer producido por la satisfacción de una necesidad artificial, en el segundo hay que tener en cuenta que hemos de oponernos al influjo poderosísimo de símbolos de prestigio y tablas de valoración social de extraordinario poder sugestivo, especialmente sobre los niños y los adolescentes. De ello ofrece un ejemplo típico el hábito de fumar, que, como ha dicho JAMES CHISHOLM, «se ha convertido en una especie de símbolo en el plano social, disminuyendo el temor, aminorando el sentido de responsabilidad y creando su propio sistema de racionalización». Y añade: «Este hábito se está convirtiendo en una plaga que ocasionará muchas víctimas en nuestra sociedad del bienestar» (16).

Por ello, «la educación sanitaria constituye un tipo específico de *intervención higiénica* y, en un sentido más general, un tipo específico de *intervención sanitaria*; pero en una acepción más general todavía, ella constituye un tipo específico de *intervención social*» [T. SEPPILLI] (17).

(16) JAMES CHISHOLM: «Contra el cigarrillo. Los resultados de una experiencia», en *Revista Internacional de Educación Sanitaria*, enero-marzo 1964, p. 35.

(17) DR. TULLIO SEPPILLI: «El contributo de la Antropología Culturale all'educazione sanitaria», en *Principi, metodi, etc.*, p. 28.

(18) *Ob. cit.*, p. 7.

coordinación y compenetración serán baldíos, en su mayor parte, los esfuerzos económicos y psicológicos que una educación sanitaria escolar aisladamente realice. Lo que acabamos de decir resuelve, en parte, el problema metodológico, por lo menos en sus aspectos fundamentales.

De acuerdo con la concepción que sirve de base a nuestra manera de entender la educación sanitaria y la formación, en general, la vía intelectual del estudio, la explicación, el aprendizaje y la retención de nociones relacionadas con el funcionamiento del organismo y la conservación de la salud, es sólo un camino, y no el más importante —mucho menos el único, como ha sido usual hasta aquí—, en la educación higiénica y sanitaria del niño. Evidentemente, es de la máxima urgencia que las autoridades y los servicios relacionados con la educación sanitaria se apresuren a redactar libros básicos, lo mismo para el alumno que para el maestro, que puedan convertirse en instrumentos eficaces para la comunicación de los conceptos y las ideas que constituyen el armazón de convicciones que rigen la educación sanitaria. No es menos eficaz ni menos urgente que la escuela utilice toda una serie de medios susceptibles de facilitar y vigorizar la instrucción sanitaria. Así, por ejemplo, debe contar con medios audiovisuales, tales como vistas fijas, filmillas, flanelogramas y pizarras magnéticas y, siempre que sea posible, que los niños, ya utilizando los aparatos de proyección de la propia escuela, ya las actividades sistemáticas de educación sanitaria que se realicen mediante la televisión, asimilen casi jugando toda una serie de nociones, postulados y objetivos sanitarios que de otro modo captarían con dificultad y en muchos casos no podrían incorporar a sus pautas habituales de conducta.

Todavía sería necesario, además (exigencia, por otra parte común a los distintos campos de la educación, que apenas tiene nada que ver con la vieja distribución del contenido de los programas por «asignaturas»), la integración de la educación sanitaria en la enseñanza de otras muchas materias, de tal manera que la formación en materia de salud constituyese algo así como una «atmósfera» que impregnase territorios diversos en actividades escolares hasta ahora recluidas en herméticos e infecundos compartimientos estancos.

El estudio iría acompañado, en la casi totalidad de los casos, de prácticas encaminadas a incorporar las nociones en forma de convicciones, hábitos, valores y actitudes que formen la *conciencia higiénica* del niño, derriben barreras y anulen «tabúes» que muchas veces se oponen a las previsiones indispensables para el diagnóstico y la curación de las enfermedades. Así, por ejemplo, los ejercicios periódicos de determinación del peso y la talla —que pueden incrementarse con otros índices antropométricos importantes, tales como el perímetro torácico, el índice de Von Pirquet, etc.— para el control frecuente del desarrollo físico, los ejercicios relativos a la composición



de los menús escolares y familiares, y por otra parte, la utilización de la enseñanza ocasional (la aparición de una epidemia, en la localidad o en algún lugar lejano, para dar nociones suficientes en relación con las medidas conducentes a la preservación de la salud, un accidente, una catástrofe, etc.) (19).

Estamos de acuerdo con Etienne Berthet cuando dice que todo tema de educación debe pasar por cuatro fases:

1.ª Fijar el interés y la atención de los niños sobre observaciones concretas y hechos precisos conocidos (por ejemplo, un accidente de automóvil).

2.ª El maestro añadirá a estas observaciones personales de los niños algunos temas de reflexión sobre la importancia de los casos de defunción o de incapacidad permanente, que es fácil prevenir mediante la educación para la seguridad (lucha contra la ignorancia, la inconsciencia, la indisciplina).

3.ª Utilización de todos los medios audiovisuales de que el maestro disponga, como películas, clichés, gráficas, folletos, anuncios, en relación con las ideas que ilustren el tema en cuestión.

4.ª Fase de valoración, para ver en qué medida han asimilado los niños las nociones precedentes. A tal fin, se les pedirá un trabajo personal (comentario sobre tal o cual accidente, preparación de un dibujo con *slogan* educativo sobre prevención, demostración de cuidados de urgencia en los accidentes, etc.).

La educación sanitaria se completará, para los niños mayores, según el mismo autor, mediante visitas a hospitales, dispensarios, sanatorios, demostraciones prácticas de laboratorio y ejercicios prácticos de socorrismo y primeras ayudas a enfermos y accidentados (20).

Un método de reciente creación dará en educación sanitaria, como en otros muchos campos didácticos, resultados especialmente fecundos. Nos referimos al *sociodrama educativo* (no al terapéutico). La representación escénica de situaciones, más o menos conflictuales, en la que se enfrenten sujetos afectos de prejuicios nocivos para la salud o de enfermedades hipotéticas con otros que se proponen desarraigarse en ellos actitudes y hábitos nocivos, produce un efecto doble de sugestión e identificación en los «espectadores» de la mayor y más eficaz trascendencia educativa. Claro es que se necesita mucho tacto en la preparación de este exigente «espectáculo», de intención estrictamente didáctica y formativa.

(19) Véanse *Preparación del maestro para la educación sanitaria*. Informe de un Comité mixto OMS/Unesco de expertos. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1960, p. 12.

(20) Véase ETIENNE BERTHET: «L'éducation sanitaire à l'école», en *Revue Internationale d'éducation de la Santé*. Paris, janvier 1960. (Texte préparé pour le colloque sur l'éducation sanitaire organisée à Teheran du 28 octobre au 9 novembre 1958.)

#### 4. OBSTACULOS Y DIFICULTADES EN LA EDUCACION SANITARIA ESCOLAR

Limitando voluntariamente nuestra exposición en este asunto, excesivamente fluido y amplio, vamos a concretarnos a mencionar solamente dos limitaciones considerables con que puede tropezar y tropezará de hecho, en la inmensa mayoría de los casos, la educación sanitaria escolar. La primera de ellas se refiere a obstáculos que pudiéramos denominar sociales o, si se quiere, antropológico-culturales. De conformidad con el concepto de educación sanitaria de Seppilli, que mencionamos al principio de nuestro trabajo, se trata de «una *intervención social* que presupone el conocimiento del patrimonio cultural del grupo discente y exige la remoción de las resistencias que ese grupo oponga a la intervención».

La educación sanitaria escolar actúa sobre el grupo infantil, institucionalmente establecido y, por consiguiente, de índole «artificial», pero cuyos elementos componentes se integran en grupos familiares diversos, los cuales, a su vez, son parte integrante de un grupo social más amplio, dotado de una determinada «cultura» (en el sentido de la antropología social o cultural), y, por consiguiente, de una serie dada de actitudes, valoraciones, hábitos y prejuicios, que componen un tipo definido de «mentalidad». *Grosso modo*, el mundo rural posee, en gran medida todavía, una *mentalidad mágica*, que impregna las convicciones y las actitudes o predisposiciones reaccionales de las familias campesinas. La escuela, por el contrario, lo mismo en sus objetivos que en sus tareas, está animada de una *mentalidad científica*, opuesta en numerosos aspectos, al *espritu mítico*, que anima la vida de los sectores rurales. De aquí surge un choque inevitable, cuya intensidad sube de punto en dos campos del pensamiento y la acción: el de las convicciones religiosas y el de los hábitos ético-sanitarios. Prescindiendo del primero, cuyo análisis no es oportuno ahora, pensemos, en lo que respecta al segundo, solamente en los tremendos obstáculos que la escuela ha de vencer para instaurar en el niño prácticas higiénicas tan elementales como, por ejemplo, la limpieza de los dientes y la frecuencia del baño o la ducha. Pensemos, por otra parte, en la ruda oposición que determinadas formas no sólo femeninas, del «pudor» ofrecen a los exámenes médicos periódicos cuando se goza, aparentemente al menos, de perfecta salud. En éstos y en otros muchos casos, que no mencionamos en atención a la brevedad, la escuela ve limitada su acción por una serie de formaciones mentales de carácter prejudicial, tanto más difíciles de eliminar cuanto que hunden sus raíces en la trastierra remota del subconsciente colectivo. La única manera de contrarrestar en alguna medida los deplorables efectos de tal estado de cosas consiste en convertir a la escuela en *Centro Popular de Educación Sanitaria*, en el que se lleven a cabo, de una manera sistemática y cuidadosamente programada, actividades de educa-

ción sanitaria popular, cuyo grupo discente esté constituido no por los niños, sino por los padres, colaboradores imprescindibles en una educación sanitaria consciente de sus exigencias y sus dificultades.

La segunda frontera a que aludimos se relaciona con la complicadísima cuestión de la educación sexual. No es el momento de abordar un tema de la mayor importancia individual y social y sobre el que ahora mismo están proponiéndose flexibilizaciones y versiones de enorme trascendencia ulterior, como la relacionada, por ejemplo, con la utilización o prohibición de los fármacos anticonceptivos. Es aventurado establecer conclusiones en un asunto tan intrincado, aunque no ofrece duda que los estudios y descubrimientos realizados en el campo de la biología, así como las consideraciones procedentes de los riesgos a que puede conducir una superpoblación excesiva, están llamados a influir considerablemente en los conceptos tradicionales. Sin embargo, la educación sexual entraña dificultades ingentes, especialmente si se la entiende como un esclarecimiento inoportuno y total de los problemas relacionados con la procreación humana, porque la eliminación de los tremendos peligros a que conduce un desvelamiento prematuro de los misterios relacionados con la generación sólo se realizaría en el caso de una graduación perfecta de la instrucción sexual, en la que las nociones no sufrieran retraso, pero, sobre todo, no se adelantasen a la *satisfacción oportuna* de necesidades que muchas veces obedecen, más que a exigencias fisiológicas propiamente dichas, a aspiraciones y conquistas de índole psico-social íntimamente dependientes de las constelaciones sugestivas del «prestigio». Y no dejemos de mencionar las consecuencias sociales de tal satisfacción.

Bastan estas indicaciones para poner sordina a los entusiastas de un «ilusionismo» desatentado en una materia, necesitada, sin duda alguna, de progresivos desvelamientos, los cuales precisan, como su inexcusable contrapeso, una «toma de posesión de sí mismo», que suele aparecer mucho más tarde que los correspondientes impulsos fisiológicos y, desde luego, bastante después que las solicitudes emanadas del prestigio social, a que antes aludimos (\*).

Estas indicaciones ponen nuevamente de relieve la íntima dependencia existente entre las costumbres, las actitudes, las tablas de permisiones y prohibiciones con la constelación de los valores sociales predominantes, por una parte, y por otra, delatan la evidente interconexión existente entre los territorios de la higiene y de la moral, antes distanciados a causa de un positivismo que hoy se bate claramente en retirada. Vamos a un concepto de la salud análogo, en

(\*) Así como los adolescentes fuman el primer cigarrillo y beben la primera caña de cerveza con repugnancia física, animados solamente por el deseo de «hombrear», de modo análogo se inclinan a hacerse el amor —en todos los sentidos de la palabra— exclusivamente por «jugar a ser hombres y mujeres».

cierto modo, al que de ella tenían los griegos, no sólo como *isomoiria* o equilibrio psico-físico, y, en su consecuencia, a una concepción del «arte médica», como prototipo de *techné*, que sin perjuicio de su índole eminentemente práctica, tenga conciencia de la interdependencia existente entre «soma y psique». Ello es patente en el concepto griego de la «dieta», entendida «no sólo como la reglamentación de los alimentos del enfermo, sino de todo el régimen de vida del hombre, y especialmente de la ordenación de las comidas y de los esfuerzos de toda clase impuestos al organismo» (21). De estas consideraciones deduce Werner Jaeger la «gran misión educativa que el punto de vista teleológico en cuanto al organismo humano imponía al médico». Ahora bien, esta misión educativa sobre la que ha insistido reiteradamente el profesor Delore, obliga en «la intervención del médico a sobrepasar su marco, confiriéndole un especial valor y eficacia y dándole un sentido humano y social», como dice el profesor Canapería (22). No se quiere decir con esto solamente, como parecería inclinarse a pensar un enfoque puramente «técnico» —en el sentido actual, no en la acepción griega de «*techné*»—, que cada acto médico tenga una repercusión educativa, sino que la medicina entera, especialmente la de carácter preventivo y social, es una intervención necesariamente educadora, y no sólo atendiendo a la relación médico-enfermo, sino porque la estructura ontológica del hombre establece una íntima solidaridad, se quiera o no, entre solicitudes y actividades dirigidas a conservar el equilibrio del «cuerpo» y las encaminadas a orientar y regular las manifestaciones del «alma» (división que obedecía a un maniqueísmo intelectual totalmente desacreditado hoy).

Pero ello impone, tanto a la medicina como a la educación sanitaria, en general, toda una serie de fronteras éticas y sociales, es decir, relacionadas con el concepto y las exigencias de la «ley natural», realidad también sometida a profundas revisiones hoy, lo mismo que su fundamento y raíz, la idea de «naturaleza», especialmente de la naturaleza humana.

##### 5. EL MAESTRO, EDUCADOR SANITARIO, Y SU FORMACION

Conviene despejar brevemente una cuestión previa que se plantea con frecuencia, sobre todo en países cuya mentalidad, por razones históricas y psicológicas largas de contar, propenden a perder tiempo y energías en dilucidar sutiles y

(21) Véase WERNER JAEGER: *Paidéia. Los ideales de la cultura griega*. Fondo de Cultura Económica. México, 2.ª edición, 1949, tomo III, p. 46. Sobre el concepto de «dieta» en Diocles de Caristos, pp. 59-63.

(22) Prof. GIOVANNI A. CANAPERÍA: «Esperienze de educazione sanitaria en Italia ed all'estero», en *Deuxième Conférence Européenne sur l'Éducation Sanitaire*. Wiesbaden, 27 juin-5 juillet 1957. Organisation Mondiale de la Santé. Copenhague, 1959, p. 91.

embrolladas cuestiones de competencia. La cuestión puede formularse mediante la pregunta: ¿A quién corresponde realizar la educación sanitaria? Los médicos suelen fundar el derecho a regirla basándose en que se trata esencialmente de comunicar una serie de contenidos sobre el funcionamiento normal y patológico del organismo humano y los cuidados necesarios para evitar sus alteraciones. Los pedagogos aducen como argumento primordial para exigir el monopolio escolar de estas actividades el hecho innegable de que se trata de una modalidad o aspecto de la educación, es decir, del perfeccionamiento integral del ser humano para su adecuada formación en orden a su existencia individual y social. Suavizando el conflicto, los unos reivindican el dominio del contenido, los otros afirman que nadie puede arrebatarles la primacía en el conocimiento y aplicación de los métodos.

Además de estimar bizantinas y despilfarradoras estas cuestiones jurisdiccionales, entendemos que el problema así planteado conducirá a soluciones falsas porque es erróneo su planteamiento. Olvida éste que, como antes nos esforzamos en indicar, existen relaciones estrechas entre la medicina y la educación, variando solamente el sector, siempre de difícil y aun de peligrosa delimitación, sobre el cual actúan el médico, que es siempre un educador, y el educador, que debe ser siempre un higienista. Pero hay más: la concepción individualista en cuanto al destinatario de las actividades médicas y educativas y la óptica positivista que escindía el compuesto humano en dos territorios aislados e independientes, olvidaban, de consuno, el carácter eminentemente social del ser humano, la realidad fundamental de la cultura, que es, a la vez, su creación característica y su atmósfera conformadora, de donde el cambio de perspectiva en cuanto a la verdadera realidad del sujeto discente o paciente, visto menos como mónada hermética y autosuficiente que como centro personal de acciones y reacciones en que se tejen y entrecruzan directrices y energías de origen, perfil y sentido socio-cultural.

Resumiendo, pues, el educador sanitario será el médico en cuanto a su mayor conocimiento de los contenidos científicos que servirán de armazón conceptual a los aspectos instructivos que constituyan la parcela intelectual de la educación sanitaria; el pedagogo proporcionará los métodos más adecuados para la incorporación de tales contenidos en la conciencia de niños y adultos. Pero uno y otro—al menos tal como se les ha preparado hasta ahora—se sentirán desbordados, si tienen conciencia plena de la ingente y complicada tarea que representa la educación sanitaria, por el antropólogo y el sociólogo, que deben poseer una preparación específica en todos los problemas relacionados con el concepto de cultura (entendida no como suma de conocimientos, sino a la manera abarcadora de Tylor y Linton, por ejemplo), así como con las difíciles cuestiones relativas a la estructura, la psicología, las actitudes, las convicciones, los hábitos y los

«tabúes» de los grupos humanos, único modo de delinear métodos de educación sanitaria eficientes, que serán entonces no ya un mero aprendizaje de nociones, ni siquiera una labor, por amplia que se la conciba de «agitación y propaganda», sino una táctica metodológica enderezada a la sustitución de creencias, opiniones, mentalidades y usos en lo que respecta a la conservación y preservación de la salud, que se insertará, a su vez, en una amplia estrategia del cambio socio-cultural inducido y programado.

De aquí se deduce, por una parte, que la educación sanitaria es un aspecto esencial de un plan de desarrollo económico-social (23), y, por otra, que la educación sanitaria debe realizarse en equipo, correspondiendo a cada uno de sus elementos integrantes—médicos, psicólogos, psiquiatras, pedagogos, sanitarios, enfermeras, asistentes sociales—más que una «parte» o campo individualizado de actuación, un determinado tipo de actividades que se imbricarán con las que corresponden a los otros elementos, según convenga en cada caso, con arreglo a programas que redactará el equipo en íntima colaboración, pero cuya sanción definitiva, así como la dirección y responsabilidad última de su desarrollo, corresponderá al *educador sanitario profesional*. Esto equivale a decir que necesitamos preparar educadores sanitarios específicamente dedicados a una tarea cuyos límites se ofrecen hoy de un modo vago e impreciso, tanto por la dificultad de conceptualizar y verbalizar actividades, en gran parte, «nuevas», como por las brumas pasionales con que las velan, oscurecen y dificultan conflictos jurisdiccionales injustificados.

Esto no obsta a que existan educadores sanitarios especializados para determinadas cuestiones particulares, en el plano nacional, provincial o comarcal. Así, por ejemplo, los médicos sanitarios son especialistas en los aspectos más directamente relacionados con la epidemiología, los problemas demográficos, sanitarios, etc. Clínicos de distintas especialidades podrán aportar, en su momento, ideas provechosas sobre los avances que, en orden a la higiene, se deducen del estado actual de los conocimientos en sus respectivos campos profesionales. El maestro (y en esta denominación englobamos también al catedrático de enseñanza media, porque sólo en países sociológicamente incoherentes se da un divorcio estructural y profesional entre las organizaciones y el personal docente de los diversos grados de enseñanza) tendrá su campo específico de acción en la escuela, y los niños, lo mismo que sus padres, en los casos y momentos convenientes, serán los destinatarios de su actividad educativo-sanitaria. Pero lo que importa es la planificación, la programación y la realización de la educación sanitaria, en equipo, bajo la dirección y supervi-

(23) Sobre las relaciones de la Educación Sanitaria con los Planes de Desarrollo, ADOLFO MAÍLLO: *Aspectos culturales del desarrollo y educación sanitaria*, lección dictada el 11 de febrero de 1964 en la Sociedad Española de Higiene y Medicina Social. (Inédita.)

sión de educadores sanitarios profesionales. Veamos lo que a este respecto dijo el Comité de Expertos de Educación Sanitaria de la población en su primer informe, publicado en 1954: «El educador sanitario profesional tiene por funciones principales, por una parte, intensificar y ampliar la acción educativa del personal del equipo sanitario, y por otra, completar esta acción de una manera sistemática y continua. Así como los demás miembros del equipo (médico, enfermera, ingeniero sanitario, etc.) aportan cada uno su contribución especial a la solución de los problemas de la salud, el educador sanitario aporta al equipo su conocimiento profundo de las ciencias sociales fundamentales. De un modo más preciso, su actividad puede definirse así: interesar en las cuestiones sanitarias a las personas que hay que educar y proporcionarles ocasiones de instrucción; colaborar en el estudio de los problemas de la colectividad o de los recursos y los medios existentes para interesar a las masas; contribuir a suscitar la participación afectiva de la población y estimular a ésta para que preste su apoyo a los servicios de sanidad y a los que con ellos se relacionen; facilitar la elección, la puesta a punto y la aplicación de métodos y medios de educación, teniendo en cuenta los recursos y las necesidades locales; tomar parte en la elaboración y en la aplicación de programas de educación sanitaria destinados al personal de sanidad, al campo docente y al personal de otros organismos interesados; explicar a la población el papel y la utilidad de los servicios de sanidad que tienen a su disposición; ayudar al análisis y a la evaluación de las actividades de educación sanitaria que implica el programa sanitario de conjunto... Estos especialistas deben, además de una cultura sólida, adquirir conocimientos en las ramas siguientes:

Ciencias Físicas y Biológicas.

Ciencias Sociales fundamentales.

Pedagogía y Psicología de la Educación.

Higiene y Sanidad públicas.

Problemas especiales de la Educación Sanitaria.

Administración pública (24).

¿Qué preparación debe recibir el personal docente para que la educación sanitaria escolar se convierta en un elemento eficaz dentro de una programación nacional de educación sanitaria, que forme parte, a su vez, del Plan Nacional de Desarrollo Económico, Social y Cultural?

El esquema de plan de estudios que el Comité de Expertos redactó para los educadores sanitarios profesionales puede servir, con las reducciones indispensables, para orientar el *curriculum* de la formación de los maestros en educación sanitaria. No basta, en modo alguno, con una sumaria preparación en anatomía, fisiología e higiene, entendidas al modo tradicional; es im-

prescindible además un conocimiento de las estructuras sociales y de las formaciones psicológicas y culturales habituales en los grupos humanos, así como en las técnicas metodológicas de orientación de las discusiones, de la dinámica de grupos y de los problemas que plantea la educación entendida en el sentido más exigente, además de la ampliación del concepto de salud a los dominios mental, emocional, caracterológico y social.

Pero la implicación mutua de todos los aspectos y actividades sociales y culturales impone, si no queremos que la preparación en educación sanitaria del personal docente sea superficial y ficticia, que las Escuelas Normales y las Universidades ofrezcan, a la manera que exigimos para la escuela primaria, un modo de vida sano durante los estudios que en ellas realicen los jóvenes; conocimiento y relaciones estrechas con los servicios de sanidad de carácter escolar y universitario, realización de prácticas de enseñanza y de educación higiénicas, lo mismo con niños que con adultos, previa la aplicación de encuestas para el conocimiento de los grupos sociales sobre los que ha de operar, así como las técnicas y cuestionarios de valoración de los resultados; participación en los programas de alimentación escolar y en la preparación y ejecución de proyectos concretos de educación sanitaria en distintos ambientes (rural, urbano, suburbial) (25).

Es natural que el profesorado de los centros de formación del Magisterio posea la indispensable preparación para una tarea tan exigente y compleja. En vez de un profesor especial de educación sanitaria a tiempo completo, con idénticas exigencias académicas y administrativas en cuanto a su ingreso a la propia los restantes profesores, sería preferible que educadores sanitarios profesionales dirigieran este aspecto de la formación de los maestros mediante cursos bimestrales en cada uno de los años de la carrera de Magisterio. A su cargo estarían, como es natural, los ejercicios y prácticas antes mencionadas, que constituyen, a nuestro entender, parte fundamental de la formación en educación sanitaria.

\* \* \*

Como indicamos al principio, más que recetas, hemos procurado aportar orientaciones que aclaren un concepto de educación sanitaria necesitado de enriquecimiento y precisión, si no queremos perdernos en actuaciones ineficaces o en es-

(25) Véase *Guide pour l'étude de la formation a donner aux enseignants en matière d'éducation sanitaire*. Etabli conjointement par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture, 1957, *passim*, y *Preparación del maestro para la educación sanitaria*. Informe de un Comité mixto OMS/Unesco. Ginebra, 1960, pp. 12-16.

(24) Véase *Comité d'experts de l'éducation sanitaire de la population*. Premier Rapport. Organisation Mondiale de la Santé. Genève, 1954, pp. 27-34.

tériles logomaquias. La oscuridad en torno a la idea echa, además, leña al fuego de las competencias jurisdiccionales, estériles y enconadas porque no se tiene en cuenta que las nuevas necesidades originan nuevas técnicas, nuevos campos de acción, y, por consiguiente, inéditas titularidades. Tal ocurre en un campo donde el médico, el sanitario y el pedagogo deben ser, en el fondo *coequipiers*—imprescindibles, claro está—, pero nunca elementos rectores, *a título profesional*, del conjunto, cuya orientación global corresponde al especialista en antropología cultural, sociología y psicología social, con conocimientos básicos de las disciplinas sanitarias y los métodos didácticos de educación de adultos.

Ambiciosa formación, en verdad, que sería pró-

digamente fecunda—en el espíritu de los diversos colaboradores de esta gran obra—, colocando a quienes la tuviesen al frente de sendas *cátedras de Educación Sanitaria* (26), de las que irradiarían múltiples investigaciones, orientaciones y enseñanzas de la dignidad, la altura y la fecundidad deseables para una tarea cada día más apremiante, dada la complejidad de la vida en comunidades cuya evolución y presión sobre los individuos originan situaciones, posibilidades y necesidades educativas difíciles y «nuevas», en el más riguroso sentido.

(26) «El titular de esta cátedra no debe ser necesariamente médico». *Deuxième Conférence Européenne sur l'Éducation Sanitaire de la Population*. Organisation Mondiale de la Santé. Copenhague, 1959, pp. 79-80.

## Un bachillerato acorde con nuevas exigencias

M.<sup>a</sup> RAQUEL PAYA

Dr. en Pedagogía y Profesora de Escuela del Magisterio de Valencia

### UN SIGNO DE NUESTRO TIEMPO: «LA PUESTA AL DÍA»

Un cierto retraso se puede observar siempre entre la educación y otros aspectos o estratos de la vida social. En el momento presente, en que los pueblos, las instituciones y el pensamiento toman sobre sí la urgente tarea de actualizarse, no podemos dejar en silencio nuestra inquietud. En estas reflexiones pretendemos subrayar unos supuestos, bosquejar unas medidas de urgencia y llegar finalmente a unas recomendaciones generales.

### SUPUESTOS

Veamos cuáles pueden ser las causas del retraso con que la educación se incorpora e incorpora el progreso:

1.<sup>a</sup> La *no-consideración de función directriz* a la función educadora. Esta ha sido siempre más o menos considerada como tarea subalternada a las exigencias de otras líneas del pensamiento o de la acción. Esta función subalternada se hace evidente por la falta de sustantividad del propio hacer educativo y que, llevada a sus extremos,

afecta a la sustantividad de las propias ciencias de la educación.

2.<sup>a</sup> La educación es un *proceso cuyos orígenes y fines son ajenos* al mismo proceso. Recibe imperativos y normas externos. Se convierte en medio para las más diversas posibilidades, por lo cual está siempre mutilada. Esta mutilación es tanto más acusada cuando nos situamos en los estratos más bajos del hacer educativo. Cada enseñanza y educación *recibe su razón de ser del estrato superior*, lo que convierte en adiestramiento toda preparación.

3.<sup>a</sup> La educación *aparece distanciada de la vida*. Esta reflexión es un tópico pedagógico que subrayamos por una exigencia actual. Los progresos de la ciencia, de la técnica y aun del propio hacer empírico, llegan a la escuela con un considerable retraso. Vemos así que soluciones vitalizadoras, aceptadas desde hace tiempo en la industria, el comercio, la economía, la política, no han llegado todavía al ámbito escolar. *Pensemos con inquietud en la «automatización»* que debería haber estado prevista—al menos para la creación de equipos investigadores—desde hace mucho. No pretendemos una educación des-carnada ni des-espiritualizada, pero sí la quisiéramos al día y en vanguardia. El retraso en introducir ele-