



Education Policy Analysis
Archives/Archivos Analíticos de Políticas
Educativas

ISSN: 1068-2341

epaa@alperin.ca

Arizona State University
Estados Unidos

Terrón Bañuelos, Aida
La Educación Sanitaria Escolar, una Propuesta Curricular Importada Para la Escuela
Española del Desarrollismo
Education Policy Analysis Archives/Archivos Analíticos de Políticas Educativas, vol. 23,
2015, pp. 1-31
Arizona State University
Arizona, Estados Unidos

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=275041389009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

archivos analíticos de políticas educativas

Revista académica evaluada por pares, independiente,
de acceso abierto y multilingüe



aape | epaa

Arizona State University

Volumen 23 Número 19

23 de febrero 2015

ISSN 1068-2341

La Educación Sanitaria Escolar, una Propuesta Curricular Importada Para la Escuela Española del Desarrollismo

Aida Terrón Bañuelos

Universidad de Oviedo

España

Citación: Terrón Bañuelos, A. (2015). La educación sanitaria escolar, una propuesta curricular importada para la escuela española del desarrollismo. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 23(19). <http://dx.doi.org/10.14507/epaa.v23.1702>

Resumen: El artículo analiza los antecedentes de la *educación para la salud* en la escuela española. Las relaciones exteriores y el ingreso de España en organismos internacionales (FAO y OMS en 1951, UNESCO en 1953, ONU en 1955, Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial en 1958) impulsaron la modernización de las estructuras económicas, sociales y administrativas del régimen franquista, con un efecto evidente en su sistema educativo. La Ley General de Educación de 1970 culminó ese proceso, modulado durante la década de los sesenta. La escuela primaria, obligatoria de manera efectiva desde 1965, se concebiría como una “institución social” que habría de acompañar al conjunto de las transformaciones que se estaban operando en el país. La *educación sanitaria escolar* fue uno de los nuevos ámbitos educativos que los expertos le encomendaron, importando políticas promovidas por los organismos internacionales de los que pasaba entonces a formar parte. Una medida que, acometida disciplinadamente por técnicos de la administración educativa, se encontró, sin embargo, con los obstáculos y dificultades propias de todo proceso de importación, produciéndose resistencias dentro y fuera del aparato escolar que se correspondían con la situación real del país.

Palabras clave: educación sanitaria escolar; Organización Mundial de la Salud; UNESCO; higiene escolar; escuela primaria; medicina social; educación de hábitos; colaboración entre médicos y maestros; obstáculos; España.

Healthcare Education in Schools: A Curriculum Proposal Introduced Into Spanish Schools in the Name of Unchecked Development

Abstract: The article analyses the background to healthcare education in the Spanish school system. Spanish foreign policy and the fact that Spain became a member of a number of international organizations, such as the FAO and WHO (in 1951), UNESCO (1953), UN (1955), the International Monetary Fund and World Bank (1958) boosted the modernization of the economic, social and administrative fabric of the franquist regime, with a particularly perceptible effect on its education system. This process, which had been initiated in the sixties, reached its pinnacle with the General Education Act of 1970. Primary schooling, which had only been made compulsory in 1965, was conceived as a “social institution” whose role was to go hand in hand with the other major transformations taking place in the country. *Healthcare education* became one of the new educational domains, experts agreed, that were vital to the policies promoted by the aforementioned international organizations the country had now joined. This measure was implemented in the most disciplined manner by technocrats of the education administration, but quickly met with the obstacles and difficulties that will inevitably assail any imported process, resulting in strong resistance from within and without the school system, as it came to clash with the reality of the situation in the country.

Keywords: Healthcare education in schools; World Health Organization; UNESCO; hygiene in school; primary school; social health care; instilling new habits; collaboration between teachers and doctors; obstacles; Spain.

A Educação Sanitária Escolar, uma Proposta Curricular Importada Para a Escola Espanhola do Desarrollismo

Resumo: O artigo analisa os antecedentes da *educação para a saúde* na escola espanhola. As relações exteriores e a entrada de Espanha em organismos internacionais (FAO e OMS em 1951, UNESCO em 1953, ONU em 1955, Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial em 1958) impulsaram a modernização das estruturas económicas, sociais e administrativas do regime franquista, com um efeito evidente no seu sistema educativo. A “Ley General de Educación” de 1970 culminou esse processo, modulado durante a década dos anos sessenta. A escola primária, obrigatória desde 1965, conceber-se-ia como uma “instituição social” que deveria acompanhar ao conjunto das transformações que estavam a se desenvolver no país. A *educação sanitária escolar* foi um dos novos âmbitos educativos encomendados pelos especialistas, importando as políticas promovidas pelos organismos internacionais dos quais o país passava a formar parte. Uma medida que, acometida disciplinadamente por técnicos da administração educativa, encontrou, no entanto, os obstáculos e dificuldades próprias de todo processo de importação, produzindo-se resistências dentro e fora do aparato escolar que se correspondiam com a situação real do país.

Palavras-chave: educação sanitária escolar; Organização Mundial da Saúde; UNESCO; higiene escolar; escola primária; medicina social; educação de costumes; colaboração entre médicos e professores; obstáculos; Espanha.

Introducción

Este texto recoge un aspecto parcial de una investigación interdisciplinaria más amplia, actualmente en curso, en la que antropólogos e historiadores de la medicina y de la educación buscan determinar las dimensiones culturales del proceso de medicalización que se operó en España a lo largo del régimen franquista, identificando los discursos y las prácticas destinadas a modificar la

relación de la población con la salud y con la enfermedad. En un sentido más amplio, el Proyecto¹ pretende precisar el tránsito desde el modelo de *Propaganda Sanitaria* de la II República al de *Educación para la Salud* (EpS), adoptado durante la “transición democrática”.

Las perspectivas teóricas y conceptuales manejadas se corresponden con la diversidad de enfoques y tratamientos de los investigadores participantes (histórico, antropológico, médico, pedagógico y filosófico). Pero el hecho de que lo que se someta a análisis sea, en buena medida, un proceso de popularización de la ciencia (en este caso médica), ha otorgado una clara centralidad al cañamazo teórico y a la historiografía específica que desarrolla esta perspectiva: la historia de la ciencia es, también e incuestionablemente, la historia de su divulgación científica y, consiguientemente, de los mecanismos y recursos desplegados para difundirse e insertarse socialmente (desbancando a un saber previo, arcaico y acientífico)² conquistando reconocimiento social y académico y ampliando su esfera de influencia a la gestión política de la población. Así, otro eje teórico que sostiene el marco analítico proviene de la tradición foucaultiana, interpretando los procesos de divulgación y popularización de la medicina en clave de biopolítica, perfectamente incardinable en el moderno liberalismo social y económico en el que España comenzó a embarcarse en la época estudiada, un liberalismo incapaz de subsistir sin recurrir a dispositivos *disciplinarios* y *reguladores* que colocaban al individuo como un cuerpo a gobernar y que nos van a permitir identificar notas características de aquello que cabría denominar *gubernamentalidad franquista* (Campillo 2009; Cayuela, 2014; Rendueles, 2009).

De ese magma analítico esbozaremos aquí, concretamente, los lineamientos básicos del proceso de difusión y acogimiento que tuvieron en la España de los sesenta las propuestas de la OMS (y la UNESCO) sobre la *educación sanitaria escolar*, que otorgaban a la institución escolar un papel estratégico en la implementación de sus objetivos, esto es, de inculcar hábitos saludables entre la población infantil y de promover y divulgar los discursos medicalizadores entre las familias y las comunidades. Con su incorporación al concierto internacional nuestro país suscribía así una dinámica que la medicina y el gremio médico (entonces enormemente prestigiado gracias al desarrollo alcanzado por la medicina científica y el éxito contra las enfermedades infecciosas) estaban generalizando a través de la OMS: en posesión de un saber-poder omnipotente y de alto valor político, las “recomendaciones” de la OMS se convertirían de manera inmediata en discursos, leyes y programas de actuación internacionales de los que aquí nos haremos eco. También en propuestas curriculares (sobre las que actualmente trabajamos, Terrón, 2014) destinadas a vehicular esa nueva dimensión de la *medicina social* que fue la *educación sanitaria escolar*. De hecho las “recomendaciones” a las que aludimos, convertidas en *Recomendaciones Internacionales* aprobadas en las distintas Asambleas de la OMS, irán avanzando un concepto omnipotente de salud (entendida como “máximo desarrollo de las potencialidades física, psíquicas y sociales”) susceptible de sentar las bases de un proceso de medicalización definitivamente imparable. Sólo unos años después la Declaración de Alma-Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986), actualizada por la Declaración de Yakarta (1997), enuncian el objetivo universal “Salud para todos en el año 2000”. En su consecución los programas de *Educación para la salud* y de *Promoción de la salud* se consideraron clave (también en España) implementándose a través de la EpS, integrada – de manera directa o transversal – en el currículo escolar obligatorio, en las políticas de las administraciones educativas nacionales y autonómicas y en las investigaciones teórico-prácticas de los docentes (Davó, 2009). La creación, en 1991, de la *Red Europea de escuelas promotoras de salud*, (integrada por la Oficina regional Europea de la OMS, la

¹ Ministerio de Economía y Competitividad, Proyecto de Investigación Fundamental No Orientada HAR2012-34588, “De la propaganda sanitaria a la educación para la salud: ideología, saberes y discursos en la España de Franco (1939-1975)”.

² Que deviene en *folkmedicina* (Perdiguero & Comelles, 2014).

Comisión de la Unión Europea y el Consejo de Europa) considerada como uno de los programas internacionales más avanzados para la promoción de la salud en las escuelas del mundo, ha contribuido decisivamente a dar impulso y formato institucional a esta dinámica (Perea, 2009).

Sin embargo, las actividades formativas para la promoción de la salud ni son nuevas (la *higiene escolar* es una asignatura presente en las escuelas españolas desde hace prácticamente cien años) ni su eficacia puede determinarse fácilmente. Tanto los enfoques de la sociología crítica sobre el conocimiento escolar como los de la historia sociocultural del currículum han evidenciado la complejidad y el dinamismo de ese “artefacto cultural que llamamos *currículo*” que, lejos de comportarse como un elemento plano (con la perfección mecánica del reloj, como quería Comenio) constituye un *campo de tensiones* propias, “inherentes a la transmisión institucionalizada de la *cultura*” (Romero & Luis, 2003 y 2008). De ahí que valga la pena complejizar, a través de una mirada histórica que pretende ser más práctica que erudita, las posibilidades, pero también los “obstáculos y resistencias” que la educación para la salud encontró en su primera fase de implementación en nuestro país (aun cuando su denominación fuese entonces la de *educación sanitaria escolar*). Y si bien nuestras apreciaciones están todavía en curso de investigación y sepamos más de los discursos que de las prácticas, podemos ya aproximar los lineamientos de lo que constituyó un proceso de importación que se movería, casi exclusivamente, en el terreno de los expertos (embarcados entonces en definir y acotar un nuevo “territorio profesional”) aun cuando su saber, profundamente “ausente”, tuviese muy escasas posibilidades en la España de los años sesenta. En las páginas que siguen intentaremos identificar el argumentario de ese discurso y los avatares de ese proceso.

Facilitaremos su comprensión ubicándolo, ya de entrada, en el proceso de modernización que el régimen franquista introdujo en el sistema educativo a lo largo de los años sesenta, a fin de acompañarlo al nuevo modelo de desarrollo económico y social³ sancionado por el Plan de Estabilización de 1959. En esos años los cambios cuantitativos fueron realmente espectaculares (la educación “creció” entonces en España) aderezados, además, desde novedosos organismos técnicos (especialmente el CEDODEP, del que posteriormente hablaremos) dispuestos a dirigir y orientar los cambios estructurales que se producían en el interior del sistema. Un credo tecnocrático, procedente sobre todo de los Estados Unidos, presidirá sus actuaciones y serán los *Informes* de los expertos de la UNESCO y las *Recomendaciones* de la Conferencia Internacional de Educación los que pasen a orientar las decisiones de la administración educativa. La *educación sanitaria escolar*, recomendada por la OMS y avalada por la UNESCO, estaba, precisamente, entre esas prioridades, y será Adolfo Maíllo, director del CEDODEP y autor de numerosos trabajos publicados sobre el campo (1958, 1961, 1965, 1966, 1968) quien importe hacia nuestra escuela, si bien con escaso éxito, sus propuestas.

³ Tras la fase de aislamiento internacional del Régimen (franquista) y de autarquía económica, los pactos con Estados Unidos en 1953 y el ingreso en la ONU en 1955 abrieron una nueva situación que se sancionó con el cambio de gobierno de 1957 y el Plan de Estabilización de 1959. Entrarían entonces en el gobierno los tecnócratas del Opus Dei, abriendo el país a los mercados internacionales, iniciándose una etapa de desarrollo económico e industrialización, favorecida por el gran ciclo expansivo de la economía europea. La concentración absoluta de los poderes en el Jefe del Estado se mantenía, sin embargo, inalterable, sirviendo las reformas técnicas y económicas para dar respuesta a las aspiraciones de mejora de las clases obrera y media, neutralizando sus demandas de cambio político.

¿Qué Hay de la “Vieja” *Higiene Escolar* en la “Nueva” *Educación Sanitaria Escolar*?

En 1967 la editorial Teide publicaba en castellano la obra de C. E. Turner *Planteamiento de la educación sanitaria en las escuelas*, editada con anterioridad por la UNESCO dentro de su colección “Programas y métodos de enseñanza”. Se hacía así accesible a nuestra *intelligentsia* una monografía realizada por encargo de ese organismo y la OMS a su autor, quien condensaba en una amplia y sistemática exposición los planteamientos que estos organismos internacionales venían realizando sobre el tema desde los años cincuenta hasta la fecha de su publicación original, el año 1965. Puede considerarse, en este sentido, una obra canónica, cuya difusión en España desconocemos, si bien puede constatar su condición de obra de consulta y de obligada referencia por el conjunto de tratadistas del campo, según atestigua E. Vega en su tesis doctoral, inédita, sobre la educación sanitaria en España (1969).

Para ese momento el término “educación sanitaria escolar” parecía consolidado: la “educación sanitaria en las escuelas”, la “educación sanitaria escolar” o “la educación para la salud”, que habían comenzado a utilizarse en los espacios de deliberación, debate y actuación de la OMS a lo largo de la década de los cincuenta, no ofrecían ya discusión en los sesenta⁴; el mismo Turner los había introducido en el título de una obra anterior (*Preparación del maestro en educación para la salud*, 1960), denominación muy similar a la utilizada en el *Informe* emitido en 1959 por el Comité de expertos de la OMS designado para estudiar ese problema (*Preparación del maestro para la educación sanitaria*). Si consideramos que sólo una década antes (esto es, a la altura de 1950) la OMS estaba trabajando con un término bien distinto (el de “Higiene Escolar”) es razonable pensar que durante esa década el “campo” había experimentado una modificación justificativa de tal sustitución terminológica. Modificación multicasual, sin duda, pero en la que hubo de pesar de una manera determinante, creemos, la dinámica de cooperación que en esa década se estableció entre las estrategias de intervención que venía desarrollando la OMS en materia de *Higiene escolar* (sobre la que estaba emitiendo *Informes Técnicos* a los que luego nos referiremos) y las que va a implementar la UNESCO (con una actividad proyectada sobre la promoción de escuela y la educación a escala mundial) buscando ambas la confluencia de sus actuaciones y programas: *educación* y *salud* serán realidades que institucionalmente empiezan a soldarse de una manera indisociable, impulsadas por esa dinámica confluyente. Las palabras pronunciadas por los directores de estos dos organismos en la presentación preliminar de la publicación referida (*Planteamiento...*) a los Ministerios de Educación y de Sanidad de los países miembros son inequívocas al respecto. Afirmaban con absoluta contundencia que sus dos organizaciones “en calidad de organismos especializados que se ocupan de la educación y de la salud respectivamente, consideran que la educación sanitaria en las escuelas es una parte importante de la educación general y un medio decisivo de promover la salud” (Turner, 1967, p. 7)⁵.

⁴ Sobre el concepto y la periodización de la *educación sanitaria*, véase Salleras (1985). Los análisis realizados desde la perspectiva docente de la *EpS* (Alonso & Villalvilla, 2007; Gavidía, 1993 y 2001; Perea (2009) difieren de las posiciones “continuistas” de Salleras. Así Gavidía (1993) encuentra un corte entre “la *educación sanitaria*, que habría surgido del concepto de *salud pública*” y la *educación para la salud*, un concepto posterior que surgiría “del concepto de *salud comunitaria*, más evolucionado, con la carga de participación y auto-responsabilidad que ello conlleva”. Nuestra particular impresión es que en la década de los cincuenta se transita del concepto de *higiene escolar* al progresivamente predominante de *educación sanitaria*, que excepcionalmente se sustituye, de manera indistinta, por el de *educación para la salud* ya en esa misma época.

⁵ De hecho esta obra de Turner, en elaboración desde hacía varios años, había incluido, en su versión definitiva, las sugerencias emitidas por noventa y cuatro países miembros a la versión preliminar, tal como se

Otorgamos un alto sentido conceptual a esta cuestión terminológica porque muestra cómo las agencias internacionales establecieron estrategias confluyentes, mutuamente beneficiosas, susceptibles de reforzar sus respectivos espacios gremiales e institucionales. En nombre de incuestionables y altruistas objetivos (la salud y la educación) orientaron el currículo escolar (entendido en un sentido amplio) de una manera manifiesta, como lo demuestran los textos escolares que a finales de los años sesenta insertan entre sus “lecciones” la bondad de este tipo de agencias, de sus saberes, actuaciones y profesionales. Pero más allá de ello (y no es poca cosa) estos nuevos términos, que irán relegando el de Higiene escolar, probablemente estuvieran refiriendo un énfasis más que un “cambio” en sentido radical; el énfasis especial que progresivamente se iba a ir poniendo tanto sobre la condición estratégica del espacio escolar para la intervención en salud, como sobre la dimensión educativa (no meramente instructiva) que esta intervención había de tener para que fuese efectiva, eficaz y duradera, algo que parecía quedar fuera del alcance del Servicio de Higiene Escolar tal como lo concebía hasta entonces la OMS. Para que ello fuese posible hubo de esperarse, sin embargo, a que el proceso de escolarización masiva de la población adquiriese una entidad notable, proceso que se iba a convertir, justamente en la década de los cincuenta y sesenta, en una realidad de escala mundial, isomórfica y muy fuertemente institucionalizada, como ha puesto de relieve la perspectiva neoinstitucionalista.

No parece que los contenidos de la *Higiene Escolar* (tal como los enunció en 1950 el Comité de expertos de la OMS así denominado⁶) fuesen sustancialmente diferentes de los que posteriormente acoja la rúbrica *Educación sanitaria escolar*. Repasando brevemente sus “argumentos” constatamos que la *Higiene escolar* coincide en las razones que se barajan para dar una atención especial al grupo de población en edad escolar: siendo una fase de crecimiento y desarrollo crítica, sometida a situaciones de esfuerzo y tensión específicas derivadas del competitivo y exigente medio escolar y muy favorable a la transmisión y contagio de enfermedades infecciosas y a la producción de accidentes, podría, sin embargo, devenir en “oportunidad” si se aprovechaba la escuela como espacio propicio para la observación sistemática del crecimiento y desarrollo infantil y para ofrecer al alumnado una específica educación higiénica de la que él mismo podía ser portador hacia el resto de la comunidad, especialmente si se contaba con la complicidad del maestro. Una orientación de este tipo exigía, sin embargo, una radical modificación del sentido “negativo” con que nació originalmente la *Higiene escolar* (y así lo entendió el Comité de expertos, introduciendo al hacerlo un “quiebro” entre la perspectiva de la *Higiene* y la de la *Educación sanitaria*). Porque las aspiraciones sobre las que aquella se constituyó (“el deseo de hacer algo sobre la propagación de las enfermedades transmisibles, de descubrir la causa del mal estado físico en posibles reclutas del ejército y corregir las dolencias causadas por la vida escolar obligatoria”) condujeron a programas “tendientes a descubrir la enfermedad y los defectos”, sesgo que los inhabilitaba para cimentar una sólida estructura de supervisión higiénica destinada a fomentar el mejoramiento de la salud “y a obtener todas la ventajas de enseñar higiene “positiva” al niño y a la comunidad”⁷; la cual

les había solicitado, y se concebía como “una etapa” más en el programa de cooperación permanente entre ambas organizaciones, siendo su función la de “servir de guía internacional para mejorar la educación sanitaria en las escuelas y en las instituciones de formación de personal docente”.

⁶ *Comité de Expertos en Servicios de Higiene Escolar. Informe de la Primera reunión* (Ginebra, 7-12 agosto 1950), Serie de Informes técnicos, número 30. La decisión de crear dicho Comité se había adoptado en la Segunda Asamblea Mundial de la Salud, considerando estratégica la edad escolar para la atención a la salud.

⁷ Se coincide también en los aspectos o “temáticas” que debe abordar la *Higiene escolar*: Así, la higiene ambiental (saneamiento de la comunidad, de la escuela); los aspectos nutricionales; el “día escolar” (que debe organizarse respetando la necesidad infantil de descanso, de sueño, de aire libre, de ejercicio físico, de juego, de experiencias diversas; de una actividad escolar proporcionalmente distribuida, y en un aula cuyo ambiente emocional provoque bienestar); el control de la seguridad y la provisión de medios para emergencias y

multiplicará su potencia en la medida que enraíce en las necesidades y experiencias de la vida diaria de los niños y se relacione con sus cambios de intereses y con el “ambiente social, económico y cultural en que viven y crecen”; que se implemente con novedosas y activas metodologías y materiales docentes y se integre transversalmente en otras asignaturas; y que se enmarque, finalmente, en una actuación colaborativa de la escuela con los diversos servicios, cuyo personal (médicos, enfermeras, educadores sanitarios, asistentes sociales, maestros, etc.) deberá ser formado específicamente: en resumen, los lineamientos de la que será la “futura” educación sanitaria escolar.

A la altura de 1950 los Servicios de Higiene Escolar que podían implementar estas actuaciones se circunscribían a reducidas zonas urbanas y relativamente bien escolarizadas, dejando fuera a una parte importantísima de la población infantil; la escuela, por su parte, estaba muy lejos de alcanzar la extensión y la entidad necesaria para acoger a las masas infantiles y albergar las nuevas funciones que le serían progresivamente atribuidas. El proceso de expansión que se operará en las décadas siguientes revela una sincronía a la que no es ajena la acción de organismos internacionales: las Conferencias de la UNESCO – portadoras explícitas de los modelos mundiales de educación (Meyer & Ramírez, 2010; Ramírez & Ventresca, 1992) – se van a producir en paralelo con la traslación hacia la escuela de las estrategias sobre intervención en salud que la OMS estaba desplegando través de sus programas de educación sanitaria escolar; actuación complementaria que contribuiría a explicar el isomorfismo ideológico y organizativo que muestran los procesos de escolarización a escala mundial y la estandarización curricular que la escuela neoinstitucionalista de sociología histórica educativa ha evidenciado en las últimas décadas, probando la “sorprendente” afinidad transnacional en los currículos escolares (Benavot, Cha, Kamens, Meyer, & Wong, 1991).

Cabría pensar, entonces, que la deriva hacia los nuevos términos que estamos analizando (educación sanitaria escolar, educación para la salud) se justifica no tanto por una modificación sustancial de los contenidos de la clásica *Higiene escolar* cuanto por la nueva dinámica en que va a moverse la institución escolar en las sociedades fuertemente escolarizadas a partir de los años cincuenta como consecuencia del reconocimiento de la educación como derecho social; en tales sociedades la escuela se va a convertir en la institución por excelencia de la infancia, en la que niños y niñas van a pasar una cada vez más extensa parte de su vida – entre otras razones para hacerla compatible con las necesidades laborales de las sociedades desarrolladas – obligándose por ello a adquirir un fortísimo componente social que implicaba la implementación de programas y actividades diversos (comedor escolar, colonias escolares, actividades lúdicas y deportivas...) que se superponen a su clásica misión instructiva o formativa, hasta llegar a desplazarla a un lugar secundario. Dar cabida en ella a una medicina escolar que había superado su “fase higiénica” para plantearse como una rama de la medicina social – tal como sostiene Adolfo Maíllo, el pedagogo que vamos a seguir en nuestra exposición – obligaba a modificar los antiguos modos de la enseñanza higiénica, “nombre que se daba antes a la educación sanitaria”. Planteada desde “un intelectualismo avasallador (y reducida) al estudio en un manual de la estructura y funciones principales del organismo humano y las prescripciones y las normas para conservar la salud”, esa enseñanza higiénica habría de abrirse ahora para integrar otros aspectos de capital importancia relacionados “con los factores afectivos – conscientes e inconscientes – y sociales del comportamiento humano” (Maíllo, 1968, p. 305).

A ese “desafío” curricular se dedican las casi doscientas páginas del canónico texto de Turner (1967) a cuya “sistemática” no vamos a prestar atención en este momento, más interesados en analizar cómo se produjo la recepción de este “campo” en nuestro país, cuál fue la dinámica seguida para formalizarlo e insertarlo en nuestro aparato escolar. Una dinámica claramente inseparable del

primeros auxilios; la supervisión de la salud del personal escolar; el control de las enfermedades transmisibles; la supervisión de las actividades físicas; y la promoción de la higiene mental.

proceso de apertura internacional y de desarrollismo económico-social operado en España a partir del Plan de Estabilización de 1959, que coincidía con (y sostenía a) un proceso político que implicaba directamente a los cuerpos profesionales de la administración nacional, en este caso de la sanidad y de la educación. Es precisamente ese momento puntual el que queremos caracterizar, transitando sin embargo por marcos temporales más amplios que adjudiquen sentido al momento de corte.

Presentación Institucional de la *Educación Sanitaria Escolar* en España

La *educación sanitaria escolar* adquiere carta de naturaleza en nuestro país con el monográfico que le dedicó la revista *Vida Escolar* en febrero de 1961, monográfico con el que el CEDODEP (Centro de Documentación y Orientación Didáctica de Enseñanza Primaria) presentaría formalmente al magisterio primario y a quienes estaban encargados de su formación y asesoramiento – los Inspectores de enseñanza primaria y el profesorado de las Escuelas del magisterio – este nuevo ámbito de conocimiento escolar. La dirección de esta influyente revista, con presencia en todas las escuelas del país (su tirada era de 71.000 ejemplares) y muy probablemente leída por la gran mayoría de los maestros y maestras nacionales, consideró que la *educación sanitaria escolar* era “uno de esos temas que merecen especial destaque y consideración, no sólo por la insistencia con la que se habla de ella en los últimos tiempos, sino principalmente por la entidad y trascendencia de sus objetivos”; razón que le condujo a darle un tratamiento monográfico, haciéndolo coincidir estratégicamente – tal como veremos seguidamente – con otras importantes manifestaciones institucionales (la más significativa de las cuales fue, sin duda, la celebración ese mismo año de un *Curso de Educación Sanitaria Escolar*, primero de estas características celebrado en nuestro país). El número, un extenso volumen de cuarenta y cuatro páginas distribuidas en doce artículos en el que médicos, inspectores de primera enseñanza e inspectores médico-escolares intentan ofrecer un tratamiento multidisciplinar del asunto⁸, constituye un precioso y preciso “estado de la cuestión” en la época, del que vamos a ocuparnos en este trabajo.

En el ámbito de la pedagogía puede hablarse de un antes y un después de este monográfico (a diferencia de lo ocurrido en el campo de la sanidad, en el que detectamos referencias y actuaciones previas). La denominación que ahora se divulgaba, “educación sanitaria escolar”, apareció entonces – en el monográfico y en el curso citado – entre los profesionales de la educación españoles; o, cuando menos, el empeño por discriminar su sentido preciso, alusivo a un contenido educativo y curricular concreto que buscaba su extensión y aplicación dentro del ámbito de la educación nacional. Un doble objetivo este que asume expresamente el director de la revista, Adolfo Maíllo, firmante del primer artículo del número, titulado, precisamente, “Concepto y límites de la educación sanitaria escolar”. En la *Justificación* previa del monográfico Maíllo se refiere al carácter farragoso e inseguro del terreno en que se mueve conceptualmente este nuevo campo, no solo aquí en España, sino, de acuerdo con sus palabras, también en los ámbitos de donde lo estábamos importando; de hecho, tras el rastreo previo de autores ingleses, franceses, italianos o norteamericanos con los que

⁸ El conjunto de colaboraciones es el siguiente: *Concepto y límites de la educación sanitaria escolar* (A. Maíllo); *Objetivos, ámbito y contenido de la educación sanitaria* (Dr. De la Quintana); *Enseñanza sanitaria popular y escolar* (Dr. Nájera Angulo); *Trascendencia sanitaria de la educación popular* (Dr. Bosch Marín); *Organización y funcionamiento de la Inspección médico-escolar del estado* (Dr. Oliver Cobeña); *Objetivos y procedimientos de colaboración entre maestros y médicos escolares* (Dra. Carmen Guirado); *Condiciones de una vida sana en la escuela* (Dr. García Ayuso); *Alimentación y crecimiento infantil* (Dr. F. Vivanco); *Objetivos y procedimientos de educación en nutrición* (J. Pintado); *La higiene mental del maestro* (Dr. Rof Carballo); *Higiene del trabajo escolar* (Dr. Serigó Segarra); *Los problemas de la adaptación escolar y social desde el punto de vista educativo* (Dra. Payá Ibars).

se documenta (tal como revela su archivo personal⁹), Maíllo sigue expresando inseguridad para precisar su auténtico significado; responsable de acoger y difundir dentro de la escuela nacional innovaciones educativas importadas (obligado, en este caso, a focalizar sobre una educación sanitaria escolar que los expertos están colocando en el centro de la agenda) Maíllo (1961) expresa la dificultad de acotarla, precisarla y traducirla al terreno concreto del aula. Al respecto afirma:

Evidentemente, el carácter de novedad que el nombre y el concepto tienen afecta de manera ostensible a sus propósitos, su contenido y sus tareas, que difícilmente se individualizan con precisión, lo que redundará en perjuicio de las actividades que la incumben, ya que para actuar sobre un determinado territorio del conocimiento importa, en primer lugar, delimitar claramente las metas y confines de nuestra indagación, único modo de evitar dudas, vacilaciones y “palos de ciego” (...)

Pensamos no obstante que la precaria elaboración conceptual de la problemática peculiar de la educación sanitaria debe ser el estímulo que primordialmente nos impulse a ocuparnos de ella con algún detenimiento (...) La importancia pedagógica, social y humana a que ella orienta sus esfuerzos, su carencia de perfiles teóricos seguros y hasta la necesidad de poner en acción sus normas antes de que la doctrina haya dibujado netamente los contornos de su territorio genuino, nos han movido a planear el número que hoy ofrecemos a nuestros lectores (...) (*así han de entenderse las colaboraciones del número, las cuales*) constituyen índices suficientes para mostrar, por una parte, la provisionalidad y estado constituyente de la teoría que sirve de almacén conceptual a la educación sanitaria; por otra, el nivel desde el que se formulan en España las cuestiones relacionadas con este tipo de educación. (p. 1)

Todavía unos años después el disciplinado maestro-pedagogo Maíllo seguía empeñado en “establecer, al menos provisionalmente, un concepto que nos sirva de referencia y nos proporcione orientación adecuada”, imprescindible para poder avanzar (su trabajo “La educación sanitaria en la escuela” es un magnífico empeño en esa dirección, que evidencia su rica formación en el ámbito de la filosofía de la educación y de la pedagogía, así como el intensísimo trabajo de documentación que llevó a cabo para redactarlo). Pero el intento de conceptualización resulta extremadamente complejo, afirmaba, porque los cambios introducidos por el progreso en los campos científicos y operativos, (cambios o mutaciones científicas, técnicas, económicas, políticas, culturales y sociales) habían roto el significado unívoco, restringido y estereotipado de los antiguos conceptos; era preciso, por ello, proceder urgentemente al “ahondamiento en la significación de las palabras vanificadas o envejecidas”, incorporando tales mutaciones en una nueva definición conceptual; tarea importante en cualquier ámbito pero “acuciante en lo que se refiere a la idea, el contenido y los métodos de la educación sanitaria” dado que su imprecisión era justamente la que parecía estar paralizando su desarrollo. Hacía suyas, en este sentido, las palabras de los especialistas asistentes al *Symposium* OMS/UNESCO (de París, diciembre 1961) cuando afirmaban que “el principal obstáculo que se opone a los progresos se debe a que la naturaleza misma de la educación sanitaria no es, en general, bien comprendida, lo que provoca muchas incertidumbres y vacilaciones” (Maíllo, 1965, p. 33).

Antes de continuar nuestro análisis vamos a situar brevemente la emblemática revista a la que hacemos referencia, el organismo técnico que la edita -el Centro de Documentación y Orientación Didáctica de Enseñanza Primaria- y al director de ambos, el inspector de enseñanza primaria Adolfo Maíllo, cuyos diversos cargos, formación y afinidad con el nacional-catolicismo le

⁹ Custodiado en el Archivo de la Diputación de Cáceres. Puede verse una relación de los documentos allí existentes en Mainer & Mateos (2011), autores a quienes agradecemos las informaciones que al respecto nos han proporcionado. Dejamos pendiente una exploración sistemática de esos ricos fondos para el tema que nos ocupa.

confieren un claro perfil de “pedagogo orgánico del Estado” (Mainer & Mateos, 2011)¹⁰, siendo, probablemente, la figura con mayor influencia sobre la escuela española entre los años 1940-1960.

El CEDODEP, dirigido por Maíllo desde sus inicios, obedecía a la expresa misión de mejorar técnicamente el lamentable estado en que la escuela primaria española, tras un espectacular desarrollo en el período republicano, se había sumido en las primeras décadas del franquismo: una escuela depurada¹¹, con separación de sexos, autoritaria, llena de símbolos y prácticas religiosas y de huera y dogmática retórica política; una escuela mayoritariamente unitaria, cobijada en espacios precarios, a la que acudía escasa e irregularmente una infancia mal alimentada, y en la que la cartilla, el catecismo y la enciclopedia ordenaban el contenido y la marcha de las clases; una escuela arcaizante que el ministerio de Ruiz Jiménez no había conseguido activar con medidas como la Ley de Construcciones escolares de 1953 o la publicación de unos *Cuestionarios Nacionales* (especie de programas escolares de los que el propio Maíllo fue coautor) destinados a armar curricularmente una enseñanza primaria con entidad. Cesado Ruiz Jiménez, habría que esperar unos cuantos años más para asistir a la creación del CEDODEP como agencia destinada expresamente a modernizar la decaída actividad de las escuelas en esta fase de transición de la autarquía al desarrollo, según expresión de A. Escolano (2006, p. 275).

Diversos autores (Mainer, 2009) sitúan al CEDODEP dentro del proceso de racionalización de las estructuras administrativas del Estado acometidas por los ministros del Opus Dei a finales de los cincuenta, en un intento de despolitizarlas, buscando el desempeño burocrático de sus funciones desde principios de “eficiencia”, “neutralidad” y “profesionalidad”. La labor de dirección técnica de la escuela y de perfeccionamiento del magisterio que se le asignó (funciones anteriormente atribuidas por el Régimen al Servicio Español del Magisterio, sindicato falangista de obligada afiliación para el magisterio primario) fue implementada por este organismo a través de diversos servicios e instrumentos, el más valioso e influyente de los cuales, por su cercanía diaria al maestro, fue, seguramente, la citada revista *Vida Escolar* (publicada entre 1958 y 1980), gratuita para todas las escuelas y destinada a alimentar el día a día del maestro, así como a difundir ideas y propuestas de innovación educativa, generalmente en formato de números monográficos como el que estamos analizando. El CEDODEP se ocupó también de la organización de cursos de perfeccionamiento técnico de maestros, directores e inspectores escolares (Mainer, 2009; Molero, Pozo, & Alonso, 1994), de la orientación y planificación de las actividades de los Centros de Colaboración Pedagógica y de la edición de una importante serie de publicaciones destinadas a la escuela primaria. El monográfico de *Vida Escolar* y el *Curso de Educación sanitaria* que citábamos arriba forman parte, precisamente, de esta dinámica.

Hay que analizar, por tanto, esta publicación como una actuación no exenta sino coordinada estratégicamente por las Direcciones Generales de Enseñanza Primaria y de Sanidad (a través,

¹⁰ Maíllo, maestro rural desde 1925, ingresó en el cuerpo de inspectores de primera enseñanza en 1932, corporación en la que llegó a ocupar las más altas y diversas responsabilidades (primero durante la República y después durante la Dictadura). Ocupó un lugar muy significativo en el proceso de remozamiento y *aggiornamento* que el sistema educativo español experimentó entre 1952-1964, coincidiendo con su nombramiento como Inspector Central y con su larga etapa como fundador y primer director del CEDODEP, creado en 1958.

¹¹ Tras la guerra civil, el nuevo régimen político sometió al conjunto de los funcionarios del estado a un proceso de depuración de la conducta política, religiosa, pedagógica y social mantenida durante el régimen republicano. Como consecuencia, aproximadamente un 40% de inspectores de enseñanza primaria, un 26% del magisterio primario y un 26,9% del profesorado de bachillerato fue sancionado; ello supuso apartar de la enseñanza (definitiva o provisionalmente) al profesorado mejor formado del país. El proceso se acompañó de expurgos de bibliotecas y prohibición de determinados autores y obras. Al respecto, véase Cuesta, J. (2009) y Cuesta, R. (2014).

respectivamente del CEDODEP y la Escuela Nacional de Sanidad) en paralelo con la organización del citado *Curso de Educación sanitaria escolar*, de cuyo plantel de profesorado formarán parte muchos de los articulistas del monográfico. De hecho Maíllo se congratulaba ya en él de la futura celebración del curso, el cual “al modo como se estaba procediendo en otros países”¹² se destinaba al perfeccionamiento “del personal que trabaja en las escuelas, o dirige y prepara, de un modo u otro, sus actividades”. Celebrado en la Escuela Nacional de Sanidad en marzo de ese año, participaron como ponentes lo más granado de la medicina y algunos miembros de la inspección escolar, al final del cual “60 inspectores de enseñanza primaria, directores de escuela y maestros obtuvieran un *Diploma de educadores sanitarios de primer grado*”. Se avanzaba con ello en el “vasto plan” que habían trazado la autoridades para iniciar “en la Educación sanitaria escolar a quinientos pedagogos españoles en el transcurso de cinco años”¹³. No es un asunto menor el que ese mismo año se publicase en España el ya mencionado trabajo del Consultor de la OMS, Turner, *Preparación del maestro en educación para la salud*. Ni tampoco que también entonces se publicase en español, con los mismos artículos que la edición inglesa y francesa, la *Revista Internacional de Educación sanitaria*. La culminación institucional de esta dinámica sería la celebración en Madrid de la *VI Conferencia Internacional de Salud y Educación Sanitaria* (10-17 julio 1965, organizada por la *Unión Internacional para la Educación Sanitaria Popular*) y el *Symposium Internacional de Medicina e Higiene Escolar*, igualmente en Madrid en octubre de ese mismo año (en mayo de 1960 se había creado la Asociación Española de Medicina e Higiene Escolar). El CEDODEP tuvo también en esa Conferencia una participación directa, contribuyendo con algunos ponentes (Maíllo entre otros) y – lo que nos importa más a efectos divulgativos entre los docentes – reproduciendo parte de las sesiones y las conferencias, además de otros documentos, en un monográfico de su revista *Notas y Documentos* (número 15-16, julio-diciembre de 1965), publicación ésta, a diferencia de *Vida Escolar*, más dirigida a la *intelligentsia* del aparato escolar.

Hay, sin embargo, una relación de hechos que están dibujando una línea de fuga en la dinámica que estamos viendo, escorándola hacia la problemática de la nutrición. Y así, a la par que se publica el monográfico y se celebra el curso de educación sanitaria, uno de los Grupos Técnicos de Especialización de la Hermandad de Inspectores de primera Enseñanza (concretamente el grupo de “Formación físico-sanitaria-nutricional”) consigue introducir “la nutrición” como tema central de las X Jornadas Pedagógicas Nacionales del gremio (que se celebrarían en Granada en el siguiente Septiembre); el Cursillo de formación del SEM (Sindicato Español del Magisterio) correspondiente a la edición veraniega de ese mismo año se ocupará de la alimentación escolar; y sólo unos meses después se realiza el primer *curso nacional de Diplomados en Alimentación y Nutrición* (1962); a ello se suman los viajes internacionales del inspector Justo Pintado Robles (Jefe central del Servicio de Alimentación y Nutrición) y la puesta en marcha, en 1961, del programa EDALNU en el que colaboraban FAO y UNICEF (Trescastro, Bernabeu, & Galiana, 2013); en definitiva, un conjunto de actuaciones que colocaban a la alimentación escolar en el centro de las políticas de la

¹² En 1958 el Centro Experimental de Educación Sanitaria de Perugia (creado en 1954) había realizado el “Primer curso de verano en educación sanitaria”, interesado en conceptuar el estrecho nexo entre higiene y educación sanitaria, en el que participaron médicos, maestros y asistentes sanitarios. El objetivo del curso era sensibilizar a los participantes sobre las premisas teóricas y las derivaciones prácticas de la educación sanitaria, es decir, la construcción de un marco teórico compartido en el cual se encuadrasen las acciones educativas a adoptar (Cardaci, 1992 p. 117). Sabemos de la estrecha relación de Maíllo con este centro.

¹³ De ese plan daba cuenta el Dr. Octavio Aparicio en una de sus colaboraciones en la revista de la Sección Femenina *Consigna* (1963, n° 265) titulada “El maestro, el mejor educador sanitario”; refería que de esos quinientos pedagogos que en 1961 se proyectó “iniciar” en la educación sanitaria escolar, “cincuenta son Inspectores de magisterio, cincuenta profesores de las Escuelas Normales y el resto, (cuatrocientos) maestros”.

administración educativa (con la consiguiente adscripción de recursos tanto para el Plan Nacional de Comedores escolares como para la capacitación de maestros Diplomados e Iniciados en el programa EDALNU) rompiendo con ello la centralidad que Maíllo estaba pretendiendo dar a la educación sanitaria en su conjunto como eje vertebrador de una escuela más atenta a lo social. Es un primer signo de debilitación de lo que había tenido un “fulgurante ascenso” cuyas razones debemos aún esclarecer. Cabe especular ahora con los motivos subyacentes que condujeron tanto a la brusca irrupción de la educación sanitaria escolar entre las prioridades de la administración en 1961 como a su escoramiento y subordinación desde los meses inmediatamente siguientes a lo nutricional. E interpretarlo en claves diferentes: desde las que atienden a conflictos entre expertos (tal como dejan entrever Mainer y Mateos [2011]¹⁴) hasta las que apuntan hacia la enorme envergadura económica y social que la construcción de miles de centros escolares con sus correspondientes comedores representaba. ¿O es simplemente que la educación sanitaria escolar no dejaba de ser algo evanescente (o más bien extraño, al menos en la forma en que se proponía) para ser acogida en la escuela y asumida por el profesorado? ¿Ocurrió con ese nuevo “ámbito educativo” algo similar a lo sucedido con otras iniciativas de modernización del currículo escolar que hemos valorado (Terrón, 2013) como completamente extrañas a nuestra realidad escolar y por ello vacías de contenido?

La Educación Sanitaria Escolar Desde la Perspectiva de la OMS-UNESCO

No hay duda de que el cuerpo de teoría de la educación sanitaria escolar fue importado de manera expresa, teniendo en ello Adolfo Maíllo un protagonismo de primer orden. Es buceando en la bibliografía que utiliza en sus textos (y muy expresamente en la documentación conservada en su archivo particular) como pretendemos conocer cuáles fueron sus fuentes, la documentación de la que hizo acopio, sus lecturas, resúmenes y notas plasmadas en artículos y conferencias, siempre filtradas desde su amplia experiencia como maestro, como inspector y como técnico de la administración educativa. Bajo los epígrafes “Educación sanitaria y ecología” (carpeta 9) “Servicio social escolar” (carpeta 26) y “Educación sanitaria y servicio médico escolar” (carpeta 42) se contiene una voluminosa documentación con notas, apuntes, artículos, etc. que nos revelan sus lecturas de médicos tan significativos como el Dr. J. Burton (director médico del Central Council of Health Education de Londres entre 1951-1958), de Karl H. Weber (decano auxiliar de la Escuela de salud pública de Hamburgo) o de E. Berthet (director del Centre International de L’Enfant, de París) sobre, respectivamente, la “educación sanitaria”, “la formación práctica del educador sanitario” y “la educación sanitaria en la escuela”. Notas, artículos y resúmenes de trabajos de otros médicos (por ejemplo, del pionero en la psiquiatría infantil, Dr. Serge Lebovici) se combinan con otras de carácter totalmente diferente, como el emblemático trabajo de Jaeger: *Paideia, Los ideales de la cultura griega*; con números sueltos de revistas especializadas (*L’enfant, Scuola e medicina sociale, Revista Internacional de Educación sanitaria*), Actas de congresos (*Principi, metodi e tecniche dell’educazione sanitaria. Atti del primer corso estivo de educazione sanitaria*, celebrado en Perugia 4-21 septiembre 1958) o Informes como el de la *Deuxième Conférence Européen sur l’éducation sanitaire de la population* (OMS, 1959). Un fondo éste que nutre sus trabajos – sean artículos, lecciones o comunicaciones en foros diversos – pero que también (no olvidemos que Maíllo era un genuino maestro de escuela) le proporciona citas emblemáticas con

¹⁴ Los autores insisten en el choque que se produjo entre este pedagogo orgánico del estado (maestro de formación, ligado a la cultura empírica de la escuela aunque con una amplia cultura filosófica y pedagógica) con la tropa de los “expertos” académicos que van a darle el relevo tras los cambios estructurales provocados por el desarrollismo en el interior del sistema escolar. El ocaso de este personaje (que dejó la dirección del CEDODEP en 1964, marchándose al Ministerio de Información y Turismo) coincidió, efectivamente, con el triunfo de los tecnócratas, a cuyo credo nunca escatimó sus aceras críticas.

las que ilustrará el monográfico de *Vida Escolar*, insertándolas en recuadros especiales en una suerte de “rosario” enciclopédico de ideas fundamentales a retener por los maestros lectores.

De la consulta de su archivo y de las referencias bibliográficas que utiliza deducimos que Maíllo tenía a su alcance la documentación suficiente para saber cuáles eran las consignas de la OMS y de la UNESCO sobre educación sanitaria escolar a la altura de 1960. De hecho, los doctores J. Burton y C. E. Turner – muy presentes en su archivo – tuvieron una responsabilidad muy significativa en ellas, y ambos aparecen (como presidente y asistente del mismo, respectivamente) del *Comité de expertos en Educación Higiénica del público* que elaboró, en 1953, el primer *Informe Técnico* (el número ochenta y nueve de la serie “Informes técnicos”) sobre el particular; un texto que sanciona, creo, lo que serán las futuras posiciones canónicas del campo tanto en lo que hace a los “métodos y medios de educación sanitaria” (Burton, 1954) como en lo que hace a la “preparación del maestro en educación para la salud” (Turner, 1961) tal como veremos a continuación.

Un repaso a la secuencia de definición de esas “consignas”, que rastreamos a partir de los Informes de los Comités de expertos de la OMS (1951, 1954, 1957, 1958, 1959, 1960 y 1962) nos llevaría a hablar de tres hitos en su definición:

1. La decisión de la OMS, (en su quinta Asamblea, mayo de 1951) de crear un Comité de expertos en Educación Higiénica del Público, reunido por primera vez en París (7-11 diciembre de 1953) emitiendo el antedicho Informe Técnico número ochenta y nueve; ese mismo año la OMS, en colaboración con las autoridades sanitarias de los países europeos, organizó en Londres la I Conferencia Europea sobre Educación Higiénica del Público (10-18 abril de 1953).
2. Los Comités de expertos van situando progresivamente la formación del profesional de la educación sanitaria en la diana de las políticas de salud de estos organismos (OMS-UNESCO). En 1957 se celebra en Wiesbaden la II Conferencia Europea sobre Educación sanitaria del público, siendo en 1958 cuando un “Comité de expertos en formación del personal de sanidad para la educación sanitaria popular” emita su Informe (Serie de informes técnicos, número ciento cincuenta y seis) en el que se avanza propuestas y precisiones al respecto.
3. En 1960 se publica (tras la correspondiente reunión en Ginebra, 2-7 noviembre 1959) un nuevo Informe técnico (número ciento noventa y tres), el primero realizado por un Comité de expertos mixto de la UNESCO y la OMS, sobre Preparación del maestro para la educación sanitaria; en 1961 se celebraría en París un Simposio Europeo sobre el mismo tema.

Veamos a continuación la secuencia de las propuestas de los Comités de expertos en estos tres momentos sucesivos, comenzando con el primero de los *Informes* citados, en el que se identifica, creo, lo esencial de la nueva consideración educación/salud, determinando tres fundamentos que presidirán, ahora y en el futuro, las propuestas que se hagan; a saber: que la educación higiénica es un aspecto fundamental del trabajo sanitario; que tal educación debe tener un fundamento científico y que, finalmente, esa formación no puede planearse y abordarse de manera normativa, abstracta y uniforme para todas las poblaciones, sino en consonancia con las actitudes y conocimientos de aquella a la que va dirigida, lo que implica un previo y cabal estudio de su idiosincrasia, sus intereses, creencias, valores culturales, aspiraciones, necesidades y recursos. Desde estas consideraciones y supuestos, el *Comité de expertos en Educación Higiénica del público* (1954) emite sus propuestas concretas acerca de los objetivos, programas, métodos y medios de la educación higiénica de la población, así como de los correspondientes sistemas de formación del personal para abordarla. Las ideas básicas que al respecto formula el *Informe* – ideas que de alguna manera veremos deslizarse entre líneas en los articulistas de “nuestro” monográfico – se concretan en lo siguiente:

Constituyen *objetivos* de la educación sanitaria: hacer de la salud un patrimonio de la colectividad, encareciendo su importancia e interesándola y responsabilizándola en la misma; capacitar a las personas para el desempeño de las actividades que deben emprender por sí mismas para alcanzar plenamente el estado de salud que define la Constitución de la OMS; y fomentar el establecimiento y apropiada utilización de los servicios de salud.

Respecto de los *programas*, se sostiene que la educación sanitaria no puede restringirse a contenidos instructivos, sino que discurre y atraviesa una amplia variedad de experiencias cuya localización es múltiple y diversa (el hogar, las instituciones de enseñanza, la colectividad) en todas las cuales los educadores sanitarios han de trabajar e implicarse.

Respecto a la *intervención educativa*, se entiende que ésta exige del educador sanitario (“ya sea médico, enfermera, maestra, sanitarista, etc.”) conocer cómo se produce el proceso de aprendizaje – como proceso activo, motivado, con experiencias vitales concretas, con medios y metas visibles y apropiadas – así como estar familiarizado con la cultura de la población en la que trabaja; un educador que debe mostrar respeto por las características etnológicas del pueblo y “recuperarlas” para su propia intervención (“el educador sanitario que crea que estas almas ignorantes están sedientas de saber y que se sentirán satisfechas de aceptar sus puntos de vista basados en la ciencia médica, está sentenciado al fracaso” [OMS, 1954, p. 8]); debiendo ser consciente de que la educación higiénica toca muchos temas que provocan reacciones emotivas (embarazo, cuidado de recién nacidos) lo que exige de él capacidad de empatía y de facilidad para las relaciones personales.

Tras una amplia exposición sobre la necesidad de proceder a la rigurosa *planificación y evaluación* de los programas de educación higiénica, el *Informe* se detiene a precisar los diferentes *métodos didácticos* que han de utilizarse en la educación sanitaria (prefiriéndose, dice, al “unilateral o didáctico” los “bilaterales o socráticos”, los cuales “más que a la enseñanza directa, tienden a crear situaciones en que se aprende por experiencia participando en alguna actividad”); métodos que deben ser ensayados previamente en pequeña escala, y que necesitan implementarse con *medios diversos*, respecto de los cuales es preciso determinar el costo, posibilidades de producción local así como el material humano disponible para producirlos y emplearlos. Sobre este asunto el *Informe* incorpora un *Apéndice* específico titulado “Ejemplos de métodos y medios” donde desarrolla extensamente los posibles métodos a utilizar por el educador sanitario (la palabra hablada, la entrevistas, las charlas o conferencias, los grupos de discusión – una de las marcas metodológicas más evidentes de la “nueva” educación sanitaria –, etc.) y los medios que pueden complementarlos (medios visuales, maquetas, cuadros, cinematógrafo, proyecciones fijas, franelógrafos, pizarra magnética, teatro, representaciones y narraciones, carteles, folletos, exposiciones sanitarias...).

Finalmente el *Informe* se ocupa de la *formación específica* del profesional de la educación higiénica, si bien el desarrollo de este apartado es bastante poco preciso. Su concreción será el tema central del siguiente *Informe* del que nos vamos a ocupar, el anteriormente citado número ciento cincuenta y seis, emitido por un *Comité de expertos en formación del personal de sanidad para la educación sanitaria popular*, en 1958.

A efectos de la formación del profesional de la educación sanitaria, situamos este *Informe* en una fase de transición porque, reconociendo la importancia de la escuela y del maestro para los objetivos marcados en relación con la salud, sigue priorizando la formación dirigida al colectivo médico; y tras él – y en este orden – determina cuál sea la necesaria a las enfermeras y parteras, los técnicos especialistas en saneamiento del medio y otro personal auxiliar; sólo en último lugar se atiende brevemente a la del magisterio pese a considerarlo uno de los principales colaboradores del personal de sanidad. Porque es a ellos, se dice, a quienes corresponde inculcar en los niños las ideas elementales de higiene y profilaxis, despertándoles una “conciencia sanitaria” ya desde los primeros años, tarea para la que recibirán de los servicios sanitarios una formación especial que nos parece todavía muy poco sistemática: “entrando” en las Escuelas de formación del magisterio, estos

profesionales de los servicios sanitarios “proveerán” a su alumnado de la “documentación necesaria” para esa función, y los “estimularán” a subrayar los aspectos sanitarios en las asignaturas que impartirán como futuros docentes, especialmente en las ciencias naturales, biología, fisiología elemental, economía doméstica, historia, geografía, arte dramático, etc.

Aún con estos escasos mimbres, este Comité de expertos reconoce los avances de la OMS y la UNESCO respecto a la comprensión del importante papel que el maestro tiene en la educación sanitaria, que les ha llevado a promocionar, entre otras acciones, una *Guía* para el estudio de la formación que ha de darse en materia de educación sanitaria al personal docente, “destinada a autoridades educativas nacionales y a especialistas en cuestiones de educación y sanidad que se ocupan de la formación de maestros y de los programas de higiene escolar” (p. 17). Se trata probablemente del *Manual de estudio para la formación de personal docente en la educación sanitaria* (OMS-UNESCO, Ginebra, 1957).

La secuencia de *Informes* que venimos siguiendo culmina con el relativo a la *Preparación del maestro para la educación sanitaria*, emitido por el mencionado Comité Mixto de expertos, expresamente centrado en precisar “la educación que ha de darse al numeroso cuerpo de maestros de primera y segunda enseñanza para desempeñar el programa escolar de educación sanitaria”; el Comité, que busca determinar “principios rectores y recomendaciones” que puedan inspirar a los diversos países, se manifiesta convencido de la indudable contribución a la salud mundial que ello reportará, y se congratula de que otros organismos internacionales estén también atribuyendo una importancia capital a la enseñanza de la sanidad en la escuela, ejemplo de lo cual fue la decisión adoptada en la II reunión del Comité Consultivo Internacional sobre Programas escolares de la UNESCO (1958) en el que se señala como primer objetivo de la enseñanza primaria “estimular y orientar el desarrollo físico del niño e inculcar en él el hábito de la higiene”.

Aunque sólo ahora se focalice expresamente sobre la formación del maestro como educador sanitario, ello no implica que anteriormente se menospreciara su papel, reconocido ya, como vimos, en el *Informe del Comité de expertos en Servicios de Higiene escolar* en 1952, papel que entonces se reducía a actuar como colaborador del Servicio de Higiene, el cual consideraba imprescindibles e insustituibles “los conocimientos que se obtienen mediante la observación continuada que ejerce el maestro en el aula”. Y era precisamente esta “presencia continuada” (que en nuestro país el Dr. Grande Pasamonte (1968) cuantificaba, a partir seguramente de informes expertos, en diez mil horas compartidas entre maestro y alumno en la enseñanza primaria) la que justificaba la idoneidad del maestro para imprimir en una infancia moldeable hábitos y conductas (no tanto conocimientos académicos) susceptibles de crear una “conciencia sanitaria” de naturaleza indeleble. Es precisamente esto lo que ahora se reconoce de manera expresa y lo que conduce a los expertos a centrarse en los maestros, proponiendo a los Estados un plan de formación que los cualifique para desempeñar esta dimensión educativa.

Vamos a acercarnos a este *Informe* de manera prolija y con el mismo afán de exhaustividad que, suponemos, lo hizo el Maíllo responsable de recortar y presentar formalmente al mundo enseñante estas dos cuestiones centrales, a saber, ¿en qué consiste la educación sanitaria escolar?; y ¿cómo y en qué debe ser formado el maestro para hacerse cargo de la misma?.

“Los niños y los adolescentes en edad escolar reciben la educación sanitaria a través de un modo de vida sano, del contacto con los servicios sanitarios y de la enseñanza directa o integrada en otras disciplinas” (OMS, 1958, p. 7), tres dimensiones de la educación sanitaria escolar que se reiterarán en el futuro por todos los tratadistas que se ocupen del asunto, convirtiéndose en una división prácticamente canónica que implica responsabilidades diferenciadas: así, un “modo de vida sano” en la escuela incumbe, sobre todo, a la administración escolar, que ha de garantizar el saneamiento de la escuela, la higienización de los horarios y programas de trabajo, etc.; los servicios sanitarios – especialmente el de Higiene escolar, a cargo de personal sanitario – tendrán su función

específica, más eficaz, sin embargo, si el maestro se asocia como activo cooperante; y, finalmente, las enseñanzas sanitarias – tanto directas como integradas en otras disciplinas – se atribuirán expresamente al maestro considerando que así resultarán más eficaces aún cuando éste haya de solicitar la ocasional cooperación de los “agentes externos” (médicos, dentistas, enfermeras, personal de saneamiento, etc.).

En un imprescindible clima de cooperación entre el hogar, la colectividad y la escuela, la educación sanitaria debe “partir de” y “armonizarse con” los intereses y las necesidades del niño, atendiéndolas en su doble plano: las necesidades físicas (nutrición suficiente, medio ambiente saludable, actividad física adecuada, protección contra las enfermedades y asistencia médica y dental necesaria, así como un régimen de vida higiénico: ordenación racional de las actividades y un buen equilibrio entre la actividad y el descanso) y las necesidades psíquicas y afectivas (de aceptación, comprensión, respeto y valoración de su persona).

Respecto de las “enseñanzas sanitarias” competencia del maestro, se señala la necesidad de tomar en consideración la ya enorme sobrecarga de los programas escolares, que han añadido a las enseñanzas tradicionales contenidos relacionados con los cambios culturales, con la intensificación de las relaciones entre los pueblos y con los rápidos adelantos de las ciencias, enriqueciendo “sin cesar el caudal de los conocimientos que se desearía inculcar a los niños y a los adolescentes”. Y dado que “la capacidad de trabajo de los alumnos y maestros tiene un límite” y que “una educación sanitaria eficaz tiene por objeto ayudarles a soportar esa carga, y no hacerla más pesada” se aconseja asociar los conocimientos de higiene a otras materias fundamentales del plan de estudios (ciencias sociales, naturales, etc.) y otorgar un mayor peso al cultivo de las actitudes y prácticas higiénicas que a inculcar conocimientos sanitarios. Prácticas entre las que se subrayan – en el ámbito de las ciencias naturales – las relativas a la nutrición (induciendo a los alumnos a la adopción de buenos hábitos alimenticios) y, sobre todo, al programa de alimentación escolar. Esta última enseñanza ha de estar muy apoyada en el comedor escolar, asociado, a su vez, con el huerto escolar, la avicultura y la piscicultura. Tales enseñanzas pueden suscitar, además, el interés de la colectividad “y contribuir a mejorar los métodos agrícolas, la producción de alimentos y las dietas familiares”. Igualmente se enfatizan las clases prácticas de economía doméstica (Perdiguero & Castejón, 2010), tales como preparación de alimentos y su conservación, nociones de puericultura y alimentación infantil, higiene del hogar y relaciones familiares. Finalmente, también de una manera actitudinal y práctica, se aconseja trabajar otra dimensión importante de la educación sanitaria cual es la prevención de accidentes domésticos, de circulación, y en la actividad profesional, principalmente en los talleres.

Siendo esta la misión de la educación sanitaria escolar, el *Informe* constata la escasa preparación de los maestros para afrontarla, sin planes de formación expresos en las Normales (“pensando que son suficientes unas nociones de educación física y biología”), sin profesorado normalista suficientemente preparado y con mínima producción de libros de texto y otros materiales adecuados, configurando un penoso panorama que contrasta con una cada vez más generalizada conciencia de su importancia por parte de organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales. Y en ese sentido hace una propuesta de formación, formulando objetivos, contenidos, métodos de educación sanitaria y formato institucional y organizativo de la misma.

Respecto de los *objetivos* se fijan los siguientes: inculcar en el estudiante de magisterio normas de higiene personal que le permitan conservar su salud, como conducta ejemplar ante sus futuros alumnos; comunicarle los conocimientos que le capaciten para mantener unas relaciones personales lo más empáticas posible; convencerle de que ha de participar activamente en el fomento de la salud en la escuela y la colectividad; proporcionarle los conocimientos profesionales necesarios sobre el crecimiento y el desarrollo del niño, la higiene personal y colectiva y el programa y los métodos de higiene escolar; hacer que comprenda y aprecie un medio sano y cómo mantenerlo; darle una preparación que le permita fomentar la educación sanitaria y colaborar con otras personas en esta

esfera; y finalmente, hacer que conozca las instituciones sanitarias y sociales de la colectividad, así como la manera de colaborar eficazmente con esos organismos y con las familias.

Los *contenidos* específicos de su formación quedarían organizados en las siguientes materias:

Crecimiento y desarrollo físico, mental y afectivo de la infancia, la niñez y la adolescencia, conociendo la interdependencia de factores intervinientes así como las diferencias individuales;

Higiene y salud individuales (comprendiendo nutrición aplicada, infección e inmunidad, higiene de los diferentes sistemas del organismo, higiene mental, seguridad y primeros auxilios, estimulantes y estupefacciones, desviaciones del estado normal de salud, utilización juiciosa de los servicios de asistencia médica y dental y preparación para la vida familiar);

Higiene de la colectividad (naturaleza de las instituciones sanitarias, gubernamentales y benéficas; principios de la lucha contra las enfermedades transmisibles, de la higiene mental y de la protección de la salud del niño; recursos de que dispone la colectividad para garantizar el suministro de alimentos sanos, agua potable y conocimiento de la actitud de la colectividad ante la salud y la enfermedad, en la conciencia de que las relaciones entre hogar, escuela y colectividad necesitan del refuerzo y del apoyo mutuo);

Práctica de higiene escolar mostrando los factores que contribuyen a crear una escuela saludable, las medidas que pueden aplicarse en la escuela en caso de enfermedad, los servicios escolares de asistencia médica y dental, el programa de enseñanza sobre seguridad y los primeros auxilios en la escuela; la cultura física y juegos, la atención a la salud física y mental de los alumnos;

Métodos de educación sanitaria, similares, por otra parte, a los utilizados para otras materias (enseñanza directa, integración de esta enseñanza en otras materias, empleo eficaz de conferencias, debates, trabajos prácticos, escenificaciones, demostraciones...) siendo preciso que el maestro sepa adaptar la educación sanitaria a las aptitudes y aficiones de sus alumnos, con diferentes edades y procedentes de medios culturales diferentes, debiendo comprender “que para ser práctica la educación sanitaria ha de partir de la situación en que se hallan realmente los alumnos y no de una norma de perfección establecida sobre bases artificiales y teóricas”.

Las Escuelas Normales (de formación del magisterio) deben atender a diversos planos en la preparación sanitaria de los maestros, organizándoles unas condiciones de vida sana, en las que se incluyan los servicios universitarios de sanidad que hagan posible una vivencia directa de la misma; proporcionándoles una enseñanza sanitaria directa que le permita conocer a fondo las cuestiones de higiene individual y colectiva, conocer el programa de higiene de la escuela y practicar los métodos que habrá de utilizar en la educación de sus alumnos; y finalmente proporcionándole la posibilidad de un periodo de formación práctica en las escuelas Anejas expresamente destinadas. Para aquellos maestros ya en servicio, será necesario organizar una formación específica mediante cursillos y seminarios, conferencias, cursos de divulgación variados (con sociólogos, psicólogos, antropólogos, profesores de cultura física, agrónomos, profesores de economía doméstica y especialistas en cuestiones de seguridad doméstica y seguridad de la circulación, etc.). Todo lo cual implica planes que los Estados deben acometer, asesorados y apoyados por organismos internacionales que pueden contribuir en formas diversas: ayudando a la ejecución de programas experimentales en las Normales, facilitándoles consultores, concediendo becas de estudios en el extranjero a países que lo soliciten, organizando y dirigiendo reuniones de estudio inter-países; patrocinando la organización de reuniones de expertos, realizando bibliografías especializadas, etc. Precisamente las funciones que iba a cubrir la UNESCO y la OMS a lo largo de esos años.

Concluimos el parafraseado de estos textos-propuesta, reproduciendo una larga cita tomada de la Introducción a la *Bibliografía selecta preparada por la OMS* (1962) en la que se precisa bien la percepción que los propios expertos de la OMS tenían sobre la evolución que estaban experimentando “los métodos de la pedagogía sanitaria”, reflejo de los diversos enfoques sobre los modelos de salud a los que anteriormente hemos aludido:

Primero se siguió un sistema centrado en la información, en el que ésta solía presentarse con un tono un tanto “magistral”, por no decir con una dignidad un poco macabra. A esto sucedió el período de la ingeniosidad, en que se procuraba dar un aspecto ameno a la enseñanza sanitaria y se empleaban folletos de atractiva presentación, los programas de radio más interesantes y las películas sobre higiene más divertidas. No obstante los resultados fueron muy poco alentadores. Ahora que se han ampliado los conocimientos sobre higiene mental y especialmente sobre el proceso de adquisición del conocimiento, y que también han progresado los principios y métodos de acción social, se ha podido comprobar que la exposición de los hechos no provoca automáticamente un cambio de conducta por parte del público, por muy atractivas que sean la presentación de las publicaciones o la película. Al mismo tiempo, el contacto con otras culturas nos ha hecho comprender que, además de la ignorancia, existen otros muchos factores relacionados entre sí que influyen perniciosamente en la salud. Por consiguiente se ha ampliado el concepto actual de las funciones de la pedagogía sanitaria, la cual ya no se limita a extender los conocimientos, sino que procura crear las condiciones necesarias para que los hombres puedan emplearlos y traducirlos en acción individual y colectiva. El instructor sanitario se ha convertido en un trabajador al servicio de la comunidad que trata de estimular, coordinar y fomentar los esfuerzos de todos por conocer los problemas sanitarios y tomar parte activa en su solución. (OMS, 1962, p. 7)

Recepción de la *Educación Sanitaria Escolar*: La “Versión Española” Realizada por Adolfo Maíllo

Si la *Pedagogía sanitaria* y el *maestro* eran dianas sobre las que había de pivotar la “nueva” educación sanitaria, estaba claro que el CEDODEP y Maíllo personalmente (siempre en una subordinada colaboración con la Dirección General de Sanidad, la Escuela Nacional de Sanidad y la Inspección médico-escolar) habían de asumir un absoluto protagonismo. Es ahí donde se encuadran las actuaciones a las que nos hemos referido y otras de las que aún carecemos de información suficiente (publicación de textos escolares, actuaciones en los Centros de Colaboración Pedagógica comarcales...) sin olvidar que, siendo uno de sus principales cometidos del CEDODEP la capacitación técnica de los cuadros intermedios, también en los Cursos destinados a ellos debería aparecer esta “nueva dimensión” sanitaria de la educación, que, más allá de sus contenidos concretos, reflejaba un “cambio axiológico” al que debía acompañarse la tarea de la escuela.

Debemos, sin embargo, adelantar el fracaso de este intento de introducción de la educación sanitaria escolar en nuestra enseñanza al modo que la concebían los Informes a los que nos venimos refiriendo. A la altura de 1965, aprobada una ley de Enseñanza primaria que universalizaba la escolarización entre 6-14 años y publicados unos nuevos *Cuestionarios Nacionales* que demandaban las correspondientes modificaciones en los planes de formación de los futuros maestros (Plan de, 1967) ninguno de los Cursos para Inspectores y Directores escolares incorporaba contenidos de educación sanitaria o lo hacían muy escasamente. Esta circunstancia no deja de ser expresiva del modo selectivo con que los expertos estaban acogiendo las propuestas de los organismos internacionales, acomodándolas a sus propias dinámicas, que en ese momento y en nuestro país, eran de índole predominantemente psicologicista: los técnicos del CEDODEP que sustituyeron a Maíllo en 1964 y que apelaban a las recomendaciones de la Oficina Internacional de Educación para demarcar los nuevos “rumbos” de la formación escolar ignoraron que esos mismos organismos estaban promoviendo también la formación sanitaria del magisterio. En parte porque su componente más propiamente pedagógico acabó diluyéndose en planteamientos de tipo “psi” (la orientación escolar,

la psicometría, el diagnóstico psicopedagógico, la educación especial...) y en parte porque los pedagogos – inspectores, profesorado Normalista, maestros – acabaron atrincherando su intervención en aquello que no parecía cuestionárseles ni disputárseles, entre otras razones porque se ubicaba expresamente en su territorio físico: su contundente presencia y protagonismo en el programa de educación en nutrición (EDALNU) que se iba a implementar en paralelo a la puesta en marcha del Plan Nacional de Comedores escolares diseñado en 1960 así lo evidencia.

Obviando este *excursus* vamos a retomar nuestro hilo atendiendo al empeño que, a partir de esa primera presentación pública a través del monográfico, siguió manteniendo Maíllo, aplicado por oficio y responsabilidad profesional a ofrecer una elaboración conceptual del campo de la educación sanitaria escolar (que reexponemos a continuación) incluyendo una taxonomía¹⁵ que la hiciera didácticamente comprensible a los docentes y orgánicamente estructurable a los responsables de la administración sanitario-escolar.

Partía del supuesto de que la vieja “educación física”, e incluso la más reciente enseñanza de “nociones de Anatomía y fisiología humana” acompañada de preceptos higiénicos encaminados a evitar las enfermedades y a preservar la salud (la Higiene) eran experiencias ya relativamente obsoletas¹⁶. A diferencia nuestra, los estados “civilizados” contaban con un Servicio Médico escolar “encargado de velar por el cumplimiento de las prescripciones de la Higiene en lo que respecta a las condiciones del local-escuela y al estado sanitario de los alumnos” y ofrecían una expresa “educación sanitaria” que añadía a lo anterior – como su componente más sustantivo – “la adquisición de hábitos y comportamientos relacionados con el mantenimiento de la salud” respondiendo a las necesidades físicas y psicoafectivas de la infancia; desde el punto de vista de la metodología docente, nuestra enseñanza sigue padeciendo de “achagues intelectualistas” propios de la formación académico-escolar, cuando son las experiencias vitales y sociales de los alumnos las que se deben priorizar, si bien organizadas e intervenidas didácticamente.

¹⁵ Maíllo (1961) divide “en dos territorios bien definidos” la educación sanitaria: el intra-escolar y el extraescolar o popular. El intra-escolar incluiría tres dimensiones fundamentales: a) las experiencias necesarias al niño para la adquisición de hábitos y actitudes relativos al mantenimiento de la salud; b) la instrucción sanitaria propiamente dicha, plasmada en una serie de materias y contenidos que niños y maestros habrían de dominar; y c) las actividades que corresponde desplegar al Servicio sanitario escolar. El extraescolar o popular, por su parte, implica a la escuela en tres áreas diferentes: en su relación con las familias, a ser posible “mediante visitadoras domiciliarias dedicadas expresamente a cada una de ellas” (en su defecto será el maestro el que organice reuniones o consultas en la escuela de padres y madres); en su relación con los Servicios Sanitarios y Sociales (de carácter local, comarcal, provincial y nacional) que deberían realizar reconocimientos periódicos “de todos los maestros y escolares de un país mediante equipos volantes de oftalmólogos, otorrinolaringólogos, fisiólogos, cardiólogos, odontólogos, y psiquiatras infantiles (“son necesidades que no admiten aplazamiento”); y en su deseable colaboración con otros Servicios y Entidades de la comunidad comprometidos con Misiones o Campañas culturales relacionadas con la educación para la salud (pp. 5-6).

¹⁶ Su envejecimiento era correlativo al de las ciencias respectivas, también ellas en proceso de cambio (la ciencia médica, particularmente); “desamuralladas” las antiguas materias, dice Maíllo (1961), la matización y modulación de los criterios de los distintos campos del saber por ideas procedentes de otras especialidades, convierten a la nueva ciencia en una eminentemente interdisciplinar. Es el caso de la medicina, que, vuelta de ese bárbaro materialismo que había convertido al bisturí y al laboratorio en instrumentos casi únicos del “Arte Médico”, está virando decisivamente hacia una manera de ver que se aparta no mucho de la doctrina tomista sobre el compuesto humano, al conceder importancia clínica decisiva en la inmensa mayoría de las enfermedades al factor psíquico, antes preterido o eliminado. La medicina psicosomática no es, en nuestra opinión, sino la manifestación patente, en el campo antropológico, de esa “tendencia a la integración”, que es característica esencial del pensamiento actual, en tal grado que a la ciencia de hoy, así entendida, le corresponde, con mayor motivo que a la fundada por Galileo, el calificativo de “ciencia nueva” (p. 5).

El Maíllo que está obligado a traducir a contenidos, orientaciones didácticas, ejercicios y materiales escolares la *educación para la salud*, necesita partir de un “concepto operativo” de *salud* y de *educación sanitaria*, rastreando definiciones canónicas lo suficientemente abiertas (“analíticas”, dice, frente a “sintéticas”) que le permitan realizar esta operación de “transposición didáctica” (Chervel, 1988; Terrón & Álvarez, 2002). Y si bien encuentra puntos fuertes en la definición de la OMS (salud como “la adquisición del máximo bienestar físico, mental y social”) porque amplía el concepto de *salud* al sustituirlo por el de “bienestar”, la rechaza por el hecho de sugerir automáticamente el referente de la política económica norteamericana (“Welfare State”); más interesante encuentra la de R. Dubos¹⁷ porque al subrayar su naturaleza adaptativa y previsoría, dice, dota de sentido una educación sanitaria que,

atendiendo cuidadosamente a la necesidad de vigorizar el organismo individual y colectivo para prevenir las enfermedades más extendidas hoy (...) tenga en cuenta la necesidad de capacitar a los individuos y a los grupos contra los peligros que ahora se entreven (polución atmosférica, efectos tóxicos y alérgicos de los detergentes, nuevas entidades patológicas originadas por el artificio 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. (Maíllo, 1965, p. 33)

Entiende que definiciones más analíticas de “educación sanitaria” (J. Burton, R. Grout) se pueden subsumir en la más completa de Alexandro Seppilli, de carácter predominantemente antropológico-cultural, de la que puede derivar más claramente una propuesta de intervención pedagógica: así, muestra su acuerdo con que,

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 del grupo cultural discente y la determinación de sus intereses subjetivos, y exige la remoción de las resistencias que el propio grupo opone a la intervención. (Maíllo, 1965, p. 34)¹⁸

La tarea global que es la educación sanitaria implica, en su dimensión escolar, un conjunto de esfuerzos y acciones dirigidos y organizados por los maestros imposibles de encerrar en unos límites físicos (hoy sólo puede concebirse la escuela volcada hacia afuera e incorporando lo de afuera, es decir, una “escuela de la comunidad”) o en unos límites curriculares “que dejaban de tener aplicación cuando los alumnos traspasaban los umbrales del aula”. Inserta en una constelación antropológico-cultural, nada hará el maestro de escuela si se aísla de las familias recibiendo niños en los que casi todo ha ocurrido ya: “hoy sabemos que las actitudes básicas de los niños, las modalidades de reacción esenciales y las estimaciones volitivas que constituyen el fondo de la personalidad son

¹⁷ Salud como “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”.

¹⁸ Esta necesaria incardinación en el patrimonio del grupo cultural es subrayada por otros expertos. Así, el Dr. Nájera Angulo (1961) participante en campañas sanitarias en países subdesarrollados, reniega de la indiferencia y el no respeto a las costumbres de esos pueblos, que las hacen inútiles: “Muchas veces, convencido (el técnico) de la bondad intrínseca de su labor y en su afán por obtener rápidamente resultados estimables, adopta sin querer actitudes expeditivas, cuando no belicosas. Tal es en el fondo la razón de que las campañas (...) estén condenadas a priori a lamentables y definitivos fracasos”. Desgraciadamente, continúa, “la doctrina del éxito tiene muchos partidarios decididos, olvidando que en materia de educación (y con mayor motivo de enseñanza) no puede conducir, insistimos en ello, más que al fracaso”. No se puede imponer la educación sanitaria, hay “que comenzar por sentir amorosamente sus problemas...” El maestro tiene la ventaja de “ser la persona más capacitada para conocer la psicología del núcleo social con el que convive, y desde luego, el mejor dotado para modificarla...” (pp. 12-13).

adquiridas por los niños en la edad más temprana; según algunos autores (cita a J. Bowlby y a R. Spitz) en los dos primeros años de vida”.

No pueden darse contradicciones, afirma Maíllo. Es necesario respetar el paralelismo entre las “vivencias” y las “nociones”, es decir, entre lo que se sabe de la salud y su consecuente proyección sobre las condiciones materiales que la hacen posible. Por ello la educación sanitaria debe abarcar la higiene del edificio escolar y la del régimen escolar (con prescripciones sobre el horario, el calendario y el programa escolar) pero también, dada la trascendencia innegable que hoy le atribuyen “los progresos de la psicología escolar y de la psiquiatría infantil”, una “higiene” de la convivencia escolar, con un régimen atento a las “relaciones humanas”, en el sentido que estas adquieren en la filosofía social y política del Welfare State – como modeladoras de conductas positivas y fecundas – en oposición a aquella escuela cuya disciplina, inhibidora y frustradora para el niño, le incapacitaba para la adquisición de la conciencia de su personal responsabilidad. Una vez más nuestro autor apoya sus planteamientos en los “descubrimientos científicos”, en este caso las investigaciones de Lewin y Lippit sobre patrones de conducta agresiva y los trabajos sobre terapia y educación *no directivos* de Carl Rogers: en su afán por formular una propuesta coherente, Maíllo no tiene ningún empacho en acudir a propuestas conceptuales y metodológicas de todo tipo, algunas de ellas tan alejadas de su instalación política como las realizadas por los comunistas y socialistas italianos que habían fundado el Centro Sperimentale d'Educazione Sanitaria in Perugia.

Lo expuesto explica su empeño por hacer comprender al maestro que el sentido fundamental de la educación sanitaria consiste “en la adquisición de hábitos y actitudes que favorezcan la conservación de la salud en cuanto equilibrio bio-psico-social del individuo”, hábitos que, si bien se van sedimentando desde el nacimiento, el maestro debe trabajar expresamente planificando “experiencias” que modelen no sólo aquello tradicionalmente asociado a la salud (limpieza, alimentación, actitudes y movimientos) sino, sobre todo, los hábitos psíquicos y sociales, que son...

... mucho más difíciles de delimitar, conceptualizar y adquirir y que tan íntima relación guardan con las viejas y desacreditadas virtudes. Este campo nuevo 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. (Maíllo, 1965, p. 39)¹⁹

La sistemática exposición de Maíllo sobre el campo conceptual y teórico de la educación sanitaria escolar (siguiendo las recomendaciones de los Comités de Expertos, pero también de la escuela italiana y de una amplia nómina de psicólogos, psiquiatras, antropólogos, sociólogos, etc.) se

¹⁹ Entre los hábitos a formar enfatiza los de carácter psicológico o emocional, hábitos “nuevos” propios de las sociedades desarrolladas: “Junto con los encaminados a favorecer el despliegue 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*, 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”. Recuerda también el poderoso influjo que sobre los hábitos ejercen las “necesidades artificiales” y los “símbolos” de prestigio y valoración personal: “De ello ofrece un ejemplo típico el hábito de fumar, que como ha dicho J. 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 racionalidad. (...) Este hábito se está convirtiendo en una plaga que ocasionará muchas víctimas en nuestra sociedad del bienestar” (pp. 39-40).

concreta en precisiones sobre la Inspección Médico-escolar, los contenidos instructivos, los métodos y recursos de enseñanza y sobre la formación del maestro como educador sanitario. Obviaremos una presentación sistemática de estos apartados²⁰, que se comparecen claramente con las propuestas canónicas que ya hemos visto. Nos importa más subrayar, en relación con tales aspectos, su empeño porque sean las perspectivas sociológica y antropológica las que presidan la actuación que de consuno deben adoptar médicos y maestros en la delineación de sus métodos, evitando conflictos de competencias...

... estando atentos a todos los problemas relacionados con el concepto de cultura (...) 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 (...); entonces (una metodología eficiente no consistirá...) en un mero aprendizaje de nociones, ni siquiera de una labor, por amplia que se la conciba, de “agitación y propaganda” sino de una táctica metodológica, enderezada a la sustitución de creencias, opiniones, mentalidades y usos en lo que respecta a la conservación 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; 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 profesional²¹. 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 conceptuar y verbalizar actividades, en gran parte “nuevas”, *como por las brumas pasionales con que las velan, oscurecen y dificultan conflictos jurisdiccionales injustificados*. (Maíllo, 1965, p. 43, subrayado mío)

“Obstáculos y Dificultades en la Educación Sanitaria Escolar”: el Maíllo que Enjuicia (en 1968) con Diez Años de Perspectiva

Es este un enunciado que Maíllo introdujo sistemáticamente en todos sus trabajos sobre educación sanitaria. Comprometido como estaba con la dimensión práctica y aplicada de las

²⁰ Es en el artículo sobre “Aspectos prácticos... II” (pp. 56-57) donde entra en concreciones que se siente obligado a aportar. Así, coincidiendo con los Informes Técnicos respecto a las necesidades físicas y los intereses de los niños y de los adolescentes con las que ha de conectar el maestro, considera que “el informe apenas inicia” las segundas (las psíquicas) proponiendo una relación más completa: a) *de personalización*: 1 de seguridad (afecto, dependencia, pertenencia, camaradería), 2 de afirmación personal (aceptación comprensión, competición, iniciativa, independencia; b) *de socialización* (de apertura a los otros, de colaboración, de entrega, de generosidad de perdón, de compasión; y c) *de guía intelectual* (de aprendizaje, de asombro, de nuevas observaciones y experiencias, de organización de las ideas, de estímulo de las capacidades de análisis, crítica y creación, de estimación, apreciación y valoración).

²¹ Propone que su formación incluya antropología cultural, sociología y psicología social, así como conocimientos básicos de las disciplinas sanitarias y los métodos didácticos de educación de adultos.

propuestas “expertas”(a las que reprochaba, no obstante, su fe tecnicista) se comprende que no pudiese sustraer sus contribuciones teóricas a obligados aterrizajes terrenales. Por ello, si bien ya en el texto de 1961 sabe que España está inmersa en un Plan de Desarrollo en el que “todo empieza a moverse”, sabe también que la implementación escolar de la educación sanitaria se encontraría en nuestro país no sólo con resistencias (las que derivan de la “ambivalencia entre lo educativo y lo sanitario, la escasa preparación del profesorado, la falta de libros y material didáctico auxiliar”) sino también con “obstáculos y dificultades” prácticamente insalvables, propias de nuestra especial situación de sub-escolarización:

Cierto que van quedando ya pocas escuelas-cuchitriles gracias al Plan Nacional de Construcciones escolares que está desarrollándose actualmente en nuestro país. No obstante resulta contradictorio, cuando no sarcástico, ponderar las excelencias del aire puro en locales reducidos y de escasa ventilación, hacer elogios de la luz y poner de relieve la necesidad de la higiene de la vista en escuelas en perpetua sombra, como lo es cantar las virtudes y bondades de la naturaleza, el juego, la educación física, del agua y la limpieza cuando la escuela encierra sistemáticamente al niño entre cuatro paredes sin practicar paseos y excursiones escolares y cuando la falta de agua corriente impide toda experiencia capaz de engendrar los hábitos del aseo y el decoro personal. (Maíllo, 1961 p. 7)

Sin olvidar lo que él considera el verdadero y más complejo límite a estos preceptos: el caballo de batalla que representa la cultura familiar y local predominante en un país eminentemente rural como el nuestro (“¿se comprende el cúmulo de dificultades, no sólo ni principalmente de carácter material sino, sobre todo, psicológicas y sociales, que el cumplimiento de este postulado ofrece, de modo especialísimo, en los ámbitos rurales?”); dificultades que, paradójicamente, devendrían insalvables si el maestro, sin ganarse a los padres, se coloca con sus enseñanzas enfrente de las familias, volviéndolas en su contra y violentando el sentido de pertenencia del alumno; en ningún caso, bajo ningún concepto, tales enseñanzas deberán engendrar...

...en el niño despego o aversión hacia una familia “que es la suya” y cuya misión y armonía la escuela debe respetar, por encima de todo. Esto equivale a decir que el maestro jamás debe debilitar la adhesión del niño a su padre y a su madre, por grandes que sean sus lacras y defectos en materia de educación sanitaria o moral. En tal situación la tarea de la escuela se complica extraordinariamente porque tiene que convertir en alumnos de la educación sanitaria a los padres, más que a los niños. Evolución impuesta, por otra parte, por el *cariz social* que adopta la educación en nuestro tiempo. (Maíllo, 1961, p. 8)

Sabe también que ningún Servicio Social Escolar (sobre el que había escrito ya en 1958) se ocupará de acercar esas distancias, que son, más que económicas o sociales, distancias antropológicas, de “mentalidad”²². Ya en el texto de 1966 desconfiaba de “verlo implantado en nuestras escuelas”, premonición que el tiempo se encargaría de corroborar tal como reconocía amargamente, ya al final de su vida, en la nota que incluyó en la carpeta número 26 de su archivo (con apuntes sobre “Servicio Social Escolar”) y que eran toda una sanción definitiva: “Esta carpeta es la de mi fracaso”. Pero a la altura de 1966 todavía insistía en que, como se ha evidenciado en países “en donde la revolución industrial ha avanzado más y donde la *conciencia social* maduró antes para la percepción y la solución de los problemas que aquella planteaba,” los Servicios Sociales (y el Servicio Social Escolar entre ellos) resultaban imprescindibles para responder a la característica más reseñable de nuestras

²² Utiliza Maíllo los conceptos antropológicos de “cultura” y de “mentalidad” en sus análisis, afirmando que la escuela, animada por una mentalidad científica, se opondría a la mentalidad mágica que impregna las convicciones y las predisposiciones reaccionales de las familias campesinas.

sociedades y de nuestro tiempo: *el cambio*; un cambio, según corroboran los sociólogos, dice, en “una escala y en una proporción nunca alcanzada hasta ahora en la historia de la humanidad”.

Queremos parafrasear las reflexiones de Maíllo a este respecto porque expresan muy bien su precisa percepción de las exigencias que sobre cualquier proceso educativo – incluido el sanitario – presenta la realidad antropológico-cultural de los individuos y los grupos sociales. Y también su nítida conciencia sobre las transformaciones que el desarrollismo estaba produciendo en España y sus efectos sobre nuestra escuela, que comenzaba entonces un proceso de apertura “a todos” (lo que certificará la ley de 1965 y sancionará definitivamente la de 1970) en un doble sentido: numérico, pero también, y como consecuencia de ello, sociológico y antropológico, con un alumnado que cruzaba familias, barrios, colectivos...; afrontarlo exigía de la administración y los expertos la implementación de dinámicas propias de una “escuela de la comunidad”, un término acuñado por la pedagogía progresista de la época y con el que aquí se identifica Maíllo. Veamos brevemente sus reflexiones al respecto.

Las transformaciones de nuestro tiempo, sostenía (1966), operan en múltiples planos, siendo especialmente significativas en el demográfico (envejecimiento de la población) y en el sociológico, fruto de una nueva organización y distribución de las fuerzas de trabajo, de un éxodo rural que plantea problemas nuevos en las ciudades (construcción de viviendas, reivindicaciones económicas, ideologías revolucionarias) así como desafíos provocados por el reajuste de las estructuras de la vida y el trabajo agrícola que ha de hacer la población inmigrante. Una economía que depende más de la industria que de la agricultura provoca otras transformaciones sociales, haciendo crecer la clase media y abriendo el campo a conquistas obreras que exigen mejoras progresivas en salarios pero también en la prevención de riesgos diversos (enfermedad, vejez, invalidez, maternidad, paro, etc.) mediante la Seguridad Social. La incorporación de la mujer al trabajo, una distribución más equitativa de las rentas nacionales y cambios en la constelación de los valores que orientan la vida de los individuos se extienden, en estos procesos, “en movimientos de alcance universal, que instauran, por primera vez, una cultura planetaria” (Maíllo, 1966, p. 141).

Como consecuencia de esta atmósfera de cambio, sobrevienen inadaptaciones de los individuos, incapaces de desligarse sin esfuerzo y repentinamente de las viejas estructuras económicas, mentales y sociales para acomodarse a modos de vida inéditos:

surge así, junto a carencias de larga fecha (económicas, culturales, intelectuales) un nuevo tipo de necesitados: los *sociológicamente débiles* (por paralelismo con los *económicamente débiles*) que no son solamente los ‘hombres marginales’ (mendigos, malhechores, etc.) sino también los que se encuentran en situaciones difíciles por las transformaciones operadas en las estructuras económicas, mentales y sociales.

(Maíllo, 1966, p. 142)

Y es aquí donde entra en juego el Servicio Social, destinado a una familia aldeana que se desplaza a la ciudad para mejorar su nivel de vida, a un campesino que emigra a un país extranjero cuya lengua ignora; y a quienes se encuentran en situación de minusvalía social, sea por carecer de recursos (presos, enfermos inválidos, niños) sea por estar sometidos a rápidos cambios de muy difícil acomodación (suburbios de inmigración, poblados de creación reciente, etc.). Por ello este Servicio se diferencia de otros – como la Beneficencia o la Seguridad Social – en que, mientras estos se ocupan de los sociológicamente débiles ofreciéndoles una ayuda pasajera o permanente, el Servicio Social “*ayuda a que se ayuden* los que necesitan, más que socorro material, orientación, oportunidades para poner en acción sus propios recursos intelectuales y volitivos a fin de vencer las dificultades que impedían su completa integración social”. Un concepto este de auto-responsabilidad que se encuentra también en el corazón mismo de la “educación sanitaria” (De la Quintana, 1961).

La categoría de los “sociológicamente débiles” – por desajuste cultural con el grupo dominante – fundamenta, por tanto, la necesidad de disponer de un Servicio Social Escolar,

destinado a facilitar ajustes en un “grupo artificial” o convencional como es la escuela, en la que se producen naturales dificultades de adaptación y acomodación debido a las diversas procedencias de una infancia que va siendo acogida en su totalidad; la escuela es, en este sentido, una institución “fronteriza” que reúne a niños con grandes diferencias sociales, psicológicas y culturales; por ello su misión no puede ser sólo (o ser preferentemente) la de “enseñar” sino la más compleja de “educar”, lo que implica activar en el alumnado procesos de “asimilación”, de “unificación” y de “acomodación” que le exigen incorporar activamente “las pautas, actitudes, normas y valores de la *cultura nacional* que encarna la escuela”²³. En ello tiene una contribución importante este Servicio (cuyas funciones, también sanitarias, detalla minuciosamente) que debería organizarse como “un verdadero Servicio Público” y por ello estatal, manteniéndose mientras tanto a cargo de los ayuntamientos, al menos de grandes ciudades como Madrid, Barcelona o Bilbao, “con sus zonas suburbanas, ricas en causas psicosociales de inadaptación”.

Lo cierto es que si a la altura de 1968 nada se había hecho en este sentido, tampoco se habían producido adelantos notables en otros, y específicamente en el Servicio de Inspección médico-escolar. La imagen que del mismo había dado el Dr. Oliver Cobeña en *Vida Escolar* (1961) estaba más cargada de deseos que de realidades y unos años más tarde se continuaba fantaseando sobre su alcance, limitado a las grandes capitales²⁴ y necesitado (como quería el Instituto de Medicina Social de Roma) de una autentica reorganización,

que permita extender sus beneficios a todos los niños del país (le parece sangrante que no llegue precisamente a las zonas rurales) y tener en cuenta las exigencias que formula el carácter interdisciplinar de las funciones que debe tener a su cargo.

(Maillo, 1966, p.150)²⁵

Concluimos esta incursión en la sistemática de Maíllo revisando la pesimista evaluación que hace del estado de la educación sanitaria escolar en España a la altura de 1968. Las “omisiones deplorables” (calificativo con el que sustituye a esas alturas al tradicional enunciado de “obstáculos y dificultades”) se extienden ahora a todos los planos, lo que no debe sorprender, afirma con cierta amargura,

²³ Lúcidamente apunta Maíllo (1966): “Pensar, como es uso en los que atribuyen las inadaptaciones a causas exclusivamente psicológicas, es decir, individualidades, que es actuando correctivamente sobre los ‘casos’ como se conseguirá la integración de los “desviacionistas”; o que esto se logrará con sólo modificar las condiciones de la “constelación socio-familiar”, obedece a visiones que poseen solo una parte de la verdad, pero que olvidan los aspectos antropológico-culturales del problema, que no se refieren solamente a la existencia de culturas parciales, ni a las correlativas mentalidades que les corresponden, sino también, además, a la índole misma de la institución escolar, situada en el cruce de todos los caminos de ascensión e integración social y lugar sociológico donde se dan cita – en forma de “datos” y “obstáculos” – todos los condicionamientos que determinan e individualizan a los seres humanos. Este *carácter eminentemente integrador*, sobre cuya misión y dificultades todavía no se ha insistido bastante, es lo que justifica y exige el Servicio Social Escolar, todavía inexistente, por desventura, en nuestra patria” (p. 145).

²⁴En 1961 había catorce Servicios provinciales; en 1968, dieciocho. De nuevo una grandilocuente visión de la Inspección médico escolar es presentada ese año por D. J. Álvarez Sierra en un artículo de ABC (8-06-1968) titulado “La medicina escolar en España”.

²⁵En diversas citas (1965, 1968) afirma que “la inspección médico-escolar es entre nosotros supervivencia de una etapa científicamente superada, y presenta necesidades no solo 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; (...en su organización y actividades) responde al criterio básico de la pediatría médica, con tentativas de incursión en la medicina preventiva, tentativas que, por otra parte, frustra en gran medida la función asignada tanto a la sanidad como a la seguridad social; (...) es una limitación indebida y anacrónica que su misión se restrinja a la visita médica periódica y a la ficha biomédica del escolar” (p. 38 y 5 respectivamente).

porque “nada ocurre sin razón suficiente”. El *desvío* (o desatención) hacia la educación sanitaria entre nosotros sólo manifiesta,

una directriz del pensamiento y la educación nacionales que obedece a un voluntario o inconsciente *miedo al cuerpo*, el *asnillo de San Hilarión*, sobre cuyo papel un fácil maniqueísmo ha proyectado numerosos fantasmas (...) el cuerpo (...) no es el *objeto-enemigo* que una concepción dualista acostumbra a ver. (Maillo, 1968, p. 306)

¿Qué se puede hacer si en las escuelas de formación del magisterio la *Fisiología humana* y la *Higiene*, presentes en el primer curso de la carrera, se incluían entre una docena más de asignaturas? ¿Qué formación podían tener los inspectores de primera enseñanza y los catedráticos de Normales cuyo plan de estudios incluía una única (y optativa) asignatura “próxima” al campo (los Fundamentos biológicos de la educación)? ¿Y qué decir del profesorado de Enseñanza media, en cuya formación no aparecía ninguna materia específica?

Sí, los locales escolares eran antihigiénicos e inhóspitos en la España de los cincuenta. Pero no mucho mejores eran buena parte de aquellos veinticinco mil edificios que el Plan de Construcciones escolares de 1953 sembró a lo largo y ancho del país. Lamentándose de que el desarrollismo estuviese ventilando los dignos equipamientos escolares de los años anteriores a la guerra, especialmente los republicanos (¡dicho esto por un hombre de indudable adscripción al Régimen!) reniega de los inmuebles que se están construyendo,

en los que se amontonan en continuidad mecánica aulas pocas veces de amplitud suficiente, y casi nunca dotados sus conjuntos orgánicos de todas las instalaciones necesarias (...); hay campos de recreo de colegios nacionales que cuentan con docenas de clases que son eriales suburbanos, escombreras antiguas apenas terraplenadas que en nada superan los solares arrabaleros donde hace unos años pululaban y se entrenaban en las artes de la picaresca adolescentes sin escolarizar. (Maillo, 1968, p. 308)

¿Qué esperar cuando a la altura de 1968 era todavía necesario insistir en la urgencia de redactar una *Cartilla sanitaria* para las escuelas primarias “con los conocimientos elementales de higiene individual y pública, así como los primeros auxilios en caso de accidente, cuyo estudio culminaría con nociones de Anatomía fisiológica humana?”²⁶ (p. 306).

¿Cómo encajar en ese panorama aquello que a la altura de 1970 es ya una parte normalizada de la educación sanitaria escolar en los países de nuestro entorno, como es la educación sexual y el uso de anticonceptivos?

Y, finalmente, críticas también sobre aquellos aspectos que aparentemente experimentaban enormes avances, como era la educación alimentaria, sobre la que todo parecía pivotar a esa altura:

Otro tanto decimos de la educación alimentaria. Los esfuerzos desplegados por la Inspección de Enseñanza Primaria para organizarla y ponerla en el estado de funcionamiento eficiente que hoy tiene son dignos del más cálido elogio. Pero no es menos cierto que una mínima exigencia de organización científica pide concentrar las actividades en vez de dispersarlas, evitando su duplicación tanto como su amontonamiento y confusión. El Servicio Médico-Escolar debe contar con especialistas en dietética suficientes para planificar y controlar la confección de los menús adecuados a cada edad, así como el funcionamiento de los comedores, en el orden médico, y sobre todo, los efectos a corto y largo plazo de los planes puestos en

²⁶ Ciertamente que los *Cuestionarios Nacionales* de 1965, elaborados precisamente por el CEDODEP, incluían unidades didácticas relativas a aspectos de educación sanitaria, pero no será hasta los Programas Escolares de 1968 cuando ésta adquiera una mayor presencia en el currículo escolar, muy derivada, una vez más, hacia los hábitos alimentarios (Terrón, 2014).

marcha sobre el organismo de los niños. Pues no basta “dar de comer” a los escolares, aunque sea con arreglo a menús científicos; es necesario, hablando de acuerdo con el “método científico” instaurado por Claudio Bernard, contrastar los efectos de las hipótesis, analizar los resultados, no en el plano de la teoría, sino en el campo inequívoco y exigente del organismo infantil, cosa que no se logra con el uso exclusivo de la báscula (Maíllo, 1968, p. 310).

Consideración Final

Mainer y Mateos (2011) han documentado el ocaso de este pedagogo, progresivamente desplazado de los centros de poder e influencia que será sustituido por la figura del “experto académico”, una figura que emerge ya con clara presencia y poder desde los años sesenta del pasado siglo merced a nuevas formas de dominación racionales y técnico-burocráticas. Tal como hemos expuesto, todavía a la altura de 1968 Maíllo escribió un texto valorativo sobre el “camino andado” por la educación sanitaria que, impulsada por la OMS, él se había empeñado en divulgar y cuyo saldo negativo le parecía indudable. Era la visión de un “viejo inspector”, que se comparecía mal con la que acababa de publicitar un “nuevo inspector”, Pulpillo Ruiz (1965), secretario ahora del CEDODEP, pletórico tras la celebración en Madrid de la VI Conferencia Internacional de Educación Sanitaria y lleno de optimismo sobre su situación en España. Sobre ellos, y en general sobre “las prácticas” que acompañaron – o no acompañaron – los discursos que hemos venido recreando (especialmente el discurso de Maíllo) seguimos investigando.

En aquel momento de “planes de desarrollo”, de dinámicas de expertos, de tecnificación de los procesos educativos (sometidos a las directrices de organismos internacionales, cuya incidencia en nuestras “innovaciones educativas” hemos analizado en anteriores ocasiones (Terrón, 2013), la OMS promovió actuaciones de las que se derivarían propuestas curriculares similares a las que décadas más tarde surgieron de las reuniones de Alma-Ata y Ottawa. Cincuenta años después es probable que la *educación para la salud* haya experimentado “cambios”; pero no cabe duda de que lo que hay son, sobre todo, “permanencias”: reemplazadas en los países desarrollados las enfermedades infecciosas clásicas por otras patologías (las enfermedades crónicas y las llamadas enfermedades del progreso) la educación para la salud sigue constituyendo un reto: los especialistas prueban que superado el primer año de vida (en que los factores biológicos son más importantes) la proporción de mortalidad determinada por los estilos de vida aumenta considerablemente, acercándose a un 50%, convirtiendo en sustantivo el papel a desempeñar por la educación escolar.

Los estudios que tratan de diagnosticar el estado actual de estas enseñanzas en nuestro sistema escolar evidencian déficits, probablemente no muy alejados de los que entonces se subrayaban, coincidiendo también en las apreciaciones sobre sus causas, obstáculos y resistencias. Davó (2009), que avala sus conclusiones sobre la “cultura de la salud en la escuela” con los resultados de la revisión de los estudios publicados en España entre 1995 y 2005, constata, efectivamente, la prevalencia, en el tratamiento curricular, del modelo tradicional de prevención de enfermedades (frente al modelo de salud); el menor protagonismo del profesorado respecto del que tienen las instituciones sanitarias en la implementación y difusión de programas y el hecho de que el abordaje de la educación para la salud, aunque participativo, siga orientándose hacia el cambio en el comportamiento individual y no hacia la adquisición de competencias en salud que promuevan cambios individuales y sociales. La autora deriva de sus análisis una serie de implicaciones políticas, con recomendaciones a la administración en el sentido de concretar más el marco normativo del modelo de salud escolar que quiere promover, definiendo con claridad las funciones del profesor como agente de salud, asegurándose de su adecuada formación. Una “curiosa” coincidencia con las propuestas y recomendaciones que hemos visto expresadas cincuenta años antes, muestra de las

resistencias e inercias propias de la actividad institucional. Constatar esa permanencia es importante para comprender y aquilatar mejor la naturaleza del problema.

Siendo este un trabajo básicamente informativo-descriptivo y alejado, por ello, de pretensiones teóricas, hemos apuntado dinámicas que cabría analizar dentro de las tesis de la teoría de la cultura mundial contemporánea (Astiz, 2014); sin embargo tales proyecciones serían claramente precipitadas y deberían someterse a un juicio más minucioso, en la línea de crítica a las narrativas de consenso que sugieren otros autores (Carney, Rappleye, & Silova, 2012).

Referencias

- Alonso, C., & Villalvilla, J. (2007). El reto de la educación para la salud en la comunidad escolar. *Multiárea*, Revista de la Escuela Universitaria de Magisterio de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha, 26-30.
- Astiz, M. F. (2014). El *currículum* escolar y su abordaje desde la teoría de la sociedad mundial: revisión y prospectiva. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 22(25).
- Benavot, A., Cha, Y. K., Kamens, D., Meyer J., & Wong, S. (1991). El conocimiento para las masas. Modelos mundiales y curricula nacionales. *Revista de Educación*, 295, 317-344.
- Burgos, A., Rodríguez, C., & Álvarez, J. (2011). Factores de éxito para la prevención de riesgos laborales en la escuela: aportaciones desde la opinión del profesorado de la comunidad autónoma de Andalucía (España). *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 19(32).
- Cardaci, D. (1992). Las ciencias sociales y la formación para la salud. *Educación médica y salud*, 26(1), 115-127.
- Chervel, A. (1988). L'histoire des disciplines scolaires, réflexions sur un domaine de recherche. *Histoire de l'Éducation*, 38, 59-119. <http://dx.doi.org/10.3406/hedu.1988.1593>
- Cayuela, R. (2014). *Por la grandeza de la patria. La biopolítica en la España de Franco*. Madrid: FCE.
- Campillo, A. (2009). La biopolítica en España. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía* (48), 223-232.
- Carney, S., Rappleye, J., & Silova, I. (2012). Entre la fe y la ciencia: la teoría de la cultura mundial y la educación comparada. *Profesorado. Revista de currículo y formación del profesorado*, 17(2).
- Cuesta, J. (dir.) (2009). *La depuración de funcionarios bajo la dictadura franquista (1936-1975)*. Madrid: Fundación Largo Caballero.
- Cuesta, R. (2014). El purgatorio docente: entre el desguace de los Institutos y la reinención del bachillerato tradicional. En A. Esteban & M. J. Izquierdo (Coords.) *La revolución educativa en la II República y la represión franquista*. (pp. 81-107). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Davó Blanes, M. C. (2009). *La cultura de la salud en las aulas de Educación Primaria y la incorporación de la Escuela Promotora de la Salud a la salud escolar en España*. Universidad de Alicante. Tesis doctoral.
- De la Quintana, P. (1961). Objetivos, ámbito y contenido de la educación sanitaria. *Vida Escolar*, 26, 9-11.
- Escolano, A. (dir.) (2006). *Historia ilustrada de la escuela en España*. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez.
- Gavidia Catalán, V. (1993). La educación para la salud: una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia. *Enseñanza de las Ciencias II* (3), 289-296.
- Gavidia Catalán, V. (2001). La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 75, nº 6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272001000600003>
- Grande Pasamonte. (1968). Un programa completo de educación sanitaria. *Vida Escolar*, 1968(102), 11-13.
- Maíllo, A. (1958). Educación Social y Servicio Social. *Revista de Educación*, 73.
- Maíllo, A. (1961). Concepto y límites de la educación sanitaria escolar. *Vida Escolar*, 26, 2-8.
- Maíllo, A. (1965). La educación sanitaria en la escuela. *Revista de Educación*, 172, 33-45.

- Maíllo, A. (1966). El Servicio social escolar. En Ministerio de Educación Nacional, *Organización y supervisión de escuelas* (pp. 137-152). Madrid: CEDODEP.
- Maíllo, A. (1968). Aspectos prácticos de la educación sanitaria escolar I. *Revista de Educación*, 198, 305-310.
- Maíllo, A. (1968). Aspectos prácticos de la educación sanitaria escolar II. *Revista de Educación*, 199, 360-366.
- Mainer, J. (2009). *La forja de un campo profesional. Pedagogía y didáctica de las ciencias sociales en España (1900-1970)*. Madrid: CSIC.
- Mainer, J., & Mateos, J. (2011). *Saber, poder y servicio. Un pedagogo orgánico del Estado: Adolfo Maíllo*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Meyer, J., & Ramírez, F. (2010). *La educación en la sociedad mundial. Teoría institucional y agenda de investigación de los sistemas educativos contemporáneos*. Barcelona: Octaedro.
- Molero, A. (dir.) Pozo, M. del M. & Alonso. (1994). *Ciento cincuenta años de perfeccionamiento del magisterio en España (desde las Academias de profesores a la creación de los CEPs, 1840-1984)*. Madrid: ICE y Universidad de Alcalá de Henares.
- Nájera Angulo. (1961). Enseñanza sanitaria popular y escolar. *Vida Escolar*, 26, 12-15.
- Oliver Cobeña. (1961). Organización y funcionamiento de la Inspección médico-escolar del estado. *Vida Escolar*, nº 26, 17-20.
- Organización Mundial de la Salud. (1951). *Informe del Comité de expertos de los servicios de higiene escolar*, (Serie de Informes Técnicos, nº 30). Ginebra: autor.
- Organización Mundial de la Salud. (1954). *Primer informe del Comité de expertos en educación higiénica del público* (Serie de Informes Técnicos, nº 89). Ginebra: autor.
- Organización Mundial de la Salud. (1958). *Informe del Comité de expertos en formación del personal de sanidad para la educación sanitaria popular*. (Serie de Informes Técnicos, nº 156). Ginebra: autor.
- Organización Mundial de la Salud. (1959). *Informe sobre la Conferencia Europea sobre educación sanitaria de la población*. Copenhague: autor.
- Organización Mundial de la Salud. (1960). *Informe del Comité de Expertos en Preparación del maestro para la educación sanitaria*. (Serie de Informes Técnicos nº 193). Ginebra: autor.
- OMS/UNESCO. (1962). *Informe del Simposio europeo mixto OMS/UNESCO sobre la preparación de enseñantes en educación sanitaria. París, 1961*. Copenhague: autor.
- Organización Mundial de la Salud. (1962). *Educación sanitaria. Bibliografía selecta preparada por la OMS*. París: UNESCO.
- Perea Quesada, R. (dir.) (2009). *Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras*. Eds Díaz de Santos.
- Perdiguero, E., & Castejón, R. (2010). Popularising right food and feeding practices in Spain (1847-1950). The handbooks of domestic economy. *Dynamis*, 30, 140-165.
- Perdiguero, E., & Comelles, J. (2014) Folclore médico y educación sanitaria en las dos primeras décadas del franquismo En R. Campos, A. Gonzáles, I. Porras & L. Montiel (Eds.) *Medicina y poder político* (pp. 289-293). Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- Pulpillo, A. (1965). Colaboración entre médicos y maestros para la educación sanitaria. *Revista de Educación* nº 190, 58-63.
- Ramírez, F., & Ventresca, M. (1992). Institucionalización de la escolarización masiva: isomorfismo ideológico y organizativo en el mundo moderno. *Revista de Educación*, 298, 121-139.
- Rendueles, G. (2009). Medicalización, psiquiatrización...¿despsiquiatrización?. *Con-Ciencia Social*, 13, 17-40.
- Romero, J., & Luis, A. (2003). La Historia del Currículo y la formación del profesorado como encrucijada: por una colaboración entre la Historia de la Educación y una Didáctica crítica de

- las Ciencias Sociales (pp.1009-1020). En A. Jiménez, et al. (Coords) *Etnohistoria de la escuela*. Burgos: Universidad de Burgos/SEDHE.
- Romero, J., & Luis, A. (2008). El conocimiento socio-geográfico en la escuela: las tensiones inherentes a la transmisión institucionalizada de la *cultura* y los dilemas de la educación para la democracia en este mundo globalizado. *Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, vol. XII, 270(123).
- Salvador, T., Suelves, J. M., Puigdollers, E., & Martínez I. M. (2008). *Diagnóstico de situación sobre los avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE) y Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública.
- Salvador, T., Suelves, J. M., & Puigdollers, E. (2008). *Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las administraciones educativas y sanitarias*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE) y Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública.
- Salvador T., & Suelves J. M. (2009). *Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirla*. Madrid: Secretaría general Técnica del Ministerio de Educación.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos, 1985.
- Terrón, A., & Álvarez, V. (2002). Sobre la cultura escolar y los mitos en nuestra escuela. *C. & E.: Cultura y Educación*, 14, 237-252. <http://dx.doi.org/10.1174/11356400260366070>
- Terrón, A. (2013). La profesionalización del magisterio en el tecno-franquismo: entre los valores eternos y la ciencia verdadera. *Innovación Educativa*, 23, 25-45.
- Terrón, A. (2014). La atención a la salud en el currículo escolar del franquismo. En R. Campos, A. González, I. Porras & L. Montiel (Eds.) *Medicina y poder político* (pp. 283-287). Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- Trescastro-López, E., Bernabeu-Mestre, J., & Galiana-Sánchez, M. E. (2013). Nutrición y salud: políticas de alimentación escolar en la España contemporánea (1931-1978). *ASCLEPIO. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 65(2).
- Trescastro-López, E., & Trescastro-López, S. (2013). La educación en alimentación y nutrición en el medio escolar: el ejemplo del programa EDALNU. *Revista Española de Nutrición humana y Dietética*, 17(2) 84-90. <http://dx.doi.org/10.14306/renhyd.17.2.11>
- Turner, C. E. (1967). *Planteamiento de la educación sanitaria en las escuelas*. Barcelona: Teide.
- Turner, C. E. (1961). *Preparación del maestro en educación para la salud*. Madrid: Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad.
- Valádez, I., Villaseñor, M., & Alfaro, N. (2004). Educación para la salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y desarrollo*, 1, 43-48.
- Vega de Cortes, E. (1969). *La educación sanitaria escolar en España*. Tesis doctoral inédita dirigida por Juan Bosch-Marín. Universidad Central de Madrid.

Sobre la Autora

Aida Terrón Bañuelos

Universidad de Oviedo (España)

aterron@uniovi.es

Aida Terrón Bañuelos es Profesora Titular de Historia de la Educación en la Facultad de Formación del Profesorado y Educación de la Universidad de Oviedo desde 1978. Investiga en historia regional de la escolarización, genealogía de la cultura escolar, profesionalización, asociacionismo y sindicalismo docente, y perspectiva higienista del currículo escolar. Ha sido vicepresidenta de la Sociedad Española de Historia de la Educación (SEDHE) y Premio de Investigación histórica Juan Uría Riu (1987). Miembro del Consejo Científico/Asesor de las revistas *Historia de la Educación* (Universidad de Salamanca), *Con-Ciencia Social* (grupo Fedicaria) e *Historia y Memoria de la Educación* (Sociedad Española de Historia de la Educación) entre otras. Algunas de sus publicaciones son: *La enseñanza primaria en la zona industrial de Asturias* (Oviedo, 1990); *Modifications des programmes et inertie institutionnelle: Tradition et changement dans le modèle scolaire des classes homogènes* (*Paedagogica Historica* XXXI: 1, pp. 125-150), *La institución escolar: una creación del estado moderno* (Barcelona: Octaedro, 2005).

archivos analíticos de políticas educativas

Volumen 23 Número 19

23 de febrero 2015

ISSN 1068-2341



Los/as lectores/as pueden copiar, mostrar, y distribuir este artículo, siempre y cuando se de crédito y atribución al autor/es y a Archivos Analíticos de Políticas Educativas, se distribuya con propósitos no-comerciales, no se altere o transforme el trabajo original. Más detalles de la licencia de Creative Commons se encuentran en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0> Cualquier otro uso debe ser aprobado en conjunto por el autor/es, o AAPE/EPAA. AAPE/EPAA es publicada por el *Mary Lou Fulton Teachers College, Arizona State University*. Los artículos que aparecen en AAPE son indexados en CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas, España) DIALNET (España), [Directory of Open Access Journals](http://www.dialnet.es), EBSCO Education Research Complete, , ERIC, Education Full Text (H.W. Wilson), QUALIS A2 (Brasil), SCImago Journal Rank; SCOPUS, SOCOLAR (China)

Contribuya con comentarios y sugerencias en <http://epaa.info/wordpress/>. Por errores y sugerencias contacte a Fischman@asu.edu.

Síganos en EPAA's Facebook comunidad at <https://www.facebook.com/EPAAAAPE> y en Twitter feed@epaa_aape.
