



Educación XX1

Universidad Nacional de Educación a Distancia

educacionxx1@edu.uned.es

ISSN (Versión impresa): 1139-613-X

ESPAÑA

2001

Rogelia Perea Quesada

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, RETO DE NUESTRO TIEMPO

Educación XX1, número 004

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Madrid, España

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>



1

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, RETO DE NUESTRO TIEMPO

Rogelia Perea Quesada

Universidad Nacional de Educación a Distancia

1. INTRODUCCIÓN

Un signo de identidad de la sociedad actual es el cambio; las transformaciones sociales en las que se halla inmerso el mundo actual exigen de la educación una continua adaptación a formas de vida diferentes, siendo necesario idear estrategias de intervención educativa que den respuesta a los problemas que se van generando. Las necesidades cambian, ¿hoy más que nunca?, sabemos que la medicina curativa es insuficiente como sistema de salud ya que ésta no responde, solamente, a condicionantes biológicos, sino también psicosociales. Estudios realizados por el *Center For Disease Control de Atlanta* manifiestan que, cuando se supera el primer año de vida (periodo en el que los factores biológicos son muy importantes), la proporción de la mortalidad determinada por los estilos de vida aumenta considerablemente, acercándose a un 50%.

Cada día, consecuencia del cambio, el hombre se encuentra ante nuevos retos y desafíos. Los cambios epidemiológicos o transición epidemiológica, como dicen los expertos, han reemplazado en los países desarrollados a una serie de enfermedades infecciosas clásicas (cólera, paludismo, diarreas infantiles, etc) por otras patologías como son las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer, etc) y las llamadas «enfermedades del progreso»: sida,

alcoholemia, drogodependencia, estrés. «El 30% del tabaquismo y más del 10 por ciento del alcoholismo causan muerte por cáncer. La principal causa de muerte en menores de 35 años son los accidentes de tráfico por exceso de alcohol» (Wetton, 1990); en cuanto a la explosión de la pandemia del SIDA conviene señalar las prospecciones que hace Conde: «en concreto, entre los adolescentes, por nuevas prácticas de riesgo que ya no les margina socialmente, el sida va a crecer sobre todo en las generaciones jóvenes de 15 a 29 años, quienes lo adquirirán por vía sexual en función de los cambios que se están operando en los estilos de vida juveniles y en el consumo de drogas» (Conde, 1997).

Por otra parte, el patrón actual de morbilidad en España según los diferentes periodos biológicos es el siguiente: en la infancia existe un predominio de anomalías congénitas y enfermedades infecciosas; en los jóvenes los accidentes; en los adultos el cáncer, la cardiopatía isquémica y la patología respiratoria; y, en los ancianos, la enfermedad cardiovascular (Ministerio de Sanidad y Consumo 1990). Con estas nuevas patologías entramos en una nueva etapa de la historia de la salud pública, a la que Terri llama «segunda revolución», donde los problemas sanitarios de la población trascienden los tradicionales campos de la medicina y requieren para su prevención un tratamiento educativo.

2. | QUÉ ES LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Conviene señalar la complejidad que supone definir conceptualmente esta expresión si queremos ser exhaustivos en todas sus implicaciones y funciones, ya que acoge al hombre en su totalidad, de forma holística, y también a su contexto en una doble dimensión, ecológica y social. No podría entenderse con nitidez esta expresión si no se aclarase con anterioridad el significado de ambos términos; si fundamentamos bien los conceptos de educación y salud, podremos considerar de forma más sólida cuál es el sentido actual de dicha expresión.

2.1. EL CONCEPTO DE EDUCACIÓN

La definición del sentido de la educación requiere una tarea previa: establecer sus características diferenciales. Nos encontramos ante la definición de un concepto que delimita el objeto central de la Educación para la Salud. Una definición insuficiente de educación nos llevaría a una definición de EpS inadecuada.

Una primera diferencia debe establecerse. Hablamos de educación como hecho y como reflexión teórica o conceptualización de un hecho. Se abre así la panorámica que considera la educación como objeto, y, por otra parte, la ciencia que sistematiza los conocimientos del hecho educativo. Las notas

conceptuales de cambio, crecimiento, o cambio progresivo no explican adecuadamente lo que entendemos por educación. El proceso educativo no se identifica con «cambio» o el vago concepto de evolución o desarrollo ... El mero desarrollo o cambio no implica, en cuanto tal, una modificación cualitativa favorable al individuo. Hay desarrollos buenos y sanos, pero también malos o nocivos (Arroyo, M, 1993).

La definición etimológica del término «educación», tanto si consideramos el vocablo «educere» (extraer, sacar a la luz, en el sentido socrático, desde dentro hacia afuera), como si se analiza la voz «educare» («criar», «nutrir», o «alimentar»), están significando ambas lo que es propio de la raíz «duco», es decir, «tirar, sacar, traer, llevar, hacer salir, guiar, conducir» (Sanvisens, 1984). Un doble sentido está implícito: cuidado, conducción desde fuera, pero también autoconducción, conducción desde dentro. La educación necesita de ayuda, pero la decisión interna del discente es decisiva; surgen dos vertientes: la heteroeducación y la autoeducación. Se podría decir con acierto que la noción de educación, en sus orígenes, es simbiótica entre «educare» y «educere» (Martínez, 1987).

El pedagogo, en la tradición clásica, conducía o llevaba a los niños y jóvenes a la palestra o al gimnasio. La «paideia» era conducción hacia el «ethos», hacia la vida moral plena y feliz.

La educación como hecho, por otra parte, y la reflexión sobre ella es una evidencia que aparece en las diversas formas de cultura como un integrante de la vida de los grupos sociales y de su pervivencia histórica. Los modelos son diferentes según los grupos étnicos que se analicen, y según qué época se considere.

Cuando la Pedagogía pretende un análisis científico, la conceptualización de la educación es su principal tarea. El análisis de sistemas permite una visión holista, global del hecho educativo. La afirmación de que la educación radica en el ser del hombre nos lleva a diagramar qué lugar ocupa el hombre en su entorno y en relación con los demás seres, con los que interactúa de forma dinámica en cada contexto o ecosistema.

La educación hace referencia al hombre en su totalidad, de forma holística, considerando también su contexto social, de aquí la suma complejidad al pretender una conceptualización de dicho término; por otra parte, las posiciones teóricas son diferentes, así como la escala de valores de los respectivos autores, de aquí que unos pongan su énfasis en una u otra de sus notas características.

Las definiciones de educación, cuando se analiza su contenido, consideran, entre otras, las siguientes notas o características diferenciales de la educación: referencia al hombre, intencionalidad, optimización (mejora o perfeccionamiento), procesual (comunicación, relación), desa-

rollo de las facultades o aptitudes humanas (realización personal, individualización), socialización (transformación social, apertura, compromiso), ayuda, servicio o auxilio, búsqueda de la felicidad (López-Barajas, 2000).

Los animales pueden cambiar, e incluso mejorar, con el adiestramiento, las plantas sometidas a un cultivo cuidado producen abundantes frutos, pero sólo el hombre puede reflexionar sobre sí y su entorno, sólo él puede «estar presente» ante sí mismo e interrogarse sobre el modo de mejorar la realidad. La racionalidad humana permite la generación de la cultura, la integración de los conocimientos, los modos de relación y formas de vida, el lenguaje, el trabajo, la autonomía, y la libertad. La transmisión de esta cultura, la mejora de la sociedad y de los hombres se hace a partir de la educación. Por consiguiente, una nota o característica diferencial será, por obvio que parezca, la *referencia al hombre*.

Encontramos en «toda manifestación pedagógica y educativa un trasfondo cultural, una concepción del mundo y del hombre, una ideología tal vez más o menos explícita. La pedagogía, al hacerse consciente de ello, debe partir fundamentalmente de una antropología filosófica, científica y cultural; debe examinar críticamente el problema de los fines y valores de la educación, de las pautas y patrones que rigen el proceso educativo, justipreciando su alcance vital y humano, su entronque social y cultural, y fundamentando crítica y racionalmente —en un plano de evolución constante— su importancia formativa» (Sanvisens, 1984).

Es por esto por lo que la «noción genérica de aprendizaje en cuanto expresa sin limitación todo y cualquier cambio de conducta no equivale siempre a educación. Por la simple razón de que no todo cambio de conducta es de suyo educativo» (Arroyo, M., 1993).

La segunda de las notas identificadas es la *intencionalidad*. Intención es el punto de mira o el término de acción (Moliner, 1977). La intencionalidad es una propiedad que afecta a la actividad o comportamiento humano. La intencionalidad puede postularse desde diversos ángulos o puntos de vista (Arroyo, M., 1993):

- a) Intencionalidad del agente educador: se interpreta la educación ante todo como hetero-educación y se asigna al educador la intencionalidad en su actuación.
- b) Intencionalidad en el educando: en éste se sitúan la conciencia y la intencionalidad propias de la educación.
- d) Intencionalidad en el educador y en el educando: restringe la noción de educación, no tendría sentido designar por educación la influencia madre-hijo o la autoeducación en sentido estricto.

- e) Intencionalidad no explícita: la educación es proceso o desarrollo, o influencia que produce o genera un efecto determinado de ordinario estimado como deseable.

La intencionalidad humana ha de estar presente en la educación. Un hecho parece claro, sólo las mujeres y los hombres pueden ser agentes de educación. Las realidades «no personales» de la naturaleza o de la cultura, el «medio», aun cuando ejerzan influencias más o menos fuertes sobre los hombres, no actúan, y por ello no se puede decir que eduquen (Brezinka, 1975). El entorno cósmico, climático y físico influye en las personas, hasta tal punto que son necesarios para su desarrollo, pero la influencia que implica la educación es la que procede de otros seres humanos (Sarramona, 1989). Aunque cabría hablar de una «naturaleza educadora» que incorpora el misterio del orden universal como un «espejo» y que identifica leyes de naturaleza ecológica. También, hemos señalado, existe una intencionalidad no explícita o latente (oculta) en la que anidan factores educativos fuera de la planificación sistemática de la educación. Pero siempre exigirá la percepción, la advertencia, la conciencia de la finalidad de la misma. Sin libertad y decisión propia no hay educación propiamente dicha. El sentido antropológico y social subyace incluso en la llamada «educación negativa» de carácter naturalista. La intencionalidad educativa exige el respeto a las libertades de las conciencias de los alumnos, es precisa la conciliación de la dignidad de los valores elegidos con la estimación y aceptación de los alumnos. Sólo así puede entenderse la fundamentación objetiva y subjetiva de la educación.

La *optimización*, la mejora, el perfeccionamiento son notas clásicas que encontramos en numerosas definiciones de educación. «Perfeccionamiento y evolución se corresponden, y se implican en el proceso educativo como favorecedor del desenvolvimiento humano» (Weinert, 1981). Al final de la acción educativa «esperamos que los educandos sean más valiosos... la calidad de la educación viene determinada por la dignidad, profundidad y extensión de los valores que hayamos sido capaces de suscitar y actualizar» (Marín Ibañez, R. 1981).

La educación es *proceso* o, mejor, progreso, que añade el sentido de cambio perfectivo. El proceso educativo consiste «no tanto en las operaciones humanas, cuanto en la ordenación de las mismas por la razón» (González Alvarez, 1969). Esta característica o, mejor, dimensión de la educación supone la situación de interacción: «quiero decir con ello que toda manifestación humana tiene, como mínimo, un dato permanente; en efecto, considero que toda acción humana, todo comportamiento o conducta, puede analizarse como interacción: esto es, como acción entre sí o entre los hombres. El comportamiento humano, como fenómeno más amplio que el propio hombre y, por tanto, integrador de éste, puede reducirse a su premisa más simple si se contempla bajo la categoría de «relación». La relación humana es, en definitiva, lo que define a la realidad social de las mujeres y los hombres. De ahí que la realidad relacional y su fenomenología concurrente (elementos, influencias y consecuencias de dicha realidad) protagonizada por el hombre,

deba ser objeto sobre el cual se aplique el conocimiento de las ciencias humanas» (Colom, A.J. 1982).

La consideración de la educación como relación nos conduce a la dimensión constitutiva de la persona y a la valoración de la educación como diálogo: «la persona, como es sabido, no sólo es capaz de establecer relación con las cosas, con el mundo natural transformado en los tres pilares fundamentales de la cultura (la ciencia, la técnica y el arte), sino que va a depender esencialmente de la relación que establezca «con el otro» y «con los otros». El «ser con» no es una disposición que la persona adquiera en el transcurso de su desarrollo existencial, sino que es un rasgo absolutamente connatural y necesario que posibilita, desde la misma esencia de la persona, el que ésta llegue a ser lo que es.... en efecto, el valor en la existencia del yo (como salida de sí mismo) del encuentro y de la comunicación interpersonal, puede considerarse una cuestión nuclear de la reflexión filosófica, antropológica y psicológica de nuestro tiempo que se repite, desde perspectivas distintas, en todos los autores: desde el personalismo humanista (Scheler, Mounier), el dialogismo de (Buber, Marcel, Levinas), el trascendentalismo (Heidegger), hasta la reflexión neo-escolástica (Coreth, Marecha, Rahner, Zubiri o Caffarena)» (Medina Rubio, R. y T. Rodríguez Neira, 1992).

El desarrollo de las aptitudes o capacidades específicamente humanas se refiere a la educabilidad como posibilidad subjetiva de desarrollo. El hombre y la mujer son seres indigentes al nacer, pero con una potencialidad extraordinaria de desarrollo. «La personización, en cuanto adquisición consciente y en cuanto autoguiaje, de carácter en algún sentido determinado, tiene sentido intencional, que no lo tendría, seguramente, para una concepción que centrara la persona únicamente en la individualización y en la simple «capacidad» racional, entendida como si se diera *«per se»*» (Sanvisens, 1984).

La socialización es el proceso educativo que permite el ajuste social del individuo. Las notas de ayuda, auxilio son permanentes en las definiciones de educación. Se podría decir que hacen referencia a la educabilidad desde la perspectiva del educador. La felicidad ha sido considerada como el fin clásico de la educación.

2.1.1. La educación como sistema social

El sistema educativo es «un sistema abierto por el intercambio de información que realiza con el medio que lo envuelve, y es, al mismo tiempo, un sistema cerrado en tanto que es por sí mismo capaz de controlarse..... Quizás, como afirma Buckley, más que cibernético, por tratarse de un sistema sociocultural, sería mejor denominarlo adaptativo para poder así desechar las connotaciones mecanicistas que el término, acuñado por Wilmer, implica» (Colom, 1982). En este mismo sentido insisten algunos otros autores al subrayar la naturaleza no cerrada del sistema educativo: «la educación es un

sistema abierto inserto en un medio humano y sociocultural complejo y multiforme en cuya funcionalidad queda integrada la educación como "determinante-determinado", influyendo decisivamente en dicho medio y siendo a su vez influida decisivamente por él» (Sanvisens, 1984).

«Desde una perspectiva de una educación integral, el personalismo concibe la educación al servicio del individuo y de la sociedad. Ni colectivismos en los que el hombre queda reducido a un mero resultado pasivo de la colectividad y diluido en ésta, ni individualismos que aíslan y marginan al individuo de la realidad social» (Medina Rubio, 1992).

El proceso de desarrollo ha configurado en su realidad compleja el subsistema social de la educación. El proceso se inicia en la familia y se ayuda con la aparición de la escuela. Hoy el sistema no se refiere sólo a la institución escolar, sino que incluye los medios de comunicación de masas («mass-media»), grupos informales, ambiente urbano, clase social, la formación permanente o continua en el trabajo, ocio, tiempo libre, etc.

El sistema educativo puede definirse, por consiguiente, como «un subsistema del sistema formado por la interacción dinámica con capacidad procesual respecto de unos objetivos, de la totalidad de instituciones, elementos, unidades, grupos y aspectos sociales o de índole social que posean total o parcialmente una función educadora, o sea, que permitan a una población determinada formarse (socializarse) mediante la internalización de un elenco cultural y de pautas y normas de acción así como de significaciones, acordes con los valores sociales establecidos» (Colom, 1987).

El sistema educativo es un sistema de comunicación, ya que es precisamente por este procedimiento por el que se cumple la función social del propio sistema. El proceso informativo puede diferenciar las siguientes dimensiones: signo, saberes, posibilidad de utilización, y estructuración. La interpretación de la «adaptación surge de la conjunción de dos momentos históricos y científicos: por un lado, la teoría de la evolución, y, por otro, del desarrollo de la Biología teórica a partir de Bernad. El progreso cibernético facilitó un clima adecuado para hacer que el sentido del concepto de adaptación fuese más ágil, consistente y frecuente» (Martínez, 1987).

Se puede resumir diciendo que el sistema cibernético considera la realidad educativa, tanto en su estructura como en su funcionamiento, como un proceso de optimización, que incorpora todas las notas informativas y regulativas que le caracterizan en cada contexto específico. Pero la realidad personal es muy dinámica y compleja. Baste decir que un concepto esencial y comprensivo de la educación debe abarcar las siguientes notas o realidades básicas (Arroyo Simón, M., 1984):

- a) El término educación designa no sólo una actividad o proceso sino también el efecto de esa actividad: «acción y efecto de educar».

- b) La educación propiamente dicha se refiere al hombre; es un proceso humano, que supone de algún modo racionalidad y «libertas».
- c) La educación encierra necesariamente la orientación a un fin. El significado de la educación no se comprende sin referencia al fin o los fines de la misma (Herbart, 1935).
- d) El fin de la educación debe implicar, de un modo u otro, una mejora, dignificación o perfeccionamiento del sujeto humano.
- e) La educación, en última instancia, depende y está condicionada por opciones o decisiones previas sobre las cuestiones acerca del sentido y valor del hombre, mundo, sociedad, transcendencia de la vida humana. Se inscribe, por tanto, en un «sistema» de valores, del cual recibe inspiración y guía.
- f) La educación del hombre, de todo hombre, estará sometida y deberá respetar las exigencias básicas que dimanen de la libertad, dignidad y derechos fundamentales de la persona humana. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) otorga fuerza política y moral a esos derechos «del hombre», de «toda persona» (Decl. Univ. Dre.Hum., art. 1,2).
- g) La educación, ya se considere como actividad o como efecto, no se comprende plenamente sin una referencia –explícita o implícita– al bien de la persona humana como *un todo y unidad* psicofísica indivisible, sujeto último de atribución de los efectos educativos. El criterio de interpretación de una influencia o efecto presuntamente educativo deberá tener en cuenta esa referencia al «bien de la persona», y no sólo a un aspecto o dimensión de la misma. Se entiende, por otra parte, que ese «bien» de la persona integra todos los aspectos de la existencia individual y social, sin excluir, en su caso, la dimensión ética o religiosa en el respeto a la libertad de conciencia y a las convicciones íntimas de educadores y educandos” (Declr. Univ. Drec. Humn. art. 1, 18)

2.1.2. Posibilidades y límites de la educación

La necesidad de la educación se hace patente en la experiencia humana; la realización de la personalidad requiere de ella. La naturaleza indeterminada necesita de la acción educadora. La posibilidad de educarse es supuesto de cualquier forma educativa. La negación de la plasticidad o potencialidad de los hombres y las mujeres para alcanzar nuevas estructuras espirituales y profesionales nos llevaría a concluir la imposibilidad misma de la pedagogía (Nassif, 1980). La educabilidad es categoría esencial del hombre en la que surge el proceso educativo.

Los límites de la educación en cada caso se determinan por la herencia (dotación genética), el medio y el ejercicio de la libertad humana. El poder ilimitado de la educación sería un excesivo optimismo pedagógico, reñido con su contrario, el pesimismo pedagógico. Consideramos que «el educador no debe estimar el poder de la educación ni menor ni mayor de lo que es en realidad; debe tratar de ver hasta dónde puede ir; pero es necesario siempre que espere a ser conducido, por la observación, de los resultados a los límites de los ensayos razonables» (Herbart, 1935).

La propiedad del educador para poder educar se ha llamado *educatividad*, o sea, la posibilidad real de influir decisivamente en la formación de otra persona (Zaragüeta, 1953). Por extensión esta capacidad puede aplicarse a las instituciones tales como la familia, la escuela, etc.

¿La autoeducación es posible? Los conceptos de autoeducación y heteroeducación se relacionan con los términos anteriormente definidos.

La autoeducación en sentido absoluto no es posible, ya que el ser humano antes de nacer está sometido a influencias más o menos difusas de naturaleza cósmica, ambiental, etc. Sin embargo, no deja de ser verdad que el aprendizaje es inmanente, por lo que la tarea de enseñar resultaría inútil si aquél no tiene lugar. Dependería del sentido que demos al término «autoeducación» para que la respuesta fuera acertada. La autoeducación en cuanto que supone la significación para el sujeto que aprende sí es posible. La heteroeducación, la actividad del educador que facilita o ayuda el esfuerzo discente para conseguir un desarrollo de sus capacidades de modo óptimo. Es decir, ni absoluta autonomía del educando para educarse, ni absoluta determinación de las fuerzas exteriores, sino complementación y síntesis de ambas (Nassif, 1980). La educación no crea al hombre, pero le ayuda a actualizar toda la potencia que supone el acto de su creación.

La acción educativa podría resumirse en la ayuda que se presta al discente para que sea capaz de conocerse y valorar lo positivo que toda persona humana tiene, con objeto de elevar su autoestima y poder así desarrollar o desplegar toda la potencialidad de su personalidad incipiente.

2.2. CONCEPTO DE SALUD

Introducimos nuestra reflexión por la misma vía utilizada al analizar el término «educación», es decir, por la vía del sentido original o etimológico. El término *salud* proviene del latín «salus» y significa el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

El sentido de la salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos. En los primeros años de la historia se mantuvo, durante un largo período de tiem-

po, el pensamiento primitivo (mágico-religioso), centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino; esta actitud aún se mantiene en algunos pueblos de África, Asia, Australia y América.

Fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que iniciaron el primer cambio conceptual, pasando del sentido mágico religioso a un desarrollo de la higiene personal y pública. En la antigua civilización hebrea, la Ley Mosaica contiene uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad: prescribe ordenamientos estrictos sobre *higiene* personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles, algunas de ellas todavía vigentes.

La palabra *higiene* así como el actual juramento hipocrático encuentra su origen en la cultura griega, inspirada en la mitología: Higea «diosa de la salud» e Hipócrates «padre de la medicina».

El pueblo romano aplicó sus conocimientos de carácter urbanístico a la salud pública, construyendo grandes acueductos para la dotación de aguas como también para el alejamiento de las sustancias de desecho; una gran obra fue la «Cloaca Máxima», obra admirada en la actualidad.

En la Edad Media, cuando aparecen las escuelas monásticas, en la Escuela de Salerno se enseña la medicina *hipocrática*. Se elaboró un volumen que contenía numerosos consejos sobre higiene. Este sentido higienista de la salud se ha mantenido hasta hace algunas décadas.

El esplendor de la época renacentista también tiene su manifestación en el campo de la promoción de la salud, introduciéndose ideas innovadoras que motivaron grandes avances en materia de salud.

En el siglo XIX, con los avances en bacteriología, y en la primera mitad del siglo XX, con el descubrimiento de Fleming sobre la penicilina, la comercialización de los antibióticos, la creación de los centros de la Seguridad Social y las campañas de vacunación, se abrieron nuevas perspectivas de optimismo frente al riesgo de enfermedades transmisibles. No obstante, pronto se pudo comprobar el carácter multifactorial de la enfermedad ya que, entre otras, las condiciones sanitarias deficientes y las carencias nutricionales tenían gran influencia en la aparición y gravedad de los padecimientos, así como también una serie de factores psicosociales. Estos hechos motivaron, en gran medida, el cambio conceptual más importante, pasando de una formulación de la salud en términos negativos, como se venía entendiendo hasta el momento, a una consideración positiva.

La Organización Mundial de la salud en su Carta Magna (1946) define la salud como «Completo estado de bienestar físico, psíquico y social». Aunque esta definición supuso una revolución en el sistema sanitario, ya que incluía junto con la dimensión física también la psíquica y social, no obstante, ha

sufrido numerosas críticas, fundamentalmente se la ha calificado como absoluta, estática y utópica. Algunos autores como Terris llegaron a proponer la eliminación del término «completo», formulando una definición de salud como «un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Son numerosas las definiciones que a partir de este momento se han formulado sobre el concepto de salud, encontrando un elemento común en todas ellas, la formulación de la salud en términos positivos. La salud en la actualidad no se entiende ya como ausencia de enfermedad.

Matarazzo (1980) utiliza en el concepto de salud el término conducta, definiendo la salud conductual como un campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción de aquella filosofía de la salud que estimula la responsabilidad individual hacia la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las ciencias biomédicas y conductuales para la prevención de las enfermedades y disfunciones y para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y las iniciativas sociales.

La vinculación del término salud con el comportamiento es prácticamente aceptada en su totalidad. «La salud o es salud comportamental o no es nada; del mismo modo que, en otro tiempo, la enfermedad era lesión orgánica o no era nada. Si antes se defendió la enfermedad en función de la patología, ahora se define la salud en función de la conducta. En cierto modo, aunque la conducta no sea la razón última capaz de explicar la salud, tal vez sea la penúltima» (Polaino-Lorente, A 1987).

En la década de los setenta se llevan a cabo una serie de estudios que ponen de manifiesto los factores no sólo internos del individuo, sino también externos (ambientales y sociales), observándose la necesidad de dirigir la acción educativa no sólo al individuo, sino también hacia la interacción con el entorno. De tal manera que algunos autores como Hernán San Martín y otros definen la salud como el grado de interacción del hombre con su medio.

Ivan Illich argumenta que la salud es «la capacidad de adaptación al entorno cambiante; la capacidad de crecer, de envejecer, curarse; la capacidad de sufrir y esperar la muerte en paz». Podemos destacar en esta definición la referencia a la capacidad de la persona, valorando la autonomía así como el autocuidado. Considera, de igual forma, que el sufrimiento y la muerte son parte integrante de la vida y considera que se puede vivir en salud aunque se sufra, siempre que el sufrimiento no quebrante a la persona.

La Oficina Regional para Europa (1986) entiende la salud como «la capacidad de realización personal y de responder positivamente a los retos del ambiente.» La interacción del hombre con el medio se considera como elemento fundamental para permanecer en salud. «La Salud como la enferme-

dad» provienen no sólo del patrimonio genético que nos trae la vida, sino que, concretamente, dependen de las reacciones de nuestro equipo biológico frente a los estímulos múltiples y diversos del ambiente ecológico social que simultáneamente es físico, biológico, psicológico, social y cultural (Hernán San Martín, 1988).

Estas últimas definiciones nos aproximan al concepto actual de salud situándonos en un plano integrador de la sociedad y el hombre, y configurando el sentido actual de la salud en el mundo occidental, de tal forma que podríamos también definir la salud como:

Conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno.

2.3. EL SIGNIFICADO DE LA EXPRESIÓN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Definidos los términos «educación» y «salud», estamos en situación de poder conocer el sentido de la expresión que agrupa a ambos vocablos.

El interés por la Educación para la Salud tiene una larga tradición. Según hemos señalado, la historia de la especie humana ha mostrado desde tiempos inmemoriales una gran preocupación por la salud y su transmisión; no obstante, la evaluación sistemática y científica es relativamente reciente.

Esta disciplina se constituye formalmente como materia autónoma en 1921 con el primer programa de Educación para la Salud que impartió el Instituto de Massachusetts, aunque había sido empleada esta terminología, por primera vez, en 1919 en una conferencia sobre ayuda a la salud infantil.

La primera organización profesional surge en 1922 *The public health education, sección de la American public health association* - (Rosen, 1958). Hasta 1937 no se establece una cualificación profesional, y en 1977 es cuando se edita un documento que regula las funciones de los educadores de la salud pública. La formación de estos educadores se imparte en muy diversas instituciones y niveles, desde el bachillerato hasta el doctorado. El número de programas ha ido en aumento, considerándose a los educadores para la salud el primer ámbito profesional en la promoción de la salud por su contribución a la reducción de problemas de salud y, en consecuencia, a elevar el nivel de bienestar en la sociedad. (Rothman y Byrne 1981).

Como ocurre casi siempre en los comienzos de la estructuración y sistematización de un saber autónomo, las posiciones de los autores son diferentes. Son numerosas las definiciones que se han formulado acerca de la expre-

sión de *EpS*, surgiendo algunas discusiones al respecto. Una de las más debatidas ha sido la que formuló la OMS, como *acción ejercida sobre el educando para un cambio de comportamiento*; la crítica fundamental se centra en la expresión «acción ejercida», entendida ésta como limitación del nivel de autonomía del alumno y, en su consecuencia, carente de eficacia, ya que cualquier objetivo de enseñanza-aprendizaje que se alcance sin respetar la autonomía debida, al no integrarse en la personalidad del alumno, será repetitivo, poco duradero e ineficaz, por lo que esta primera definición ha ido evolucionando, integrándose actualmente en un concepto de escuela nueva y obteniendo un mayor consenso.

En 1978 la OMS, en la Conferencia de Alma Ata, establece las estrategias que en materia de salud se desarrollarán en todas las naciones. El motivo era una necesidad urgente, por parte de todos los gobiernos, para proteger y promover la salud de todos los pueblos, con una meta tal vez demasiado optimista, alcanzar la «SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000».

La 36.^a Asamblea Mundial de la Salud define la *EpS* como «cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en que la gente sepa cómo alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite».

Siguiendo a Green (1976), la *EpS* puede entenderse como cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud.

Una definición muy utilizada en EEUU es la formulada por Henderson (1981) como proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que pueda tomar decisiones, una vez que ha sido informado en materias que afectan a su salud personal y a la de la comunidad.

Para A. Rochon la definición más completa es la de Lawrence W. Gordon, para el que la «*EpS* es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar cambios de comportamientos saludables».

Salleras defiende, por considerarla la más comprensiva, la formulada por el IV Grupo de Trabajo de la «National Conference on Preventive Medicine» (USA 1975) como «proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugnando los cambios ambientales para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos».

Partiendo de entender la educación como un proceso optimizador y de integración, y la salud como bienestar físico psíquico y social, podemos definir de forma provisional la *EpS* como «un proceso de educación permanente

que se inicia en los primeros años de la infancia orientado hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales como sociales, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión, ecológica y social, con objeto de poder tener una vida sana y participar en la salud colectiva». (Perea Quesada, R. 1992).

Aunque la Educación para la Salud tiene una *función preventiva y correctiva* que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades, su principal finalidad no está en evitar la enfermedad, sino en promover estilos de vida saludables; tiene un sentido positivo de ayuda y potencialización de la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral.

Son numerosos los autores que insisten sobre la vinculación de los comportamientos y su influencia en la salud y en la enfermedad; no obstante, también es cierto que la estrategia preventiva tradicional ha sido ampliamente criticada por centrarse en objetivos excesivamente analíticos, sobre conductas aisladas, como por ejemplo: reducir el consumo de grasas saturadas para prevenir la enfermedad cardiovascular o el consumo de sal para prevenir la hipertensión. Pues la investigación epidemiológica (Syme 1991) nos muestra que los grandes cambios en los hábitos y prácticas de salud no han devenido como consecuencia de los esfuerzos educativos dirigidos a conductas más o menos aisladas, sino más bien como efecto de cambios más globales.

Los hábitos saludables no son consecuencia de una serie de conductas independientes, sino que están insertos en un contexto o entramado social formando unos determinados estilos de vida, por lo que las estrategias educativas y los objetivos de cambio en la EpS deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan, ya que resulta difícil que se produzca una modificación de la conducta si al mismo tiempo no se promueven los cambios ambientales adecuados. Así por ejemplo, «si el consumo de alcohol en el conjunto de comportamientos y que configuran un estilo de vida característico: tipo de indumentaria, jerga utilizada, tipo de actividades de tiempo libre o la manera de aproximarse al otro sexo, las metas orientadas a sugerir cambios en el consumo de alcohol, no pueden pasar por alto las relaciones recíprocas que esos comportamientos tienen entre sí y las funciones que cumplen en ese estilo de vida» (Costa, M y López, E. 1996).

Parece claro que la Educación para la Salud tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana, centrándose no en conductas aisladas, ya que éstas suponen realidades segmentadas del comportamiento y por tanto complejas para su modificación, sino en un entramado de comportamientos que forman los estilos de vida; por otra parte, el hombre en el uso de su libertad no es un ser determinado, aunque sí condicionado por una

serie de factores ambientales y también por sus propios hábitos de conducta, por lo que el esfuerzo y la lucha personal deben orientarse no sólo hacia el cambio de aquellos factores nocivos del contexto, sino también a sus propios hábitos y tendencias.

La primera célula de la socialización es la familia, por lo que es en ella donde debe iniciarse. La escuela también tiene una función importante, así como otras instituciones del ámbito laboral y comunitario, ya que la salud implica una responsabilidad individual y social, donde la participación activa de todos los miembros se hace necesaria para la resolución de los problemas, en función con las necesidades de cada grupo en su determinado contexto.

3. FACTORES QUE DETERMINAN EL NIVEL DE SALUD-ENFERMEDAD EN UNA POBLACIÓN

En cualquier sociedad la salud es un bien sumamente apreciado, ya que es un medio para alcanzar el bienestar físico, psíquico y social, como define la OMS en su Carta Magna. Sin embargo, no podemos olvidar que la enfermedad ha estado siempre presente en la vida del ser humano.

El hombre nace con un potencial de salud que está condicionado por su genoma y también con una capacidad de adaptación al entorno cambiante, pero los vertiginosos cambios sociales impiden que éste se adapte a su entorno físico, psíquico y social, produciéndose grandes desajustes.

La historia de la humanidad ha conocido, a través de los tiempos, grandes pandemias¹ que han ocasionado graves estragos, pero, gracias a los avances científicos, a la comercialización de los antibióticos y a la intervención sanitaria, se han ido sofocando. En las últimas décadas, cuando se había llegado a un gran optimismo respecto a la superación de las enfermedades transmisibles, el ser humano se ve afectado por otros grandes males que debe remediar. Nos encontramos ante dos grandes pandemias: las *enfermedades transmisibles* y las *enfermedades degenerativas*. Una enfermedad transmisible de gran magnitud y de reciente descubrimiento que ha desencadenado una gran inquietud y alarma social es el SIDA, Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida. Aunque esta enfermedad parece tener un origen remoto, no obstante, los cambios sociales y los estilos de vida actuales han propiciado de forma alarmante su propagación. La pandemia del SIDA sigue su evolución. A pesar de la reducción de nuevos casos en Estados Unidos y en Europa gracias a los avances en el tratamiento de la enfermedad, persiste un número constante de infecciones cada año, y existen índices de que las conductas de alto riesgo han aumentado en ciertos entornos, lo cual indica un fracaso de la prevención primaria.

¹ Enfermedades transmisibles que han afectado a grandes grupos de población.

En los comienzos de la enfermedad, cuando se detectaron los primeros casos, se sabía muy poco respecto de la infección por VIH; se observó que la enfermedad afectaba a determinados grupos por lo que se identificaba con determinados grupos de riesgo. Se pensaba que pertenecer a uno de estos grupos suponía un riesgo en sí mismo; hoy se sabe que el peligro no radica en pertenecer a estos grupos, sino en la realización de determinadas prácticas. Aunque el virus está en la sociedad, éste causa la enfermedad cuando la persona de forma voluntaria, o involuntariamente a través de un determinado comportamiento, facilita su contagio o transmisión. A pesar de los avances científicos realizados en los últimos años, que mejoran la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad, al no disponer de vacunas contra el virus ni fármacos para su curación, la prevención es la única forma posible. Por otra parte, entendemos que no es posible la prevención sin educación.

Otro problema de salud que afecta a grandes núcleos de población en los países desarrollados son las *enfermedades degenerativas*. Se dispone de suficiente evidencia como para afirmar que gran parte de la mortalidad y morbilidad asociadas a estos factores de riesgo se podría prevenir desarrollando desde la infancia estilos de vida saludables. Se conocen datos en los que se asocian hábitos inadecuados de alimentación y enfermedades coronarias; la obesidad y las dietas ricas en grasas y bajas en fibra favorecen el desarrollo de trastornos cardiovasculares y diversos tipos de neoplasias (mama, útero, colon-recto, próstata), mientras que alimentos ricos en vitaminas A y C pueden disminuir el riesgo de algunos tipos de cánceres (laringe, esófago, estómago y pulmón).

Se ha estudiado también la influencia del estrés sobre la salud: las personas que padecen una situación de estrés continuado desarrollan un mayor número de enfermedades; los estresadores mayores, como puede ser la muerte de un cónyuge, debilitan el sistema inmunológico por un año.

La estabilidad emocional es otro factor ampliamente estudiado como determinante de la salud; se está comprobando que algunas emociones negativas, como la ira y la hostilidad reprimida, tienen un efecto directo sobre la contractilidad de la arteria coronaria y, en consecuencia, sobre la llegada de oxígeno al músculo cardíaco. La hostilidad también está asociada con la reaparición del infarto por encima de algunos factores clásicos como la hipertensión y el exceso de colesterol. Últimamente, el factor emocional se viene considerando como una pieza clave en la prevención o desarrollo de numerosas enfermedades, ya que se ha comprobado que el control de los factores de riesgo tradicionales es insuficiente en cuanto efecto preventivo si el organismo no se encuentra sereno, sosegado y en paz, de aquí la necesidad de atender la salud emocional como parte integrante de la EpS.

Los factores ambientales ocupan también un lugar importante en cuanto a determinantes de la salud, pues, en la práctica, la posibilidad de vivir en

salud se va reduciendo para el Homo Sapiens en la medida en que el ambiente de vida se hace más complejo, más dinámico y más recargado de elementos extraños a nuestra biología y ecología (Hernán Martín, 1988).

Existen diversas clasificaciones sobre los determinantes de la salud. Una de ellas, universalmente aceptada y que ha pasado a ser clásica en Salud Pública, es la formulada por Ladonde (1974) en su informe *A New perspective on the Health of Canadians*, que establece los determinantes de la salud en cuatro grupos de factores:

- Biología humana (envejecimiento, herencia genética)
- Medio ambiente físico y social (contaminación, pobreza...)
- Estilo de vida (alimentación, ejercicio físico, consumo de drogas, estrés...)
- Sistema de asistencia sanitaria (cobertura, calidad...)

Los porcentajes permiten establecer comparaciones. En la cuantificación (porcentajes) realizada por Denver (1977) sobre dichas variables, partiendo de un análisis epidemiológico de la mortalidad en EEUU, llegó, en cuanto a factores se refiere, a las siguientes conclusiones:

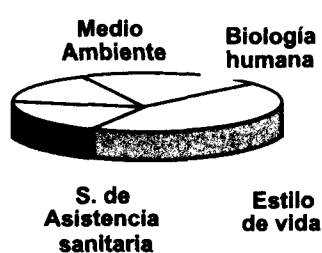
- Estilos de vida, 43% (conductas en relación con la salud)
- Biología humana (genética) 27%
- Medio ambiente, 19% (factor condicionante)
- Sistema de asistencia sanitaria, 11%



**Mortalidad total
1-65 años**



**Mortalidad total
1-75 años**



**Mortalidad total
1 + años**

No obstante estas cifras, los gastos destinados a la asistencia sanitaria representaban un 90,6% de los gastos destinados al sector de la salud.

Los factores que condicionan la salud de las personas son de diversa índole: económica, educativa, política, ambiental, sanitaria, social, etc. Una gran parte de las diferencias de salud entre los diferentes grupos sociales radica en la falta de distribución de los recursos; los países en vías de desarrollo aún están muy afectados por las enfermedades transmisibles; según Jean Rochon (1994) la tasa de mortalidad infantil en los países poco desarrollados es ocho veces mayor que en los países desarrollados.

Conseguir la salud óptima supone cumplir objetivos primordiales: paz, alimentos y agua suficiente, educación sanitaria y justicia social pertinentes, viviendas dignas, planificación y programas de investigación comunitarios y organización de estructuras sanitarias a todos los niveles (Schüller, A. 1997).

4. ESCENARIOS EDUCATIVOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE EPS

La Educación para la Salud debe tener como objeto de atención a todos los miembros de la sociedad, ya que la salud es un derecho de la persona promulgado por la Declaración Universal de Derechos Humanos y también por la Constitución Española (Art 45.2) en la que se señala la obligación de los poderes públicos de arbitrar los medios necesarios para proteger la calidad de vida y defender y restaurar el medio ambiente apoyándose en la solidaridad colectiva. No obstante, las necesidades de los individuos y grupos sociales son muy diferentes, lo que justifica la diversidad de programas y también el hecho de que cada día surjan nuevos espacios educativos para satisfacer las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales, como un proceso de educación permanente.

Uno de los principales escenarios educativos para el desarrollo de actividades de EpS es *la escuela*, ya que interviene con personas en periodo de formación física, psíquica y social que poseen una gran capacidad para el aprendizaje y asimilación de hábitos. El periodo escolar ha sido el más estudiado por los científicos de la educación por considerarse como fundamental en la vida del ser humano, pues las actitudes radicales se adquieren en la infancia mediante la configuración de las convicciones, y el desarrollo, que se inicia con el nacimiento, no sólo transcurre con arreglo a las leyes biogenéticas, sino a diversos factores ambientales y experienciales.

La EpS, aunque se construye sobre una serie de conceptos, para su consolidación es necesario el desarrollo de actitudes, hábitos y comportamientos positivos, fundamentados en un sistema de valores que responda a un modelo valioso de sociedad. Son necesarios procesos y técnicas metodológicas que

lleven a la reflexión y valoración de la salud junto con un ambiente saludable en el centro, pues el medio escolar no sólo influye en el aprendizaje de hábitos y comportamientos, sino en el propio estado de salud y en el rendimiento escolar. Algunos autores como Chinn, Brown y otros han estudiado las relaciones entre el rendimiento escolar y el estado de salud, hallando cierta correlación entre dichas variables.

La integración curricular de la EpS en el Sistema Educativo tiene un sentido de transversalidad que, como su nombre indica, no supone añadir nuevas materias al currículo, sino dar un nuevo sentido al mismo para poder responder a los problemas que actualmente se están planteando en el mundo como consecuencia de los cambios sociales y del acelerado desarrollo tecnológico; lo que supone para su fin la colaboración de todas aquellas materias que lo configuran; pues, aunque existen respuestas educativas específicas con relación a problemas concretos como abuso de drogas, tabaquismo y SIDA, debe haber programas coherentes para evitar el riesgo de que, al ser tratados estos temas de forma aislada, la salud se considere desde una perspectiva negativa y solamente en términos de problemas. El enfoque educativo debe no sólo proteger a los jóvenes de enfermedades y riesgos, sino que la escuela debe ser una fuerza promotora de salud que atienda al niño en todas sus necesidades y en un sentido holístico e integral.

Por tanto «la escuela tiene la responsabilidad de presentar a sus alumnos informaciones adecuadas sobre la salud. También debe ayudar a los alumnos a aclarar sus actitudes y comprender los valores que yacen detrás de elecciones saludables, ayudándoles así a hacer estas elecciones». (Grupo escocés de EpS de la OMS).

Las áreas de contenidos que deben estar presentes en un programa escolar de educación para la salud, según acuerdo de los países europeos, son las siguientes:

1. Cuidados personales.
2. Relaciones personales y humanas, incluyendo educación sexual y aspectos de salud mental y emocional.
3. Educación alimentaria.
4. Uso y abuso de medicamentos y drogas (legales e ilegales).
5. Medio-ambiente y salud, incluyendo la energía nuclear y temas relacionados con el equilibrio gaseoso de la atmósfera.
6. Seguridad y prevención de accidentes.
7. Educación para el consumo.

8. Salud comunitaria y su utilización.
9. Vida familiar.
10. Prevención y control de enfermedades.

Algunos países europeos como Inglaterra y Holanda agrupan estas áreas en tres:

1. Relaciones.
2. Cuidados de uno mismo.
3. Comunidad y medioambiente.

Aunque la áreas de contenido anteriormente señaladas responden a un sentir generalizado y al esfuerzo conjunto entre los países europeos para dar una respuesta a los problemas de salud que tiene planteada la sociedad actual, no podemos olvidar que existen otras necesidades de salud específicas que se derivan de cada contexto y que deben ser incluidas también en el currículo una vez identificadas; por ejemplo, no tiene las mismas necesidades de salud una escuela ubicada en una zona urbana que en una zona rural donde la principal actividad sea la ganadería y por tanto se haya identificado un problema de zoonosis.

En síntesis, la escuela, utilizando la terminología de la Organización Mundial de la Salud, debe convertirse en una «escuela saludable», una comunidad educativa que se ocupe de la salud de todos sus miembros: padres, profesores, alumnos y personal no docente, y capaz de velar por las condiciones de salud del centro considerando la importancia del contexto.

La interacción familia-escuela es fundamental para adquirir una personalidad sana. Escalas de valores contradictorias entre el ambiente familiar y escolar siempre son fuente de conflicto para el niño. La colaboración de los padres para el desarrollo de hábitos y actitudes positivas en la etapa escolar se hace necesaria. El primer motivo de su justificación se centra en una necesidad fundamental: la escuela como continuación del ambiente familiar, de las vivencias y experiencias del niño. Para alcanzar un desarrollo progresivo, armónico y saludable es necesario que padres y educadores mantengan una serie de contactos que ayuden a esta tarea común.

La importancia de la escuela como medio para la promoción de la salud hizo posible la creación de la *red europea de escuelas promotoras de salud*, integrada por la *Oficina Regional Europea de la OMS*, la *Comisión de la Unión Europea (CUE)* y el *Consejo de Europa (CE)*. Tiene como finalidad facilitar a la comunidad educativa la adopción de formas de vida saludables en

un ambiente favorable a la salud, conviniendo que una escuela promotora de salud es aquélla que responde a los siguientes objetivos:

- Favorecer modos de vida sanos y ofrecer al alumnado y al profesorado opciones a la vez realistas y atractivas, en materia de salud.
- Definir objetivos claros de promoción de la salud y de seguridad para el conjunto de la comunidad escolar.
- Ofrecer un marco de trabajo y de estudio dirigido a la promoción de la salud, donde se tengan en cuenta: las condiciones del edificio escolar, de los espacios deportivos y de recreo, los comedores escolares, los aspectos de seguridad de los accesos, etc.
- Desarrollar el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud.
- Posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico, y social, y la adquisición de una imagen positiva de sí mismo en todo el alumnado.
- Favorecer buenas relaciones entre todos los miembros de la comunidad educativa y de ésta con su entorno.
- Integrar la EpS en el Proyecto Curricular de forma coherente, utilizando metodologías que fomenten la participación del alumnado en el proceso educativo.
- Proporcionar a los alumnos y alumnas los conocimientos y habilidades indispensables para adoptar decisiones responsables en cuanto a su salud personal y para que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad de su entorno.
- Identificar y utilizar los recursos existentes en la colectividad para desarrollar acciones a favor de la promoción de la salud.
- Ampliar la concepción de servicios de salud escolar para hacer de ellos un recurso educativo que ayude a la comunidad a utilizar adecuadamente el sistema sanitario.

La colaboración entre los tres organismos que integran la red europea de escuelas promotoras de la salud se centra fundamentalmente en:

- Evitar la duplicidad de acciones.
- Aportar un marco coherente para la innovación.
- Difundir ejemplos de prácticas adecuadas.

- Repartir equitativamente entre las escuelas a escala europea, los recursos de promoción de la salud.

El marco organizativo (aunque puede modificarse en función de las necesidades de cada estado miembro) es el siguiente:

- Un Comité Internacional de Planificación a nivel europeo.
- Un centro de apoyo y coordinación nacional.
- La selección de centros educativos por cada estado miembro.
- La constitución de un equipo y la designación de una persona que coordine el proyecto en cada centro educativo.

Actualmente, en el Estado Español, el centro coordinador es el CIDE del Ministerio de Educación y Cultura.

El **contexto laboral** es otro escenario importante para el desarrollo de actividades de EpS, pues el trabajo ocupa un tiempo considerable en nuestra vida; se ha comprobado mediante investigaciones que un alto número de enfermedades, incapacitaciones e incluso muertes están relacionadas con las condiciones de trabajo. Los programas de EpS en este campo de acción deberán orientarse no sólo hacia la prevención de accidentes y enfermedades profesionales, sino también a satisfacer las necesidades y producir cambios positivos tanto de la organización como ambientales y de comportamiento.

La EpS en el **ámbito comunitario** tiene un amplio campo de acción, ya que debe dirigirse hacia la protección y fomento de la salud de todas las personas que habitan en ella. Estas actividades deben de estar dentro de un plan general de salud pública, ya que los problemas de salud son multifactoriales y deben abordarse desde distintas perspectivas. Las actividades aisladas que no forman parte de un plan no pueden dar buenos resultados.

La mejora de la salud implica a los sistemas sanitarios para investigar los problemas y necesidades de salud, estableciendo un PLAN DE SALUD que adecue el proyecto humano y profesional a una expectativa razonable, que considere los valores permanentes que configuran la identidad humana, la del grupo social y la de la organización, y asuma los cambios sociales y las nuevas necesidades que producen en dicho dinamismo.

La planificación de los proyectos y programas para la resolución de estos problemas debe considerar los cambios sociales producidos y la cultura social sanitaria. La estructura y dinámica social presionan hacia formas de vida diferentes, por lo que los servicios de salud-enfermedad deberán adaptarse a las necesidades y riesgo de la sociedad en cada momento.

La planificación, en síntesis, debe orientarse hacia *la resolución de problemas de salud del entorno y hacia una mejor calidad de vida*, por lo cual debe ser un proyecto humano y profesional que considere la realidad de forma unitaria y al hombre en interacción con el ambiente.

BIBLIOGRAFÍA

- ARROYO, M. (1993): «El proceso educativo y los procesos de desarrollo humano», en *Educadores*, vol. 35, núm. 166, abril-junio, Madrid.
- ARROYO, M. (1993): «Intencionalidad y eficiencia en la noción de educación. Análisis fenomenológico-crítico», en *Educadores*, vol. 35, núm. 167, julio-septiembre, Madrid.
- BAYES, R. (1995): *SIDA y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- BELH, M. (1971): *La educación como disciplina científica*. Buenos Aires: Ateneo.
- BISQUERRA, R. (1992): *Orientación psicopedagógica para la prevención y el desarrollo*. Barcelona: CEAC.
- BREZINKA (1975): *Conceptos básicos de la ciencia de la educación*. Barcelona: Herder.
- COLOM, A. J. (1982): *Teoría y meta-teoría de la educación*. México: Trillas.
- COLOM, A. J. (1987): *La educación como sistema*. Barcelona: CEAC.
- CONDE, F. (1997): «Escenarios de futuro del VIH/Sida. De la enfermedad "acontecimientos" a la cronidad futura», en *Revista Española de Salud Pública*, febrero.
- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1996): *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- CHÜLLER, A. (1997): Prólogo en SERRANO GONZÁLEZ, M. I. *Educación para la Salud en el siglo XXI. Comunicación y Salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- DEBESSE, M. (1955): *Las etapas de la educación*. Buenos Aires: Nova.
- DILTHEY (1971): *Democracia y Educación*. Buenos Aires: Losada.
- DONATI, P. P. (1975): *The End of Medicine*. Nueva York: J. Wiley.
- ESCÁMEZ, J. y ORTEGA, P. (1986): *La enseñanza de actitudes y valores*. Valencia: Nau Llibres.
- GONZÁLEZ ÁLVAREZ, A. (1969): *Filosofía de la educación*. Buenos Aires: Troquel.
- INFORME DEL GRUPO ESCOCÉS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (1996): *La escuela saludable*. OMS.
- HEIDEGGER, M. (1974): *Ser y Tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- HENDERSON, A. C., WOLLE, J., CORTESE, P.A. y MCINTSH, D. V. (1981): «The future of the health education profession: implications and practice», *American J. Publichealth*, vol.95, núm. 6, p. 555-559.
- HERBART, J. F. (1935): *Pedagogía Fundamental derivada del fin de la Educación*. Madrid: Espasa Calpe.

- HERNÁN SAN MARTÍN, F. y VICENTE PASTOR (1988): *Salud Comunitaria. Teoría y Práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- HUBERT, R. (1977): *Tratado de Pedagogía General*. Buenos Aires: El Ateneo.
- ILLICH, I. (1986): *Némesis médic.* México: Joaquín Martín-Planeta.
- KANT, E. (1983): *La Pedagogía*. Madrid: Akal.
- KERSCHENSTEINER, G. (1940): *Teoría de la estructura de la educación*. Barcelona: Labor.
- KRIEKEMANS, A. (1973): *Pedagogía general*. Barcelona: Herder.
- LÓPEZ-BARAJAS, E. (2000): *Fundamentos de metodología científica*. Madrid: UNED
- MARÍN IBÁÑEZ, R. (1981): *Los valores, fundamento de la educación*. Madrid: Anaya
- MARTÍNEZ, M. (1987): *Dimensiones adaptativas y proyectivas de los sistemas*. Barcelona: CEAC.
- MATARAZZO, J. D. (1980): «Behaviorat health's challenge to academic.scientific and professional psychology» en *Am psychol*, vol. 35, pp. 807-817.
- MEDINA RUBIO, R. et al. (1992): *Teoría de la educación*. Madrid: UNED.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1990): *Indicadores de salud*. Madrid.
- MOLINER, M. (1987): *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- MORAGAS, J. (1963): *Psicología del niño y del adolescente*. Barcelona: Labor.
- NASSIF, R. (1980): *Pedagogía General*. Buenos Aires: Kapelusz.
- OMS (1999): Informe del Grupo Escocés de Educación para la Salud *La escuela saludable*.
- PLANCHARD, E. (1978): *La Pedagogía contemporánea*. Madrid: Rialp
- PEREA QUESADA, R. (1992): *Educación para la Salud*. Madrid: FUE/UNED.
- POLAINO-LORENTE, A. (1987): *Educación para la Salud*. Barcelona: Herder.
- ROCON, J. (1996): «Panorámica mundial de la salud», en *Documentos de un debate. Aprender para un futuro: Educación para la Salud*. Madrid: Fundación Santillana.
- ROCHON, A. (1991): *Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
- ROSEN, G. (1958): *A history of public health*. Nueva York: MD Publications.
- ROTHMAN, A. I. y BIRNE, N. (1981): «Health education for children and adolescent», en *Educational research*, vol. 51, pp. 85-100.
- SALLERAS SANMARTÍN, L. (1990): *Educación sanitaria: principios, métodos, aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- SANVISENS, A. (1984): *Educación, Pedagogía, y ciencias de la educación*. Barcelona: Barcanova.
- SARLET GERKEN, A. M. (1996): *Salud, Medio-Ambiente, Tolerancia y Democracia: la transversalidad educativa*. Barcelona: PPU.
- SARRAMONA, J. (1989): *Fundamentos de educación*. Barcelona: CEAC.
- SERRANO GONZALEZ, M. I. (1990): *Educación para la salud y participación comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- SERRANO GONZÁLEZ, M. I. et alt. (1997): *Educación para la salud en el siglo XXI. Comunicación y salud*. Madrid: Díaz de Santos.

- SYME, L. (1991): «La investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual: la necesidad de una epidemiología más relevante». *Anthropos*, núm. 118, 39-51.
- SUCHODOSLSKI, B. (1977): *La educación humanística del hombre*. Barcelona: Laia.
- VON CUBER, F. (1981): *La ciencia de la educación*. Barcelona: CEAC.
- YOUNG, I., y WILLIAMS, T. (editores) (1989): *The Healthy School*. Edinburgo: Scottish Health Education Group.
- WETTON. (1990): «Modificación de la percepción del tabaquismo por parte de los niños», en *1.ª Conferencia Europea de EpS de la Comunidad Europea (CE)*. Dublín.
- ZARAGÜETA, J. (1981): *La ciencia de la Educación*. Barcelona: CEAC.
- ZUBIRI, J. (1986): *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza.

RESUMEN

El contenido del artículo analiza, en primer lugar, los conceptos de educación y de salud, con la finalidad de alcanzar una mayor aproximación al sentido actual de la Educación para la Salud; se propone una definición real y provisional de dicha expresión como «proceso de educación permanente que se inicia en los primeros años de la infancia, orientado al conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones, y también del ambiente que le rodea en su doble dimensión ecológica y social para tener una vida sana y participar en la salud colectiva».

También se plantea una serie de problemas de salud que afectan al mundo actual y que son, en su mayoría, consecuencia de los cambios sociales y del acelerado desarrollo tecnológico; estos problemas trascienden los tradicionales campos de la medicina, ya que no son solamente de carácter biológico, sino psicosocial, por lo que requieren para su prevención un tratamiento educativo. Finalmente se señalan los principales espacios educativos para el desarrollo de actividades de Educación para la Salud, poniendo un especial énfasis en la escuela, por considerar el período escolar el de mayor trascendencia, pues las actitudes radicales se adquieren en la infancia.

Palabras clave: Educación, salud, factores de salud, estilos y formas de vida.

ABSTRACT

The article discusses the concepts of education and health in order to arrive to a closer approach of the current meaning of health education. A real and provisional definition is proposed as «a continuing educational process that begins in the early years of childhood, and is geared towards self-knowledge in all its dimensions, as well as knowledge of the surrounding environment in its ecological and social dimensions in order to have a healthy life and to participate in group health».

Here, we also discuss a series of health problems that currently affect today's world, most of which have come about due to societal changes and highly accelerated technological development. These problems go beyond traditional medical boundaries as they are of a psychosocial, not biological nature, and therefore require educational treatment for their prevention. Lastly, it identifies the main educational spaces for Health Education activities, with special emphasis on the importance of schools. This is the most crucial period, since deeply rooted attitudes are acquired during childhood.

Palabra Clave: Education, health, healths factors, ways of live.