

La escuela promotora de salud

Valentín Gavidia

Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales
Universitat de València

Resumen:

La visión actual de los elementos que intervienen en el aprendizaje, la evolución del concepto de salud, de los factores que la determinan, y el nuevo significado de la promoción de la salud, hacen que incorporemos el entorno y la actuación sobre él, como una de las notas que caracterizan a la Escuela promotora de Salud, diferenciándose, de este modo, de lo que conocemos como Escuela Saludable y evolucionando hacia un mayor compromiso de colaboración en la construcción de una sociedad más justa, humana y saludable.

Palabras Clave: Educación para la Salud; Escuela saludable; Escuela Promotora de Salud; Promoción de la Salud; Actitudes; Comportamientos.

Abstract:

The actual approach of the factors who influence the learning, the health concept evolution and the new signification of Health Promotion, suppose to include the environment as one of the characteristics of Health Promoting School. So we shall get a major involvment in the construction of a more equitative, human and healthy human society.

Key words: Health Education; Health Promotion; Health Promoting School; Attitude; Behaviour.

(Fecha de recepción: junio, 2002, y de aceptación definitiva: septiembre, 2002)

Introducción

Pocos temas despiertan tanto interés como el de la salud. Por una cuestión obvia ya que en ello nos va nuestra propia vida. La complejidad creciente de un mundo en integración y que se enfrenta a nuevos desafíos (la era de la información, la problemática ambiental, el cambio de ideologías, las grandes migraciones humanas, etc.), sumado a la necesidad de completar la educación del alumnado con la enseñanza de "habilidades para la vida", han generado un amplio consenso entre los especialistas, el profesorado, la familia y la comunidad acerca de la urgencia de fortalecer y transformar la escuela. Los programas de salud escolar, de larga tradición, se encuentran igualmente ante la perspectiva del cambio y la superación de estrategias.

Con la iniciativa de la OMS de impulsar las Escuelas Promotoras de Salud, se quiere aportar a esta tradición elementos innovadores que superen el paradigma tradicional. Se demanda a la escuela un papel activo y dinamizador, convencidos de que pocos escenarios ofrecen como ella la posibilidad de generar compromisos integrales alrededor de iniciativas de salud. (Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud, 2000).

Es cierto que todas las escuelas son un poco promotoras de salud, pero ahora se le pide un nuevo esfuerzo con una nueva visión: su contribución a la Promoción de la salud abriendo sus

espacios a la participación y colaborando en la definición de políticas generadoras de salud y en la creación de entornos saludables, tanto dentro como fuera del recinto escolar. De esta forma, la promoción de la salud constituye un valor agregado al que ya de por sí tiene la escuela.

La visión tradicional de la participación de la escuela en la salud de las personas se centraba en lo que se denomina la *Escuela saludable* (Young y Williams, 1992) que respondía a una idea de salud como prevención de la enfermedad: Las aulas debían ser espaciosas, bien iluminadas, limpias y aireadas, sus patios de recreo no presentar obstáculos que entrañaran peligros de caídas, sus accesos lo más seguros posibles y los contenidos escolares ofrecer al alumnado información sobre las buenas prácticas de salud y lo perjudicial de determinados comportamientos.

Atender únicamente a estos criterios significaba tener en cuenta exclusivamente la dimensión física de la salud. La visión actual es más amplia ya que deben considerarse otros muchos aspectos. En primer lugar ha ido cambiando el concepto de salud al tiempo que se modifica la idea de enfermedad y las formas de enfermar. Y en segundo lugar la Promoción de la salud ha evolucionado, tanto desde el punto de vista teórico como su puesta en práctica.

Todo ello sirve de fundamento para la propuesta de la OMS de las *Escuelas Promotoras de Salud*, pero además

debemos tener en cuenta una nueva variable, ésta proveniente de la propia escuela y es la transformación que ha experimentado la forma en la que entendemos cómo aprenden los alumnos, ya que se ha incorporado a nuestra visión de cambio conceptual, todo un mundo de cuestiones axiológicas y actitudinales.

De esta forma, en el presente artículo queremos tratar algunos de los elementos que fundamentan esta propuesta de cambio de la Escuela Saludable a la Escuela Promotora de Salud: 1) los cambios en el concepto de Salud, 2) la visión actual de la Promoción de la Salud 3) la importancia de las actitudes en el aprendizaje; para terminar concretando las propuestas de las Escuelas Promotoras de Salud.

1. Cambios en el concepto de salud

El concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. Esto es, la idea que tiene la población de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúa (San Martín, 1981).

En este apartado seguiremos la evolución que ha sufrido el concepto de salud en los últimos tiempos.

Todas las personas saben lo que significa la enfermedad, puesto que la han padecido en algún momento de su vida. Lo que no está tan claro es la idea

de salud. La salud se tiene, forma parte de nuestra propia vida y, por tanto, no la cuestionamos. La concebimos en función de lo que es significativo, de nuestra experiencia de la enfermedad. De esta forma, tradicionalmente se ha venido entendiendo la salud como **“la ausencia de enfermedades e invalideces”**. Es la condición normal de vida. Lo que la altera es la enfermedad, de manera que lo importante es vivir sin observar nada extraño, dado que “sólo cuando algo no funciona bien es cuando nos damos cuenta de ello” (Leriche, 1937).

Estas ideas han quedado relegadas porque son visiones negativas, definiciones por exclusión. La OMS, en su Carta Constitucional (1946), presenta la salud como **“el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”**. Esta definición, realizada al término de la segunda guerra mundial, posee aspectos innovadores, pues está expuesta en términos positivos e incluye, además de la dimensión física o biológica, la psíquica y social. Así, una persona está sana no sólo por su bienestar físico, sino también por sus condiciones mentales y por la vida de relación y de actuación social que desarrolle.

Muchos autores discrepan de esta definición dada por la OMS, por considerarla utópica, estática y subjetiva (Salleras, 1985). Utópica, porque el “completo” estado, tanto de salud como de enfermedad, no existe, puesto que

no se trata de condiciones absolutas y siempre existen gradaciones entre ellas, y así parece más la expresión de un deseo que una realidad alcanzable. Estática, porque considera la salud como un “estado”, una situación, un nivel, y no como un proceso dinámico, como es contemplado en la actualidad. Subjetiva, porque la idea de bienestar, como la de malestar, depende de la percepción de propio individuo. Una persona se puede encontrar mal, pero esto es un sentimiento difícilmente objetivable.

Más adelante, Dubos (1959), indica que la salud es **“el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio”**. Se entiende la salud como el estado de equilibrio que existe entre el individuo y su entorno, de forma que cuando éste se altera se produce la enfermedad. Esta ruptura del equilibrio se puede dar tanto en la dimensión física, como en la mental y en la social. En el ámbito biológico estamos rodeados de microorganismos y protegidos de ellos por la barrera que es la piel; cuando ésta se erosiona, se pueden producir las infecciones. En el ámbito mental y social, la persona necesita estar en armonía con su entorno para mantener su autoconcepto y ser útil a la sociedad de la que forma parte.

Dubos indica que en muchas enfermedades infecciosas la causa no es la presencia de organismos patógenos, sino ciertas condiciones del sistema,

bien del propio organismo, bien de su entorno, y “su solución va más allá del tratamiento de los síntomas”. Aunque determinados microbios sean la causa necesaria, no son la suficiente para la enfermedad. El elemento esencial de la enfermedad no reside en la infección, sino en los estímulos, internos o externos, que alteren la resistencia y rompa el equilibrio.

Otra visión que pone el énfasis en la dimensión dinámica de la salud es la que adopta el Congreso de Médicos y Biólogos de lengua catalana en Perpignan en 1978, donde se señala que **“la salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa”**. Sitúa al individuo como protagonista de su propia salud, puesto que es responsable de las acciones que pueden quebrantarla o mejorarla. Al mismo tiempo, pide su esfuerzo por conseguir el máximo de autonomía, para que su capacidad de funcionar no sea dependiente de los demás. Entiende la salud también como una dimensión social, solicitando la solidaridad de todos en su construcción. Tratar de estar sano en un mundo enfermo y que produce la enfermedad no conduce a nada. Estar sano individualmente va ligado a la salud del conjunto, y está estrechamente unida a problemas ecológicos, sociales y económicos. La salud no sólo es una cuestión individual, sino un deber colectivo.

Entiende la salud como una manera de vivir gozosa, indicando que debemos poseer una disposición positiva para

hacer frente a los problemas diarios. El desarrollo de nuestra salud mental comporta: la búsqueda de la satisfacción en el trabajo, las relaciones personales, convertir en extraordinarias las acciones cotidianas, etc. El bienestar psíquico y la salud están estrechamente relacionados, y junto con la capacidad de resistencia y de superación de las dificultades son el punto de partida de una estrategia sanitaria.

Para finalizar, debemos señalar el concepto de salud aprobado por la Oficina Regional para Europa de la OMS en 1984: **“La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”**. Se considera la salud como un recurso para la vida, pero no como el objeto de la misma. Señala la importancia del desarrollo de todas las capacidades individuales, lo cual es un proceso permanente y continuo. La salud es una conquista diaria por la cual podemos mejorar nuestra calidad de vida. No se trata de la posesión de un determinado nivel, que se tiene o no se tiene, sino que existe la posibilidad de conseguir cada vez cotas más altas, más salud.

No vivimos para tener salud, sino que tenemos salud para vivir mejor. Y esta salud, acompañada de un mayor o menor grado de enfermedad, nos debe servir para hacer frente a los problemas que nos rodean. La adaptación al entorno significa la capacidad de transformarlo, haciéndolo más humano y

saludable para que podamos vivir mejor en él.

Buscar la salud no significa buscar la inmortalidad, como luchar por la salud no equivale sólo a intentar evitar la muerte. Lo que se pretende es combatir cierto tipo de muertes y que nuestras expectativas de vida sean cada vez mayores. El hecho de que podamos **añadir años a la vida** significa que, aunque aumentamos la probabilidad de padecer cierto tipo de enfermedades crónico-degenerativas que merman nuestra calidad de vida tenemos la posibilidad de retardar su aparición, de controlarlas, de saber convivir con ellas y, en suma, de **añadir vida a los años**.

Así, entre todos los factores que determinan la salud de una población (Lalonde, 1974), debemos destacar los estilos de vida y el medio ambiente de donde se reside, con sus componentes físico, químico, biológico y social. Insistiremos, aunque nunca será suficiente, en la importancia de ambos: los estilos de vida por ser pautas de comportamiento, actuaciones repetidas que multiplican sus efectos; y el entorno por una doble causa, por un lado por ser él mismo fuente de salud o enfermedad y, por otro lado por su influencia en la adopción de determinadas conductas. De esta forma, el medio ambiente posee una doble vertiente y en ello radica su transcendencia y la necesidad de actuar sobre él.

2. Visión actual de la promoción de la salud

Las inversiones económicas en gastos sanitarios han crecido hasta límites insostenibles y las enfermedades que en mayor medida nos afectan en la actualidad continúan sin curarse, por ello hay que pensar que se debe conceder mayor importancia a las causas que protegen y mantienen la salud que a la restauración de ésta. Es decir, más que realizar tratamientos sintomáticos, se trata de abordar las causas que originan la enfermedad. Para ello, es necesario que los individuos y la sociedad recuperen el control sobre su propia salud a través de la plena aceptación de sus obligaciones y responsabilidades para consigo mismo.

A partir de estas consideraciones ha surgido el concepto de Promoción de Salud, que la Organización Mundial de la Salud en la Carta de Otawa (1986) define como **“el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla”**. En la citada conferencia se señalan cinco áreas de acción para actuar sobre los determinantes de la salud:

* Desarrollar políticas que apoyen la salud: La promoción de la salud va más allá de la mera asistencia sanitaria y se pretende que se convierta en parte del programa de acción de los políticos, combinando distintos métodos que son complementarios, como legislación, medi-

das fiscales, impuestos, educación, etc.

* Crear entonces favorecedores de la salud. La salud humana se construye sobre la forma en que tratamos a la naturaleza y a nuestro propio ambiente, por lo que, además de proteger el medio, se deben crear condiciones de vida y de trabajo que sean seguras, estimulantes y satisfactorias.

* Desarrollar las aptitudes y los recursos individuales. Es un área fundamentalmente educativa en la que se debe utilizar todas las posibilidades para conseguir el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr y mantener opciones de vida saludables.

* Reforzar la acción comunitaria. La promoción de la salud sólo funciona a través de acciones comunitarias efectivas, por lo que los profesionales de la salud deben trabajar con la comunidad, detectando sus necesidades, eligiendo estrategias, buscando prioridades, aplicando los diseños, evaluando las diferentes actuaciones, etc.

* Reorientar los servicios de salud. La responsabilidad de la promoción de la salud debe ser compartida entre los profesionales de la salud, los individuos, los grupos comunitarios, las instituciones y los gobiernos.

Unos años más tarde, la OMS en su Declaración de Yakarta (1997) sobre la manera de guiar la promoción de la salud en el siglo XXI, confirma las estrategias señaladas en la carta de Otawa, pero las actualiza y profundiza

en algunos aspectos, señalando cinco prioridades:

1. Promover la responsabilidad social para la salud.
2. Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
3. Expandir la colaboración para la promoción de la salud.
4. Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.
5. Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

Remarca la OMS en esta declaración, que los enfoques globales que utilizan una combinación de estas cinco estrategias son los más eficaces y, al mismo tiempo, asistimos a la invitación de actuación de los individuos sobre los factores que influyen sobre su salud. De hecho, el término “empoderamiento” lo entiende como el proceso por el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud.

Como indica Minkler (1989), las actividades encaminadas a la promoción de estilos de vida, basadas exclusivamente en estrategias orientadas en los cambios de comportamientos individuales, tienen el peligro de culpabilizar a las personas de su posible falta de salud, como si su posible enfermedad fuese el resultado absoluto de un fracaso personal, dejando de lado los riesgos del entorno e ignorando la conexión existente entre los comportamientos individuales y las normas y estímulos sociales. ¡Otra vez vuelve a

surgir la importancia del entorno en la salud de las personas!

Así pues, la promoción de la salud no sólo abarca las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades básicas para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y en los entornos físicos que determinan la salud de las personas. Nosotros pretendemos mostrar a continuación, cómo ambos procesos son complementarios y una educación para desarrollar las capacidades del individuo pasa por una acción sobre su entorno con la intención de mejorarlo.

3. Importancia de las actitudes en el aprendizaje

El desarrollo de actitudes positivas hacia los temas de aprendizaje no es un extra opcional en la enseñanza, sino que resulta una condición “sine qua non”, ya que cuando se plantea un aprendizaje sin compromiso personal, éste se ve mermado y resulta menos significativo (Claxton, 1994). Las actitudes son necesarias para cualquier aprendizaje y se mantienen y refuerzan por la valoración positiva del mismo. En este sentido la actitud puede considerarse causa y efecto del aprendizaje.

Para que tenga lugar el aprendizaje, en el modelo de cambio conceptual del actual paradigma constructivista, las nuevas ideas deben reunir las condi-

ciones de ser inteligibles, plausibles y fructíferas, (Hewson, 1993). Estas condiciones son otorgadas por la persona que aprende, desde la posición que ocupan sus valores, sus esquemas mentales y sus actitudes, concediéndoles el “estatus” necesario para hacerlas interesantes para su aprehensión. De ahí la importancia que tienen en el aprendizaje. Es la propia persona quien decide lo que vale la pena esforzarse por aprender y lo que no tiene el menor interés.

La actitud es un término que forma parte del lenguaje coloquial y es utilizado para explicar por qué las personas tienden a comportarse de la manera en que lo hacen. Aunque se caracteriza por su ambigüedad, es una organización de inclinaciones, sentimientos, prejuicios, miedos, convicciones, ideas preconcebidas, creencias,... relativamente duradera y estable, acerca de un objeto, persona o situación, que predispone a responder de determinada manera (Rokeach 1974). Nos referimos a las actitudes para señalar que una persona tiene pensamientos y sentimientos hacia cosas o personas que le gustan o le disgustan, le atraen o le repelen, le producen confianza o desconfianza, etc.

Toda actitud tiene tres componentes fundamentales: cognitivo, afectivo y conativo. El elemento cognitivo se refiere a la información, conocimiento, opinión, idea, creencia o pensamiento que la persona tiene sobre algún objeto, persona o suceso. Por ejemplo, con res-

pecto a las actitudes hacia el tabaco, muchas personas han desarrollado el componente cognitivo al aceptar las pruebas científicas que demuestran la relación existente entre el consumo de tabaco y el incremento del riesgo de padecer graves enfermedades, y dejan de fumar. También es posible (y frecuente) que, aceptando estos datos, no modifiquen sus conductas.

El componente afectivo se refiere a los sentimientos hacia el objeto de la actitud e implica siempre una valoración. Este elemento, que algunos autores consideran el núcleo de las actitudes, acompaña al aspecto cognitivo y puede ser concordante o discordante con él. Lleva una fuerte carga motivacional, ya que sólo se pueden alcanzar los valores que pretenden las actitudes si se ponen en juego los deseos, emociones y sentimientos, que actúan como motor de las conductas humanas. Siguiendo con el ejemplo anterior del tabaco, los elementos emocionales hacen que muchas personas rechacen ciertos aspectos del tabaco que les resulta desagradables, como el olor que deja en el cuerpo y en la ropa, el color amarillento en dedos y dientes, la sensación de falta de control que experimenta cuando se desea dejar de fumar y no se puede, etc. En unos casos esto es motivo para abandonar el tabaco, pero en otros muchos (demasiados) no es suficiente.

Por último, el factor conativo o comportamental intenta llevar a la práctica –aunque no siempre ocurre así– las conductas coherentes con lo que se

piensa y se siente con respecto al objeto de la actitud. Representa la tendencia a la acción que se puede plasmar por acciones o declaración de intenciones. Cuantos fumadores/as adquieren el serio y firme compromiso de dejar de fumar ¡todos los días!

Esto explica que no hay que caer en la confusión de confundir las actitudes con las conductas. La actitud es una condición necesaria pero no suficiente para que se dé una conducta ya que no existe relación directa de causa a efecto entre ambas. ¿Acaso todas las personas que tienen información sobre los peligros del tabaco, que incluso sienten que es una conducta desagradable, y que expresan su intención de dejar el tabaco, son no fumadoras? Sabemos que esto no es así. El componente conativo se refiere a una impulsión psíquica que causa una propensión, tendencia o propósito hacia algo, pero que con frecuencia se queda en un “intento de”, en un “conato”. Las actitudes predisponen favorable o desfavorablemente hacia algo, pero dejan abierto el camino hacia la acción, por lo que si el individuo no tiene las instrucciones precisas sobre como ejecutar la acción o el medio no es favorable no adoptará el comportamiento coherente con la actitud (Gavidia y Rodes, 1999).

Las actitudes no son innatas sino que se aprenden, y no se generan en el vacío sino que necesitan de un contenido conceptual para su formación. Así pues, para la adquisición de conceptos se requiere una cierta actitud, y el

desarrollo de una actitud requiere una base conceptual en la que basarse. Esta especie de tautología nos indica que ambos procesos deben tener lugar al unísono (Gavidia, 1994). El procedimiento para un aprendizaje conceptual, al tiempo que se generan actitudes positivas, consiste en un cambio metodológico de las estrategias de enseñanza-aprendizaje, un cambio que se sustente sobre el componente conativo de las actitudes: en la acción del alumnado sobre alguno de los aspectos del tema de estudio, una acción que predisponga hacia la conducta y, en el caso de la salud, que contribuya a la mejora de las condiciones del entorno, de forma que las opciones saludables sean más fáciles de adoptar. ¡Otra vez surge el medio como un factor importante en las conductas de las personas! Pero ahora no sólo por su influencia directa sobre la salud, sino por su trascendencia en la generación y consolidación de actitudes y, por ende, en el propio proceso de aprendizaje.

4. Propuesta de acción para una escuela promotora de salud.

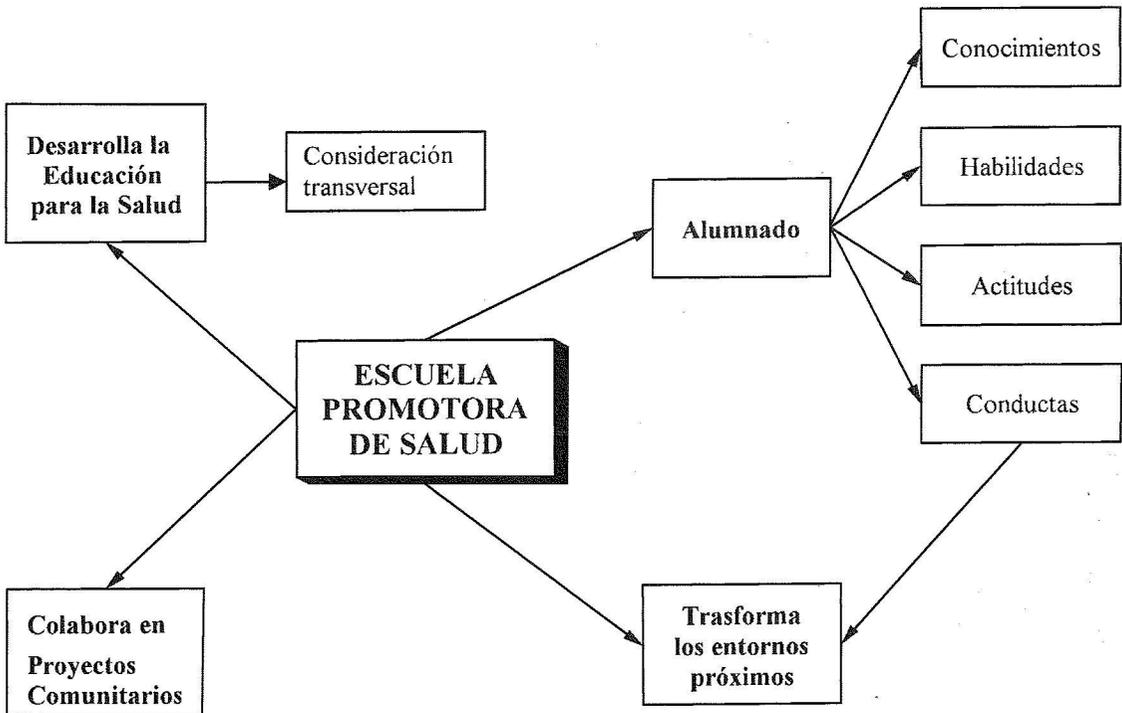
En Educación para la Salud, es importante la ampliación de conocimientos y la adquisición de habilidades por parte del alumnado, pero mucho más trascendente es la adopción de conductas saludables, ya que estamos sanos no por lo que sabemos sino por lo que hacemos. Por ello, en la interven-

ción educativa en temas de salud no es suficiente con la información, pues no garantiza comportamientos coherentes con los conocimientos aprendidos, sino que es imprescindible incidir en la creación de actitudes positivas hacia la salud que se puedan traducir en pautas de conducta saludables y responsables. Centrarse en incrementar la información ofreciendo conocimientos sobre las conductas saludables y las de riesgo, en la creencia de que con ello se modifican actitudes y comportamientos, es una estrategia ineficaz.

No obstante, el intento de cambiar actitudes y conductas centrándose únicamente en el individuo, sin tener

encuentra las muchas influencias provenientes del entorno social o físico, también es una línea de trabajo equivocada. Ya hemos visto la importancia del entorno en nuestra salud e incluso en las conductas que adoptamos, y actualmente vamos siendo cada vez más conscientes de la necesidad de enmarcar a las personas en un contexto comunitario, social, físico y político más amplio. De esta forma podemos comprender la variedad de factores que afectan a la salud de las personas y que deben ser los focos de actuación de la Educación para la Salud en una Escuela Promotora de Salud (Esquema I).

Esquema I OBJETIVOS DE LA ESCUELA PROMOTORA DE SALUD



Para tratar de actuar sobre la conducta humana, ejercitando la libertad de la elección y la toma de decisiones convenientemente informada, debemos tener en cuenta que ésta se encuentra determinada por factores internos de la persona y por factores ambientales externos a ella. Si sólo se incide sobre el individuo, y aunque se haya conseguido un cambio en sus actitudes, es posible que la modificación de su conducta no tenga lugar porque los elementos externos no sean favorables, porque no existan los factores que faciliten y refuercen ese cambio. A esto hay que añadir que si no incidimos en el entorno procurando cambiar ciertas condiciones de vida, podemos estar manteniendo focos generadores de conflictos (Gavidia, 1996).

Green, Kreuter et al. (1991), es su modelo PRECEDE de actuación ante problemas de salud, señalan que se deben identificar los factores que influyen en el comportamiento de las personas, que cabe diferenciarlos en tres grupos: predisponentes, facilitadores y reforzadores. Los *factores predisponentes* condicionan un cambio de conducta y son internos de la persona ya que están constituidos por los elementos que suponen una motivación para actuar; se trata de las creencias, conocimientos, valores, etc.; es decir, son las condiciones que permiten la propia aceptación del problema e intervienen en cualquier proceso de aprendizaje. Los *factores facilitadores*, como su nombre indica, facilitan o permiten la

actuación, preceden al comportamiento y activan la motivación: son los recursos personales (aptitudes, habilidades de autocuidado, reconocimiento de signos de alteración, de riesgo, etc.) y los recursos que la propia comunidad pone a disposición de las personas para que puedan desarrollar su conducta sin esfuerzos añadidos. Los *factores reforzadores* contribuyen al mantenimiento o cesación de la conducta y son consecutivos a ésta; se trata de los beneficios sociales, materiales, de reconocimiento, de autorrefuerzo, etc., que se obtienen a través de la observación de determinados comportamientos; constituyen el entramado principal sobre el que descansa el aprendizaje social. Una conducta fuertemente motivada y consiguientemente reforzada tiende a aumentar su probabilidad de aparición.

De esta forma, para facilitar la modificación de conductas a las que una actitud puede disponer, se precisa atender a los factores mencionados. Pero el reto principal no es cambiar el comportamiento de las personas en una determinada dirección, sino capacitarlas para que se conviertan en dueñas de su propia vida en el sentido más amplio, que adopten sus decisiones con suficiente información, con la máxima libertad, y conocimiento la responsabilidad de sus actos. De esta forma, la Educación para la Salud debe ser evaluada según el crecimiento de las capacidades, voluntades y oportunidades de influir en el desarrollo de la vida de

cada uno y en el de la propia sociedad (Jensen, 1995), valorando las conquistas sobre el entorno que permiten que las acciones saludables sean más fáciles de asumir y más apreciadas que aquellas que no lo son.

Con esta orientación se inscriben las Escuelas Promotoras de Salud que “fijan como uno de sus objetivos principales contribuir al desarrollo de la salud de su alumnado y de la comunidad donde se ubica, promoviendo actitudes y conductas que lo posibiliten y propiciando un cambio en la consideración social de ciertas pautas de conducta” (Gavidia y Rodes, 2000). Las escuelas que poseen esta vocación “aspiran a conseguir estilos de vida saludables para toda la comunidad educativa mediante el desarrollo de apoyos ambientales conducentes a la promoción de la salud” (OMS, 1995).

Así pues, y a tenor de todo lo que hemos visto, ubicamos la Escuela Promotora de Salud dentro del contexto teórico que se especifica en el cuadro II y nos atrevemos a adelantar unas notas distintivas sobre los tres ámbitos de actuación necesarios para acercarse a la consecución de los objetivos que se marca. Estos ámbitos son el aula, el centro escolar y el entorno donde éste se ubica.

* La Educación para la Salud es una materia “transversal” por lo que forma parte de la programación de aula (contenidos, actividades, etc.) de las diversas materias que componen el currículo escolar. Debe

estar presente en los contenidos, procedimientos, pero sobre todo en las actitudes que se desarrollan en la escuela.

* En la actuación sobre el ambiente del centro escolar sabemos que se crea un ambiente sano, donde se aprende de manera saludable. Ello significa atender tanto a la dimensión física o de infraestructura como a la dimensión psíquica y social o de “atmósfera” del centro: Relaciones personales, posibilidades de expresión y participación, etc.

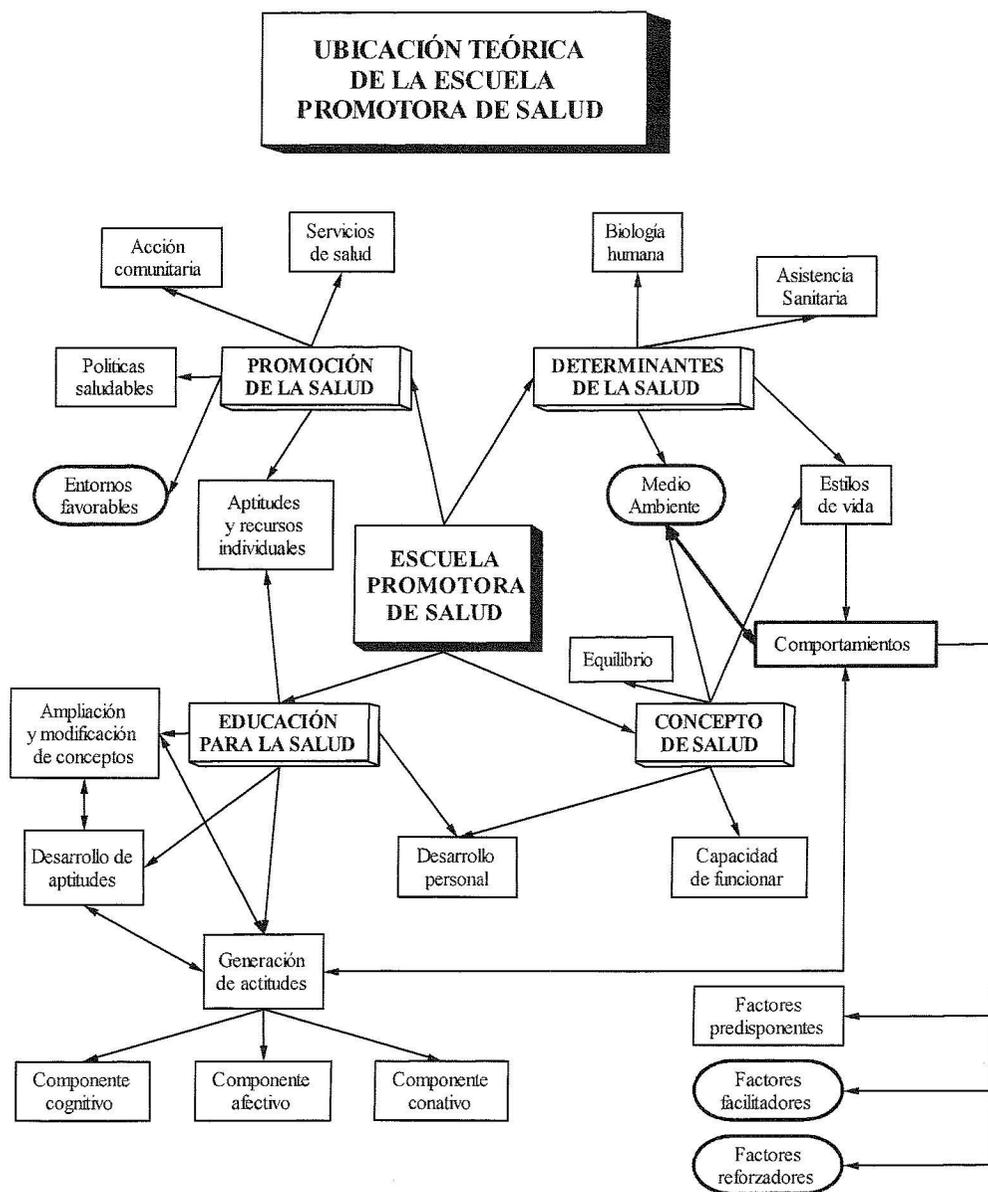
* Sobre el último y más complejo ámbito, recordamos que se promueve la salud en el entorno extra-escolar procurando que los escolares sean “agentes promotores de la salud”. Esto significa trabajar con las familias, apoyar acciones comunitarias, y realizar actuaciones fuera de la escuela que colaboren en un cambio de ciertas condiciones ambientales, en determinados comportamientos o en su valoración social.

Esta última nota señala el avance fundamental de la Escuela Promotora de Salud frente al anterior concepto de Escuela saludable. Como hemos venido insistiendo, en esta tarea no sólo debe tenerse en cuenta al individuo, sino también las causas socio-ambientales, el contexto donde se inserta el alumnado, puesto que será la sociedad la que apoyará o dificultará el desarrollo de los comportamientos saludables propuestos en las aulas. Esto tiene una

importancia decisiva en los adolescentes, pues los beneficios para la salud no siempre se perciben como prioritarios, antes al contrario, las ventajas personales y sociales de una conducta de riesgo es elevada y poseen un gran

prestigio social en su grupo de iguales, percibiéndose muchas veces como más importante que sus desventajas.

Es evidente que desde la Escuela no se puede pretender eliminar todas las tensiones del medio, los peligros hacia la



salud, las conductas de riesgo, las diversas presiones sociales y culturales y, en definitiva, las opciones de vida que no sean de nuestro agrado. Por ello, debemos tratar de afianzar los substratos básicos de autoestima y autoconfianza, pues son un patrimonio individual y colectivo básico, sobre el que se sustentan las decisiones que se adoptan. Pero debemos recordar que uno de los procedimientos para conseguir esta meta consiste precisamente en el análisis crítico del entorno y en actuaciones programadas, contextualizadas y debidamente justificadas, que permitan una, aunque ligera, modificación.

Bibliografía

- DUBOS, R.J. (1959): *Mirage of health. Utopias, progress and biological change*, Nueva York, Harper (World perspectives, 22).
- GAVIDIA, V. (1994): La Educación para la Salud. Instrumento en el desarrollo de actitudes. *Aula de Innovación Educativa*, 27, 16-21.
- GAVIDIA, V. (1996): La construcción del concepto de transversalidad. *Aula de Innovación Educativa*, 55, 71-77.
- GAVIDIA, V. y RODES, M^a J. (1999): Las actitudes hacia la salud. *Alambique, Didáctica de las Ciencias Experimentales*, 22, 87-96.
- GAVIDIA, V. y RODES, M^a J. (2000). *Desarrollo de la Educación para la Salud y del Consumidor en los Centros Docentes*. (Ministerio de Educación y Cultura. Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE): Madrid).
- GREEN, L.W.; KREUTER, M.W. *et al.* (1991): *Health promotion planning. An educational and environmental approach*, 2^a ed. rev., Mountain View (Calif.), Mayfield Publishing Company.
- HEWSON, P.W. (1993): El cambio concepcual en la enseñanza de las ciencias y la formación de profesores. *Diez años de investigación e innovación en enseñanza de las ciencias*. (MEC-CIDE: Madrid).
- JENSEN, B.B. Los conceptos de salud y de acción en la Educación para la Salud. Seminario de Educación para la Salud y Democracia. Comisión de la Unión Europea. Copenhague 12-15 Diciembre de 1994. Documentos de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Ministerio de Educación y Ciencia. CIDE. 1995.
- LALONDE, M. (1974): *A new perspective on the health of Canadians, a working document. Nouvelle perspective de la santé des canadiens, un document de travail*, Ottawa, Department of National Health and Welfare.
- LERICHE, R. (1937): *Chirurgie de la douleur*, París, Masson & Cie. [Recogido como *Chirurgie de la douleur. Pour une pédagogie de la santé en Mémoire FOPES. UCL, Louvain-la-Neuve*, 1985].

- MINKLER, M. (1989): Health education, health promotion and open society. A historical perspective. *Health Education Quarterly*, 16(1), 17-30.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1946): *Carta Constitucional*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986): *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, CONSEJO DE EUROPA Y COMISIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA (1995). *Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud*. (MEC. CIDE: Madrid).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OFICINA REGIONAL PARA EUROPA (1984): *Europa 1984. Health Promotion. A discussion document on the concepts and principles*, Copenhagen, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.
- ROKEACH, M. 1974. *Actitudes*. En *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Aguilar. Madrid.
- SALLERAS, L. (1985): *Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*, Madrid, Díaz de Santos.
- SAN MARTÍN, H. (1981): *Salud y enfermedad*, México, La Prensa Médica Mexicana.
- UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD (2000) *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid.
- YOUNG, I.; WILLIAMS, T. (editors): *The Healthy School*. Scottish Health Education Group. Edinburg EH10 4SG. 1989. En *Educación para la Salud en la Escuela*. Conferencia Europea. San Lorenzo de El Escorial. Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Sanidad y Consumo. 1992.