

Juan Agustín Morón-Marchena  
Encarnación Pedrero-García  
María Carmen Muñoz-Díaz

# Educación para la salud

Guía docente para  
promover el bienestar  
y la calidad de vida



# Educación para la salud

Guía docente para promover  
el bienestar y la calidad de vida

---

Esta publicación es resultado del «Proyecto de formación e investigación para el desarrollo y mejora de la Calidad de Vida en Juigalpa (Nicaragua): Generación de capacidades y competencias sociocomunitarias en el ámbito de la Educación para la Salud para agentes sociales» (Referencia: 2020UC010), aprobado en la Resolución de 22 de diciembre de 2020 sobre concesión de subvenciones, en régimen de concurrencia competitiva, Convocatoria Universidades 2020, por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID), a las Universidades para la financiación de proyectos de cooperación de cooperación internacional al desarrollo, proyecto interuniversitario entre la Universidad Pablo de Olavide (Sevilla, España) y la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua (Nicaragua). Fecha ejecución: 20/01/2021 a 19/01/2025. Investigador principal: Dr. Juan Agustín Morón Marchena.



**Junta de Andalucía**  
PROGRAMA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL



UNIVERSIDAD  
**PABLO  
OLAVIDE**  
SEVILLA



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE NICARAGUA

---

Juan Agustín Morón-Marchena,  
Encarnación Pedrero-García  
y María Carmen Muñoz-Díaz

# Educación para la salud

Guía docente para promover  
el bienestar y la calidad de vida

Octaedro 

Colección Horizontes-Universidad

Título: *Educación para la salud. Guía docente para promover el bienestar y la calidad de vida*

Primera edición: diciembre de 2024

© Juan Agustín Morón-Marchena, Encarnación Pedrero-García  
y María Carmen Muñoz-Díaz

© De esta edición:  
Ediciones OCTAEDRO, S.L.  
C/ Bailén, 5 – 08010 Barcelona  
Tel.: 93 246 40 02  
octaedro@octaedro.com  
www.octaedro.com

Esta publicación está sujeta a la Licencia Internacional Pública de  
Atribución/Reconocimiento-NoComercial 4.0 de Creative Commons.  
Puede consultar las condiciones de esta licencia si accede a:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

ISBN: 978-84-10282-70-4

Maquetación: Fotocomposición gama, sl  
Diseño y producción: Octaedro Editorial

Publicación en acceso abierto - *Open access*

# Sumario

Introducción . . . . .	9
1. Aproximación al concepto de <i>educación para la salud</i> . . .	11
2. Educación para la salud y comunidad . . . . .	45
3. La educación para la salud en el sistema educativo . . . . .	83
4. La educación para la salud en el currículum educativo . . . . .	97
5. Guía docente de la asignatura Educación para la Salud y Calidad de Vida . . . . .	113
Referencias bibliográficas . . . . .	123





# Introducción

La educación para la salud es un campo de estudio fundamental para promover el bienestar y la calidad de vida de las personas. La presente obra realiza un estudio sobre la temática y propone cómo abordarla.

La primera parte se centra en la fundamentación teórica y epistemológica que establece las bases conceptuales necesarias para comprender el concepto de *educación para la salud* y su importancia en la sociedad actual. Se hace una aproximación al concepto de *educación*, explorando sus diferentes dimensiones y su relación con el proceso de enseñanza-aprendizaje. A continuación, se aborda el concepto de *salud*, analizando sus componentes físicos, psicológicos y sociales, así como su interacción con el entorno ambiental. Posteriormente, se profundiza en el concepto de *educación para la salud*, destacando su enfoque preventivo y promocional, y su papel en la capacitación de las personas para tomar decisiones informadas sobre su propia salud. Además, se exploran otros conceptos relacionados, que amplían la perspectiva y el alcance de la educación para la salud.

En el siguiente apartado, se examina la relación entre la educación para la salud y la comunidad, resaltando la importancia de los encuentros internacionales de la Organización Mundial de la Salud en el desarrollo de políticas y estrategias educativas a nivel global. Asimismo, se analiza la actividad asociativa profesional y académica en educación para la salud, resaltando la labor

de organizaciones internacionales y fundaciones dedicadas a promover la salud y el bienestar.

En el contexto del sistema educativo, se examina la presencia de la educación para la salud en las escuelas promotoras de salud, así como en las universidades. Se destaca la importancia de integrar la educación para la salud en el currículum educativo, y se exploran los objetivos generales y los ámbitos y áreas de esta disciplina.

Finalmente, se presenta el diseño y desarrollo de una guía docente para la asignatura Educación para la Salud. Se describen aspectos generales de la asignatura, su ubicación en el plan de estudios de la titulación y los objetivos educativos y competencias a desarrollar. Además, se detallan los contenidos a desarrollar, la metodología y los recursos didácticos utilizados, el cronograma de la asignatura y el sistema de evaluación. Para su diseño, hemos tenido muy en cuenta la información presentada en el apartado anterior a distintos niveles (macro, meso y micro), pues una adecuada planificación requiere de un compromiso compartido de todos los actores y adaptado a la realidad. Todo ello servirá de base y fundamento para el trabajo académico de los próximos años, siempre desde una perspectiva de construcción permanente y mejora continua, basada en el debate con los colegas y estudiantes, así como en la evaluación de todos los procesos.

En conclusión, este trabajo proporciona una base sólida para comprender la educación para la salud y su aplicación en diferentes ámbitos, tanto a nivel nacional como internacional, y la guía docente brinda una estructura y orientación para la enseñanza de la asignatura, promoviendo, así, la formación de profesionales capacitados en educación para la salud y la mejora de la calidad de vida de las personas.

## Aproximación al concepto de *educación para la salud*

Al tratar de definir el concepto de *educación para la salud* (EpS en adelante), queremos señalar la complejidad que supone delimitar su definición, en el caso de querer ser exhaustivos en todas sus implicaciones y funciones, ya que acoge a la persona en su totalidad, de forma holística, y también a su contexto en una doble dimensión, ecológica y social (Perea, 2002). No podríamos entender con claridad esta expresión si no se explica con anterioridad el significado de ambos términos. En los siguientes apartados fundamentaremos los conceptos de *educación* y *salud*, a fin de exponer de forma más consistente cuál es el sentido actual de dicha expresión.

### 1.1. Concepto de *educación*

Definir el sentido de la educación requiere previamente establecer sus características diferenciales. Su definición delimita el objeto central de la EpS, por lo que una definición insuficiente de educación nos llevaría a una definición de EpS inadecuada o incompleta.

Perea (2002) señala que hemos de establecer una primera diferencia: hablamos de *educación* entendiéndola como hecho y como reflexión teórica o conceptualización de una acción. 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 progreso no explican adecuadamente lo que entendemos por *educación*. El proceso educativo no se identifica necesariamente con «cambio» o el vago concepto de *evolución* o *desarrollo*. El mero desarrollo o cambio no implica una modificación cualitativa favorable del individuo. Hay desarrollos que se pueden considerar buenos y sanos, pero también los hay malos o nocivos (Arroyo, 1993).

Adentrándonos en 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 estudia 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). De esta forma tenemos implícito un doble sentido: cuidado, conducción, desde fuera, pero también autoconducción o conducción desde dentro. Por lo que surgen dos vertientes diferenciadas: la heteroeducación y la autoeducación.

Para Perea (2002), la educación como hecho es una certeza 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 humanos y sociedades que se analicen, y en función de qué época se estudie.

Cuando en el ámbito de la pedagogía se realiza un análisis científico, la conceptualización de la educación es su principal tarea. La afirmación de que la educación radica en el ser humano nos lleva a diagramar qué lugar ocupa la persona en su entorno y en relación con los demás seres, con los que interactúa de forma dinámica en cada contexto. La educación hace referencia de esta forma a la persona en su totalidad, holísticamente, considerando también su contexto social, de ahí la suma complejidad al pretender una conceptualización de dicho término. Por otra parte, nos encontramos con posiciones teóricas diferentes, a la hora de definir la *educación*, que, sin duda, provienen de las creencias, experiencias y escalas de valores de los respectivos autores; por ello, unos ponen el énfasis en una u otra de sus notas características como veremos a continuación.

Arroyo (1984) explicitó los rasgos característicos de la educación, presentando las siguientes notas o realidades básicas que el concepto esencial y comprensivo de la educación debe abarcar:

- a) El término *educación* designa no solo 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 esta.
- 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 consiguiente, en un «sistema» de valores, del cual recibe inspiración y guía.
- f) La educación de la persona 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» (artículo 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 solo a un aspecto o dimensión de esta. Se entiende, por otra parte, que ese «bien» de la persona integra todos los aspectos de la existencia individual y social, sin excluir el respeto a la libertad de conciencia y a las convicciones íntimas de educadores y educandos (artículo 1,18).

López-Barajas (2000) considera, entre otras, las características diferenciales de la educación que se muestran en la siguiente figura:



**Figura 1.** Características diferenciales del concepto de *educación*.  
Fuente: López Barajas (2000).

## 1.2. Concepto de *salud*

El término *salud* forma parte de ese grupo de conceptos cuya pluralidad semántica y distinta percepción cultural permite considerarlo como realmente indefinible (González Hernández y García Martínez, 1998). Quizás todos creamos tener una idea más o menos clara de lo que es la salud y, muy probablemente, nos sorprendería constatar que nuestra propia definición puede ser bastante diferente de la de los demás. Como todo concepto abstracto, el de *salud* está determinado por la cultura y sujeto, así, a una permanente evolución. Pero también cuentan las vivencias

personales y el trabajo de reflexión que cada uno de nosotros haya efectuado en torno a la construcción de una definición propia de salud.

Castillo Lemee (1998) afirma que el sentimiento de estar sano se basa en algunos elementos objetivos, pero, sobre todo, en dimensiones subjetivas difíciles de precisar. «Estar sano» no es lo mismo para un joven que para un viejo, para una mujer que para un hombre, para un trabajador de oficina que para un albañil, para un obrero, para un campesino que para un ciudadano, para un europeo que para un africano. Sin embargo, hace falta compartir una noción común de *salud* si se trata de convertir el acceso a ella en una tarea de todos.

Es necesario establecer una convención que oriente las políticas sociales de salud y los esfuerzos colectivos. Reconocer la relatividad de toda noción de *salud* y aceptar una definición que debería ser revisada con frecuencia. A continuación, expondremos con el término *salud* un análisis histórico y etimológico.

Perea (2002) señala que el término *salud* proviene del latín *salus* y significa el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. El sentido del término salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, cultural, social, así como del nivel de conocimientos que se han ido adquiriendo con el paso del tiempo. En los primeros años de la historia se mantuvo, durante un largo periodo de tiempo, el pensamiento primitivo (mágico-religioso), centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino; esta actitud se mantiene hoy día en algunos pueblos o tribus.

En las civilizaciones egipcia y mesopotámica se produjo un cambio de planteamiento donde se desarrolló un mayor interés por 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. García Martínez *et al.* (2009) hacen un interesante recorrido sobre la salud en el lenguaje y muestran cómo la mitología griega

ha marcado nuestra percepción, a través sobre todo del lenguaje oral, pero también a través de manifestaciones rituales (ya sean de tipo profanas o religiosas): «La salud vivida (percibida) es algo profundamente social, enraizado en las sociedades, en sus instituciones, en sus medios de vida y en la desigualdad que los condicionan» (2009, p. 15).

Posteriormente, los romanos aplicaron 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.

En la Edad Media, cuando aparecen las primeras escuelas monásticas, se enseña la medicina hipocrática. Se elaboró un volumen que contenía numerosos consejos sobre higiene. Este sentido higienista de la salud ha predominado durante muchas épocas.

Más tarde se produjeron avances importantes respecto a la promoción de la salud en el periodo renacentista, pero no será hasta los siglos XIX y XX, cuando se originen los grandes progresos. En el siglo XIX, con los avances en bacteriología, y en la primera mitad del siglo XX, con el descubrimiento de la penicilina, la comercialización de los antibióticos, la creación de los centros de Seguridad Social y las campañas de vacunación, se abrieron nuevas perspectivas 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. Aproximadamente hasta mediados del siglo XX, se siguió entendiendo la *salud* en términos negativos como ausencia de enfermedad e invalideces. Aun considerando la salud como la ausencia total de enfermedad, y si esto fuera posible en situación totalmente estática, tendríamos que abocar la constatación que esa salud –incluso en ausencia de enfermedad– tiene, como la vida misma, un límite: la muerte (Sarlet, García y Belando, 1996). Es decir, más allá de la enfermedad está el estado de bienestar completo o integral, pero,



igualmente, la truncación de esa aspiración secreta a la inmortalidad. Entre medias de ese paréntesis (salud total y su reverso, la muerte) está el envejecimiento.

Belando y López (2003) consideran, equivocadamente, que la visión negativa del término *salud* ya no es compartida por nadie, pues no se atiene a la realidad y no es operativa, porque: 1) su aceptación supondría el acotar un límite entre lo normal y lo patológico, lo que no siempre es factible; 2) los conceptos de *normalidad* cambian con el tiempo; y 3) las definiciones negativas no son útiles en las ciencias sociales (así como, por ejemplo, no se puede afirmar que la paz sea la ausencia de guerra, tampoco podremos decir que la salud sea la ausencia de enfermedad). Aun así, todavía hoy, la mayor parte de los gastos públicos en salud se destinan a servicios, instalaciones, equipamiento tecnológico e investigación para tratar las enfermedades, por lo que es un hecho la gran influencia que dicha definición de *salud* sigue ejerciendo en la sociedad actual.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) definió la *salud* como:

Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad; depende de la cooperación más estrecha posible entre los Estados y los individuos.

Si analizamos esta definición, identificamos dos aspectos importantes (García Martínez, 2000, p. 29):

- a) La utilización de términos abstractos, que se observan en la formulación de buenos e incluso utópicos deseos en consonancia con la pretensión de promover la salud, antes que de definirla, así como en la propuesta de cambiar la sociedad de manera que posibilite la plena realización de las personas.
- b) Aparece otra visión estática del concepto de *salud*, como afirma Polaino-Lorente (1987), al considerarlo como un estado «completo de bienestar físico, mental y social».

La definición entiende la *salud* como condición positiva que tiene en cuenta a la persona en su totalidad y unidad. Esta construcción interrelacionada de salud total, o completa, es un planteamiento holístico y utópico que, según García Martínez (2000), tiene más de intención o voluntad política que de realidad. No obstante, un acercamiento sistémico a la visión de una salud global, en interacción de la persona como individuo social, a la vez que mente que se siente y tiene su propia idea de la armonía o equilibrio de su cuerpo con el cuerpo social (grupo) al que pertenece, en el medioambiente en el que se encuentra, «es una transformación positiva de las estructura equilibrada del *mens sana in corpore sano*, para extenderla holísticamente a una cosmovisión revolucionaria del futuro de la salud» (Sarlet, García y Belando, 1996, p. 95).

Esta definición supuso un cambio cualitativo respecto de las concepciones anteriores, ya que incluía junto con la dimensión física, también la psíquica y social y sirvió como punto de partida para los debates posteriores que sobre este término se han ido produciendo. A pesar del avance cualitativo, esta definición sufrió posteriormente numerosas críticas, ya que se la calificó como absoluta, estática e utópica.

Como puede comprobarse, la definición de *salud* ha ido sufriendo modificaciones diversas en el tiempo, desde la rigidez clásica de la *ausencia de la enfermedad* a la maleable del *completo estado de bienestar*, concepciones que han condicionado modelos de planificación e intervención, estableciendo distintas metodologías para acercarse a la realidad sociosanitaria de las clases sociales (Ponce, Muriel y Gómez, 1997).

Del primer caso se deriva una perspectiva apoyada en modelos estadísticos de predicción, con investigaciones que tratan de acercarse a la realidad de las desigualdades a partir del control de variables casi exclusivas de morbimortalidad y, aunque en menor grado, de las de tipo social. Por contra, la segunda concepción se apoya en técnicas estadísticas, estructurales y etnológicas, tratando de acercarse a la realidad sociosanitaria de las clases creando grupos de variables tipo, más concretamente, de «estilos de vida» o «hábitos saludables». En ambos casos, las investigaciones aparecen limitadas y sesgadas.

Aún hoy en día, nos encontramos asiduamente con la definición inicial de *salud* de la OMS. Por entonces, como ya hemos dicho, supuso un avance en su concepción y un importante cambio

cualitativo en los planteamientos futuros, y destacó sobre todo por el carácter holístico que le confiere al término *salud*, si bien para algunos autores carece de referencias a los aspectos espirituales de la salud y del bienestar. Para otros, es excesivamente utópica, ya que consideran que el completo estado de bienestar no existe.

Terris (1980) y San Martín y Pastor (1988) han revisado la definición inicial de la OMS, proponiendo la eliminación del término *completo*, formulando en el caso de Terris la siguiente definición de *salud*: «Un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Con ello, como comentan Belando y López (2003), dicho autor sugiere que la noción de salud se basa en dos criterios: uno subjetivo (el bienestar) y otro objetivo (la capacidad de funcionamiento), y elimina la palabra *completo*, ya que ni la salud ni la enfermedad son un absoluto, sino un continuo.

Otros aspectos susceptibles de crítica del clásico concepto de la OMS era su carácter subjetivo, en el sentido que obvia los criterios objetivos (datos físicos observables y medibles relacionados con la salud biológica o física) y subjetivos (percepción que cada uno tiene acerca de su salud y su sentimiento de estar sano) o que no expresa suficientemente la interacción dinámica de los distintos aspectos físicos, mentales y sociales.

Ambos criterios nos dan las pautas para hablar del significado de estar sano. En cuanto al primer aspecto (el aspecto objetivo), Laín Entralgo (1978) ha abordado dicho tema, distinguiendo cinco criterios objetivos del concepto *salud*:

1. Criterio morfológico (ausencia de lesiones o alteraciones físicas).
2. Etiológico (inexistencia de taras genéticas o agentes patógenos en el organismo del sujeto).
3. Funcional (es sano el hombre que es normal desde el punto de vista orgánico y funcional).
4. Utilitario (es sano el individuo que puede tener un rendimiento vital sin exceso de fatiga o daño).
5. Comportamental o conductual (es sano quien está integrado socialmente).

En cuanto al sentido subjetivo de «estar sano», cabe señalar algunos motivos psicológicos, como: conciencia de la propia vali-

dez, sentimiento de bienestar *psico-orgánico*, cierta seguridad de poder seguir viviendo, libertad respecto al propio cuerpo, sentimiento de semejanza básica con los demás hombres y la posibilidad de gobernar el juego vital de la soledad y la compañía (Feito, 1996).

Esta perspectiva de salud conformada por aspectos objetivos y subjetivos es igualmente apoyada por San Martín y Pastor (1988, p. 13), que la definen así:

Proceso social, en su origen, que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que, fundamentalmente, produce en el individuo, según las circunstancias (favorables o negativas), el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que llamamos *enfermedad*.

En esta definición, afirman Sarlet, García y Belando (1996), aparte de considerar los dos componentes ya señalados por Terris (1980), *objetivo y subjetivo*, se añade un tercero, asimismo básico, de tipo *psico-ecológico-social* (adaptación biológica, mental y social del individuo). No se puede definir la *salud* como estado absoluto (como se afirmaba con el concepto de *salud* de la OMS), ya que la salud tiene una íntima relación con el entorno ecológico y social que es en sí variable, como también lo es la persona. No se pueden establecer límites nítidos entre la salud y la enfermedad, entre estos solo se puede establecer grados y manifestaciones diversas mezcladas.

En la década de los setenta se llevaron a cabo una serie de estudios que pusieron de manifiesto los factores no solo internos del individuo, sino también externos (ambientales y sociales), observándose la necesidad de dirigir la acción educativa no solo al individuo, sino también hacia la interacción con el entorno.

San Martín *et al.* definen la *salud* como el grado de interacción de la persona con su medio. Otra definición interesante es la que propone Ivan Illich (1986), al considerarla «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. De igual forma que el sufrimiento y la muerte son parte integrante de la vida, se puede vivir en salud aunque se sufra, siempre que el sufrimiento no quebrante a la persona.

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, así como para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa individual y social.

Coincidiendo con Antó Boqué (1983), «toda cultura elabora su propia manera de entender y expresar la salud; igualmente, en el interior de esa cultura, cada individuo reflexiona e interioriza su propia vivencia de la salud y la de aquellos que le rodean». En el caso de España, por ejemplo, sería la correspondiente a la de un país occidental, industrializado, con una notable carga cultural histórica que de alguna manera tiene que influir en la elaboración y ejercicio del concepto personal de *salud*.

Durán define la *salud* como «un estado general, difuso en el tiempo, en tanto que la enfermedad o, mejor dicho, las enfermedades poseen una clara concreción temporal» (1983, p. 35). De ahí que la definición de *salud* como «ausencia de enfermedad» adquiera todo el protagonismo en la percepción del sentido común, máxime cuando sabemos que el 98% del presupuesto destinado a la «salud» se destina a la adquisición de equipos y al pago de nóminas de personal destinados a tratar las enfermedades (Greene y Simons-Morton, 1988; Terris, 1980), y solo el 2% restante se destina a actividades de prevención o promoción de la salud pública.

A partir de ese momento, son numerosas las definiciones que se formularán sobre el concepto de *salud*, encontrando un elemento común en todas ellas: la formulación de la salud en términos positivos. La salud, hoy día, no es entendida como ausencia de enfermedad, ya que ha quedado superada dicha acepción.

La Oficina Regional Europea de la OMS en 1985 definió la salud como «la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente». Desde este punto de vista se considera que la salud no es un fin en sí mismo, sino un recurso para la vida cotidiana (idea que aparece en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud). Se trata de un concepto positivo que potencia tanto los recursos sociales y personales como la capacidad física, y que abarca aspec-

tos objetivos (capacidad de funcionamiento), subjetivos (bienestar) y de tipo socioecológico (respuestas del individuo a los estímulos del entorno con el fin de conseguir un equilibrio dinámico con este). La interacción del hombre con el medio se considera como elemento fundamental para permanecer en salud. Para San Martín y Pastor (1988, p. 76):

La Salud como la enfermedad provienen no solo 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.

La vinculación del término *salud* con el comportamiento es prácticamente aceptada en su totalidad. Para Polaino-Lorente (1987, p. 32):

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.

Greene y Simons-Morton (1988) apuntan que en el concepto de la OMS se omite la condición espiritual. La propuesta de estos autores incluye las tres dimensiones de la OMS y las sitúan en un contexto espiritual el cual varía notablemente a nivel individual. Sin embargo, hay que señalar que la OMS ha reconocido años después, en 1998, en su Glosario de Promoción de la Salud, que la dimensión espiritual de la salud está cada vez más reconocida.

Conviene recordar la conocida frase de Piédrola *et al.* (1991) que mantiene que la salud es algo que todo el mundo sabe lo que es hasta que la pierde o intenta definirla. Segovia de Arana (1994, p. 23) señala que la salud no es solo la ausencia de enfermedades, ni como la define la OMS, un estado de bienestar físico, mental y social, ya que, según esto, difícilmente podría encontrarse una persona verdaderamente sana. La *salud* sería, para Segovia de Arana, «un concepto individual que se nutre o deriva de la idea que debe predominar en una sociedad».

Significativo es el concepto de *salud* que plantea Castillo Lemee (1993, p. 2):

La salud a la cual deberíamos aspirar, para la cual deberíamos educar, es, pues, una salud holística, integral, que considera a cada individuo en su totalidad física, mental y social, ligado indisolublemente a su medio físico, biológico y psicosocial. Es una salud colectiva, comunitaria, ecológica, resultado de un equilibrio inestable entre múltiples internos y externos, en cada individuo y en cada comunidad. Partiendo de esa concepción, las acciones de salud ya no pueden constituir la responsabilidad exclusiva de una categoría de técnicos, sino que pasan a ser una tarea que todos debemos compartir. Ellas ya no pueden centrarse en los individuos, sino que deben extenderse al medio donde ellos viven. Ya no pueden basarse únicamente en técnicas médicas, sino que tienen que echar mano de otras técnicas y conocimientos.

Gracia (1991) distingue e interrelaciona dos niveles en la categoría salud:

- a) *Salud biológica o física*, que vendría definida como la ausencia de enfermedad o de disfunciones en el cuerpo físico;
- b) *Salud biográfica o moral*, correspondería al estado de perfecto bienestar físico, mental y social.

Si la salud no atañe solo al propio cuerpo, sino que tiene una esfera mucho más amplia del ser humano en cuanto totalidad, podría venir definida inseparablemente como el estado de integridad biológica (salud biológica) y de bienestar y perfección biográfica (salud biográfica). Estos niveles los conecta Gracia sosteniendo que el primero responde a un nivel universal, público o de mínimos, y el segundo, a un nivel particular, privado o de máximos. El primer nivel viene dado por los derechos que uno tiene como miembro de una sociedad (derecho de todos), mientras que el segundo se caracteriza por las obligaciones que uno tiene como persona concreta (derecho de uno mismo).

Siguiendo a este autor, la salud consiste en la capacidad de posesión o apropiación del propio cuerpo, y no solo de disponer de bienes o medios que produzcan bienestar. Los que son capaces de controlar su cuerpo, de poseerlo y apropiárselo, tie-

nen más salud que los que se conforman únicamente con el bienestar material. La salud no es un «hecho», sino un «valor», y no tiene sentido más que en el conjunto de un determinado sistema de valores. La idea moderna de *salud*, considerada como «un valor personal, una apropiación e instalación del individuo en su propio cuerpo y no simplemente el bienestar físico, psicológico y social», supera la tradicional definición de la OMS. Existen, pues, también otras definiciones que consideran la salud como un recurso para vivir o como una capacidad de adaptación, e incluso como una forma de alcanzar la felicidad, la alegría y el bienestar.

Al hablar de *salud*, pues, cabe tener en cuenta una serie de aspectos de índole social, referidos al contexto social, que en gran medida determinan a aquella. La salud es una cuestión global y no puede hablarse de ella en un contexto geográfico reducido, aunque existen aspectos que dependen de las condiciones concretas de un lugar determinado: la interrelación entre la salud y el entorno –el medioambiente– dependen de «condiciones planetarias», como una tarea transdisciplinar.

Estas últimas definiciones nos aproximan al concepto actual de *salud* situándonos en un plano integrador de la sociedad y el individuo, y configurando el sentido actual de la salud en el mundo occidental, de tal forma que podríamos también definir la *salud* como un «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» (Perea, 2002).

Para Feito (1996, p. 64), el concepto *salud* es un término amplio y complejo, en el cual se pueden dar las siguientes características:

De la salud tendremos que decir, como notas que le son propias, que es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción).



Por su parte, Gómez Ocaña (2005) entiende por *salud* un estado de «bienestar» que concierne a la persona en su concreción bio-psico-social-espiritual; un bienestar que no contempla al sujeto de manera estática y fija, sino como equilibrio que siempre se encuentra relacionado con las diversas condiciones de vida, trabajo, tiempo que transcurre, peligros que deben afrontar, riesgos, tensiones que inevitablemente atraviesan el camino de su existencia humana. Según esta autora, «estar bien» o «estar mal» depende del sujeto que se encuentra viviendo su propia condición en el espacio insuperable de su cuerpo a través del cual median las relaciones con el resto del mundo.

Definir la *salud* como «completo estado de bienestar», en concreto, significa excluir cualquier forma de sufrimiento o limitación para poder gozar de calidad de vida, alimentando, así, un mito inalcanzable poniendo las bases para un proceso sistemático de delegación a las técnicas clínicas o a las sustancias químicas en la dimensión humana del sufrimiento. El derecho a la salud que la legislación atribuye al ciudadano significa, reconocer que el interés primario de este bien es origen, competencia y actividad del sujeto en su concreción. Para Ocaña, la definición de la OMS parece una definición más adecuada a representar situaciones de tipo «ideal» que en la realidad dinámica de salud en condiciones de normalidad. Es necesario plantear una descripción de *salud* entendida como «activa capacidad de afrontar la vida hasta en sus momentos de mayor dificultad».

Así pues, considerando la salud desde *un enfoque integrador y convergente*, podemos hablar de diferentes tipos de salud: física, emocional, mental, social, laboral, económica, ecológica, etc. Veamos cómo se concibe la salud desde algunas de estas vertientes:

- *Salud somática*: es el estado del organismo libre de enfermedades y capacitado para ejercer normalmente todas sus funciones fisiológicas (por ejemplo, peso corporal, agudeza visual, fuerza muscular, funcionamiento eficiente del cuerpo, etc.). La salud es entendida desde un modelo clínico, donde las personas son consideradas como sistemas fisiológicos multifuncionales.
- *Salud psíquica*: es la capacidad de autonomía mental para reaccionar ante las dificultades y los cambios del ambiente (poseer capacidades intelectuales, procesar y comprender la informa-

ción dada, ejecutar la capacidad para tomar decisiones, etc.). Cobra importancia la capacidad de asimilar los cambios y las dificultades, la de aceptar y/o modificar el ambiente para obtener satisfacciones personales básicas, de manera que la persona sea capaz de establecer relaciones interpersonales armoniosas. El individuo necesita vivir satisfecho consigo mismo y en su relación con los demás.

- *Salud social*: es condición necesaria para la salud física y mental. Una sociedad enferma da lugar a la aparición de enfermedades individuales (ambiente, hábitat, vivienda, alimentación, transportes, contaminación...). La salud vendría identificada, desde esta comprensión, con la capacidad del individuo para relacionarse e integrarse en la urdimbre cultural que le haya tocado vivir, según la lotería social, así como con su capacidad de desarrollar o adaptarse al rol o la tarea social que él mismo pueda y quiera darse o la sociedad decida otorgarle. El individuo necesita tener habilidades para interaccionar bien con el resto de las personas y el ambiente.
- *Salud ecológica*: tener una vida saludable están en relación directa con la salud ambiental: aire puro, agua limpia, control de ruidos, etc. El hombre es un ser vivo solidario del resto de la biosfera, es un ser *con-un-entorno*. El ambiente influye o predispone a la persona a tener más salud o a desarrollar enfermedades.
- *Salud espiritual*: partiendo de la naturaleza metafísica del ser humano, debe ser entendida como aquel estado en el que las creencias de una determinada persona o pueblo son incluidas como elementos constituyentes de la existencia y de la felicidad que cada cual quiera creer o perseguir. Pero las ideas y creencias pueden ser beneficiosas o dañinas para el ser humano. El mundo de la interioridad no puede ser menospreciado si queremos tener una concepción integral de la salud humana o dotar algunas experiencias humanas de cierto sentido.

Con todo, sostenemos que sigue resultando difícil definir integralmente la palabra *salud*, quizá porque ninguna definición se ajusta de manera perfecta a una realidad tan cambiante, mutable, abierta y dinámica como la salud. Pero también porque es muy complejo encerrar en una determinada palabra todo cuanto el ser humano es o puede llegar a ser con relación a la salud, ya sea en sentido propio o colectivo.

Dos profesores titulares de Universidad de EpS opinan así:

- Para García Martínez (2000, p. 19), la *salud* es «un estado, esto es, una cualidad vital que afecta a la totalidad de la vida misma y, como tal, representa un desafío permanente para cualquier definición precisa y medible». Los múltiples factores que inciden en la configuración de ese estado de salud (físicos, mentales, sociales, culturales, económicos, espirituales...) dificultan que puedan ser analizados y sintetizados a partir de una específica disciplina o perspectiva teórica y configurarían la salud como un concepto relacional o ecológico, en el que el ser humano se sitúa con relación a su contexto vital, social y natural.
- Por su parte, Morón-Marchena (2010) entiende que, si la salud se identifica con el bienestar y la felicidad, estaremos persiguiendo siempre una utopía, lo que nos conducirá a una continua e insaciable demanda de los cuidados sanitarios, generadora de gastos inútiles y posiblemente también de situaciones neuróticas.

Para concluir, enumeramos los elementos que se desprenden de la concepción de *salud* y que constituyen los ejes principales sobre los cuales construir las intervenciones en salud (Sarlet, García y Belando, 1996):

- Es un concepto que debe ser definido en términos positivos.
- Es un concepto dinámico; no se puede pretender, pues, definirla como algo estático ni absoluto. La salud es, además, un proceso.
- Está influida por múltiples y diversos aspectos físicos, mentales, sociales y espirituales, entre otros muchos.
- Se identifican tres componentes fundamentales: subjetivo (bienestar), objetivo (capacidad de funcionamiento) y socioecológico (respuesta y adaptación del individuo a los retos del ambiente para lograr un equilibrio dinámico con este).
- Debe ser entendida como recurso para la vida cotidiana y es un factor esencial de la calidad de vida.
- La apreciación de la salud como un elemento que permite desarrollar las potencialidades de cada uno. Facilita el crecimiento personal a todos los niveles, lo que conlleva un sentimiento de satisfacción y plenitud.

Con relación a esta concepción de salud, entendemos la EpS como un instrumento de promoción de salud en cuanto proporciona estrategias para que los individuos elijan las opciones más saludables siempre que el entorno ofrezca oportunidades de elección. La EpS no se refiere solamente a las conductas individuales de salud y de riesgo; requiere desarrollar actividades dirigidas hacia grupos y organizaciones que conciencien sobre las causas ambientales, económicas y sociales de la salud y la enfermedad.

Como hemos podido observar a través del análisis etimológico e histórico realizado, el concepto de *salud* se ha ido modificando con el paso del tiempo. Para una salud contemplada en términos positivos, dinámicos, holísticos y ecológicos, la educación, la participación comunitaria y los aspectos sociales tienen un importante papel.

### 1.3. Concepto de *educación para la salud*

Para poder definir qué es EpS, hemos de considerar y partir de las propias definiciones de *educación* y *salud* anteriormente explicadas, ya que la concepción que tengamos de ambos términos delimitará qué entendemos por EpS. Asimismo, deberemos tener en cuenta el de *promoción de la salud*, como marco teórico configurador, sin el cual no podría comprenderse aquella.

Numerosas instituciones o autores han definido, si bien no de manera unívoca, sí de forma lo suficientemente coincidente como para poder enmarcar la concepción de EpS. En muchas de las obras recogidas en la bibliografía pueden encontrarse numerosas definiciones. Con todo, como punto de partida, es conveniente realizar una aproximación al término, aun sin ser exhaustiva, que permita plantearnos el tema y ver su previsible evolución.

El interés por la EpS tiene una larga tradición. La historia de la especie humana ha mostrado siempre una gran preocupación por la salud y su transmisión; no obstante, la evaluación sistemática y científica es relativamente reciente.

Esta disciplina se constituye formalmente, según Perea (2002), como materia autónoma en 1921 con el primer programa de EpS que impartió el Instituto de Massachusetts, aunque había sido empleado el término EpS por primera vez en 1919, en una conferencia sobre ayuda a la salud infantil.

Para Calvo Fernández y colaboradores (1996), tras revisar distintas definiciones, los múltiples conceptos de EpS podrían representar las ideas de los diferentes profesionales y organismos nacionales e internacionales que están interesados en su estudio y desarrollo, si bien todas tienen como objetivo común a la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los sujetos, hacia una *salud positiva*:

- La primera organización profesional surge en 1922 *The Public Health Education*, perteneciente a la Asociación Americana de Salud Pública. Define la EpS como la suma de experiencias y motivaciones que incrementan el conocimiento de la salud o influyen en el comportamiento sano.
- Seppillo: intervención social que tiende a modificar conscientemente y de forma duradera los comportamientos relacionados con la salud.
- Green (1976): cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud.
- Comité de Terminología para la EpS: proceso con dimensiones sociales, intelectuales y psicológicas, relacionadas con las actividades que incrementen las capacidades de la gente para tomar decisiones informadas, que afectan su bienestar personal, familiar y comunitario.
- Salleras (1985): la EpS no solo debe ser un instrumento fundamental para la consecución de los objetivos de la salud pública en la fase de promoción de la salud, sino que lo debe ser también, y de igual manera, en la fase de Restauración de la salud.
- National Conference on Preventive Medicine (1975): proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugnando los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos.

Después de fundarse la primera organización profesional de EpS en 1922, tendríamos que esperar hasta 1937 para que se estableciera una cualificación profesional. En 1977 se editó un documento que regulaba las funciones de los educadores de la salud pública. La formación de estos educadores se impartió en diver-

sas instituciones y niveles, desde el bachillerato hasta la formación postuniversitaria. El número de programas fue en aumento, y se les consideró el primer ámbito profesional en la promoción de la salud por su contribución a la reducción de problemas de salud y a elevar el nivel de bienestar en la sociedad (Rothman y Byrne, 1981).

Para Salleras (1985), la conferencia de Medicina Preventiva celebrada en los Estados Unidos en 1975 recoge la definición más completa de EpS, pues incluye una serie de actividades conducentes a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las que los individuos pueden mejorar su propia salud.
- Motivar a la población para que, con el cambio, consiga hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarios para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables.
- Propugnar cambios en el medioambiente que faciliten unas condiciones de vida saludables y una conducta hacia la salud positiva.
- Promover la enseñanza, la formación y la capacitación de todos los agentes de EpS de la comunidad.
- Incrementar, mediante la investigación y evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos.

Actualmente, hallamos numerosas definiciones que se han formulado acerca de la EpS, surgiendo algunas discusiones al respecto.

La OMS (1969) hizo hincapié en la preparación de los sujetos y los grupos sociales, en la necesidad de dotarlos de medios y recursos para tomar decisiones correctas, al señalar a la EpS como:

El proceso que se interesa por todas aquellas experiencias de un individuo, grupo o comunidad que influyen las creencias, actitudes y comportamientos con relación a la salud, así como por los esfuerzos y procesos que producen un cambio cuando este es necesario para una mejor salud.

En 1978 la OMS, en la Conferencia de Alma-Ata, establece las estrategias que en materia de salud. 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».

Modolo (1979) dice que la EpS es uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva y la conceptúa como «el instrumento que ayuda al individuo a adquirir un conocimiento científico sobre problemas y comportamientos útiles, para alcanzar el objetivo salud».

Una definición muy utilizada en los años ochenta es la formulada por Henderson (1981): «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».

En este sentido, la OMS, en la 36.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (1983), define la EpS como:

[...] esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos» o «cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en la que la gente sepa cómo alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite.

Posteriormente esta definición sería muy debatida, y la crítica fundamental se centró en la expresión «acción ejercida», entendida esta como limitación del nivel de autonomía del sujeto y, en su consecuencia, carente de eficacia, ya que, como afirma Perea *et al.* (2009, p. 15), «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 cual esta definición ha ido evolucionando, integrándose actualmente en un concepto de escuela nueva y obteniendo un mayor consenso.

Por otra parte, la definición de EpS que ofrece el Glosario de la Organización Mundial de la Salud (Nutbean, 1986):

La EpS es un término que se utiliza para designar las oportunidades de aprendizaje, creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta, encaminados hacia una meta predeterminada. La

EpS ha estado hasta ahora estrechamente ligada a la prevención de la enfermedad, como medio susceptible de modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades. Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud.

Morón-Marchena (2007) señala que pueden identificarse fácilmente dos etapas –dos tradiciones– distintas en la evolución del concepto de EpS. Una clásica, hasta la década de los setenta, en la que las acciones educativas se dirigen al sujeto con el objetivo de responsabilizarse de su propia salud, para conseguir la modificación de sus comportamientos en un sentido positivo. Posteriormente se incorporó la consideración que las conductas de las personas también dependen de factores externos, de tipo ambiental y social, por lo cual las acciones educativas deberían promover cambios en dichos ámbitos.

A nuestro entender, la EpS puede definirse como una actividad que pretende aportar elementos a los individuos y a la comunidad para que se modifiquen los comportamientos hacia conductas más saludables, así como los determinantes que no son solo responsabilidad individual. Rochon (1991) sostiene que la definición más completa es la de Lawrence W. Gordon, para quien la «EpS es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar cambios de comportamientos saludables».

Siguiendo a Sáez, Marques y Collel (1995), encontramos autores que definen la EpS según el ámbito en el que se realiza la actividad y otros independientemente del ámbito de actuación. En cualquier caso, la EpS es uno de los instrumentos que utiliza la promoción de la salud, y básicamente pretende facilitar los cambios de comportamiento hacia conductas más saludables, que eliminen factores de riesgo y potencie los de protección.

Partiendo de entender la educación como un proceso optimizador y de integración, y la salud como bienestar físico, psíquico y social, Perea (1992) define 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 (2002) considera que la EpS tiene una función preventiva e incluso correctiva que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades. La principal finalidad de la EpS no está en evitar la enfermedad, sino en promover estilos de vida saludables; por lo que 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.

Numerosos autores son los que insisten sobre la vinculación de los comportamientos, las conductas y su influencia en la salud y en la enfermedad; aun así, 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. La investigación epidemiológica (Syme, 1991) 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 serían consecuencia de conductas independientes, sino que están insertos en un contexto o entramado social formando unos determinados estilos de vida. Las estrategias educativas y los objetivos de cambio en la EpS deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan. Resulta difícil que se produzca una modificación de la conducta si al mismo tiempo no se promueven los cambios ambientales adecuados.

Para Perea (2002), la EpS tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana, centrándose no en conductas aisladas, ya que estas 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 solo hacia el cambio de aquellos factores nocivos del contexto, sino también a sus propios hábitos y tendencias.

García Martínez *et al.* (2000) señalan que pueden surgir contradicciones, ya que, por un lado, se insiste en la existencia de factores determinantes de la salud, lo que debería suponer la ruptura de la tendencia de demandar servicios técnicos-sanitarios, y, por otro, se olvida que «los hábitos de vida y la transformación del medioambiente tienen una incidencia en la salud casi seis veces superior que todo el sistema de asistencia sanitaria» (Casado Flores, 1990, p. 111). Unos factores sociales, que se condicionan mutuamente al tiempo que se hallan estrechamente ligados entre sí y que Polaino-Lorente (1987) clasifica como factores *predisponentes, facilitantes y reforzantes* de la salud.

Como parte del entramado promocional de la salud, la EpS se interesa especialmente por los determinantes que generan riesgos para la salud y por las condiciones de vida y comportamientos que condicionan la mejora de la salud. Su objetivo primordial consiste en modificar no coercitivamente los comportamientos individuales y colectivos para mejorar el nivel de salud de la comunidad por medio de prácticas educativas que vienen siendo sustentadas por la acción promocional de la Educación Social; prácticas que pueden ser bien de carácter general (campañas universales) o de ámbitos específicos (en las escuelas, barrios, empresas). Su recurso a diversos componentes científicos se incardina en un eje fundamental caracterizado por las circunstancias y los métodos pedagógicos de corte participativo y comunitario (González Hernández y García Martínez, 1998).

Los ámbitos de la EpS son numerosos. El primer lugar donde debe iniciarse es en la familia, como primer eje socializador, seguido de la escuela que también tiene una función importantísima, así como otras instituciones del ámbito laboral y comunitario.

La salud implica una responsabilidad individual y social; 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.

La forma de abordaje de las diversas problemáticas por parte de la EpS suele producirse en torno a tres grandes epígrafes:

- a) Por temas: nutrición, deporte, tabaquismo, sexualidad, sida, drogas, adicciones, accidentes, malos tratos, etc.
- b) Por sectores de población: niños, jóvenes, mujeres, tercera edad, poblaciones desfavorecidas, etc.
- c) Por lugares de vida: escuela, barrio, ciudades, lugar de trabajo, etc.

Desde el punto de vida de los agentes a los que concierne la EpS podemos también distinguir dos grandes apartados:

1. Aquellos que se ven confrontados diariamente a la necesidad de efectuar orientaciones y dar consejos sobre la salud, como los médicos, farmacéuticos, enseñantes, trabajadores y educadores sociales, etc.
2. Los que participan en actividades explícitas de EpS, como los médicos de empresa, el personal de salud escolar, los animadores de los organismos de EpS, etc.

## 1.4. Otros conceptos relacionados

Como hemos visto en los apartados anteriores, hay una serie de términos relacionados con la salud y la EpS, como *bienestar*, *calidad de vida*, *prevención* o *promoción de la salud*.

Los términos de *prevención* y *promoción de la salud* se confunden con asiduidad. Sáez, Marqués y Collel (1995, p. 123) los diferencian:

*Prevenir* es evitar, prever, preparar. En el caso de las enfermedades, evitar que estas se produzcan, prever que puedan producirse y preparar el terreno para que no se produzcan y para que, si se producen, se dispongan de los medios para poder combatirlos. En el campo de la salud es muy conocido el dicho «prevenir es curar», aunque no sea del todo cierto. Prevenir es no tener que llegar a curar, lo cual es competencia de quien ejerce la medicina, ya sea a nivel individual o colectivo.

Dentro de la prevención se distinguen tres tipos, que podemos caracterizar así (Rochon, 1991; Costa y López, 1996):

- *Prevención primaria*: se centra tanto en disminuir los factores de riesgo como en aumentar los factores de protección y va dirigida a la población en general, compuesta por medidas dirigidas a disminuir la incidencia de la enfermedad, es decir, la aparición de nuevos casos.
- *Prevención secundaria*: se ocupa de la detección precoz de los problemas de salud y de facilitar cambios de conductas que permitan el tratamiento de enfermedades y va dirigida principalmente a grupos de riesgo, tratando de disminuir la prevalencia, acortando el curso de la enfermedad.
- *Prevención terciaria*: atañe a la prevención de las recaídas de aquellas personas ya enfermas, disminuyendo las secuelas y consecuencias de las enfermedades.

Se entiende como *prevención* las acciones desarrolladas en diferentes momentos: antes de que aparezca el problema (prevención primaria) que consistirá en evitar precisamente que el problema llegue a aparecer fomentando las condiciones más favorables para ello; cuando el problema ya apareció, pero está todavía en sus inicios (prevención secundaria) y, por consiguiente, cuanto antes se detecte más fácil será atajarlo para que no crezca; cuando el problema ya está desarrollado (prevención terciaria) intentando que no se vuelva a reproducir en el futuro.

El concepto de *promoción de la salud* se dio a conocer, principalmente, a raíz del informe de la OMS de 1984, a pesar de que ya existían previamente diversos antecedentes en los que la preocupación por el mantenimiento de patrones de vida sanos para el normal desarrollo de las personas, llevaron a los conceptos actuales de *salud positiva* y a la posterior aparición de actividades destinadas a desarrollar en la población hábitos de vida saludables y a capacitar a la gente a aumentar su control sobre la propia salud. Nutbean (1986) interpretaba la promoción de la salud como un conjunto de medidas que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los individuos, de la familia y de la comunidad.

La promoción produce una vinculación de la población con su propio entorno, con el fin de conseguir cambiar las condiciones de vida y la forma de vivir, y su campo de actuación comprende a toda la población, sana y enferma. Implica trabajar con la población para promover estilos de vida sanos, intervenir so-

bre el entorno para mantener los factores favorecedores de dichos estilos y eliminar los que no lo sean. Los cinco principios clave de la promoción de la salud según la OMS son los siguientes (Flores, García y Rabadán, 2003):

- Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente, que está más allá del control de los individuos, sea favorable a la salud.
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar la manera de promover la salud de sus comunidades.
- Pese a que la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

Puede considerarse elemento impulsor del concepto de *promoción de la salud*, acuñado en una primera etapa por Sigerist (1981), el dotar a la sanidad de determinadas funciones: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento del enfermo y rehabilitación del paciente... En una primera aproximación, hay que tener en cuenta el *Informe Lalonde*, donde se reconoció extensamente que la asistencia sanitaria no era el único factor responsable de la salud de la población, considerando otros de igual o mayor importancia tales como factores ambientales, biológicos y los estilos de vida (Asenjo, 1999).

Como segundo elemento impulsor, puede citarse la respuesta de la OMS a la situación generada por la escasa incidencia en la salud de la población, de los factores asociados a la asistencia sanitaria, respuesta que llevó a elaborar en 1977 la «Estrategia Mundial Salud para todos en el año 2000», donde se reflejaban una serie de objetivos cuya orientación iba destinada a elaborar

planes en la consecución del objetivo «Salud» para todos los pueblos y naciones (Nájera, 1996).

Ashton y Seymour (1990) apuntan que la promoción de salud se diferencia de la EpS y la medicina comunitaria, en las dos características siguientes:

- a) La promoción de salud engloba no solo la prevención, sino que incorpora la participación, multisectorialidad, populismo, etc.; se interesa por los grandes temas, tanto en el campo político como en la educación, así como en una economía próspera;
- b) Si bien hace hincapié en el papel de los individuos sobre su propia salud a través de la adquisición de hábitos y actitudes saludables, subraya, de modo especial, la importancia de la responsabilidad social, para lo cual propone la creación de ambientes y opciones que hagan más fácil elegir lo saludable.

Aparte de estas características, Ashton y Seymour (1990) afirman que el acento de la promoción de salud se pone en el cambio, tanto a nivel individual como social. Los que llevan a cabo la promoción de salud deben conocer y aprovechar los cambios, las tendencias, que acontecen en la sociedad, porque estos son fenómenos de gran influencia que conformarán los futuros colectivos.

En cuanto a la metodología utilizada en los proyectos de promoción de salud, es evidente que está orientada a ser más eficiente cuando se interviene sobre la población de un área o región, como un todo, o sea, pese a que el problema de salud solo afecte a un grupo; el resto de la comunidad debe intervenir como posibles agentes de salud. Y, sobre el tema de los recursos creemos interesante comentar que, generalmente, los proyectos de promoción de salud suelen iniciarse con pocos recursos, pero, a medida que se avanza en el proceso, y como consecuencia de técnicas de marketing social y de comunicación orientadas a la obtención de recursos, se reemplaza ese déficit; dichas técnicas tienen, además, el objetivo de lograr la implicación social.

Barriga (1995) realiza una distinción entre los conceptos de *prevención* y *promoción de la salud*. Al hablar de *promoción*, resalta el aspecto positivo en favor de la salud (hacer que las opciones saludables sean más fáciles de realizar); cuando nos referimos a

la *prevención* indicamos lo negativo (estrategias para reducir factores de riesgo, enfermedades específicas, o para reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad).

Cuando hablamos de *EpS*, nos referimos a un instrumento de promoción que proporciona estrategias para que los sujetos deseen lo más saludable cuando el entorno les permite elegir entre varias opciones. Elegir implica conocer y tener habilidades y recursos para hacerlo. La promoción de la salud adquiere, así, extensas connotaciones que superan a las acciones individuales, sociales y comunitarias.

Sarlet, García y Belando (1996) han observado contradicciones en los programas de promoción de salud y señalan que estas pueden darse aunque los programas se realicen en una adecuada orientación teórica. Entre ellas:

1. Añadir años a la vida es uno de los objetivos que se persiguen en las intervenciones de salud. Barriga (1995) propone valorar el precio que hay que pagar por ello, precisando que lo importante es vivir con una cierta calidad de vida.
2. Ante los enormes gastos sanitarios habría que priorizar el garantizar la equidad en salud; no es justo una distribución que beneficia a unos pocos, mientras que muchos no cuentan con determinados servicios mínimos.
3. El riesgo está presente en la vida cotidiana, no se puede pretender promover un estilo de vida sin riesgo. Una selección del riesgo conforme a la capacidad de control que el individuo tenga sobre cada situación: esta conducta puede considerarse como un ejercicio de promoción de estilo de vida saludable.
4. La salud no es el máximo valor para todos, ni en todo momento, de ahí que se habrán de utilizar estrategias de influencia socialmente validadas para transmitir nuestras prioridades en valores.

El Consejo de la Juventud de España (1997) señala que la *EpS* estaría orientada a favorecer estilos de vida saludable, a través de la promoción de actitudes y hábitos de responsabilización con la salud propia y la del entorno. Así, apostar por una perspectiva de promoción de hábitos de vida saludable significa:

1. Entender el estado de salud en un *sentido amplio*. No busca prevenir un problema concreto, sino aportar un bienestar individual y colectivo.
2. Promover una educación centrada en los *aspectos positivos* de la salud.
3. Crear y construir hábitos y estilos de vida saludables por medio de la *responsabilización individual y colectiva*. Promover la información necesaria, potenciar habilidades personales, capacitar a las personas para que decidan e influyan sobre los factores que determinan su salud, y reforzar factores favorables a realizar elecciones saludables modificando las que no son.
4. *Educar para la libertad* y la responsabilidad. La educación de toda persona debe aspirar a conferirle el mayor grado de autonomía e independencia.
5. *Implicar a la comunidad* y a los destinatarios/as de los programas.

Cabe entresacar de aquí la referencia a la «libertad» como uno de los objetivos que debe plantearse la promoción y la EpS, complejo fin, sin duda, y más teniendo en cuenta el propio carácter polisémico del término en cuestión. Como indica Bouché (1998), «libertad no es un conocimiento que se obtenga a través de la ciencia y, por lo tanto, aunque no excluya una descripción fenomenológica, el mecanismo que pueda regirla es indescriptible», por lo cual la EpS debe interesarse no solo por los conocimientos (por los «datos»), sino por otros ámbitos (que entrarían en la categoría del «sentido»), que permitan la posibilidad de conocer y adoptar posiciones que favorezcan la salud individual y comunitaria.

No podemos dejar de incorporar en esta selección de términos otros como los de *bienestar* o *calidad de vida*, etc.

García Martínez *et al.* (2000) comentan que la incorporación del término *bienestar* en sus diversas dimensiones al contexto de la salud supuso comenzar a tener en cuenta su alcance, y el de sus mutuas interrelaciones, yendo más allá de la propuesta de la OMS. La salud deberá contar en lo sucesivo con estas perspectivas que, analíticamente se concretan en:

- a) *Bienestar social*: el contexto social de la vida humana se presenta fundamentalmente como un determinante de la salud y no



como un modo de medida de esta, es decir, la propia interacción social se convierte en un medio para el establecimiento de la salud y no solo en una parte integrante de ella. La vida saludable se establece en la medida en que la familia y el entorno comunitario contribuyen positivamente a su plasmación.

- b) *Bienestar físico y mental*: la salud no responde ya solo a los estados físicos o biológicos, sino también a la consideración del equilibrio de los factores psicológicos de la personalidad. No obstante, suponer un gran avance sobre la «fiscalización» de la salud la referencia continua a los aspectos físicos por parte de la cultura dominante de la salud hace muy difícil la aceptación de lo mental como determinante del bienestar si no va acompañado de causas y síntomas físicos.
- c) *Bienestar espiritual*: esta faceta del bienestar no fue considerada por la primera definición de *salud* en 1948, si bien en las definiciones y revisiones que se han realizado posteriormente, en concreto en el año 1998, incluyen la dimensión espiritual. Podemos ser conscientes de que nuestra condición espiritual incide directamente en los sentimientos subjetivos del bienestar, en la habilidad para adaptarse a las circunstancias ambientales y en la capacidad para emplear los recursos de orden personal y social disponibles. Con todo, somos conscientes de las dificultades que conllevaría establecer con un mínimo rigor el alcance de esta dimensión del bienestar; lo que hace aconsejable no introducirlo como criterio de demarcación del bienestar.
- d) *Salud holística*: hace referencia a la consideración de la salud como una *gestalt* bien integrada de los diversos factores que en ella inciden, en contraste con lo que representa su enfoque en torno a una colección diversa de sus componentes. De esta apreciación surge el denominado *concepto ecológico de salud*, que engloba los rasgos biológicos de los individuos dentro de las características generales de la comunidad en la que se desenvuelven, junto al medioambiente en el que viven. El ser humano es apreciado como un ser biológico-cultural que forma parte de su entorno natural y cuyas características biológicas, culturales y ambientales constituyen el ecosistema en el que vive junto al resto de los seres vivos, pero que es capaz de producir transformaciones sustanciales en su medio vital.

Otro de los términos relacionados con el de *salud* es el concepto *calidad de vida*, que se incorporó a las ciencias sociales en los años sesenta y que, para García Martínez *et al.* (2000), supone que:

- El término *vida* se refiere solo a la vida humana, en sus aspectos sociocomunitarios. La *calidad de vida* es, por tanto, la de amplios grupos humanos.
- También hace referencia a una forma de existencia superior a la meramente física, que incluiría el campo de las relaciones sociales del sujeto, sus posibilidades de acceso a los bienes materiales, su entorno ecológico-ambiental, los riesgos para su salud, etc.
- Se presenta como un sinónimo de la calidad de las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades de los sujetos, las condiciones objetivas y subjetivas y las cuantitativas y cualitativas.
- La calidad de vida se aprecia como el resultado de una aproximación cuantitativa y estricta o mayoritariamente económica a la cuestión de cómo viven las personas.
- La calidad es un «continuo» en cuyos polos se encuentran la excelencia y superioridad de una cosa y la vulgaridad o inferioridad.
- A este concepto subyace una opinión comparativa de los elementos que la potencian y de los que la disminuyen. El problema reside en la definición de los criterios de comparación, que, al ser individuales, hacen que la calidad de vida resulte ser el fruto de la percepción individual-subjetiva de unas condiciones de vida objetivas (nivel de aspiración, expectativas, grupos de referencia, valores personales, etc.).
- La calidad de vida se relaciona con el nivel de satisfacción que a un sujeto le proporcionan sus condiciones de vida cuando las compara, sobre la base de criterios personales, con otras situaciones propias de la vida de otros seres humanos.

El fenómeno de la calidad de vida viene a ser el resultado de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y ciertas variables más subjetivas y personales, que tienen como resultado un determinado índice de satisfacción y de felicidad en los individuos. La *calidad de vida* es un concepto inclusivo que abarca

todos los aspectos de la vida, tal y como lo experimentan los individuos, incluyendo aspectos como «salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza en otros» (Levi y Anderson, 1980, pp. 6-7). En esta apreciación García Martínez *et al.* (2000) destacan dos componentes:

- a) El *nivel de vida*, que se refiere a aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria (renta per cápita, nivel educativo, condiciones de vivienda, etc.), es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan (salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos, etc.).
- b) Los *indicadores sociales*, que delimitan y especifican aquellos aspectos, dominios, condiciones y dimensiones que componen la vida del sujeto y en torno a los que se manifiesta su grado de satisfacción y bienestar. Son componentes del nivel de vida, elevados globalmente bajo un punto de vista subjetivo, y no objetivo-cuantitativo como en el nivel de vida.

Sobre la definición de *calidad de vida*, cabe destacar la formulada por el Grupo que trabajó el tema para la OMS (The WHOQOL Group, 1993), entendida como una interacción entre lo subjetivo y lo objetivo, más concretamente:

Como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.



## Educación para la salud y comunidad

Considerando todo lo dicho, no cabe duda de que la EpS debe enmarcarse en un entorno social. La sociedad y la comunidad se presentan como un agente educativo de primordial importancia. En pleno siglo XXI, la salud no puede entenderse sin una serie de elementos que, de forma ineludible, deben ser tratados. Nos interesa considerar todos los aspectos referidos a la promoción de salud, fundamentales a la hora de abordar la EpS. Además del entorno social y de la comunidad, existe otro elemento prioritario muy relacionado con los conceptos anteriores, la *participación comunitaria*.

En las siguientes páginas hablaremos, por lo tanto, de la comunidad y de la participación comunitaria, en lo que respecta a su relación con la EpS, para, posteriormente, efectuar un recorrido histórico por aquellos momentos, principalmente encuentros internacionales, en los que se han demandado dichos elementos.

La EpS se desarrolla en un entorno concreto, en una comunidad. Aunque pueda limitarse a un espacio más concreto, como puede ser un centro educativo, necesariamente se relaciona con el exterior. Ante todo, cabría hacerse una pregunta de partida: ¿qué se entiende por *comunidad* y qué elementos la conforman? Según el análisis que realiza Flores (1996a), no se dispone por el momento de un concepto unánime que sea capaz de satisfacer todas las exigencias que la definición del término *comunidad* se hace acreedora. Así, la mayoría de los autores señalan distintas definiciones haciendo referencia a otros que les precedieron en

el tiempo, destacando, asimismo, los elementos o características más coincidentes.

San Martín y Pastor (1988) consideran como principales elementos, a la hora de definir a la comunidad, los siguientes:

- Los grupos de población organizados e interrelacionados.
- La coexistencia en una zona o región geográfica bien delimitada.
- Cierta grado de integración producido a través de experiencias comunes y comportamientos sociales similares.
- Cierta grado de comunidad funcional económica.
- Cierta grado de conciencia de unidad (étnica, cultural, social) local.
- Cierta grado de unidad en la acción colectiva, particularmente en los grupos.
- Existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas entre las que cuentan como localmente importantes la educación, salud, justicia, Administración local.

Para Marchioni (1989) y Turabian (1992), el concepto de *comunidad*, en sentido pragmático y operativo, se compone de cuatro elementos fundamentales de tipo estructural, que, a su vez, son factores de conocimiento de la comunidad que van a participar muy directamente en la acción comunitaria. Estos son: territorio, población, demanda (los problemas que dicha población expresa) y recursos disponibles.

Se entiende por *territorio* una entidad física y social (y no solo urbanística) en la que se producen las relaciones sociales que se dan entre las instituciones y la población que en ella se radica.

En cuanto a la *población*, a la hora de planificar una acción social, interesa hablar de *indicadores de población* (edades, sexo, clases sociales, individuos, familias, los grupos, la colectividad en general y la evolución histórica de la población).

La *demanda* no es un concepto estrictamente uniforme, sino de carácter pluridimensional. Marchioni (1989) la define proponiendo una serie de dualidades:

- *Actual y futura*: actual cuando la sociedad precisa de soluciones y respuestas de carácter inmediato, por lo que los recursos han de movilizarse a corto plazo. Será futura cuando el con-

junto de ofertas en la relación con la demanda puede determinarse en un plazo más largo.

- *Explícita e implícita*: explícita cuando se da un nivel de conciencia por parte de sectores de la comunidad acerca de la existencia de un determinado problema, e *implícita* si existe la demanda, pero el nivel de conciencia respecto a ella no está perfectamente precisado en primera instancia. En este caso, la comunidad por sí misma no ha establecido los términos del problema, pero en un futuro o con otras condiciones, podrá demandar elementos cuya necesidad no haya sido identificada anteriormente.
- *Subjetiva y objetiva*: percepción de un problema por parte de algunos sectores de la comunidad de un modo subjetivo, distinta a como se da en la realidad dicho problema, con una visión objetiva.
- *Existente y potencial*: pueden coexistir, por lo que será necesario actuar con previsión.

Los *recursos* disponibles es otro de los elementos fundamentales, como punto de partida, en el desarrollo de la acción social y comunitaria. No obstante, cabe destacar que el primer y principal recurso lo constituye la comunidad y sus miembros.

La comunidad es:

[...] una población que vive y se relaciona en un territorio/ambiente, entendiéndolo en sentido amplio, que posee unos determinados recursos y que tiene unas determinadas necesidades bien sentidas o manifestadas. (Flores, 1996a)

Siles (1996) considera que se debe adecuar el concepto de *comunidad* a la realidad social, lo cual significa tener en cuenta las desigualdades sociales y económicas existentes, las influencias externas (medios de comunicación, modas...) y las formas de relacionarse con su entramado de redes personales y sociales, que pueden culminar o no en líderes reconocibles y más o menos representativos de determinados grupos.

De ahí la importancia de conocer las formas de articulación social que se producen, de identificar un conjunto de valores y de intereses compartidos, siendo conscientes de las diferencias existentes entre los individuos y los grupos sociales. La articu-

lación social en una sociedad como la nuestra no es única, coexisten una diversidad de redes formales e informales, con diferentes formas de relacionarse (y generalmente con un grado de asociacionismo formal muy bajo).

Una comunidad es un ámbito de convivencia respetuoso y tolerante. La palabra *comunidad* también se puede usar para referirse a la salud comunitaria, o a la globalidad de los servicios que ayudan a promover la salud. El ambiente físico que caracteriza una comunidad, como el hogar, la escuela y todos los servicios sociales y de salud disponibles, son importantes para que los educandos entiendan el sentido de «comunidad», así como la forma en que pueden influir en su medio y la manera en que este incide sobre ellos. Hemos de ser conscientes de la responsabilidad que tenemos sobre el medio, tanto local como globalmente, y que el proyecto de trabajo ambiental en la escuela y su comunidad sean generadores de interés por la participación y sentido de la responsabilidad.

Ninguna intervención sanitaria puede tener éxito si no pasa a través de la colaboración y la participación activa de la comunidad (Modolo, 1987). La participación comunitaria se relaciona directamente con la promoción y EpS, al igual que la salud, en su sentido más amplio, está estrechamente conectada a lo social.

Siguiendo con Siles (1996), los servicios sanitarios están conectados con su medio social. De hecho, los servicios públicos necesitan legitimarse socialmente, por lo que la participación social en los mismos es un derecho de los ciudadanos consagrado por las leyes. Además, las intervenciones que contribuyen a la mejora de la salud pública se producen en un medio social concreto. Conocer el medio y adecuar las acciones a este es esencial para aumentar la eficacia de dichas intervenciones. Hoy no se discute que la participación es un instrumento que puede y debe contribuir a elevar los niveles de salud de la población (López y Siles, 1993).

De ahí que propuestas estratégicas tales como la promoción de la salud o la Atención Primaria de Salud den un importante papel a la participación comunitaria, aunque, en realidad, no puede decirse que hoy en día sea realmente amplia y efectiva. Encontramos tres instrumentos, muy interrelacionados entre sí, que constituyen distintas categorías de acción en la mejora de la salud colectiva:



- *Intervención comunitaria*: estrategia usada para mejorar la salud de la población de referencia (junto a la orientación familiar, la clínica-individual, etc.). Es un conjunto de acciones que los servicios emprenden sobre grupos de población determinados para aumentar sus niveles de salud o responder a problemas de salud concretos.
- *Acción social en salud*: actividades que se producen en la sociedad y que contribuyen a mejorar la salud. Son actuaciones llevadas a cabo por individuos, las que se realizan en el seno de la familia, son promovidas por asociaciones o las acciones que emprenden otros sectores y que inciden en la salud de la ciudadanía.
- *Participación comunitaria*: constituye la parte de la acción social que se produce en relación con los servicios y que es regulada por estos. Es, pues, un conjunto de mecanismos que los servicios ponen en marcha y articulan, y que hacen a estos más o menos permeables a la influencia del medio social.

En todo caso, ninguno de estos «instrumentos» puede conectar a todos los colectivos de población, por lo que deben coexistir. Silés destaca especialmente los Consejos de Salud, el mecanismo más formalizado.

Otro autor que analizó significativamente la incidencia de lo «social», de la participación comunitaria en la salud, ha sido el profesor Barriga (1988). Parte de considerar que los niveles de bienestar social son cambiantes, de acuerdo con las condiciones socioestructurales y las aspiraciones o necesidades de los miembros de una comunidad. Lo que en tiempos atrás podía ser un «fin» a conseguir, puede ser considerado como simple escalón intermedio de una población con mayor esperanza de vida y más exigencia en su calidad de vida.

La representación social que cada uno hace de su salud está de acuerdo con sus expectativas socioculturales, su entorno socioeconómico y el contexto comunitario en que se desenvuelve. La salud es un bien colectivo, ya que el bienestar individual depende del social, del de los demás. Al hablar de *salud*, podemos aislarnos de lo «social», de la sociedad y de la comunidad.

De ahí que la salud también sea objeto –y fin– de distintas disciplinas científicas, tales como la Pedagogía, Psicología, etc. Es más, la salud no puede ser gestionada, administrada, defini-

da... exclusivamente por profesionales de la salud, al margen de los usuarios o clientes. Deberán optar por una aptitud participativa, colaboradora y no exclusivamente reivindicativa (usualmente un primer paso, que progresivamente puede dar lugar incluso a la gestión de los recursos). Es necesaria la coparticipación de los usuarios, el acercamiento comunitario y contextualizado de la salud.

Para participar, hay que acercarse a los problemas para conocerlos, estudiarlos y resolverlos teniendo presente los recursos que puedan disponerse. Se requiere la accesibilidad de todos los mecanismos de participación, la especificación técnica del equipo multidisciplinar de salud, las peculiaridades socioculturales del entorno, los diferentes mecanismos de participación, los recursos económicos, etc., además de la voluntad de permitir la participación, con lo cual habrá que añadir elementos de descentralización, adecuada planificación sectorial, etc.

La *participación comunitaria* facilita introducir mecanismos de negociación y diálogo entre las instancias que intervienen en el campo de la salud: Administración política, profesionales (sanitarios y no sanitarios) y los usuarios.

La participación comunitaria es intervenir en la toma de decisiones tendentes a planificar, gestionar y controlar el uso de los recursos. Es una de las tareas de los usuarios, bien de modo indirecto a través de sus representantes políticos (democracia representativa), bien por representantes no políticos (líderes de movimientos y asociaciones sociales), bien por sí mismos (democracia asamblearia), potenciando en la medida de lo posible los movimientos organizados existentes en la comunidad.

Se ha de participar indirectamente en la representación y directamente en la acción personal, sabiendo que se trata de conjugar los legítimos intereses de los particulares con los de la colectividad. Debe ser eficaz y eficiente, en todos los campos, en la planificación, gestión y control, en todas las esferas constitutivas de la salud, lógicamente en grado diferente. Mayor y decisiva lo será en la salud preventiva y en la promoción de la salud. Participación comunitaria y promoción-EpS aparecen estrechamente relacionadas, una no puede darse sin la otra.

Para Morón-Marchena (1998), la EpS debe basarse en un modelo participativo preocupado por desarrollar una salud integrada e integral. Si la salud es responsabilidad de todos, todos he-

mos de ser educadores para la salud, intentando resolver los problemas y mejorando los niveles socioculturales que garanticen una mejor calidad de vida y un mayor nivel de bienestar social. Entre otras posibles acciones citamos:

- Concienciar a todos los usuarios en sus ámbitos naturales de actuación.
- Movilizar las organizaciones sociales existentes.
- Vertebrar a la comunidad con nuevas asociaciones.
- Organizar informaciones basadas en datos reales con fundamentación en investigaciones científicas.
- Sugerir soluciones creativas a problemas concretos.

Como complemento de lo expuesto, reflejamos a continuación un recorrido histórico sobre los momentos más significativos en los que se ha demandado la participación comunitaria y su relación con la EpS. Turabian (1992) muestra un estudio de los antecedentes históricos de la participación comunitaria en los ámbitos de salud. Si bien este concepto se remonta a décadas atrás, su institucionalización –la regulación burocrática de la participación– es un hecho reciente.

Hasta ya entrado el siglo XX no se planteó la posibilidad de la participación de la ciudadanía, de los pacientes o consumidores, en los servicios de salud. En las primeras décadas del pasado siglo, la medicina consiguió un fuerte avance, la tecnología médica había sido totalmente aceptada, los cuidados de salud se hacen más complicados, debido a la organización, planificación y tecnología sanitaria, de tal forma que los pacientes no llegaban a entender la «mágica» ciencia médica y tan solo podían ser tratados por los profesionales de la medicina, como meros objetos de trabajo. Con el tiempo, los costes aumentaron se incrementan las expectativas de los pacientes, que ven a los profesionales médicos como figuras autoritarias, y se discuten algunas decisiones que estos tomaban cuando podían infringir los derechos de los ciudadanos.

Paralelamente, en otras áreas de la sociedad, los propios ciudadanos se planteaban su realidad, ajena a la toma de decisiones. Determinados hechos apoyaron esta situación, como los problemas económicos que aumentan la bolsa de pobreza y el desempleo, los descontentos sociales, una mayor toma de con-

ciencia por parte de la mujer y determinados grupos minoritarios, etc. Se observa en los sesenta una corriente de opinión que demanda una mayor participación en la toma de decisiones, que en los años siguientes se ve reflejada en diferentes leyes de participación ciudadana, demandas de personas individuales y de colectivos organizados que reclamaban un papel en la planificación, gestión y actividad de sus servicios sanitarios.

Antes del uso del término *participación comunitaria* surgió el de *desarrollo comunitario en el Tercer Mundo*, empleado por los británicos para referirse al desarrollo de educación básica y bienestar social en sus colonias. En los años cincuenta, las Naciones Unidas retoma el término, dándole una orientación fundamentalmente rural, aunque también se llevan a cabo programas de desarrollo comunitario en zonas urbanas del Tercer Mundo. Sin embargo, al tomar conciencia del fracaso de los modelos de crecimiento acelerado de desarrollo económico, se redefinió el concepto, surgiendo el de *participación comunitaria*.

Este tipo de participación, y el conocimiento de los ciudadanos de sus necesidades básicas, son los elementos fundamentales para asegurar los proyectos de desarrollo.

El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional tuvieron su papel en su intento de responsabilizarse en el desarrollo a largo plazo de los recursos productivos y del equilibrio de la balanza de pagos. Hasta los setenta, defendieron una política lineal: el crecimiento económico podría automáticamente producir beneficios en los más pobres; pero se comprobó que, aunque se diera tal incremento, no se mejoraba la situación de aquellos, incluso produciéndose un aumento de la pobreza y la desigualdad. El planteamiento varió sustancialmente: la estabilidad no era posible sin un desarrollo interno mínimo, favoreciendo la mejora de los servicios básicos de salud, educación o distribución de ingresos.

En los setenta también se hace patente una creciente crítica respecto a las limitadas posibilidades de la ciencia y la técnica para contribuir por sí solas a la salud. Supuso un aumento de incertidumbre en muchos profesionales sanitarios formados en el marco de unos paradigmas que se habían vuelto muy discutidos y que quizás no fueran lo válidos que ellos consideraban. La enfermedad dejaba de ser un hecho de un organismo individual aislado, también incidían otros elementos de carácter ambiental y social. El sistema basado en tecnologías diagnósticas y terapéuticas era

inadecuado o no idóneo, para resolver los problemas de salud. Pese a que se habían alcanzado los máximos progresos en salud, la población consideraba que se encontraba peor que antes.

De acuerdo con la perspectiva sociocomunitaria, y en contraste con los enfoques individualistas (clínicos), la EpS de corte comunitario se caracteriza por los siguientes rasgos distintivos (García, Sáez y Escarbajal, 2000, p. 145):

- Trabaja con colectivos y grupos con problemáticas que son compartidas por sus miembros.
- Busca conseguir objetivos positivos de desarrollo y promoción humana y de salud a partir de la capacitación de los implicados, sin reducirse a una acción asistencial.
- Se realiza en la comunidad, en el marco social donde se producen las situaciones problemáticas. La actuación en centros cerrados (hospitales, cárceles, etc.) se efectúa a partir de este criterio y no en su propio terreno.
- Los educadores/as actúan como mediadores comunitarios, no imponen sus modelos externos a la comunidad, sino que actúan con ella, partiendo de sus necesidades y recursos.
- Fomenta la toma de iniciativas y la participación comunitaria para la resolución de sus problemas.
- La acción se desarrolla en equipos interventores interdisciplinarios sobre la base de objetivos comunes.
- Promueven la cohesión y la integración social de la comunidad.
- Establecen estrategias de acción y desarrollo comunitario que no se agotan en el inmediatez de las situaciones.
- Prestan servicios educativos y de salud, pero también sociales y culturales, alternativos para las poblaciones marginadas.
- Parten de un enfoque preventivo y promocional de los problemas de salud comunitaria.
- Estimulan la creación de estructuras comunitarias intermedias: agentes de salud, escuelas de madres-padres, aulas de la tercera edad, formación profesional, etc.
- Persiguen la reconstrucción del tejido social desestructurado a través de la creación y consolidación de redes y asociaciones comunitarias.
- Generan recursos hacia la comunidad procedentes de otros colectivos: instituciones, colegios profesionales, ONG, voluntariado, etc.

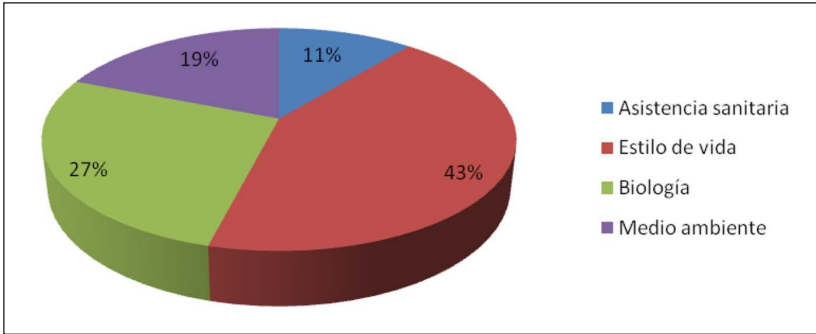
Las estrategias de intervención comunitarias integradas (enfoque global) son más adecuadas para la resolución de los problemas de salud y a las patologías sociales que las de corte asistencial, en función de su cobertura temática y por sus efectos más duraderos sobre la comunidad.

## 2.1. Encuentros internacionales de la Organización Mundial de la Salud

En el cambio de concepción de la salud que se produjo a mediados de los setenta tuvo mucho que ver el estudio que realizó Marc Lalonde, por entonces ministro de Salud y Bienestar Social de Canadá. El conocido *Informe Lalonde* (1974) proporcionó un marco conceptual para analizar los problemas, determinar las necesidades de salud y elegir los medios que puedan satisfacerla. La salud presentaría cuatro elementos, que fueron identificados mediante el análisis de las causas y los factores fundamentales de morbilidad y mortalidad y la evaluación del modo en que esos elementos afectan el nivel de salud en el país (el estudio se llevó a cabo en Canadá). Estos cuatro elementos fundamentales eran:

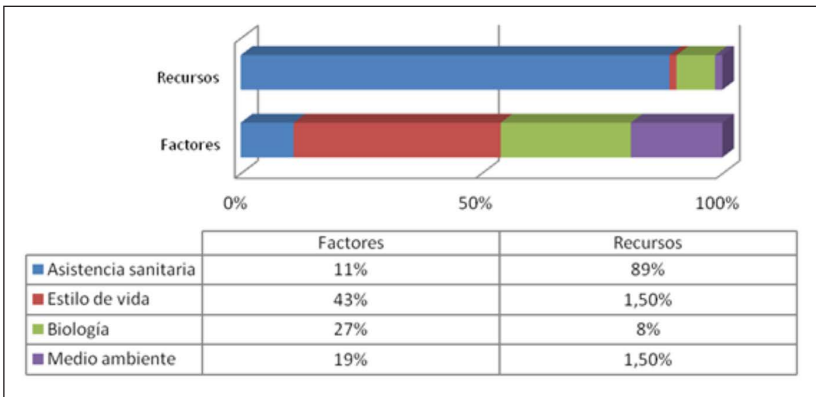
- La biología humana: herencia genética.
- El medioambiente físico y social: contaminación, pobreza, marginación, etc.
- El estilo de vida: consumo de drogas, ejercicio físico, alimentación, etc.
- La organización de la atención de la salud: sistema de asistencia sanitaria, calidad y accesibilidad, etc.

Estos aspectos serían los determinantes que influyen en la salud de los ciudadanos. Es más, señalaba que la parte proporcional de influencia en la salud depende de: 11 % al medioambiente, 19 % a la biología humana, 27 % al sistema de asistencia sanitaria y un 43 % al estilo de vida. Como se puede apreciar, hay una evidente desigualdad de porcentajes de la influencia de los distintos determinantes.



**Gráfico 1.** Influencia de los determinantes de salud. Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, la proporción de gasto público dedicado a las cuatro partidas no coincidía con estos porcentajes, eran muy desproporcionales. Se destinaba la mayor parte a la asistencia sanitaria, mientras que el resto de las variables tenían un porcentaje muy pequeño. El estudio constató que los recursos no se empleaban de acuerdo a las causas que determinaban realmente la salud de la población.



**Gráfico 2.** Comparación entre los factores determinantes de salud y la distribución de los recursos de salud. Fuente: elaboración propia.

Este hecho provocó un replanteamiento en la distribución del gasto público de las políticas sanitarias. Se requería mayor atención a la promoción y EpS. El *Informe Lalonde* se ha convertido en un clásico de la salud pública y ha servido como base de nuevos planteamientos en políticas sanitarias al establecer una relación

directa entre los determinantes de la salud y la utilización de los recursos. Se iniciaron diferentes estudios de investigación sobre los factores determinantes de salud que demuestran, de manera más objetiva, que la modificación de estos tiene relación directa con la disminución de los problemas de salud y del gasto público.

Sirvió para potenciar los estudios en este ámbito y ayudó a mentalizar a los responsables de los recursos públicos, siempre limitados, de la importancia de políticas sanitarias y dedicación de recursos enfocadas a los factores con más responsabilidad sobre los problemas de salud.

Los determinantes citados están influenciados por los *factores sociales* (Salleras, 1990). Posteriormente se han realizado otros estudios para estudiar los factores que condicionan la salud de la población y de los sujetos. San Martín y Pastor (1988) consideran los siguientes: estructura social de la población, factores ecológicos, médicos-sanitarios, políticos-económicos, socioeconómicos, psicoculturales, geográficos y demográficos.

En la XXIX de la Asamblea Mundial de la Salud (1976) se señalaron los factores clave relacionados con la salud, que serían de tipo social, técnico, económico y político, correlacionados en el marco de un proceso cuádruple, en el que se habría de:

- Definir los objetivos sociales.
- Identificar los componentes de la tecnología que permiten alcanzar mejor estos objetivos.
- Elegir la tecnología más apropiada que toda la sociedad pueda permitirse aplicar.
- Obtener la decisión y la voluntad de conseguir a la vez la formulación de políticas sanitarias pertinentes y su transformación, en las condiciones deseadas, en programas y servicios de salud (se trata en este caso del plano político).

En 1978 la OMS promulgó el plan «Salud para todos en el año 2000», estrategia que fijó como principal meta lograr para todos los ciudadanos del mundo, un grado de salud que permita llevar una vida social y económicamente productiva. Los objetivos fundamentales de la estrategia «Salud para todos en el año 2000» se pueden resumir en cuatro aspectos:



- Asegurar la igualdad ante la salud, reduciendo diferencias entre países y clases sociales.
- Añadir vida a los años, mediante una plena utilización del potencial físico, mental y social de las personas.
- Añadir salud a la vida, reduciendo la morbilidad y la incapacidad.
- Añadir años a la vida, prolongando la esperanza de vida y evitando la muerte prematura.

Existen unos pilares básicos (paz, justicia social, comida y agua potable suficiente, educación adecuada y vivienda digna...) sin los cuales no se alcanzará una salud para todos. El citado programa ha servido de referente para otros estudios, desarrollándose en distintas líneas. En el Plan europeo se citan una treintena de metas, que se basan en varios aspectos fundamentales, tales como salud para todos, estilos de vida que conducen a la salud, creación de ambientes saludables, proporcionar una asistencia adecuada y apoyo para el desarrollo de la salud. El sistema de promoción de salud debería tener en cuenta las opciones de los ciudadanos en los diferentes aspectos relacionados con aquella, partiendo de los elementos medioambientales saludables y promoviendo el cambio de los que afecten negativamente a la salud.

De forma progresiva, surgen planteamientos que fomentaban la participación de la población y promovían una perspectiva más preventiva y educativa, cuando no promotora de las bases de la salud comunitaria.

La Conferencia Internacional celebrada en Alma Ata partió de la necesidad urgente de actuar ante los problemas presentes en muchos países (desnutrición, mala situación económica, explosión demográfica...), que incidían en los niveles de salud. En el encuentro se destacó la importancia de la promoción y la protección de la salud, indispensable para un desarrollo económico y social sostenido, sobresaliendo el papel de la propia comunidad, que tiene el derecho y el deber de participar en la planificación y aplicación de su atención en salud (Vargas y Palacios, 1993).

Tradicionalmente, la Declaración de Alma-Ata representa el comienzo de la «participación». Según Turabian (1992), supuso un fuerte impulso a la importancia o necesidad de la «participación» (la Cuarta Recomendación dice: «La población tiene el de-

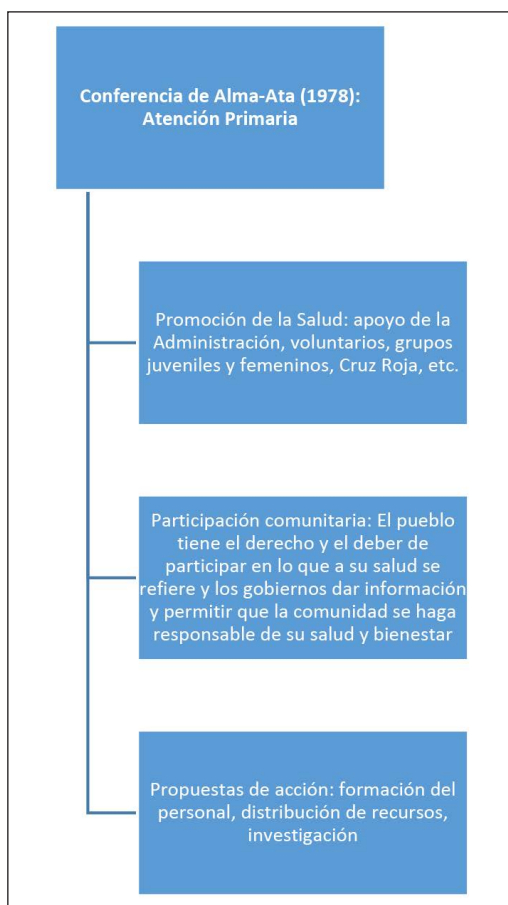
recho y deber de participar en forma individual y colectiva en la planificación y aplicación de programas para atención de la salud»). La Atención Primaria de la Salud era la vía para elevar el nivel de salud de la población, universalmente accesible a los individuos y familias en la comunidad a través de su completa participación en el desarrollo económico de la comunidad, por lo que se presentaba como un elemento básico e imprescindible. Asimismo, «la promoción y protección de la Salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y la paz mundial» (OMS, 1978).

Flores, García y Rabadán (2003) señalan las aportaciones fundamentales de esta declaración:

- La salud es un derecho fundamental cuya responsabilidad recae en los gobiernos de las naciones.
- La participación comunitaria es indispensable para el logro de la promoción de la salud, considerándola un derecho y un deber de la población.
- Se considera esencial una participación multisectorial para alcanzar los objetivos de «Salud para todos en el año 2000».
- Existe una estrecha relación entre promoción y desarrollo económico y social.
- La promoción de la salud contribuye a la paz mundial, al aumento en la calidad de vida de los habitantes del mundo.

El nuevo concepto de *salud* propiciado desde la Declaración de Alma-Ata lleva a la consideración activa de los usuarios, constituyéndose estos en agentes de su propia salud (Barriga, 1988). La salud se determina por esa actitud activa, de modo que la participación es expresión de salud y condición para la promoción del estado de salud. Se hace necesario introducir la participación en la vida diaria y en todas las actividades relacionadas con la salud.

Las recomendaciones de Alma Ata no eran originales, pero sirvieron para unificar los planteamientos que hasta entonces habían surgido. Tuvo un carácter eminentemente «político», al recoger recomendaciones –positivas en sí mismas– que reflejaban la perspectiva dominante del desarrollo y mantenía las estructuras económicas y sociales, además de la ideología médica



**Figura 2.** Esquema de las aportaciones de Alma-Ata.

Fuente: adaptación de Flores, García y Rabadán (2003, p. 11).

que parte de la salud como resultado del modelo médico-asis-  
tencialista dominante.

En distintas obras y reuniones promovidas por la OMS se recogían los inicios «formales» de la participación comunitaria para la mejora de la salud. Newell (1975) señaló los principios generales para su puesta en marcha. El lema «Salud para todos en el año 2000» (OMS, 1977), la Conferencia de Alma-Ata (OMS, 1978), la Conferencia de Ottawa (OMS, 1986) y la Conferencia de Yakarta (OMS, 1997) son algunos de los eventos que desde la OMS promovieron las estrategias derivadas de esta nueva definición de la *salud*.

Otro acontecimiento significativo en el desarrollo y aplicación de la promoción de la salud fue la Conferencia de Ottawa, en la que se discutieron las estrategias para llevar a cabo la promoción de la salud, concluyendo con la presentación de un esquema de acción global de promoción de la salud, denominada Carta de Ottawa (OMS, 1986), que definió la *promoción de la salud* como el proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla. De ahí la posibilidad de enseñar y aprender sobre la salud.

Señalaba la necesidad de promover aspectos necesarios para asegurar una participación activa en la promoción de la salud. La promoción de salud pretendía proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, lo cual exigía acciones intersectoriales que se adaptaran a las necesidades y posibilidades particulares de cada *entorno*, entendido como un todo social, económico y cultural. Desde esta concepción, no puede hablarse de salud sin superar unos condicionamientos previos (educación, paz, vivienda, justicia social, etc.).

Los principios que rigen la promoción de la salud se han definido después de valorar las diferentes experiencias realizadas en este campo desde los años setenta y se pueden resumir en:

- Ocuparse de la población en su vida cotidiana más que de las personas que padecen un riesgo de desarrollar determinadas enfermedades o que utilizan los servicios sanitarios.
- Dirigir sus acciones hacia los determinantes responsables de las pérdidas de salud.
- Combinar diferentes métodos como la educación y la información, desarrollo y organización comunitaria, defensa de la salud y legislación.
- Trabajar a partir de intervenciones que incluyan, básicamente, la participación de la población.
- Remarcar la importancia de los profesionales de la salud, especialmente aquellos de Atención Primaria, que tienen un papel muy importante en el desarrollo de la promoción de la salud y en la facilitación para que estos procesos se lleven a cabo. Los profesionales que participan no siempre son del ámbito sanitario. Las estrategias pueden afectar a diferentes niveles de la Administración y las actuaciones pueden im-

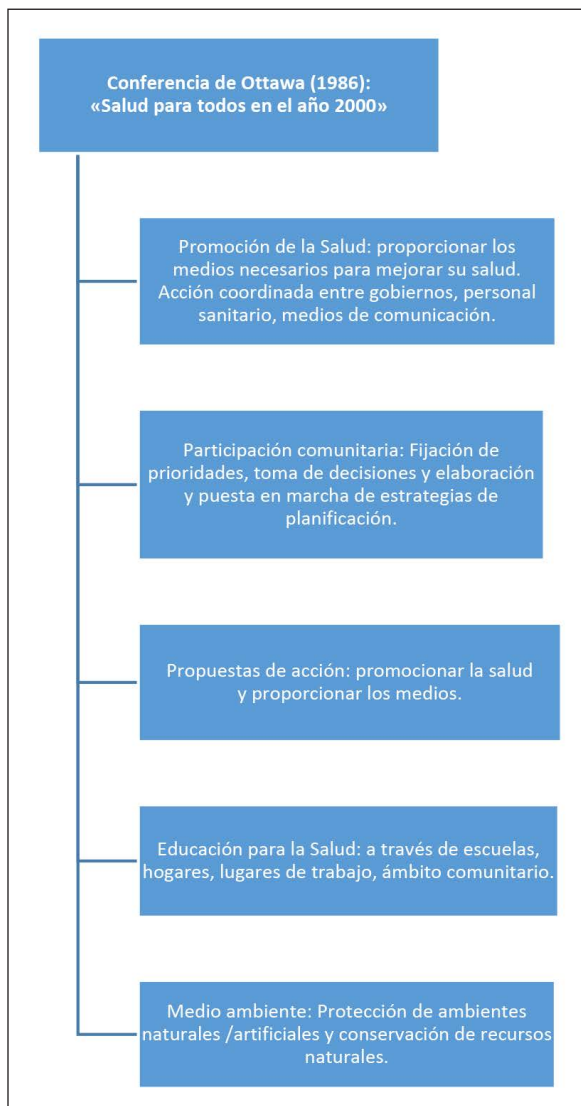
plicar desde un individuo hasta toda una comunidad o un país.

En la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, se ampliaban los principios y se marcaban una serie de indicaciones para llevar a cabo las estrategias de promoción de la salud:

1. Establecer políticas saludables: que la salud forme parte de los programas de acción en todas las instituciones y sectores. Supone identificar e intentar corregir las barreras que impiden adoptar políticas saludables fuera del sector sanitario.
2. Crear entornos que favorezcan la salud: se construye sobre la forma en que tratamos a la naturaleza y a nuestro propio ambiente. Las sociedades que no tienen en cuenta los aspectos ecológicos acaban por sentir los efectos adversos en cuanto a problemas sociales y de salud. El trabajo y el ocio tienen un impacto claro en la salud, por lo cual la promoción de la salud debe crear condiciones de vida y de trabajo que sean seguras, estimulantes, satisfactorias y divertidas.
3. Reforzar la acción comunitaria: las comunidades deben tener su propio poder y ejercer el control de sus propias iniciativas y actividades, aumentar la participación ciudadana en la toma de decisiones a cualquier nivel.
4. Desarrollar las aptitudes y recursos individuales: a través de la información y la EpS se pretende el desarrollo de las habilidades para lograr opciones de vida saludables tanto personal como social. Se facilita un mayor control de la gente sobre su propia salud y sobre el ambiente. Todo este proceso debe ser apoyado desde la escuela, hogar, lugar de trabajo y comunidad.
5. Reorientar los servicios de salud: debe tenderse a cambiar las actividades clínicas, que ocupan la mayor parte del tiempo de los profesionales por actividades de promoción y EpS que implique a individuos, grupos comunitarios, profesionales de la salud, personal auxiliar, administrativo, etc. Todos deben trabajar juntos reorientando el sistema hacia una asistencia que realmente tenga la salud como objetivo.

La OMS señala que la promoción de la salud se ha convertido en elemento común para todos aquellos que admiten la necesidad de un cambio en nuestro modo de vida y hábitos, con la fina-

lidad de mejorar el estado de salud. Es una estrategia de mediación entre la población y su entorno, operando la síntesis entre las elecciones individuales y la responsabilidad de la sociedad en el ámbito de la salud. Se trata de intervenir y actuar para aumentar los determinantes de la salud (Alfonso y Álvarez-Dardet, 1992).



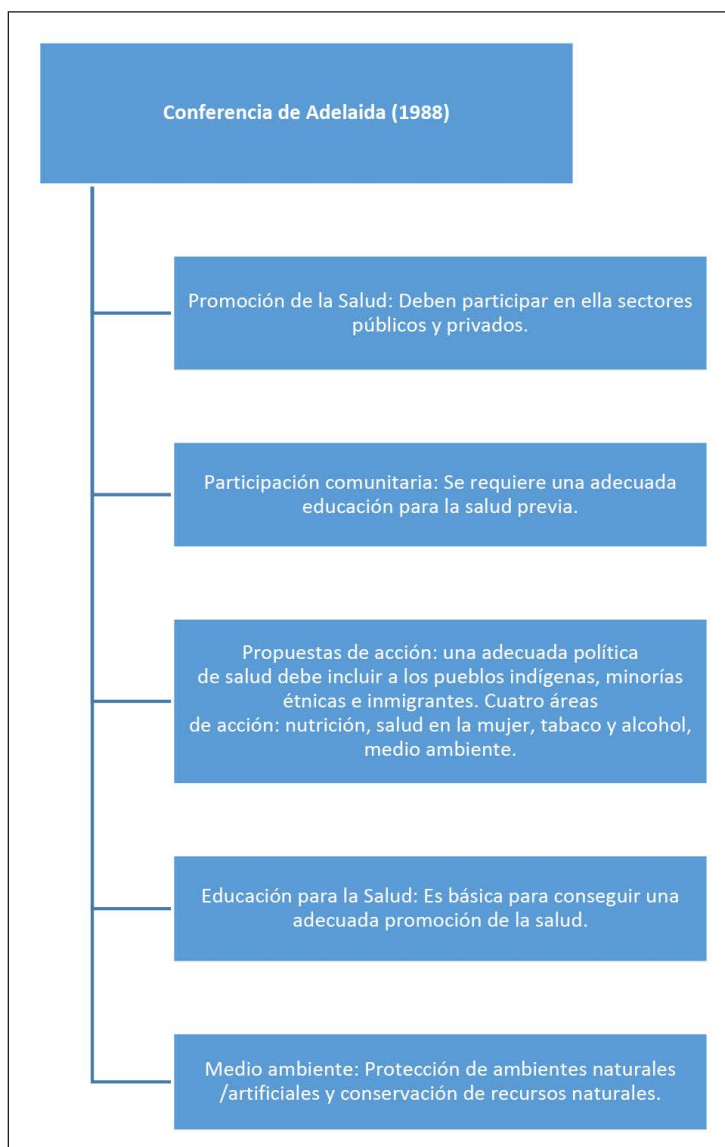
**Figura 3.** Esquema de las aportaciones de Ottawa.  
Fuente: adaptación de Flores, García y Rabadán (2003, p. 13).

Otro hito fue la II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Adelaida, con el emblema de «Política Sana. Estrategias de Acción» (1988). En esta Conferencia se desarrollaron las estrategias recogidas en la Carta de Ottawa, situando la intensidad de la discusión en el establecimiento de políticas saludables para incidir en la promoción de la salud de los pueblos.

Se insiste especialmente en una salud igual para todos, corrigiendo las desigualdades existentes mediante cambios en la política de los gobiernos centrales, autonómicos y locales. Aporta un matiz de reconocimiento del valor «Salud» por parte de la comunidad, no solo como derecho y deber, sino como impulsor de una mejora en los sistemas de producción de la población, con la consiguiente repercusión en su sistema económico.

Se hizo hincapié en diferenciar, aun estando estrechamente relacionadas, la promoción de la salud y la EpS, fortaleciendo el papel que esta debe jugar a la hora de poner en marcha los programas de salud (y de participación comunitaria), es decir, como instrumento imprescindible en el desarrollo de la salud a través de la capacitación de los ciudadanos. El documento *Recomendaciones de Adelaida* refleja como acciones políticas urgentes las siguientes (Nájera, 1996):

- Comprometer a las mujeres como principales promotoras de salud, respaldando sus organizaciones, optimizando su formación y educación y avalando su autonomía en materia de salud en las actividades relacionadas con la natalidad, el cuidado de los hijos y de los hogares y la asistencia sanitaria.
- Propugnar una política alimentaria que garantice una alimentación equilibrada y ajustada a las necesidades calóricas de cada persona.
- Prohijar acciones tendentes a reducir el consumo de tabaco y alcohol, sobre todo en los jóvenes.
- Promover la participación activa de todos los sectores implicados de la sociedad en conseguir un ambiente saludable en el sentido amplio del término.

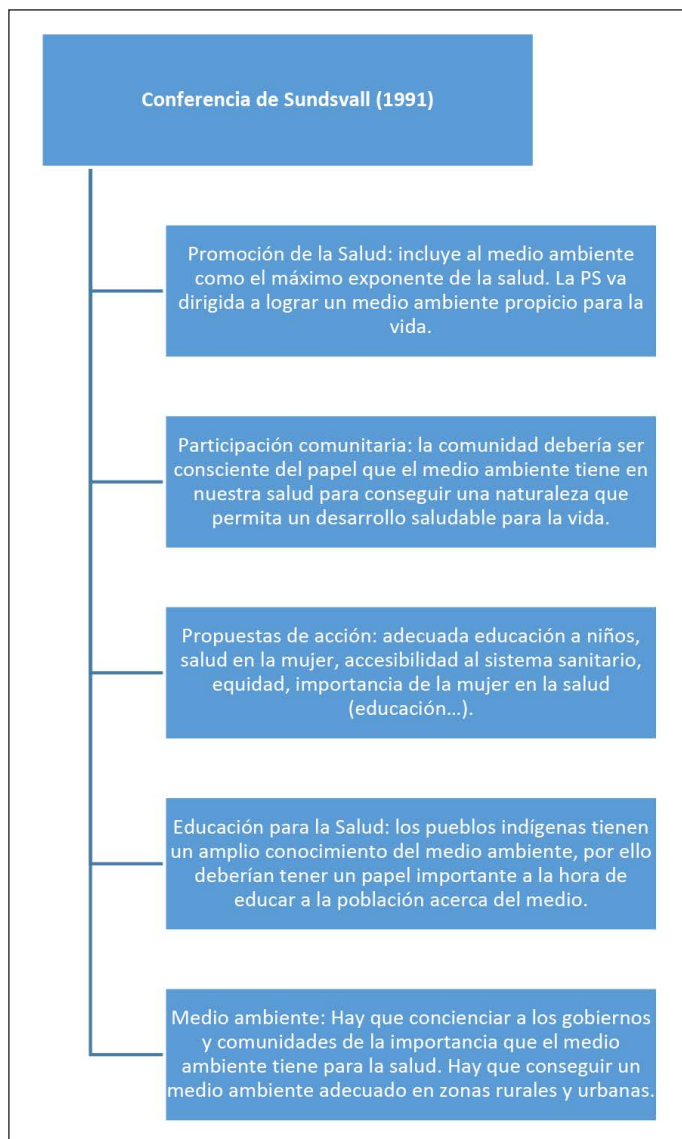


**Figura 4.** Esquema de las aportaciones de Adelaida.  
Fuente: adaptación de Flores, García y Rabadán (2003, p. 14).

En la 3.<sup>a</sup> Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Sundsvall, Suecia, 1991) se trató principalmente la creación de los medios favorables para la salud (OMS, 1997).



En el cuadro siguiente pueden apreciarse las aportaciones más significativas de este encuentro:



**Figura 5.** Esquema de las aportaciones de Sundsvall.  
Fuente: adaptación de Flores, García y Rabadán (2003, p. 15).

Otro acontecimiento significativo en este campo fue la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI, adoptada en la cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en Indonesia (OMS, 1997).

Los principios que se reflejan en dicha declaración son los siguientes:

- La promoción de la salud es una cuestión capital al ser un derecho fundamental de la persona y un factor indispensable para el desarrollo económico y social. Además, se ha de considerar como un elemento esencial del desarrollo sanitario. La promoción de la salud, de acuerdo con la declaración, propone una visión de conjunto y la sitúa de cara al siglo XXI, con la intención de utilizar todos los recursos existentes para actuar sobre los determinantes de la salud en el siglo próximos.
- Los determinantes de la salud: nuevos desafíos. Aparte de las condiciones previas para la instauración de la salud (paz, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, utilización adecuada de los recursos, justicia social, respeto a los derechos humanos, etc.), se presta especial atención a la pobreza, que supone la amenaza más grave para la salud.
- La promoción de la salud como factor de cambio. Las estrategias de la promoción de la salud pueden crear y modificar los estilos de vida, así como las condiciones sociales, económicas y del ambiente que determinan la salud. La declaración considera que la promoción de la salud es una apuesta concreta para potenciar la igualdad en materia de salud.

Como reflexiones a estas situaciones sociosanitarias, la declaración estima que se precisan nuevas soluciones, que podrán hacerse realidad en los años venideros y que se concretan en movilizar todo el potencial de la promoción de la salud que existe en numerosos sectores de la sociedad, en las comunidades locales y en el seno de las familias (Flores, García y Rabadán, 2003).

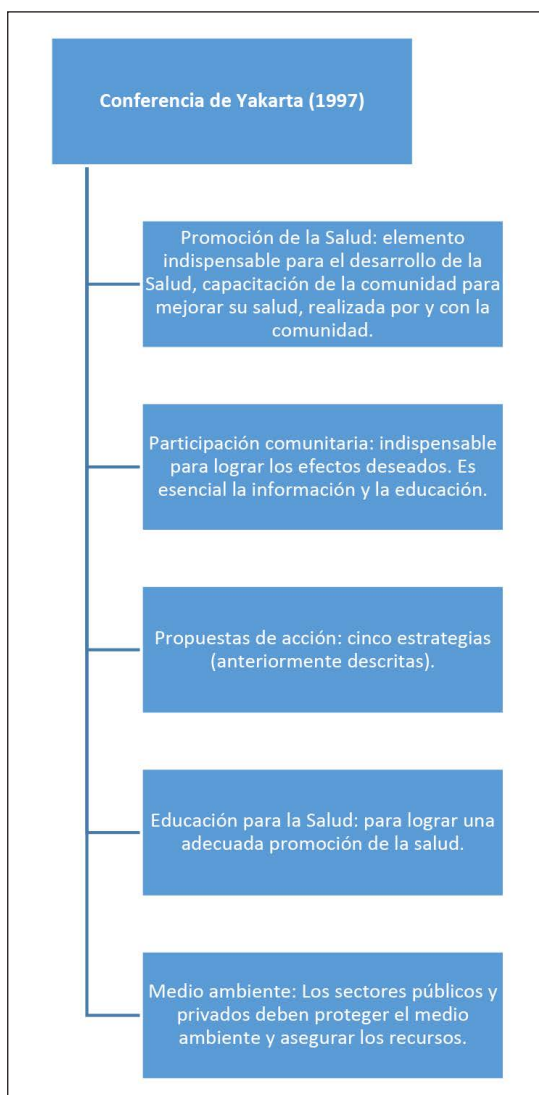
La cooperación entre los poderes públicos, organizaciones gubernamentales o no gubernamentales y entre los sectores públicos y privados es indispensable, y supone la creación de nuevos protagonistas en el cuidado de la salud.

La Declaración de Yakarta confirma que las estrategias y áreas de acción de la Carta de Ottawa son esenciales para todos los países e identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

- a) *Promover la responsabilidad social a favor de la salud.* Los «decididores» deben estar firmemente comprometidos con la responsabilidad social. El sector público y privado deben promover la salud siguiendo políticas y prácticas que:
  - Eviten dañar la salud a otros individuos.
  - Protejan el ambiente y asegure el uso sostenible de los recursos.
  - Restrinjan la producción y el comercio de las sustancias y alimentos inherentemente nocivas, tal como el tabaco y las armas, así como las prácticas comerciales insanas.
  - Salvaguarden al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo.
  - Incluyan el enfoque de equidad en las evaluaciones del impacto de la salud como parte integral de la política de desarrollo.
- b) *Aumentar los recursos para desarrollar la salud.* Requiere un enfoque verdaderamente multisectorial, incluyendo recursos adicionales para educación, vivienda, así como para el sector salud. La mayor inversión para la salud, y la reorientación de las inversiones existentes –ambas dentro y entre países–, tienen un potencial significativo para avanzar en el desarrollo humano, la salud y la calidad de vida. Las inversiones en salud deberían reflejar las necesidades de ciertos grupos, como las mujeres, niños, personas mayores, poblaciones indígenas, pobres y marginados.
- c) *Consolidar y expandir alianzas estratégicas en pro de la salud.* La promoción de la salud requiere asociaciones para la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores y a todos los niveles de la gobernación y la sociedad. Las asociaciones ofrecen mutuos beneficios mediante la compartición de expertos, herramientas y recursos. Cada asociación debe ser transparente y responsable, y estar basada en principios éticos acordados, entendimiento mutuo y respeto. Las asociaciones existentes necesitan fortalecimiento y, a su vez, debe ser explorado el potencial para nuevas asociaciones.

- d) *Ampliar las capacidades de la comunidad y empoderar al individuo.* La promoción de la salud es efectuada por y con la gente, no sobre o hacia la gente. Requiere mejorar la capacidad de los individuos para llevar la acción y la capacidad de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los determinantes de la salud. Mejorar la capacidad de las comunidades requiere educación práctica, práctica del liderazgo y acceso a los recursos. Facultar a los individuos exige más acceso real al proceso de decisión y a las habilidades y el conocimiento esencial para efectuar el cambio. La comunicación tradicional y los nuevos medios de información apoyan este proceso. Los recursos sociales, culturales y espirituales necesitan ser aprovechados de manera innovadora.
- e) *Consolidar una infraestructura necesaria para la promoción de la salud.* Requiere encontrar nuevos mecanismos para consolidarlas local, nacional y globalmente. Deberían desarrollarse incentivos para influir en las acciones de gobiernos, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y sector privado, para asegurar que la movilización de recursos para la promoción de la salud sea maximizada.

Los escenarios para la salud representan la organización básica de las infraestructuras requeridas para la promoción de la salud. Los emergentes desafíos de salud significan que nuevas y diversas redes necesitan ser creadas para conseguir la colaboración intersectorial. Proveer asistencia mutua dentro de y entre países, además de facilitar intercambios de información sobre aquellas estrategias efectivas y lugares donde se desarrollen. La formación y la práctica de las habilidades locales de liderazgo deberían ser fomentadas para apoyar las actividades de promoción de la salud. Asimismo, la documentación de experiencias en promoción de la salud a través de la investigación e informes de proyectos debería ser intensificada para mejorar la planificación, implementación y evaluación. En definitiva, desarrollar el medioambiente político apropiado, legal, educativo, social y económico para apoyar la promoción de la salud. La siguiente figura refleja las líneas de acción y propuestas de la Conferencia de Yakarta (1997):



**Figura 6.** Esquema de las aportaciones de Yakarta.

Fuente: adaptación de Flores, García y Rabadán (2003, p. 16).

Uno de los apartados de la Declaración de Yakarta se refiere a la *Llamada para la Acción*, que se sustenta en una alianza global de promoción de la salud. El objetivo de esta alianza es impulsar las acciones prioritarias para la promoción de la salud expresadas en la Declaración. Las prioridades para la alianza incluyen:

- Tomar conciencia sobre el cambio de los determinantes de la salud.
- Apoyar el desarrollo de colaboración y redes para el desarrollo de la salud.
- Movilizar recursos para la promoción de la salud.
- Acumular conocimientos sobre las mejoras prácticas.
- Hacer posible compartir el aprendizaje.
- Promover la solidaridad en la acción.
- Fomentar la transparencia y la responsabilidad pública en promoción de la salud.

La Conferencia de Ottawa (OMS, 1986) originó el nacimiento de la promoción de la salud y, juntamente con la Declaración de Yakarta (OMS 1997), ha puesto de manifiesto las nuevas estrategias para conseguir determinados prerrequisitos para la salud (paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, ecosistema estable y uso sostenible de los recursos). El documento *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI* (OMS, 1998), propuesto por la Región europea a instancias de la OMS, da continuidad a las metas planteadas modificando algunos de ellas, con el fin de garantizar el objetivo común que es la consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas desarrollar una vida social y económicamente productiva.

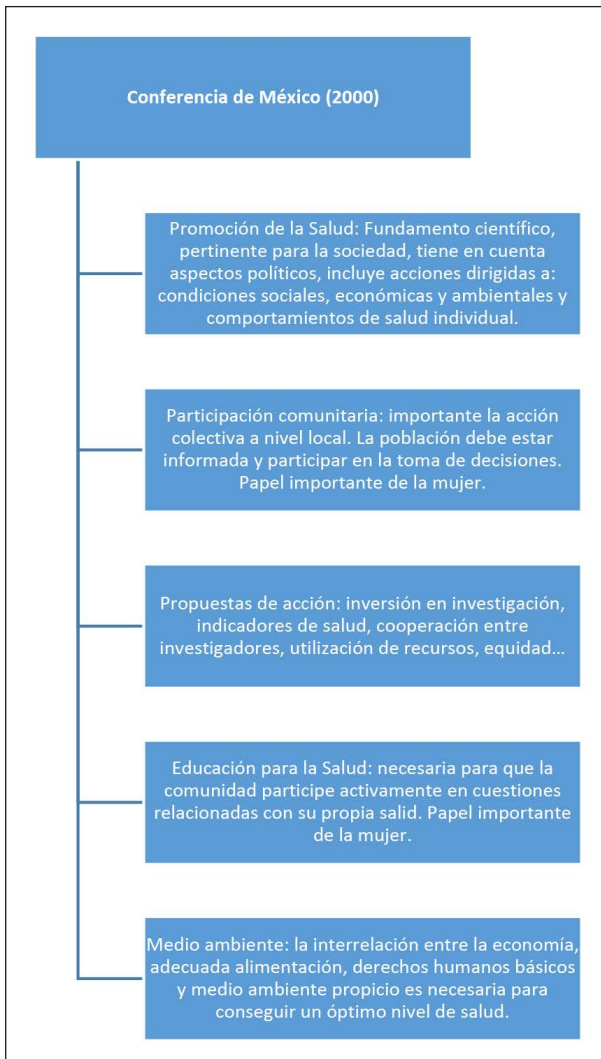
En la 51.ª Asamblea de la OMS se aprueba la mencionada «Salud para todos en el siglo XXI», estrategia que consta de los siguientes elementos principales:

- a) El principal objetivo permanente es el de conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud.
- b) Sus dos metas principales son:
  - Promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida.
  - Reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como del sufrimiento que originan.

Los gobiernos nacionales son llamados a tomar iniciativa, en fomentar y patrocinar redes para la salud, tanto dentro como entre los países. De ahí la necesidad de comprometer a los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, bancos para el desarrollo, agencias de las Naciones Unidas, cuerpos interregionales,

agencias bilaterales, la labor de agencias y cooperativas, así como al sector privado, para avanzar las acciones prioritarias para la promoción de la salud.

En el año 2000 se celebró una nueva conferencia Internacional en México, que consideró la EpS, una vez más, necesaria e imprescindible para que la comunidad participe en el cuidado



**Figura 7.** Esquema de las aportaciones de México.

Fuente: adaptación de Flores, García y Rabadán (2003, p. 17).

de su propia salud o autocuidado. Al igual que en la Declaración de Adelaida, se le otorga un papel prioritario en la Educación de la familia a la mujer, como responsable tradicional en el cuidado y educación de los hijos. Asimismo, se insiste en la consideración de una fundamentación científica en la promoción de la salud y se hace hincapié en la participación comunitaria.

En el año 2005 se celebró en Tailandia la VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, de la que emanó la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, en la que se identifican los nuevos factores críticos y desafíos determinantes para la salud (desigualdades crecientes en los países y entre ellos, nuevas formas de consumo y comunicación, medidas de comercialización, cambios ambientales mundiales, urbanización y cambios sociales, económicos y demográficos rápidos y con frecuencia adversos) y las nuevas oportunidades que se presentan para mejorar la salud y aumentar la colaboración (los avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones y los mejores mecanismos disponibles para el gobierno mundial y el intercambio de experiencias).

Asimismo, se señalan los cuatro compromisos clave a favor de la «Salud para todos» (González Alfaya, 2007):

1. Lograr que la promoción de la salud sea un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial.
2. Lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad esencial de todo gobierno.
3. Lograr que la promoción de la salud sea un objetivo fundamental de las comunidades y de la sociedad civil. Intervención de la universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes.
4. Lograr que la promoción de la salud sea un requisito de las buenas prácticas empresariales.

La Carta reafirma los principios fundamentales de la promoción de la salud. Este enfoque apunta identificar los factores determinantes de la salud e influir en ellos para que las personas aumenten el control sobre su salud. Un mensaje clave es que la promoción eficaz de la salud requiere la participación no solo del sector salud, sino de otros como del desarrollo de derechos humanos, y de seguridad humana, además de las comunidades ambientalistas.



En la 7.<sup>a</sup> Conferencia en Promoción de la Salud de la OMS (Nairobi, Kenia, 2009) se hace una «llamada a la acción» que identifica estrategias y compromisos clave que se requieren para cerrar la brecha de implementación en salud y desarrollo a través de la promoción de la salud. Los cinco mensajes clave son:

- Fortalecer liderazgos y fuerzas de trabajo.
- Situar la promoción de la salud como línea central.
- Empoderar comunidades e individuos.
- Ampliar/realzar los procesos participativos.
- Construir y aplicar el conocimiento.

En la Declaración de Nairobi se describe el valor que la promoción de la salud da a los elementos de desarrollo local, regional, nacional y mundial, y hace una llamada a las agencias de desarrollo, gobiernos nacionales y a la sociedad civil para implementar experiencias exitosas en promoción de la salud:

Si no se cierra la brecha de la implementación, no será posible abordar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, la mejora de la salud materna y de la salud infantil, ni tratar las amenazas a la salud, incluyendo la pobreza, la vivienda deficiente, la inseguridad alimentaria, el cambio climático, y la crisis económica. (OMS, 2009)

La 8.<sup>a</sup> Conferencia Mundial de Promoción de Salud, cuyo lema fue «Salud en todas las políticas» se celebró en Helsinki (Finlandia) en 2013. Destacó por dejar bien esclarecidos los determinantes socioculturales de la salud. El debate se centró en cómo lograr insertar la promoción de salud en todas las políticas, y hace un llamamiento a los gobiernos para que fortalezcan la capacidad de aplicación de la salud en todas las políticas, así como a la OMS para que proporcione apoyo a los Estados miembros y refuerce la colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas para destacar la salud como prioridad en la agenda global de desarrollo (OMS, 2013).

La 9.<sup>a</sup> Conferencia Mundial de Promoción de salud se celebró en Shanghái (China) en 2016, y en ella se planteó como tema central «La promoción de salud en los objetivos de desarrollo sostenibles». Fue el 30.<sup>o</sup> aniversario de la primera conferencia mundial celebrada en el Canadá, de la que surgió la histórica

Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. La Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (OMS, 2016) subraya la necesidad de que las personas puedan controlar su propia salud y tengan la posibilidad de optar por un modo de vida sano. Al insistir en la necesidad de actuaciones políticas en diferentes sectores y regiones, pone de relieve la función de la buena gobernanza y los conocimientos sanitarios en la mejora de la salud, así como la función crucial que desempeñan las autoridades municipales y las comunidades.

Entre los compromisos relacionados con la gobernanza se incluyen la protección de la salud mediante políticas públicas, el refuerzo de la legislación, la reglamentación y la fiscalidad de los productos no saludables y la aplicación de políticas fiscales que posibiliten nuevas inversiones en la salud y el bienestar. Entre los compromisos relativos a los conocimientos sobre salud cabe citar la elaboración de estrategias locales y nacionales para que los ciudadanos sean más conscientes sobre cómo llevar una vida sana y el fomento de la capacidad de los ciudadanos para controlar su salud y los determinantes que la condicionan aprovechando el potencial de la tecnología digital. En la Declaración se enuncia también el compromiso de garantizar que los entornos respalden las opciones de consumo saludables, por ejemplo, mediante políticas de fijación de precios, información transparente y un etiquetado claro (OMS, 2016).

La 10.<sup>a</sup> Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ginebra (en modalidad híbrida, debido a la pandemia por COVID-19) en diciembre de 2021, marcó el comienzo de un movimiento mundial en torno al concepto de *bienestar* en las sociedades. La atención centrada en el bienestar alienta a diferentes sectores de la sociedad a trabajar conjuntamente para superar desafíos mundiales y ayudar a las personas a asumir el control de su salud y sus vidas.

La Carta de Ginebra destaca la necesidad de asumir compromisos mundiales destinados a lograr resultados sanitarios y sociales equitativos ahora y para las generaciones futuras, sin destruir la salud de nuestro planeta. Orienta a las instancias normativas y los dirigentes mundiales para que adopten ese enfoque y se comprometan a tomar medidas concretas. En sus avances, los países deberán priorizar la salud como parte de un ecosistema

más amplio que abarque factores medioambientales, sociales, económicos y políticos. La cobertura sanitaria universal, basada en una sólida atención primaria de salud, debe estar en el centro de todos nuestros empeños, como piedra angular de la estabilidad social, económica y política. El relato en torno a la salud se deberá reformular, no como un costo, sino como una inversión en nuestro futuro común (OMS, 2021).

Como conclusión a estas referencias internacionales sobre la promoción de la salud, cabe destacar los aspectos siguientes (Flores, García y Rabadán, 2003):

- Todos los países deben comprometerse a poner en marcha un entorno político, jurídico, educativo, económico y social que sea favorable a la promoción de la salud.
- Para aumentar las capacidades de la comunidad y puedan elegir libremente, es necesaria una educación integral de los individuos, que les forme en un sentido solidario y participativo para beneficiarse de todos los recursos del medio.
- El aprendizaje favorece la participación, ya que el acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una verdadera participación y responsabilidad de las personas y comunidades en el cuidado y fomento de su salud.
- Las directrices de la OMS deben ser aceptadas para poder conseguir una promoción de la salud eficaz.
- Se tiene que hacer hincapié en los grupos más desfavorecidos de la humanidad para conseguir un estado igualitario en salud.

En síntesis, la promoción de la salud se hace efectiva a través de la EpS individual y colectiva: la herramienta esencial de la promoción es la EpS. La influencia del medio social sobre la salud exige que se reoriente el enfoque de la EpS y se pase de insistir en la modificación del comportamiento individual, como si el individuo fuera el único responsable de su situación a poner el acento en el contexto social en el que vive inmerso el individuo, en los factores sanitario, políticos, económicos y ambientales que tengan un efecto negativo o neutral sobre el comportamiento (OMS, 1983).

A nivel europeo destacamos la V Conferencia Europea de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud «Hacia una Europa Saludable en el año 2010», celebrada en Santander (2000).

Una de las contribuciones que allí se presentaron fue un estudio de la Escuela Nacional de Sanidad sobre la situación y perspectiva de la EpS en España.

El XI Congreso Europeo de Promoción de la Salud de la Unión Internacional de Promoción de la Salud «Promoción de la salud: acción transformadora en una Europa cambiante», tuvo como objetivo poner de relieve el trabajo de promoción de la salud realizado por diversas instituciones y organizaciones de toda Europa y promover la creación de redes y el intercambio de ideas, en coincidencia con el 70.º aniversario de la Unión Internacional para la Promoción de la Salud y la Educación (UIPES, 2021).

Entre los logros más significativos destaca la contribución de la promoción de la salud para entender la salud desde un punto de vista global e integral, sensibilizar las políticas sanitarias para tener en cuenta otros aspectos y sectores en la salud, ampliando su campo de acción. Sin embargo, existen dificultades (confusión terminológica, falta de metodología, escasez de evaluaciones...), contribuyendo a la falta de credibilidad en la intervención. Los expertos opinan, además, que existe una escasa inversión en recursos humanos y económicos para desarrollar las actividades de promoción y EpS.

A la vista de lo anterior, la participación comunitaria y el desarrollo comunitario devienen de la unión entre la organización comunitaria y el desarrollo económico, al potenciarse la acción y el uso de recursos locales con la planificación económica a nivel nacional. Ambos conceptos se integran dentro de un «movimiento de salud comunitaria» que se centra en la promoción de la salud, considerada desde una perspectiva positiva.

El sector salud se ha mostrado progresivamente interesado en el desarrollo comunitario desde el momento en que toma conciencia de que las causas de las enfermedades están estrechamente ligadas, en la mayoría de los casos, a la propia comunidad y a sus condiciones particulares (falta de recursos económicos, malnutrición...). Los problemas sanitarios, las enfermedades, han cambiado, y la prevención y la promoción de salud se presentan como elementos básicos. De ahí la necesidad de una participación eficaz, tanto a nivel individual como colectiva. La salud se ha convertido en un asunto profundamente «político», donde la participación comunitaria puede ser tomada como su elemento más visible Turabian (1992).

Si bien los ciudadanos o pacientes deberían ser los máximos protagonistas, hasta ahora, generalmente, ha sido la Administración (u otros estamentos) los que han decidido qué era lo mejor y lo más deseable para la población, siguiendo unos criterios en los que no solía aparecer la opinión de aquellos. La participación ciudadana, por tanto, ha sido y es escasa. Y una de las maneras de potenciarla es a través de la EpS.

La EpS debe aspirar a desbordar las aulas escolares para convertirse en un proyecto educativo social que, para ser operativo, debe tener como referencia inexcusable el plano comunitario de actuación y de promoción de la salud. Se sitúa «en el contexto de una Educación social al servicio del desarrollo de la comunidad, en la que el proyecto educativo se reconoce a sí mismo como una acción procesual intersubjetiva que opera como factor de cambio *social*» (García, Sáez y Escarbajal, 2000, p. 126).

En definitiva, la EpS y la promoción de la salud han demostrado ser las herramientas fundamentales para modificar los estilos de vida de las personas y el medioambiente hacia un equilibrio saludable.

## 2.2. Actividad asociativa profesional y académica en educación para la salud

A pesar de ser la EpS, como hemos visto, un campo de estudio, docencia e investigación relativamente nuevo, en su primer siglo de existencia, podemos decir que ha conseguido consolidarse de manera firme, tanto entre los profesionales de la educación y de la salud como en el mundo académico. A ello han contribuido decididamente, como no puede ser de otra manera, las asociaciones científicas y profesionales, entre las que destacamos:

### 2.2.1. Public Health Education and Health Promotion

Entidad pionera en la materia, es, desde su creación, una Sección de la American Public Health Association (APHA). Su misión es:

- Ser un firme defensor de la educación y la promoción de la salud para individuos, grupos y comunidades, y sistemas y

apoyar los esfuerzos para lograr la equidad en salud en todas las actividades de la Asociación.

- Establecer, mantener y ejemplificar los más altos principios éticos y estándares de práctica por parte de todos los profesionales y disciplinas cuyo propósito principal es la EpS, la prevención de enfermedades y/o la promoción de la salud.

## 2.2.2. Unión Internacional de Promoción de la Salud

Conocida también como UIPES, se trata de una asociación de personas y organizaciones que trabajan en promoción y EpS. Fundada en 1951, cuenta con miembros en más de 80 países. Su misión principal radica en defender la promoción efectiva de la salud y el desarrollo e implementación de políticas públicas saludables. Su propósito es influir y facilitar el desarrollo e implementación de conocimientos, estrategias y proyectos de promoción de la salud. La promoción es una de las estrategias centrales de la UIPES para cumplir su misión y, como tal, tiene un alcance potencialmente grande bajo el cual trabajar.

La UIPES ha demostrado ser relevante y resistente después de períodos de grandes cambios en el entorno externo del mundo y en el campo de la promoción de la salud. La promoción de la salud tiene como objetivo empoderar a las personas para que controlen su propia salud mediante el control de los factores subyacentes que influyen en la salud. Mientras estos factores (paz, vivienda, alimentación, ingresos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad) permanezcan sin respuesta, la existencia y las actividades de la UIPES son vitales para cumplir su misión de promover la salud y el bienestar mundiales, y contribuir al logro de la equidad en salud entre y dentro de los países del mundo. Tiene una sede central en París y opera descentralizada en Oficinas Regionales.

## 2.2.3. Foro Europeo para la Investigación de Promoción de la Salud

Dentro de la Oficina Europea de UIPES se ha desarrollado dicho Foro, también conocido como HP Forum. Impulsado por la propia UIPES, la Universidad de Ciencia y Tecnología de Noruega (NTNU) y el Centro de Diabetes Steno, Copenhague, con

el apoyo de EuroHealthNet, OMS / Europa, EUPHA y el Cátedra UNESCO de Salud y Educación Global, el Foro HP tiene la intención de reunir investigadores/as en toda Europa para discutir a fondo los desafíos en conceptos, fundamentos teóricos y métodos en la investigación de promoción de la salud. También tiene como objetivo convertirse en una plataforma para comunicarse con los financiadores de investigación europeos, como la Unión Europea, y poner la investigación de promoción de la salud firmemente en su agenda.

Después de su lanzamiento durante la X Conferencia Europea de la UIIPES y el IV Foro Internacional para la Investigación de la Promoción de la Salud, el Foro HP reunió a finales de 2018 a más de 30 instituciones que representan a más de veinte países. El Foro HP celebró su primera reunión en Liubliana, en el momento de la Conferencia Europea de Salud Pública. Uno de los grupos de trabajo formados durante esta reunión está ocupado planificando una serie de actividades para el próximo año.

#### 2.2.4. Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS)

El mayor referente en EpS en España. Es una organización no lucrativa nacida en el año 2003 en el seno del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Continuada de la Asociación de Educación para la Salud (ADEPS), una organización surgida en el Servicio de Medicina Preventiva de ese mismo hospital en el año 1985 que fue pionera en el desarrollo de la EpS en España. Tiene como finalidad fomentar la salud a través de la promoción de la salud, la EpS y la investigación científica y técnica, aumentando la calidad de vida de la ciudadanía por medio de la *cultura de la salud*.

FUNDADEPS pretende ser un centro de referencia en promoción de la salud y educación para salud para la ciudadanía, los profesionales y las entidades públicas y privadas del ámbito iberoamericano y, para ello, promueve una cultura de la salud en los diferentes escenarios sociales a través de la construcción de redes y sinergias con profesionales e instituciones públicas y privadas, sobre la base de una apuesta decidida por la investigación, la formación y la transferencia de conocimientos. Desarrolla multitud de programas y acciones en distintos escenarios sociales, en colaboración con una amplia red de entidades públicas y privadas. Destacamos brevemente estos programas y acciones:

- a) Programa de Agentes Jóvenes en Educación para la Salud (PAJEPS). Programa que surge en el año 1995 con una subvención del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el apoyo de la Universidad Complutense y el Hospital Clínico San Carlos. PAJEPS es un modelo de formación e intervención consolidado y reconocido internacionalmente, que tiene como objetivo promover hábitos de vida saludables entre la población juvenil a través de la formación de jóvenes con liderazgo y capacidad de intervención en los colectivos juveniles y adolescentes.
- b) MÍAS (Mujeres informadoras como agentes de salud). Programa desarrollado con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, dirigidos a promover la salud integral de las mujeres a través de la promoción de hábitos de vida saludables, el fomento de la participación de las mujeres en actividades culturales y de tiempo libre, y la desmitificación de estereotipos negativos en torno a la mujer. A través de talleres formativos y actividades vivenciales, MIAS se propone empoderar a las mujeres dotándoles de herramientas para que sean capaces de gestionar su salud, reduciendo la prevalencia de las enfermedades más comunes en las mujeres y mejorando la autopercepción de su salud.
- c) Red Estatal de Bibliotecas para Pacientes. Programa que cuenta con el apoyo del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, y la colaboración de la Asociación Española de Lectura y Escritura (AELE) y las universidades Complutense de Madrid y Carlos III. Las Bibliotecas para Pacientes son un servicio dirigido a los pacientes y sus familiares, así como al propio personal del hospital, y tienen como objetivos entretener a las personas ingresadas; favorecer la recuperación de la salud; e incrementar las actividades de un Hospital Promotor de Salud.
- d) Cátedra de Educación para la Salud. Plataforma de formación en línea desarrollada por FUNDADEPS en colaboración de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, dirigida a la formación continua de profesionales sociosanitarios, pacientes y familias.
- e) Programa «Cuidando al cuidador desde las familias». Iniciativa desarrollada en colaboración con Psicólogos sin Fronteras Madrid, Fundación Activa Domus, Aula Zarco y la Escuela de Auxiliares de Castilla y León, con el apoyo del Ministerio de Sa-



nidad, Servicios Sociales e Igualdad. El programa ofrece cursos de formación y talleres de reducción del estrés dirigidos a cuidadores familiares de personas dependientes.

- f) Programa ANA (Alimentación, Nutrición y Actividad Física). Iniciativa apoyada por el Grupo PANRICO, que pretende desarrollar un conjunto de acciones dirigidas a la población general con especial interés en los profesionales, las familias y el ámbito empresarial, para la promoción de una alimentación y una actividad física saludables. Es una iniciativa abierta a la colaboración con instituciones, organizaciones y profesionales de diferentes ámbitos (Administración pública, sistema sanitario, sistema educativo, medios de comunicación, empresas).
- g) Programa FEDRA. Organizado en colaboración con FEMTOPIA Consulting, subvencionado por el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Su objetivo es capacitar a profesionales del ámbito sociosanitario en la adquisición de conocimientos y habilidades para mejorar la prevención, detección y atención a las mujeres en situación de drogodependencia desde la perspectiva de género.
- h) Centro de Investigación, Desarrollo e Innovación en Educación para la Salud (CIDIES). Iniciativa conjunta con la Fundación Tecnología y Salud, tiene como propósito desarrollar una amplia gama de servicios, programas y campañas dirigidas a usuarios del sistema sanitario desde una perspectiva que articule la innovación tecnológica con la EpS. El CIDIES impulsará un abordaje integral de los procesos de salud que incluya la investigación, la formación continua de los profesionales y la transferencia de conocimientos a la sociedad, a través de la colaboración entre el mundo científico y la empresa.
- i) SONRISAS. Es un proyecto de mayores para mayores, nacido en el año 2001, que desde una perspectiva sociosanitaria trabaja para lograr un envejecimiento activo, desarrollando programas y actividades que ayuden a las personas mayores a alcanzar un buen envejecer.
- j) Salud en Familia. Se trata de una plataforma tecnológica multicanal de EpS promovida por FUNDADEPS, con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que busca aportar a las familias información útil y consejos para que tomen las decisiones más saludables para el cuidado de su salud y la mejora de la calidad de vida.

- k) Programa GALIA. Programa de formación e intervención en VIH/SIDA promovido por FUNDADEPS y su red nacional de Agentes Jóvenes de Salud, con los objetivos de incrementar las fuentes y el acceso a la información de los jóvenes; potenciar su capacidad para transmitir el conocimiento entre sus iguales; formar a los jóvenes de cara a disminuir sus conductas de riesgo; fomentar el uso de los materiales de formación en sus intervenciones dentro de los colectivos y escenarios donde actúan; y fomentar el empleo de los jóvenes en el ámbito de las Ciencias Sociales y de la Salud.
- l) Colegios saludables. Programa desarrollado conjuntamente con la Revista Padres y Colegios (Grupo Siena), a través de la cual se certifican la calidad de las acciones que los centros educativos desarrollan en materia de EpS.
- m) Magíster en línea en Comunicación y Salud. Título Propio de Postgrado de la Universidad Complutense de Madrid, impartido en modalidad en línea, que se desarrolla en el marco de la Cátedra de Comunicación y Salud UCM-Abbvie en colaboración con Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid), FUNDADEPS, INICyS, la Red Iberoamericana de Comunicación y Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

## La educación para la salud en el sistema educativo

La EpS entendida como parte de la promoción de la salud es un segmento importante de la educación en general y un medio de promover la salud. El sistema educativo se va consolidando como uno de los lugares más adecuados para aplicar programas de EpS junto al ámbito comunitario.

En el caso de España, por ejemplo, la necesidad que la EpS esté presente en los currículums escolares se hizo patente a partir de la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE) de 1990. La Política Educativa que aparece reflejada en la misma señalaba la importancia de darle un tratamiento de transversal curricular, constituyendo, así, una llamada de atención para los/as educadores/as en cuanto a nuevos planteamientos curriculares en materia de salud y posibilitando, a su vez, la adecuación del sistema educativo a las necesidades que una sociedad moderna tiene de generar salud. Las posteriores leyes educativas que la sucedieron LOPEG (1995), LOCE (2002), LOE (2006), LOMCE (2013), LOMLOE (2020)... redundan de forma implícita o explícita en la idea de mantener esta necesidad educativa.

Siendo conscientes de que el sistema educativo en su conjunto no constituye la comunidad, pero forma parte de ella y es en él donde se van a generar, en gran parte, los hábitos y actitudes con los que el alumnado va a vivir su vida posterior vida como adultos. Es importante que el proceso socializador se dé en unas coordenadas que faciliten la aparición de todas las habilidades que ayuden al sujeto a vivir en plenitud, fomentando el desarro-

llo de hábitos saludables que contribuyan a su desarrollo personal y social, a su desarrollo integral.

La EpS se debe concretar en la escuela a nivel de objetivos, contenidos, actividades, metodología y evaluación. En definitiva, tiene que plantearse formalmente dentro del estatus que aporta el proyecto educativo de los centros. La EpS entendida como promoción de la salud es una parte importante de la educación en general y un medio de promover la salud.

En España, en cuanto a la enseñanza de la EpS del profesorado de Secundaria, cabe señalar igualmente a la citada LOGSE. Desde este momento se empieza a avanzar en la implantación de esta asignatura en el currículum de la diplomatura de Magisterio, y en la licenciatura en Ciencias de la Educación, hoy día lo que serían los diferentes Grados en Educación y Pedagogía, materia que en la mayoría de los casos tiene carácter de optativa.

La EpS se incluye en el currículum escolar como materia transversal, esto es, como una enseñanza que no pertenece a un área en concreto del desarrollo curricular, sino que debe estar presente en las diferentes áreas.

A través de las distintas normativas autonómicas de desarrollo de los currículos de las etapas de educación infantil, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Educación de Personas Adultas se fundamenta la necesidad de la EpS.

En Secundaria y Bachillerato, la transversalidad aparece reflejada en sentido holístico, haciendo hincapié en la necesidad de implantar una educación en valores y actitudes, atendiendo al principio de integración de la LOGSE, pero sin delimitar concretamente qué capacidades de los diferentes temas transversales y, en especial, el de EpS, han de adquirir los estudiantes al finalizar esta etapa educativa.

Después de la LOGSE y de algunos intentos de nuevas leyes educativas no aprobadas, aparece una nueva ley educativa, la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE, 2006). Esta ley conserva parte de la LOGSE (1990), algunos extremos de la Ley de Calidad. La comunidad educativa comenzó a debatirla en septiembre de 2004. El texto deroga las anteriores leyes educativas, menos la LODE, de 1985, y entró en vigor el mes de septiembre de 2006. La ley se asienta en tres principios fundamentales:

1. Proporcionar una educación de calidad a todos los ciudadanos de ambos sexos, en todos los niveles del sistema educativo.
2. El esfuerzo compartido. Todos los componentes de la comunidad deben contribuir a conseguir este objetivo.
3. Compromiso decidido con los objetivos educativos planteados por la Unión Europea para los próximos años:
  - Mejorar la calidad y la eficacia de los sistemas de educación y formación: capacitación docente, acceso a las TIC, estudios científicos, etc.
  - Facilitar el acceso generalizado a los sistemas de educación y formación: aprendizaje abierto, promover la ciudadanía activa, igualdad de oportunidades, la cohesión social, etc.
  - Abrir los sistemas al mundo exterior: reforzar lazos con vida laboral, con la investigación y con la sociedad, desarrollar el espíritu emprendedor, los idiomas, los intercambios, la cooperación, etc.

Para desarrollar estos principios, es preciso actuar en las siguientes direcciones:

1. Concebir la formación como un proceso permanente que se desarrolla a lo largo de la vida.
2. Flexibilidad del Sistema: que conlleva aparejada la concesión de un espacio propio de autonomía a los centros docentes, para adaptarse a la diversidad de sus alumnos. La autonomía lleva aparejada la evaluación y la rendición de cuentas por parte de los centros.
3. La actividad de los centros recae en el profesorado. Es necesario revisar su formación inicial para adecuarlo al entorno europeo. Se requiere el compromiso de las Administraciones para favorecer el desarrollo profesional vinculado a la valoración de su práctica y su reconocimiento social.
4. Simplificación y clarificación de las normas educativas, en un marco de respeto al reparto de las competencias.
5. Cooperación territorial y entre administraciones, para desarrollar proyectos y programas de interés general, para compartir información y aprender de las mejores prácticas.

Sobre la base de estos principios, presenta también sus Fines de la educación, que son:

- Pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades afectivas.
- Formación en el respeto a los derechos y libertades fundamentales.
- Igualdad afectiva de oportunidades entre hombres y mujeres.
- Reconocimiento de la diversidad afectivo-sexual.
- Valoración crítica de las desigualdades.
- Ejercicio de la tolerancia, convivencia democrática, resolución pacífica de los conflictos.

La LOE establece en todos los niveles de la enseñanza obligatoria, objetivos tendentes a desarrollar las capacidades afectivas y psicosociales del alumnado, a que se valoren y respeten los aspectos de género y la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres, a afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales y a valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medioambiente.

Asimismo, en todas las etapas de la LOE se abordan aspectos importantes para la EpS en las áreas de Conocimiento del medio, Ciencias de la naturaleza, Educación física y Educación para la ciudadanía. La escuela tiene la responsabilidad de integrar la EpS en sus proyectos, promover el valor de la salud entre todos los grupos que integran la comunidad escolar, a lo largo de todo el periodo de formación, de modo que se faciliten comportamientos saludables, y se promueva la capacidad de decisión y elección personal de estilos de vida saludables desde la autonomía y el asentamiento de actitudes positivas duraderas para el cuidado de la salud.

La LOE (2006), al basarse en la LOGSE (1990), mantiene, en líneas generales, la misma estructura del Sistema Educativo, si bien con algunas modificaciones. Respecto a los temas transversales, la LOE hace una lectura fugaz de la transversalidad. Por ello pensamos que la complejidad y evolución didáctica que supuso la LOGSE en estos temas deben mantenerse.

La LOMLOE derogó la LOMCE, e introdujo importantes modificaciones en la LOE. En esta última reforma, la transversalidad en Educación Primaria se contempla atendiendo en todas las áreas a la comprensión lectora, la expresión oral y escrita, la comunicación audiovisual, las tecnologías de la información y la

comunicación, el fomento de la creatividad y del espíritu científico, la EpS, incluida la afectivo-sexual y la educación emocional, dedicando un tiempo diario a la lectura. Además, en el tercer ciclo de Educación Primaria se contempla la inclusión de la materia Valores cívicos y éticos, y se oferta obligatoriamente la de Religión «sin asignatura espejo»; el planteamiento en estos puntos es similar en la ESO, reforzando, además, la orientación con perspectiva de género (Vázquez y Porto, 2020).

En todo caso, a pesar de las normativas reguladoras, una propuesta de EpS desarrollada en los centros educativos a partir de los planteamientos y presupuestos que hemos venido exponiendo no está libre de problemas, en especial en el paso de la EpS de los programas oficiales a su puesta en práctica (Castillo Lemee, 1993).

El primero de esos problemas es la *actitud de los enseñantes*. En general, son pocos los que se muestran interesados en abordar la EpS, y esto ocurre por múltiples razones: consideran que no es de su incumbencia y no se sienten preparados para abordarla, estiman que educar requiere un mayor esfuerzo no remunerado, no les interesa entrar en contacto con los profesionales de la salud, porque constituyen un personal extraño a la escuela que viene a inmiscuirse en su quehacer pedagógico sin tener la preparación adecuada, no quieren cambiar, se consideran sobrecargados y tienen, a menudo, muchos otros problemas de orden personal o familiar que concentran su atención u ocupan totalmente su escaso tiempo disponible.

Es verdad que los enseñantes, en general, no están preparados para educar para la salud. Por ello, es indispensable que las escuelas formadoras del personal docente incorporen en sus currículos objetivos, contenidos y actividades destinados a hacer de cada docente un educador/a para la salud. Esto requiere revisar los programas de formación y disponer de profesores cualificados en esa disciplina. Los futuros egresados de los institutos de formación pedagógica tendrían, así, se supone, una concepción más amplia de su rol y considerarían que educar para la salud forma parte normal de sus funciones. Pero, además, quedaría la ardua tarea de reciclar a los miles de enseñantes actualmente en funciones. Desde los Centros de Profesores y Recursos se ofrecen cursos relacionados con la educación y promoción de la salud, así como de temas vinculados como drogodependencias o se-

xualidad, pero son pocos los docentes en activo que se suelen interesar estos cursos de capacitación en EpS, a menos que en ello encuentren algún incentivo suplementario como ganar puntos para el currículum vitae y obtener alguna promoción. Ello no garantiza que, una vez alcanzado ese objetivo, se lancen efectivamente a educar para la salud. Para Castillo Lemee (1998), en la práctica los docentes prefieren capacitarse en otras materias como informática, didáctica de alguna de las disciplinas clásicas u otras técnicas modernas de comunicación. Asimismo, la formación que se ofrezca no puede ser abordada solamente en forma de cursillos teóricos, sino, más bien, como experiencias prácticas orientadas y llevadas a cabo dentro del marco de su propio trabajo cotidiano. Se podrían organizar, por ejemplo, talleres dirigidos por especialistas en EpS, en los que podrían participar no solo todo el personal de una escuela, sino también profesionales de la salud, representantes de las AMPA, otros miembros de la comunidad y representantes del alumnado.

Hay que seguir intentando sensibilizar a los enseñantes a través de diversas estrategias, porque a pesar de la escasez de resultados, aquí o allá se logra interesar algún maestro o maestra excepcionalmente predispuesto que descubre en la EpS un campo rico de satisfacciones profesionales a la vez que una visión nueva y regocijante de su función social. «Esos maestros constituyen los pilares de lo que será en el futuro un verdadero movimiento pedagógico de una auténtica educación para la vida» (Castillo Lemee, 1998, p. 49).

Otro de los problemas que dificultan la implantación de la EpS en las instituciones educativas es la falta de coordinación con los servicios de salud. Mientras los enseñantes no posean una base de conocimientos en salud que les permita sentirse seguros, necesitarán apoyarse en profesionales sanitarios. Estos profesionales constituyen un recurso del cual la escuela puede echar mano en su tarea de formar individuos capaces de proteger, conservar y mejorar la salud. Pero esta relación no puede ser algo puntual, en el que un profesional sanitario tenga la ocasión de exponer frente a una clase un tema de salud que se considera importante. Esa experiencia no sirve de mucho en cuanto a educar a los niños para la salud. No es eso a lo que debemos llegar: la EpS en la escuela debe ser una experiencia de vida en la que los niños, docentes, familias y de alguna manera, la comunidad entera esté comprometida.



Hay toda una tarea a realizar para lograr que la comunidad se asocie y participe con la escuela en un plan común educativo. Como en toda tarea social, lo fundamental es la calidad de las relaciones que se establecen entre el cuerpo de enseñantes y los miembros de la comunidad y sus líderes. Tiene que nacer una confianza mutua, una cierta complicidad al calor del trabajo en común. Y los miembros de la comunidad participantes deben ganar un cierto protagonismo, un reconocimiento social por su colaboración que la escuela puede facilitarles.

Para empezar, se pueden organizar una o dos unidades de enseñanza-aprendizaje globalizadas en torno a un tema de salud, que podríamos denominar la «Semana de la salud» y la «Semana del medioambiente», a realizar cada año. Estas constituirían ocasiones suficientes para ir, poco a poco, acostumbrando a la comunidad a participar en la EpS. Estas actividades, limitadas en el tiempo, deben, evidentemente, ser complementadas por otras acciones rutinarias inscritas en el programa de cada centro escolar.

Como comenta Castillo Lemee (1998, p. 56):

Quizás sea utópico pedirle a la escuela que nos enseñe a ser felices. Pero pidámosle, al menos, que nos deje imaginar. Es la única capacidad exclusivamente humana con que nos ha dotado la evolución y en ella reside toda posibilidad de libertad.

### 3.1. Las escuelas promotoras de salud

El desarrollo de la EpS en el marco educativo viene avalado por diversas instituciones de reconocido prestigio, como la OMS, UNESCO, UNICEF, Consejo de Europa y Comisión Europea, OCDE... Todas consideran que se trata del modo más efectivo para promover la adopción de estilos de vida saludables y el único camino para que la EpS llegue a los grupos de población más joven (infancia, adolescencia y temprana juventud), independientemente de factores como clase social, género, o el nivel educativo alcanzado por padres y madres.

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 y el Consejo de Europa. La colaboración entre los tres organismos que la componen 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.

La OMS (1997) define la *escuela promotora de salud* como «aquella que fortalece constantemente las características que la convierten en un entorno sano para vivir, aprender y trabajar». Se trata de «una comunidad humana que se preocupa por la salud de todos sus miembros: alumnado, profesorado y personal no docente, así como todas aquellas personas que se relacionan con la comunidad escolar» (Young, 1995) y no solo como sistemas eficientes en producir educación.

El origen de esta red se sitúa en los trabajos realizados en los años ochenta del siglo pasado dentro del Proyecto Piloto sobre EpS que tuvieron su continuidad en las recomendaciones en la Conferencia sobre «Promoción de la Educación para la Salud», celebrada en Estrasburgo en 1990. Tales propuestas y orientaciones se sitúan tanto en la línea de prioridades establecidas por la OMS en el ámbito de la promoción de la salud como en la de las conclusiones de la Conferencia de Dublín sobre «Prevención y EpS en las escuelas», auspiciada por la CEE (1990). En cada país existe un coordinador de la red.

La Red de Escuelas Promotoras de salud parte de los siguientes criterios básicos (Aranda, 1997):

1. Promover activamente la autoestima de cada estudiante comprobando que influye positivamente en la vida del centro educativo.
2. Favorecer buenas relaciones entre el personal docente y el alumnado, y entre los alumnos/as entre sí, en la vida cotidiana escolar.
3. Facilitar la información y los canales de participación para que el alumnado y profesorado entiendan claramente el Proyecto Educativo y los objetivos sociales de la escuela.

4. Promover actividades que supongan retos estimulantes para todo el alumnado.
5. Mejorar el entorno físico que conforma el centro escolar.
6. Fomentar lazos sólidos entre el centro, el medio escolar y la comunidad.
7. Establecer relaciones de colaboración entre las escuelas primarias y secundarias asociadas para elaborar programas coherentes de EpS.
8. Promover activamente la salud y el bienestar del alumnado y de todo el personal docente y no docente que trabaja y colabora en el centro.
9. Conferir al profesorado un papel de referencia para las cuestiones relativas a la salud y potenciar su papel protagonista en EpS.
10. Resaltar el papel complementario de la alimentación escolar dentro del programa de EpS.
11. Utilizar las posibilidades que ofrecen los servicios de la comunidad como apoyo al programa de EpS.
12. Aprovechar el potencial educativo de los diferentes servicios de salud como apoyo al programa de EpS, más allá del simple diagnóstico sistemático.

Sobre esas bases, que dan coherencia a un proyecto global de promoción de la Salud, se intenta desarrollar una actuación coordinada de los sistemas educativo y sanitario, a la vez que garantizar el trasvase de información y de experiencias entre los componentes de la red para lograr un esfuerzo en la dinamización de la EpS.

Simultáneamente, la acción educativa para la salud en el marco escolar debería suponer la aparición de un polo de referencia para la comunidad, mediante la intermediación de las familias del alumnado (García, Sáez y Escarbajal, 2000).

Las escuelas promotoras de salud han de reunir una serie de características (Castillo Lemee, 1998, p. 43):

- a) Considera la EpS a través de todos los aspectos de la vida escolar y sus relaciones con la comunidad y no solo en las actividades en el aula.
- b) Se basa en un modelo integral de salud que incluye las interacciones entre los aspectos físico, mental, social y el medioambiente.

- c) Se centra en la participación activa de los alumnos a través de una amplia variedad de métodos que contribuyen a desarrollar habilidades.
- d) Reconoce que la salud de los alumnos está sometida a múltiples influencias y toma en cuenta creencias, valores y actitudes preexistentes.
- e) Reconoce que existen habilidades y procesos que constituyen la base de todo mejoramiento de la salud y los incluye como objetivos del currículum escolar.
- f) Desarrolla en el alumnado una imagen positiva de sí mismo, y a aumentar su capacidad de autocontrol, como elementos básicos de la promoción de una buena salud.
- g) Reconoce la importancia del medioambiente físico y sus efectos fisiológicos y efectivos sobre los alumnos y el personal escolar.
- h) Ve la promoción de la salud en la escuela relacionada con el bienestar del propio personal escolar y reconoce el rol de ejemplo que este juega frente al niño.
- i) Considera a los padres-madres de los alumnos como un apoyo indispensable para la escuela en la promoción de la salud.
- j) Compromete a los servicios médicos escolares a participar en el programa educativo y a ayudar a los alumnos a utilizar mejor los recursos que ellos pueden ofrecer.

La escuela promotora de salud se abre a la comunidad, se integra a sus procesos y utiliza los recursos que aquella pueda ofrecerle asociándola a sus programas.

La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud 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 aquella 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, que tenga en cuenta las condiciones del edi-

ficio escolar, 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 esta 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 al alumnado 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 que sean un recurso educativo que ayude a la comunidad a utilizar adecuadamente el sistema sanitario.

Dichos objetivos responden a una concepción precisa de la función educativa: la institución escolar tiene que apoyar a su alumnado para que, partiendo de una opinión formada y crítica, pueda tomar sus propias decisiones de manera consciente y responsable, a la vez que adquiere los recursos conceptuales, de procedimiento y las habilidades que les permitan actuar con autonomía en la resolución de los problemas que les afectan en el campo de la salud.

La *adquisición de habilidades, autodeterminación y acción orientada a la comunidad* son conceptos comunes a la promoción de la salud y a la educación cuando son interpretados como un sostén para ser socialmente crítico, reflexivo y cuestionador en el marco de una cultura educativa transformadora. Tal orientación anima a muchos actores, en una escuela inserta en su comunidad, a compartir sus puntos de vista y sus experiencias y a jugar su papel en el desarrollo del conocimiento sobre su realidad y sobre cómo modificarla en la dirección de aumentar su calidad de vida. El desarrollo del concepto *escuela promotora de salud* se ha

convertido en un principio fundamental en la orientación de los movimientos de EpS (Williams y Young, 1993).

### 3.2. La educación para la salud en las universidades

El papel que juega la EpS en España y, más ampliamente, en el entorno europeo está sujeto, según García Martínez (1998), a múltiples debates. Es verdad que la EpS puede considerarse, en primer lugar, como un cuerpo de conocimientos híbrido (¿qué disciplina científica no lo es?) y en fase de consolidación y, en segundo lugar, como un modo de enfocar y contribuir a la salud que, de acuerdo con sus presupuestos preventivos y promocionales, se enfrenta a una concepción consolidada de la salud basada en la atención a la enfermedad y en la confianza en la reparación de sus efectos. Una concepción que, más allá de su apreciación filosófica de la salud, comprende, para García Martínez (1998, p. 5):

[...] una amplia trama de intereses profesionales (médicos y ATS, paramédicos...), industriales (industrias farmacéuticas), formativos (facultades universitarias, administraciones, etc.) y de investigación que no parecer estar muy interesada en que el «negocio» de la salud se pierda o deteriore bajo los efectos de una toma a su cargo del establecimiento de mejores condiciones de salud y vida, por parte de las personas individuales y de los grupos sociales.

El tímido y solo reciente reconocimiento universitario de la disciplina, con la excepción quizá del título de Pedagogía, donde se constituyó como disciplina con carácter obligatorio (en un par de universidades españolas) y optativo, podemos considerarlo como una consecuencia de esta situación. Sea como fuere, la mayor parte de las teorías que convergen en la EpS apuntan a una acción educativa para la salud que debe integrarse en los diferentes niveles de la sociedad. La EpS debe ser enseñada en la escuela y adquirir una dimensión universitaria que permita el progreso del conocimiento y, simultáneamente, ser asumida por todos los agentes sociales que intervienen en el campo de la sa-

lud. En particular, el imperativo de su articulación educativa en las escuelas, ya sea como disciplina ya como eje transversal, supone que la función de los docentes incluya la EpS como un eje importante de su formación. Desde sus inicios, la EpS ha aparecido como una disciplina joven, dinámica y con una fuerte incidencia social. Sin embargo, en contraste con otras disciplinas, no aparece completamente incardinada en los modos de actuar de las sociedades avanzadas.

La ausencia de reconocimiento universitario y su tardía implantación curricular ha tenido bastante que ver con su subdesarrollo en materia de investigación. Del mismo modo, la anarquía metodológica del sector y las dificultades estructurales que conlleva su evaluación han alimentado el difícil respecto de la pertinencia y a la legitimidad de la EpS. Lo que explicaría parcialmente no solo su debilidad, sino también los escasos recursos que se han destinado a un sector de la salud que, a pesar de sus carencias actuales, aparece como estratégico en la consecución del bienestar social e individual.

La EpS aparece como temática transversal y depende del ideario y disposición de los centros para incluirlo en sus proyectos de centro. Pero qué ocurre con la formación que reciben esos agentes educativos, maestras y maestros, profesorado, educadoras y educadores... en las universidades o en la formación continua que van recibiendo a lo largo de sus años como docentes. Es un tema que nos preocupa, porque entendemos que, si no se ha plantado la semilla del valor como conocimiento, procedimientos y actitudes, es difícilmente comprensible que vaya a ser un tema que preocupe o que tengan presente esos docentes. En el caso de España, la asignatura de EpS está en más de una veintena de universidades españolas, y suele presentarse como materia de carácter optativa en la mayoría de los casos y con una carga docente de entre 4.5 y 6 créditos.





## La educación para la salud en el currículum educativo

*Educación* es algo más que *informar*. La educación implica no solo que el educando adquiera conocimientos nuevos; consiste, además, en modificar sus actitudes y valores, y, sobre todo, cambiar sus conductas. Eso no impide que, en la práctica, se siga confundiendo información con EpS, con un simple trasvase de conocimientos del cerebro de los técnicos al de los mortales comunes (García Martínez, 1998).

Educación para la salud requiere poner en marcha un proceso complicado que requiere conocimientos y habilidades especiales. Educación es fácil y difícil a la vez, porque la gente aprende de todas maneras, a pesar de todo, pero no siempre lo que uno quiere que aprenda. Por otra parte, hay lugar a preguntarse con qué derecho podemos pretender que los demás sean o se comporten como uno quiere. Existen límites poco claros entre el terreno en el que pueden haber imposiciones sociales de conductas, inspiradas en el saber científico y orientadas hacia el bien común, y un indispensable territorio de decisiones personales dejadas al libre arbitrio de cada cual. Porque el saber científico cambia, la moral cambia, cambia con la cultura la importancia que tiene el individuo a lo largo de su vida en el seno de cada comunidad.

García Martínez (1998) opina que quizás sea bueno aceptar que la libertad humana no existe, al menos desde un punto de vista estrictamente material, «puesto que estamos determinados biológicamente por leyes que regulan toda la biosfera». Claro que existen otro tipo de determinismos: sociales, culturales, económi-

cos, políticos... que no son fáciles de erradicar y coartan la existencia de cada persona. Cada individuo debe conocerlos, identificarlos, comprender sus mecanismos de acción y sus orígenes.

Muchos de los problemas de salud resultan de nuestra ignorancia de la biología y sus leyes. Otros, de la falta de comprensión de los mecanismos a través de los cuales la sociedad nos aplasta y nos aliena. La EpS no es: «Haz esto, no hagas aquello».

Tampoco debería culpabilizar al educando: «Ahí está el peligro; si caes, es tu culpa». La tarea educativa no es una inculcación, sino un modo de creación de espacios donde los individuos pueden desarrollarse, encontrando o creando por sí mismos los recursos necesarios. Uno de los objetivos de la acción socioeducativa, en el campo de la salud como en otros terrenos, es el de capacitar a la población destinataria para hacer frente a la resolución de sus problemas mediante la utilización de los recursos a su alcance para lograrlo.

La EpS en la «escuela» debería ser un trabajo emprendido en común por profesoras y educadores, estudiantes, madres y tutores de familia, técnicos/as de la salud y comunidad, destinado a asegurar la supervivencia de todos y cada uno, y a mejorar la calidad de la existencia. Debería ayudar a cada individuo a desenvolverse con éxito en la intrincada red de relaciones que establece entre los medios físicos, biológicos y psicosocial.

La EpS debe ser liberadora en el sentido de crear conciencia de la realidad en que se vive, de sus riesgos, imposiciones y límites, así como de los recursos, las ventajas y las posibilidades. Debe ser pragmática y hacer del saber científico una herramienta que permita a cada uno vivir mejor. «Pero, sobre todo, la EpS debería contribuir a desarrollar el amor y el respeto por la vida en todas sus formas, la solidaridad humana y la confianza en sí mismo» (García Martínez, 1998).

Asistimos en el campo de la EpS a la emergencia de nuevas modalidades de intervención que tienden a considerar al sujeto en su globalidad. Si la acción preventiva tendía, bajo el influjo de una orientación fundamentalmente individualista, a mejorar la forma de asumir riesgos particulares (tabaco, alcohol, drogas, sida...), difundiendo información y llamadas a la responsabilidad, hoy se toma una prudencial distancia respecto de ese modelo, entre otras cosas porque ha sobreestimado la dimensión racional de los sujetos destinatarios y la relación causal existente

entre las informaciones racionales y la adopción de los comportamientos esperados.

En lugar de focalizar sobre un riesgo en concreto y la forma de protegerse, la nueva perspectiva se propone contribuir educativamente a dotar a los individuos y grupos sociales de los recursos personales y comunitarios que son necesarios para afrontar tales situaciones a través, fundamentalmente, de la inserción en la comunidad a la que pertenecen. La información cuenta menos que la posibilidad de disponer de lugares de intercambio o de dispositivos que permitan mantener o reconstruir los lazos sociales para acrecentar el dominio de las personas sobre su propia existencia y sus capacidades de gestión de los problemas a los que tienen que enfrentarse. Las «prácticas de riesgo» pasan a un segundo plano, y deben valorarse las capacidades individuales de reacción ante los problemas, esto es, la actualización de los recursos intelectuales, morales y afectivos que contribuyen a un desarrollo autónomo que les faculte para enfrentarse a sus realidades vitales individuales y colectivas.

La EpS puede figurar en el currículum escolar de muchas maneras. Inscrita de forma regular en el empleo del tiempo, enseñada como parte integrante de otras materias o a través de temas de salud, incluida en los programas sobre actitudes y valores o, desde luego, aparecer como una combinación de estas posibilidades.

Pero, quizás más importante que el modo de ponerla en marcha sea el hecho de que la EpS ha de ser planificada y coordinada a través de todo el programa para ajustarla a las etapas de desarrollo de niños y niñas y de adolescentes y jóvenes. La elección de los métodos pedagógicos y del material apropiado es muy importante: los métodos de aprendizaje activo incitan al alumnado a comprometerse con el proceso de aprendizaje, y los métodos de experimentación propia permiten este aprendizaje en su experiencia vital. En todo caso, los métodos seleccionados deben abordar los valores, actitudes y competencias tanto como los conocimientos, especialmente porque lo que se pretende es el desarrollo de competencias para actuar en la vida de un modo saludable.

A pesar de que algunos docentes, a causa de la disciplina que enseñan o de su interés personal, pueden considerar que la EpS les afecte más que a los demás, es el equipo educativo en su totalidad quien debe implicarse en la elaboración de un medio favo-

able para su desarrollo. Las orientaciones de la escuela en materia de nutrición, sexualidades, adicciones o *bullying* permitirán que las prácticas internas de la escuela refuercen los aprendizajes del aula por medio de una experiencia concreta y directa.

El entorno material creado en la escuela tendrá un impacto inmediato sobre la salud y la seguridad de los que estudian y trabajan en ella. La calidad de las relaciones dentro del equipo educativo, entre el equipo educativo y el alumnado, y de estos entre sí, contribuirá al proyecto escolar. En la construcción del proyecto se deberán tener en cuenta los siguientes elementos (Diputación General de Aragón, 1991, pp. 79-88):

- a) *Adecuación a los objetivos generales*: partir de las características socioculturales y de salud de la población escolar y del entorno de cara a establecer las prioridades para el desarrollo de la EpS en los distintos ciclos y etapas.
- b) *Análisis, secuencialización y organización de los contenidos*: dada la amplitud de los posibles contenidos, el proceso de selección deberá entenderse como el resultado de su adecuación a las necesidades detectadas a corto, medio y largo plazo y a las características psicopedagógicas de los alumnos, a las áreas de conocimiento o ámbitos de experiencia en los que habrán de tratarse y a los conocimientos previos del alumnado. Algunos autores plantean, no prescriptivamente, que cada uno de los sistemas básicos de organización de los contenidos curriculares (globalización, interdisciplinariedad y disciplinariedad) se corresponderían contextualmente con cada uno de los ciclos formativos de la manera más adecuada:
  - b1) *Globalización*, que pretende lograr una mayor relación del alumnado y lo que aprenden con sus contextos de referencia en orden a una mejor conceptualización científica y a una mejor capacidad de relación entre los contenidos enseñado; sería la más adecuada para los ciclos infantil, inicial y medio.
  - b2) *Interdisciplinariedad*, una aproximación de las disciplinas en función de los contenidos trabajados, idónea para el ciclo superior.
  - b3) *Disciplinariedad*, entendida como el predominio de un área de conocimiento con escasa relación con otras, más apropiada para la enseñanza media.

- c) *Objetivos terminales de ciclo*: determinan el tipo y grado de aprendizaje que habrá de llevar a cabo el alumnado; permite la diversificación de los aprendizajes en función del tipo de alumnado y sus respectivas diferencias.
- d) *Criterios metodológicos*: subraya la importancia de los acuerdos interdisciplinares en torno a las opciones metodológicas consideradas necesarias para el tratamiento de la EpS, sin que ello suponga una imposición metodológica precisa, lo que sería contradictorio con las diversidades de aprendizaje. Se deberá partir del nivel de desarrollo del estudiante para construir aprendizajes significativos y con la participación activa de los mismos, teniendo en cuenta la validez de todo aquello que facilite el aprendizaje, la coherencia entre las opciones y las actuaciones y la continuidad metodológica precisa para garantizar la adquisición de capacidades. El objetivo es que aprendan a aprender.
- e) *Criterios de organización espacio-temporal*: garantizan la acción coordinada entre los distintos ciclos formativos y permiten la coherencia de la acción educativa para la salud. La organización espacial responderá a las características del alumnado y contemplará el aula y el resto de los espacios docentes, mientras que la organización temporal busca crear unas condiciones favorables para el desarrollo de las actividades atendiendo a las necesidades del alumnado.
- f) *Materiales curriculares y otros recursos didácticos*: se trata de establecer criterios comunes a la elección de los materiales básicos de enseñanza y en su utilización, de forma que la acción educativa del centro sea coherente (libros de consulta, folletos, lecturas, carteles, medios audiovisuales, juegos...).
- g) *Criterios de evaluación*: permiten, sobre la base de la información recogida, valorar el proceso desarrollado en función de los objetivos establecidos y tomar decisiones que mejoren los procesos de enseñanza.

La elección de los contenidos a desarrollar, conceptuales, procedimentales o actitudinales deben responder a cuatro factores distintos (Coll, 1986), que también denominamos *fuentes*, ya que de ellas parten las exigencias de su tratamiento. Son las fuentes sociológica, epistemológica, psicológica y pedagógica que determinan todo currículo (Gimeno Sacristán y Pérez, 1983). En el currículo de EpS se pueden establecer estas cuatro fuentes:

- *Fuente sociológica de la EpS.* Se basa en las nuevas necesidades sociales y las demandas que hace la sociedad para que ciertos temas se desarrollen en la escuela, por considerarlos necesarios para los ciudadanos del futuro.
- *Fuente epistemológica.* Se basa en la estructura interna de la disciplina a desarrollar, los conocimientos científicos, su historia y su estado actual. Establece las relaciones interdisciplinarias pertinentes, diferencia lo fundamental de lo accesorio y presenta una metodología de trabajo. En la EpS es de gran importancia el análisis de la evolución histórica de los diferentes conceptos de *salud*. No es esta una cuestión anecdótica, puesto que cada concepto ha ido aportando un rasgo diferente y ha marcado el nivel de conocimiento que existe en la sociedad en cada momento, indicando un camino a recorrer para llegar a alcanzar el concepto de *salud* que poseemos en la actualidad. El nivel de partida, los preconceptos de *salud* de nuestros alumnos, inician el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- *Fuente psicológica.* Se basa en los procesos de desarrollo intelectual, procesual y psicomotor de los alumnos, las regularidades que presentan las diferentes etapas evolutivas, las diferencias individuales existentes, y los mecanismos y procesos de aprendizaje. En EpS cobra especial importancia el desarrollo de actitudes y pautas de comportamiento que configuran un determinado estilo de vida. La psicología social nos aporta información sobre las bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud. En general, en el contexto de la EpS, se considera que una *actitud* es «una predisposición mental adquirida y duradera, que incita a comportarse de una forma determinada frente a un determinado tema de salud» (Salleras, 1985). La adopción o modificación de un determinado comportamiento solo se puede producir si se presentan actitudes positivas hacia el mismo, aunque no siempre el cambio de actitud lleve inequívocamente a una modificación de la conducta, puesto que también los factores externos (familia, compañeros, amigos), el medioambiente social del individuo, influyen. Las actitudes son modificables por el aprendizaje, siempre que este aprendizaje sea significativo e interiorizado, de forma que llegue a cuestionar los valores y creencias. Pero, igual que no existe un único estilo de vida saludable, ya que depende del entorno social y cultural, tam-

co podemos basar la promoción de la salud únicamente en comportamientos individuales, sino que debemos tener un enfoque ecológico, ya que las raíces de los problemas de salud tienen factores políticos, económicos y sociales.

- *Fuente pedagógica.* Consiste en la intervención del profesorado en el hecho didáctico, diseñando y llevando a efecto una adecuada secuencia de enseñanza-aprendizaje. Se basa en la experiencia docente y en las investigaciones psicopedagógicas. Las actividades planteadas y la metodología empleada deben estar en función de lo que queremos conseguir. Si pretendemos proporcionar destrezas para la vida, aumentar la autoestima, desarrollar la capacidad de elección, de adaptación, de comunicación, de saber gestionar el tiempo con efectividad, y de ser críticos y constructivos con el ambiente que nos rodea, debemos utilizar recursos, estrategias y metodología adecuados para ello. Las simulaciones, presentación de problemas, investigaciones, juegos, caracterizaciones, debates... son estrategias que, usadas adecuadamente y en el momento oportuno, dan resultados óptimos. Como propuesta metodológica, hemos de contar con la participación de madres y padres, personal sanitario y demás agentes sociales.

Está demostrada la dificultad de obtener algún cambio individual si no hay colaboración en instancias comunitarias que faciliten y refuercen la puesta en práctica de una nueva opción del estudiante a la cual ha podido llegar por decisión personal en el trayecto de su aprendizaje escolar. Ante cualquier tema que consideremos de EpS, debemos contestar a las preguntas planteadas desde las distintas fuentes:

- Desde la fuente *sociológica*: ¿Por qué es importante en la sociedad actual? ¿Qué debe conocer todo futuro ciudadano? ¿Cómo debemos intervenir en los problemas que la sociedad tiene planteados?
- Desde la fuente *epistemológica*: ¿Cuáles son los conocimientos científicos actuales acerca del tema? ¿Cuál ha sido su historia y evolución? ¿Qué tendencias existen? ¿Cuál es el método de trabajo de los/as investigadores/as?
- Desde la fuente *psicológica*: ¿Cuál es el nivel de madurez intelectual de los estudiantes con los que tratamos? ¿Qué intere-

ses poseen y con qué valores se mueven? ¿Cuáles son sus comportamientos y estilos de vida? ¿A qué razones obedecen?

- Desde la fuente *pedagógica*: ¿De qué manera pueden aprender e interiorizar ciertos conceptos, informaciones y valores? ¿Cómo conseguir desarrollar su capacidad de elección? ¿Cómo convertirlos en ciudadanos/as críticos con ellos mismos y con lo que le rodea? ¿Qué problemas e investigaciones habría que presentar que lleven al aprendizaje deseado?

Las respuestas a estas preguntas, la reflexión sobre ellas y la elaboración de un esquema como el presentado ofrecen las pautas metodológicas de actuación del profesorado y facilitan la concreción de una programación.

Modolo (1979) señala que toda acción de EpS debe reunir los requisitos y consideraciones siguientes:

1. No debe centrarse solo en el individuo, tiene que comprender al grupo, puesto que los comportamientos individuales tienen en gran medida una influencia grupal, social.
2. Debe abordar problemas concretos, relevantes y percibidos. No se deben tratar problemas no sentidos, pues carecen de significación, ni tampoco generales, que, por ser excesivamente amplios, difuminan una posible actuación. Es importante recoger las vivencias de los individuos.
3. La acción debe ser continua y no puede quedarse en actuaciones puntuales, esporádicas o de campañas. La formación de actitudes y comportamientos requiere un tiempo superior al necesario para la mera información.
4. Tener en cuenta la competencia de cada persona, que tiene unos comportamientos y actitudes como consecuencia de una historia y una serie de condicionantes que ella misma conoce y valora, por lo que decidirá cambiarlos o no en función de su escala de valores.
5. El profesional de la EpS no debe establecer una relación de autoritarismo, presentando un mensaje de forma dogmática como «la verdad», sino que debe presentarse como colaborador en la búsqueda de soluciones a problemas de interés para todos.
6. La información suministrada debe ser veraz e íntegra, es decir, y no parcial, falsa o deformada. Reconociendo la dificultad



tad de la neutralidad, se debe buscar anular las tendencias por confrontación de los datos provenientes de diversas fuentes.

7. Procurar la motivación necesaria para que los individuos acepten los mensajes, superando los obstáculos y resistencias culturales y psicológicas hacia determinados problemas, ayudándolos a poner en práctica las soluciones encontradas.

## 4.1. Objetivos generales de la educación para la salud

El objetivo de la EpS no es solo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos, sino en un cambio cualitativo en las actitudes que lleve a un cambio real de las conductas. No se trata de disponer de muchos conocimientos, sino de disponer de capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera diferente (Sáez, Marqués y Collel, 1995).

Los objetivos generales que se plantea la EpS se concretan en la consecución de unos niveles óptimos de salud física, emocional y social en todos los grupos que constituyen el conjunto de la comunidad educativa. Con ello se aspira también a alcanzar la prevención –y a largo plazo la reducción– de las actuales cifras de incidencia de enfermedades, discapacidades y mortalidad evitables que se producen en nuestro entorno y son atribuibles a comportamientos y situaciones de riesgo que se inician o pueden producirse en las etapas tempranas de la vida de las personas.

Gómez Ocaña (2005) formula, al menos, tres clases de objetivos generales: *conocer*, *organizar* y *evaluar*:

- a) Conocer todo lo relativo a la prevención y promoción de la salud teniendo en cuenta las posibilidades de los estudiantes de las distintas etapas evolutivas.
  - a.1. Facilitar la comprensión de los conceptos de *salud* y *enfermedad*.
  - a.2. Conocer las funciones vitales de nutrición, relación y reproducción.
  - a.3. Promover el conocimiento de los problemas de salud y de los factores de riesgo.
  - a.4. Dar a conocer los instrumentos y servicios de prevención en sus tres niveles.

- a.5. Ayudar a comprender y aceptar la función del personal sanitario, sus posibilidades y limitaciones, y la necesidad de colaborar con ellos.
- a.6. Tomar conciencia de la responsabilidad personal en todos los problemas de salud/enfermedad, tanto desde el punto de vista individual como social.
- a.7. Conocer los servicios de salud de su comunidad.
- a.8. Analizar y valorar los factores contaminantes de su entorno.
- a.9. Analizar y valorar estrategias para evitar o paliar dicha contaminación.
- b) Organizar y poner en práctica acciones para eliminar los factores de riesgo o introducir factores de bienestar físico, psíquico y social.
  - b.1. Generar y consolidar hábitos saludables.
  - b.2. Eliminar los hábitos no saludables.
  - b.3. Consolidar actitudes positivas hacia los problemas de salud.
  - b.4. Poner en práctica estilos de vida saludables en el marco escolar.
  - b.5. Crear un ambiente físico y social saludable en la escuela.
  - b.6. Enseñar a utilizar adecuadamente los servicios de salud.
  - b.7. Ser capaces de poner en práctica y generar un proceso didáctico, conocimiento/acción/evaluación.
- c) Evaluar: los objetivos de esta tercera categoría se consiguen evaluando cada uno de los objetivos de las otras dos categorías.

## 4.2. Ámbitos y áreas de la educación para la salud

Todo programa de educación que pretenda promover la salud deberá basarse en unos principios básicos que serán los primeros que deberemos inculcar al alumnado, como son el respeto a la vida individual, colectiva y la naturaleza. Hemos de transmitir el concepto de *salud* como algo unitario, ya que la persona humana es una unidad bio-psico-social, que vive y se desarrolla en interacción con su ambiente físico social. Sin embargo, a efectos exclusivamente metodológicos, Gómez Ocaña (2005) establece tres grandes áreas en la EpS: *salud física, salud psíquica y social*, y, por último, *salud ambiental*.

### 4.2.1. Salud física

Cuando analizamos algunas definiciones de *salud*, como las vistas en apartados anteriores, encontramos que en una primera etapa se tendió a entender la salud como ausencia de enfermedad, hoy en día el concepto de *salud* va más allá de la mera falta de enfermedad.

Gómez Ocaña (2005) entiende desde una concepción subjetiva la salud como la ausencia de malestar y dolor. Si nos remontamos al clásico Galeno, él entendía la *salud* como «el bien que posee una persona cuando puede moverse sin dolor dentro del programa elegido».

En el documento que la OMS denominó *Salud para todos en el año 2000*, se observa una cierta preponderancia del aspecto físico de la Salud: añadir años de vida, reducir algunas enfermedades, eliminar otras como el sarampión, rubéola congénita, combatir el cáncer, etc. Teniendo en cuenta que la persona es un sistema psicobiológico que se desarrolla en un contexto social, y al que hay que contemplar en su totalidad, no podemos atender la enfermedad solo desde un punto de vista físico, sino también una perspectiva psíquica y social, aspectos que están íntimamente relacionados.

Implantar en la escuela un programa de «Educación para la Salud» nos parece de enorme importancia. Los efectos educativos siempre son a largo plazo, pero, si uno de los objetivos prioritarios de la OMS es integrar al joven y al adulto en una vida sana, se ha de empezar a trabajar en la escuela y desde la escuela, así como en la familia, desde el inicio de la escolarización. En el ámbito de la salud física pretendemos no solo informar, sino fomentar un cambio de conducta que asegure un mayor grado de salud y bienestar, creando unos hábitos adecuados, que conlleven la aparición de actitudes positivas hacia la Salud, colaborando, así, a la obtención de una mayor calidad de vida.

Según el momento histórico, puede adquirir unos valores preponderancia sobre otros; actualmente parece que en el orden de prelación de los valores que constituyen los patrones sociales, el valor «Salud», va adquiriendo mayor importancia que en el pasado, en el sentido que se hace mayor hincapié en la promoción y prevención de la salud. En el ámbito de la salud física se tratarán los siguientes temas:

- Crecimiento y desarrollo
- Alimentación y nutrición
- Higiene
- Prevención de enfermedades y accidentes
- Actividad/fatiga descanso/ocio

Todos estos aspectos contribuyen a la promoción de la salud. Muchas mejoras conseguidas, en lo que a la salud física se refiere, son debidas sobre todo a mejoras en la calidad de vida de los sujetos, más que a los avances de las ciencias médicas propiamente dichas.

#### 4.2.2. Salud psíquica y social

Para Gómez Ocaña (2005), la *salud mental* sería el estado de equilibrio psíquico en el que las funciones mentales operan de forma adecuada y producen respuestas coherentes. Supone el desarrollo y la actualización de las funciones intelectuales y afectivas del sujeto.

Desde esta perspectiva, la salud mental hace referencia a la existencia en el ser humano de otro tipo de procesos distintos a los puramente biológicos. En tanto que estos tienen lugar dentro de un cuerpo concreto, cualquier situación o estado que se produzca en este afecta, y poseen la virtualidad de incidir en el organismo en el que se desarrollan. Ambos están mutuamente influyéndose en una constante interacción.

En opinión de Ribes (1990), tres son los factores que entraña la salud mental:

1. La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos y regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medioambiente.
2. Las competencias que define la afectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa e indirectamente afectan al estado de salud.
3. Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto «inicial» con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

Una persona mentalmente sana es capaz de satisfacer sus propias necesidades de índole intelectual y emocional, al tiempo

que posee la capacidad de percibir la realidad acompañada de los conflictos y diversas situaciones en su propio beneficio.

Los objetivos prioritarios en este ámbito deben centrarse en conseguir que el sujeto se acepte a sí mismo, adquiriendo progresivamente aquellos recursos personales básicos para la elección de un estilo de vida propio, controlando su entorno y sus relaciones sociales.

Es importante lograr que el sujeto sea capaz de soportar las tensiones provenientes de su medio externo, afrontando los problemas con realismo, de generar los mecanismos de defensa adecuados que lógicamente le ayudarán a establecer y mantener su propio equilibrio bio-psico-social. Dicho equilibrio, entre otros aspectos, se encuentra fundamentado en la existencia de unas relaciones personales estables que contribuirán al logro de un autoconcepto y autoestima positivos, y conducirán a un equilibrio a nivel emocional, a revertir en una perfecta adaptación familiar, escolar y en definitiva social. Por el contrario, toda situación que lleve implícitas relaciones insatisfactorias en cualquier ámbito y a cualquier nivel intrapersonal y/o interpersonal, podrá desembocar en problemas de conducta (inadaptación, delincuencia, neurosis...).

La salud mental supone una actitud personal y positiva. En un sentido más estricto, hace referencia a la integración armónica de los distintos rasgos de la personalidad a modo de actos autónomos conscientes y críticos y, por último, a las propias manifestaciones constructivas que va realizando de su medio externo.

#### 4.2.3. Salud ambiental

Es el conjunto de condiciones de orden físico, químico, biológico y social que de forma directa o indirecta incide en la salud o enfermedad de la población. Estamos continuamente sometidos a influencias externas que condicionan su estado de salud y superan el ámbito del ecosistema o soporte físico de la vida.

Se entenderá como integrante del medio la totalidad compleja de factores biológicos, climáticos, sociales, culturales, etc., que actúan sobre un organismo o una comunidad y condicionan su supervivencia. Cada individuo tiene su medio, ya que posee un especial tipo de relaciones familiares y ambientales que son distintas para cada persona y a las cuales dará distinta respuesta.

Según Gómez Ocaña (2005), desde un punto de vista didáctico, el medio suele dividirse en dos partes:

- El *medio natural*: compuesto por recursos de aire, agua, suelo, flora, fauna y energéticos.
- El *medio construido*: compuesto por su equipamiento (vivienda, trabajo), su infraestructura (servicios, energía, transporte) y la ordenación de su espacio (uso del suelo).

En la práctica, en la intervención educativa, hay que tener presente el equilibrio existente entre los aspectos físicos y psíquicos, integrado, a su vez, en su contexto cultural y social. Las tres áreas mencionadas tienen un comportamiento sistémico, y la alteración de una de ellas repercute en todas las demás.

Partimos de una concepción de ser humano como sistema abierto, considerándolo, así, como ser posible, indeterminado e inconcluso, en continua progresión y evolución, concepción de humano que nos permite la posibilidad de intervenir sobre él con el objeto de crearle unas actitudes, que le permitan vivir y desarrollarse con plenitud hacia una vida sana, asistiendo a un desarrollo integral, estableciendo una conjunción dialéctica entre realidad biológica, psicológica y social.

La construcción del sujeto se realiza en una integración constante entre los factores neurológicos de la maduración y los elementos sociales de relación (Wallon, 1990). Al referirnos a la salud, lo hacemos desde una concepción holística del término donde confluyen las acepciones de salud física, psíquica y socioambiental.

La *salud* hace referencia, según Rochon (1991), al bienestar físico, mental y social del sujeto. Así, se percibe la idea de globalidad, una unidad biopsíquica que vive en interacción con el medio cuya parcelación no puede ser sino limitativa y reduccionista.

### 4.3. Metodología de la educación para la salud

De acuerdo con el planteamiento de Bochenski (1976), la metodología es la forma y manera de proceder en cualquier dominio, de plantear una actividad y ordenarla para conseguir un fin. Es una vía de acceso hacia la consecución de determinados objeti-

vos, existiendo una intrínseca relación entre el método y el fin, entre los objetivos y el procedimiento para alcanzarlos.

Siguiendo a Gómez Ocaña (2005), la metodología utilizada en EpS supondrá:

- Coordinar e integrar las intervenciones y recursos de todas las agencias educativas/formativas.
- Identificar el propio objetivo dentro de un objetivo común: «la promoción de la persona» favoreciendo su pleno desarrollo.

La oferta metodológica ha de apoyarse en objetivos de aprendizaje, contenidos que desarrollen esos objetivos, estrategias de trabajo (del profesorado y del alumnado) y evaluación de las tareas realizadas por todos los implicados en el proceso.

El enfoque de la enseñanza de la EpS deberá considerar tanto los elementos externos al hecho educativo, de carácter estructural y cultural, como las características del aula en cuanto unidad espacial que posibilita la relación educativa. La articulación de estas dos perspectivas nos aproxima al conocimiento de la Educación como sistema formal, fruto de un conjunto de aspectos de orden cultural y organizacional.





## Guía docente de la asignatura Educación para la Salud y Calidad de Vida

### 5.1. Aspectos generales y descripción

Presentamos una propuesta de *Guía para la asignatura*, enumerando los objetivos definidos en términos de competencias (saber, saber hacer y saber ser), así como los resultados de aprendizaje esperados para las competencias generales y específicas que se trabajan en la asignatura, y relacionando los contenidos del módulo a desarrollar y un temario estructurado en temas, así como la metodología y recursos. En lo que se refiere a la evaluación, se comentan los criterios generales para el módulo y la especificación del sistema de evaluación. Los criterios de evaluación se expresan gráficamente atendiendo a tres parámetros: contenido de la asignatura (aprender), habilidades y estrategias relacionadas con la materia y la asignatura (aprender a hacer) y actitudes, asistencia y participación (aprender a ser y estar), así como el cronograma aproximativo de planificación. El alumnado debe acceder desde el principio del curso académico a la *Guía Docente* de la asignatura.

La *Guía* se irá modificando cada curso académico en función de los cambios que la propia experiencia práctica demande. Fundamentalmente, se adaptarán los contenidos y temporalización, y se ajustarán los procedimientos de evaluación. Para que se dé una coordinación entre las actividades teóricas y las prácticas, no basta con una buena programación, sino que es necesaria una tarea constante de puesta en común y trabajo en equipo del profesorado.

En el caso de la Universidad Pablo de Olavide, la asignatura Educación para la Salud y Calidad de Vida se imparte en el 3.<sup>er</sup> curso del Grado en Educación Social (cuatrimestral de 6 ECTS). Contribuye a la adquisición y comprensión de los fenómenos y procesos humanos que tienen que ver con la salud y la calidad de vida desde una perspectiva socioeducativa, acerca los espacios académicos y profesionales para garantizar un aprendizaje integrado y en consonancia con la realidad sociolaboral, desarrolla espíritu crítico entre el estudiantado comprensión de las problemáticas más relevantes que aborda la EpS. Finalmente, se dan a conocer experiencias y programas de EpS y se facilita la adquisición de destrezas en tareas investigadoras y de intervención socioeducativa insertas en el ámbito de la EpS.

## 5.2. Objetivos educativos y competencias a desarrollar

### 5.2.1. Competencias del verifca

#### Competencias generales

- G2. Sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio.
- G3. Tengan la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.
- G4. Puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.
- G13. Desarrollar capacidad de crítica y autocrítica para examinar y enjuiciar algo o la propia actuación con criterios internos y/o externos, buscando el discernimiento preciso y claro en la adopción y defensa de una posición personal, tomando en consideración otros juicios con una actitud reflexiva de reconocimiento y respeto.

- G14. Desarrollar apertura hacia el aprendizaje a lo largo de la vida, buscando y compartiendo información con el fin de favorecer su desarrollo personal y profesional, modificando de forma flexible los propios esquemas mentales y pautas de comportamiento para favorecer su mejora permanente, versatilidad y adaptación a situaciones nuevas o cambiantes.

### **Competencias específicas**

- E3. Diagnosticar y analizar los factores y procesos que intervienen en la realidad sociocultural con el fin de facilitar la explicación de la complejidad socioeducativa y la promoción de la intervención.
- E4. Diseñar, planificar, gestionar y desarrollar diferentes recursos, así como evaluar planes, programas, proyectos y actividades de intervención socioeducativa, participación social y desarrollo en todos sus ámbitos.
- E7. Adquirir las habilidades, destrezas y actitudes para la intervención socioeducativa.
- E8. Afrontar los deberes y dilemas éticos con espíritu crítico ante las nuevas demandas y formas de exclusión social que plantea la sociedad del conocimiento a la profesión del educador/a social.

### **Otras competencias de la asignatura**

- A.1 Capacidad para trabajar en equipo.

#### **5.2.2. Resultados de aprendizaje**

##### **Resultados de aprendizaje para las competencias generales**

- G2. Posee los conocimientos necesarios para el buen desempeño profesional como educador social en el área de Educación y Promoción de la Salud.
- G3. Reflexiona, interpreta y emite juicios de valor sobre temas relacionados con la Educación Social.
- G4. Es capaz de planificar una propuesta de intervención socioeducativa en materia de EpS con un grupo destinatario previamente seleccionado.

- G13. Presenta la capacidad crítica y autocrítica que le permite analizar de manera objetiva situaciones novedosas, teniendo en cuenta el punto de vista de los demás y respetando la diversidad de opiniones.
- G14. Posee una visión clara sobre la importancia del aprendizaje a lo largo de la vida y es capaz de identificar diferentes agentes educativos que le ayuden a su mejoramiento personal y profesional.

### **Resultados de aprendizaje para las competencias específicas**

- E3. Conoce las características fundamentales de los entornos socioeducativos formales, no formales e informales en materia de EpS y los elementos que los conforman.
- E4. Es capaz de diseñar, planificar, ejecutar y evaluar programas y proyectos de Educación y Promoción de la Salud.
- E7. Ha adquirido algunas de las habilidades, destrezas y actitudes básicas que se requieren para llevar a cabo procesos de intervención.
- E8. Plantea sus propuestas de trabajo y aplicación teniendo en cuenta la realidad actual y especialmente las desigualdades sociales y educativas de su entorno.

### **Resultados de aprendizaje para las otras competencias**

- A.1. Demuestran capacidad para formar parte de un equipo de trabajo y desarrollar casos prácticos relacionados con el contenido de la materia.

## **5.3. Contenidos: módulos y temario**

Los contenidos y módulos a desarrollar en la asignatura son los siguientes:

- Educación, Salud, Prevención, Promoción de la Salud, EpS
- Salud, Sociedad, Comunidad: la percepción social de la salud
- Modelos teóricos presentes en el ámbito de la Promoción y la EpS
- Papel de la Educación en la Promoción de la Salud

- Implicaciones comunitarias de la EpS
- Ámbitos, áreas y campos de actuación en EpS
- Temas más relevantes de la EpS: sexualidad, drogodependencias, sida, etc.
- Modelos de intervención en EpS
- Métodos de actuación-investigación en EpS
- La evaluación de la acción educativa para la salud
- La formación y la profesionalización de los educadores para la salud
- Desarrollo comunitario, Calidad de Vida, Sociedad del Bienestar
- El fomento de la calidad de vida: factores sociales y personales
- Calidad de vida y calidad de muerte

Estos módulos, adaptándolos al caso de nuestra propuesta, de una materia cuatrimestral se desarrollarían con este temario:

### **Bloque 1. Fundamentos y marco conceptual de la Educación para la Salud**

- Tema 1. Conceptos de EpS
- Tema 2. La EpS: Evolución histórica y situación actual

### **Bloque 2. Ámbitos de actuación y espacios profesionales**

- Tema 3. EpS en ámbitos educativos formales
- Tema 4. EpS e infancia
- Tema 5. EpS y juventud
- Tema 6. EpS y adultos mayores
- Tema 7. Salud y mujeres
- Tema 8. La profesionalización del educador social para la salud

### **Bloque 3. Temas emergentes en Educación para la Salud**

- Tema 9. Educación Sexual
- Tema 10. Prevención de conductas adictivas y Salud
- Tema 11. EpS, nutrición y trastornos de la alimentación
- Tema 12. Educación para la muerte

## 5.4. Metodología y recursos

La multiplicidad de procedimientos metodológicos desarrollados comporta la utilización de los más diversos medios. Indiscutiblemente la pizarra sigue siendo el medio básico, más sencillo y más económico para apoyar una sesión de carácter expositivo. La utilización de transparencias se ha generalizado en los últimos años. Suelen usarse con asiduidad en clase, pero fundamentalmente deben ser para proyectar textos, sino imágenes, gráficas o dibujos que apoyen exposiciones teóricas o actividades prácticas. Otros medios audiovisuales, como audio y vídeo, también son empleados. Vídeos en pequeño formato y de corta duración para subrayar aportaciones interesantes o novedosas y audio mediante la utilización de podcasts. Es usual apoyar impartición de la asignatura con herramientas de nuevas tecnologías, como puede ser la Plataforma de Formación basada en BlackBoard, así como otros medios y recursos de la web 2.0.

La enseñanza inductiva es más eficaz para aquellos elementos que están más abiertos a la interpretación y a la aportación personal, resolución de problemas de respuesta no esperada, elaboración de soluciones creativas, para evaluar ideas, expresar opiniones... Favorece las destrezas más sociales, trabajar con otros, aceptar distintos puntos de vista, apreciar las aportaciones de los compañeros...

Realmente ofrecen múltiples posibilidades a la hora de cubrir distintos objetivos y áreas de contenido, pero también pueden llegar a resultar agotadores para profesorado y alumnado. Es la variedad de estrategias, actividades, situaciones..., lo que realmente motivará al alumnado y es esta máxima la que tratamos siempre de desarrollar en clase. Cada tema comporta una parte teórica y otra de trabajo aplicado, pero la teoría es expuesta de diversos modos: desde la mera exposición, pasando por la invitación a ponentes de empresas y entidades o visitas didácticas, hasta el «descubrimiento» del contenido por el estudiante de manera individual o en grupo utilizando metodologías de marcado corte constructivista.

Proponemos la siguiente distribución temporal de actividades para la asignatura:

- Enseñanzas básicas (35 %): en gran grupo a partir de clases magistrales para la exposición de los contenidos teóricos básicos.

- Enseñanzas prácticas y de desarrollo (35 %): organizadas en dos grupos, suponen la participación activa del alumnado en la profundización de los contenidos básicos a través del desarrollo de actividades individuales y colectivas.
- Actividades académicas dirigidas (10 %): seminarios en pequeños grupos, dirigida a la realización de prácticas concretas aplicadas a los contenidos teóricos desarrollados en las enseñanzas básicas.
- Evaluación (10 %): conjunto de pruebas orales, escritas, prácticas, proyectos y trabajos utilizados en la evaluación del progreso de cada estudiante.
- Trabajo autónomo del alumno (10 %): el trabajo autónomo incluye actividades de estudio de los contenidos teóricos y prácticos.

La acción tutorial es pieza clave del proceso de enseñanza-aprendizaje. Así lo tratamos de hacer ver al alumnado, que pueda hacer uso de las tutorías presenciales, que son complementadas permanentemente con la asistencia telemática al estudiantado.

## 5.5. Cronograma de la asignatura

**Tabla 1.** Cronograma de la asignatura Educación para la Salud.

Semana	Temario	Enseñanzas básicas	Enseñanzas prácticas	Trabajo autónomo
1	Presentación de la asignatura. Dinámicas de presentación y creación de grupos de trabajo.	2		3,5
2	Bloque 1. Fundamentos y Marco conceptual de la EpS	2	2	3,5
3	Bloque 1. Fundamentos y Marco conceptual de la EpS	2	2	3,5
4	Bloque 2. Ámbitos de actuación y espacios profesionales	2	2	3,5
5	Bloque 2. Ámbitos de actuación y espacios profesionales	2	2	3,5
6	Bloque 2. Ámbitos de actuación y espacios profesionales	2	2	3,5

7	Bloque 2. Ámbitos de actuación y espacios profesionales	2	2	3,5
8	Bloque 2. Ámbitos de actuación y espacios profesionales	2	2	3,5
9	Bloque 2. Ámbitos de actuación y espacios profesionales	2	2	3,5
10	Bloque 3. Temas emergentes en EpS	2	2	3,5
11	Bloque 3. Temas emergentes en EpS	2		3,5
12	Bloque 3. Temas emergentes en EpS	2		3,5
13	Bloque 3. Temas emergentes en EpS	2		3,5
14	Exposición de los grupos de trabajo y resolución de dudas	2		3,5
15	Preparación de las pruebas objetivas	2		3,5

Fuente: elaboración propia

## 5.6. Evaluación

La evaluación de la asignatura consistirá en una prueba objetiva, escrita u oral en la que se valoren los resultados de aprendizaje incluyendo ítems de conocimientos, comprensión y aplicación (hasta un 60 % de la calificación de la asignatura). El resto de las actividades teórico-prácticas realizadas a lo largo del semestre mediante evaluación continua se valorarán hasta un 40 %.

El sistema de evaluación es continuo. Se valorarán tanto las actividades presenciales como las realizadas por el alumnado a través de un proceso de aprendizaje autónomo. Los estudiantes dispondrán de tutorías de orientación a lo largo del curso. Las puntuaciones, dentro del sistema de evaluación, oscilarán entre 0 y 10 puntos, con la distribución en estos porcentajes:

- Enseñanzas básicas: 60 %
- Actividades prácticas y de desarrollo (9 sesiones obligatorias en el semestre): 40 %

Para evaluar las competencias y los resultados de aprendizaje de los estudiantes, se seguirá el siguiente sistema de evaluación:



- Prueba escrita o examen que versará sobre los contenidos del programa. Se celebrará al finalizar el semestre y supondrá hasta el 60 % de la calificación (deberá sacar un mínimo de tres puntos para superar esta parte). La prueba estará estructurada en dos partes: preguntas de tipo test sobre conceptos clave de la asignatura y preguntas a desarrollar sobre los temas tratados.
- Actividades prácticas y de desarrollo y participación en clase. Supondrá hasta el 40 % de la calificación, hasta 4 puntos, y se deberá sacar un mínimo de un 2 para superar esta parte. Serán actividades complementarias a los temas teóricos con objeto de ir relacionando teoría y práctica, que se deberán completar a través de las tareas recogidas en una carpeta de aprendizaje (portafolio).

La evaluación de las competencias se realizará ponderando de forma proporcional las actividades formativas programadas para proporcionar experiencias de aprendizaje a los estudiantes. Un crédito corresponde a 25 horas de trabajo del estudiante, que se distribuye del siguiente modo:

- Trabajo presencial: trabajo coincidente del profesor y del estudiante: 30 %, dedicación de 7,5 horas de clase en sus diferentes modalidades.
- Trabajo particular: 60 %, dedicación de 15 horas de trabajo al estudio, la realización de trabajos y otras tareas.
- Evaluación: 10 %, 2,5 horas, tanto de los contenidos como de las competencias.



# Referencias bibliográficas

- Alfonso, M. T. y Álvarez-Dardet, C. (1992). *Manual de enfermería comunitaria I*. Barcelona: Científicas y Técnicas.
- Álvarez, R. (2005). *Educación para la salud*. Madrid: Díaz Santos.
- Amezcuca, M. y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud. Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 423-436.
- Antó Boqué, J. M. (1983). Evolución y concepto de la salud humana. En: Dasi, M. J. (coord.). *Salud Pública. Curso de nivelación de A.T.S.* (pp. 21-39, 25). Madrid: UNED.
- Aranda, F. R. (1997). Proyecto de Educación para la salud en los centros educativos de la Sierra Norte de Sevilla. *T. E.*, 186, 9-12.
- Arasa Ferrer, H. (1991). *Educación para la salud: propuestas para su integración en la escuela*. Zaragoza: Departamento de Sanidad.
- Arroyo, M. (1993). El proceso educativo y los procesos de desarrollo humano. *Educadores*, 35, 166.
- Ashton, J. y Seymour, H. (1990). *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson.
- Bárcena, F. y Mèlich, J. C. (2000). *La educación como acontecimiento ético*. Barcelona: Paidós.
- Barriga, S. (1988). *Salud y Comunidad*. Sevilla: Diputación de Sevilla.
- Barriga, S. (1995). Contradicciones en la promoción de salud. La salud ¿para qué? En: J. A. Morón-Marchena (dir.). *La educación para la salud en el ámbito comunitario* (pp. 15-29). Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.
- Belando, M. y López, E. (2003). Una propuesta para la mejora de la Intervención socioeducativa del educador social a través de los re-

- cursos telemáticos aplicados al ámbito de la Educación para la Salud. *Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa*, 2 (1), 51-71.
- Bernalte, A. y Miret, M. T. (2003). *Una guía de educación para la salud desde la mirada antropológica*. Universidad de Cádiz [CD-ROM].
- Blasi, S. et al. (1988). *Orientaciones y programas: Educación para la Salud en la escuela*. Bilbao: Generalitat de Cataluña / Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.
- Bousquets, M. D. y Leal, A. (1993). La Educación para la Salud. En: VV. AA. *Los Temas Transversales*. Madrid: Santillana.
- Calvo Bruzos, S. (1992). *Educación para la salud en la escuela*. Madrid: Díaz de Santos.
- Calvo Fernández, J. R. et al. (1996). Educación para la Salud. Conceptos y Métodos. En: Macías Gutiérrez, B. E. y Arocha Hernández, J. L. (dirs.). *Salud Pública y Educación para la Salud* (pp. 371-381). Las Palmas: ICEPSS.
- Casado Flores, J. (1990). Enfermedades infantiles de origen social. *Infancia y Sociedad*, 5, 67-75.
- Castell, E. (1989). *Grupos de formación y educación para la salud. Aprender a cambiar*. Barcelona: PPU.
- Castellá, J. L. (1996). *La seguridad y salud en el trabajo en el proceso de integración de la Unión Europea*. Lima: OIT.
- Castillo Lemee, F. (1993). La escuela promotora de salud. En: VV. AA.: *La escuela promotora de salud. V Jornadas de Educación para la salud en la Escuela de la Región de Murcia*. Murcia: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.
- Castillo Lemee, F. (1998). La escuela promotora de salud. En: A. García (coord.). *Claves de Educación para la Salud*. Murcia: DM.
- Cobos-Sanchiz, D., López-Noguero, F., Martínez-Gimeno, A., Morón-Marchena, J. A., y Muñoz-Díaz, M. C. (2017). Innovación universitaria con impacto social: evaluación de una experiencia de posgrado en América Latina. *International Journal of Educational Research and Innovation (IJERI)*, 7, 1-12.
- Cobos-Sanchiz, D., Morón-Marchena, J. A. y Castilla, K. P. (2020). El papel de la Educación para la Salud en la Prevención del VIH/SIDA. Una aproximación desde la Educación para el Desarrollo en Centroamérica. *Educación*, 56 (2), 315-331.
- Cobos-Sanchiz, D., Morón-Marchena, J. A., López-Jarquín, E. J. y Reyes-Costales, E. M. (2013). A propósito del SIDA: un estudio cualitativo sobre percepción y actitudes de estudiantes y profesorado universitario en Chontales, Nicaragua. *Población y Salud en Mesoamérica*, 10 (2).

- Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. (2000). *Promoción de la Salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Consejo de la Juventud de España (1997). *Guía de Prevención de Drogodependencias*. Madrid: CJE.
- Costa, M. y López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Díez, R. (dir.) (1994). *Aprender para el futuro: Educación para la Salud*. Madrid: Fundación Santillana.
- Díez Sales, M. T. (1999). *Educación para la salud: guía didáctica*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Diputación General de Aragón (ed.) (1991). *Educación para la Salud: propuestas para su integración en el escuela*. Zaragoza: Diputación General de Aragón.
- Durán, M. A. (1983). *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Teknos.
- Feito, L. (1996). La definición de salud. *Diálogo filosófico*, 34, 64.
- Fernández Sierra, I. y Santos Guerra, M. A. (1992). *Evaluación cualitativa de programas de Educación para la Salud*. Málaga: Aljibe.
- Flores, M. D. (1996). Educación y Salud Comunitarias. En: Sarlet-Gerken, A. M. (comp.). *Salud, Medio-Ambiente, Tolerancia y Democracia: La Transversalidad educativa* (pp. 65-81). Murcia: DM.
- Flores, M. D. (1996). Desarrollo de la Comunidad: ¿Un nuevo mito? *Anales de Pedagogía*, 6, 151-163.
- Flores, M. D. (1999). *La Educación para la Salud en un currículum de Enfermería: Una perspectiva comparada de los Planes de Estudio*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- Flores, M. D. (2001). *Educación para la Salud y la enfermería*. Murcia: DM.
- Flores, M. D. (coord.) (2003). *La promoción de la salud: Una perspectiva pedagógica*. Valencia: Nau Llibres.
- Flores, M. D. y Sarlet-Gerken, A. (1992). Educación y salud. *Pedagogía Social*, 7, 147-166.
- Flores, M. D. y Sarlet-Gerken, A. M. (1996). Educación para la salud en medio escolar. En: Sarlet-Gerken, A. M. (comp.). *Salud, Medio-Ambiente, tolerancia y democracia: la transversalidad educativa* (pp. 43-64). Murcia: DM.
- Flores, M. D., García, A. y Rabadán (2003) en Flores, M. D. (coord.) (2003). *La promoción de la salud: Una perspectiva pedagógica*. Valencia: Nau Llibres.

- Fortuny, M. (1984). *Educación para la Salud*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.
- García Martínez, A. y Benito Martínez, J. (1996). La Educación para la Salud en el contexto de la Reforma educativa. *Revista de Pedagogía Social*, 4, 135-145.
- García Martínez, A. y Escarbajal de Haro, A. (1997). Educación para la salud en la perspectiva del bienestar. En: J. Sáez Carreras (coord.). *Transformando los contextos Sociales: La educación en favor de la democracia* (pp. 119-134). Murcia: DM.
- García Martínez, A. (1997). Las tareas de la Educación para la salud ante el Sida y sus efectos en el sistema de género. *Pedagogía Social*, 15-16 (junio-diciembre), 123-136.
- García Martínez, A. (coord.) (1998a). *Claves de Educación para la Salud*. Murcia: DM.
- García Martínez, A. (1998b). Educación para la salud y perspectivas sociocríticas: un giro consistente pero inconcluso. En: M. Campillo y J. del Cerro (coords.). *Transversalidad y conocimiento social* (pp. 101-116). Murcia: DM.
- García Martínez, A. (1998c). Educación para la salud y desarrollo de la comunidad. En: A. Escarbajal (coord.). *La Educación Social en marcha* (pp. 155-171). Valencia: Nau Llibres.
- García Martínez, A. (1998d). Educación para la salud y drogas: hacia un cambio de enfoque. *Pedagogía Social*, 1 (Segunda época), 59-69.
- García Martínez, A. (1998f). Educación para la salud, media y drogas. *Anales de Pedagogía*, 16, 179-198.
- García Martínez, A. (1999). Educación para la salud y comunidad. En: J. A. Morón-Marchena (dir.). *Educación para la salud y Municipio* (pp. 31-45). Sevilla: Ayuntamiento de Dos Hermanas (Sevilla) / Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía.
- García Martínez, J. A., Sáez Carreras, J. y Escarbajal de Haro, A. (2000). *Educación para la Salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- García Martínez, J. A. y Aura Armiñana, M. C. (2010). *La gran carencia: muerte, eutanasia y educación*. Murcia: DM.
- García Martínez, J. A. y Sánchez Lázaro, A. M. (2011). Educación para la Salud y Escuela: Una revisión. *A tu Salud*, 75-76, 16-18.
- García Martínez, A. et al. (2000). *Educación para la salud. Texto Guía*. Murcia: ICE. Universidad de Murcia/DM.
- García Martínez, J. A. et al. (2009). *Educación y promoción de la Salud. Una mirada contextual*. Murcia: Diego Marín.

- Gómez Ocaña, C. (2005). *La Educación para la Salud: un modelo de evaluación psicológica*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- González Alfaya, M. E. (2007). *Intervención de la Universidad en la Promoción de la Salud de sus estudiantes*. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Santiago de Compostela.
- González Faraco, J. C., León Leal, J. A., Morón-Marchena, J. A. (2011). SIDA, Infancia y Exclusión Social. Bases para un proyecto de Investigación Socioeducativa. En: Morón-Marchena, J. A., López Noguero, F. y Cobos Sanchiz, D. (coords.). *La problemática del SIDA: Una aproximación educativa* (pp. 87-106). Sevilla: Universidad Pablo de Olavide.
- González Hernández, A. y García Martínez, A. (1997). ¿Es socialmente útil la Educación para la Salud? En: J. A. Morón-Marchena (dir.). *Educación para la Salud: Fundamentos y Metodología* (pp. 27-43). Dos Hermanas (Sevilla): Ayuntamiento de Dos Hermanas.
- González Hernández, A. y García Martínez, A. (1998). *Claves de Educación para la Salud*. Murcia: DM.
- González Lucini, F. (1993). *Temas Transversales y Educación en valores*. Madrid: Alauda/Anaya.
- González Lucini, F. (1994). *Temas Transversales y Áreas Curriculares*. Madrid: Alauda/Anaya.
- González Lucini, F. (1996). *Sueño, luego existo. Reflexiones para una pedagogía de la esperanza*. Madrid: Alauda-Anaya.
- González Lucini, F. (1997). Educación en Valores y Transversalidad: un nuevo reto para la Educación Contemporánea. En: Serrano González, M. I. (coord.-ed.). *La Educación para la Salud del siglo XXI: Comunicación y Salud* (pp. 113-117). Madrid, Díaz de Santos.
- Gracia, D. (1991). Aproximación al concepto de salud. *Labor hospitalaria*, 219, 11-14.
- Greene, W. H. y Simons-Morton, B. G. (1988). *Educación para la salud*. México: Interamericana de McGraw-Hill.
- Henderson, A. C. (1981). The future of the Health Education Profession: Implications and practice, *American J. Publichealth*, 95 (6), 555-559.
- Illich, I. (1986). *Némesis Médica*. México: Planeta.
- Juárez, F. (2001). *Educación en el aula: actividades para trabajar en educación para la salud*. Madrid: Eneida.
- Lalonde, M. A. (1974). *New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual Moderno.

- López, L. A. y Siles, D. (1993): La participación comunitaria. Verdades y falacias. *Centro de Salud*, 1 (2), 103-113.
- López-Noguero, F., Morón-Marchena, J. A. y Gallardo-López, J. A. (coords.) (2020). *Educación para la Salud y Desarrollo Comunitario. Investigaciones para la mejora social en Nicaragua*. Octaedro.
- Marchioni, M. (1989). *Planificación social y organización de la Comunidad*. Madrid: Editorial Popular.
- Ministerio de Educación y Ciencia (1993). *Temas transversales y desarrollo curricular*. Madrid: MEC.
- Ministerio de Educación y Ciencia (2009). *Ganar salud en la escuela: Guía para conseguirlo*. Madrid: MEC.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1991). *Estrategia de Salud en el año 2000 en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1996). *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (1986). El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata.
- Modolo, M. A. (1979). *Educación Sanitaria, comportamiento y participación, Il pensiero scientifico*, compilación, 8, 39-58.
- Modolo, M. A. (1987). *Educación Sanitaria, comportamiento y participación*. CAPS, 8.
- Morón-Marchena, J. A. (dir.) (1995a). *Educación para la Salud en el ámbito comunitario*. Sevilla: Diputación de Sevilla.
- Morón-Marchena, J. A. (dir.) (1995b). *Educación para la Salud: Un reto para todos*. Dos Hermanas: Ayuntamiento Dos Hermanas.
- Morón-Marchena, J. A. (dir.) (1997a). *Salud, Educación y Sociedad*. Dos Hermanas: Ayuntamiento Dos Hermanas.
- Morón-Marchena, J. A. (1997b). Educación para la Salud en la Familia, la Escuela y el Trabajo, *Cultura de la Salud en España* (pp. 78-86). ADEPS.
- Morón-Marchena, J. A. (1997c). Educación para la salud. Innovación y cambio ante los nuevos retos sociales. *Cuestiones Pedagógicas*, 13, 85-100.
- Morón-Marchena, J. A. (dir.) (1998). *Educación para la Salud: Fundamentos y Metodología*. Dos Hermanas (Sevilla): Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas.
- Morón-Marchena, J. A. (dir.) (1998): *Educación para la Salud: Experiencias e Investigaciones en el ámbito comunitario, social y escolar*. Dos Hermanas (Sevilla): Ayuntamiento de Dos Hermanas.
- Morón-Marchena, J. A. (1998). *Nuevas demandas de la sociedad actual: Educación para la Salud y Educación para el Consumo*. Sevilla: GIPDA-Kronos.



- Morón-Marchena, J. A. (dir.) (1999). *Educación para la Salud y Municipio*. Dos Hermanas: Ayuntamiento Dos Hermanas y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Morón-Marchena, J. A. (dir.) (2000). *Aportaciones y Experiencias en Educación para la Salud*. Dos Hermanas: Ayuntamiento de Dos Hermanas.
- Morón-Marchena, J. A. (dir.) (2000). *Educación para la Salud: De la teoría a la práctica*. Dos Hermanas: Ayuntamiento de Dos Hermanas.
- Morón-Marchena, J. A. (coord.). (2015). *Investigar e intervenir en Educación para la Salud*. Madrid: Narcea.
- Morón-Marchena, J. A., López-Noguero, F. y Cobos-Sanchiz, D. (2011). *La problemática del SIDA: Una aproximación socioeducativa*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua (Nicaragua) y Universidad Pablo de Olavide (España).
- Morón-Marchena, J. A., López-Noguero, F. y Cobos-Sanchiz, D. (2017). El uso de las Redes Sociales en la educación y promoción de la salud. Una experiencia de empoderamiento social en Nicaragua. *Profesorado: Revista de currículum y formación del profesorado*, 21(4), 439-457.
- Morón-Marchena, J. A., Pérez-Pérez, I., Pedrero-García, E. (coords.) (2017). *Educación para la Salud y Prevención de Riesgos Psicosociales en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Narcea.
- Nájera, M. P. (1996). Promoción de la Salud. Enfoques internacionales. En: Mazarrasa, P. et al. *Enfermería profesional: salud pública y enfermería comunitaria I* (pp. 229-314). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Newell, K. W. (1975). *Health by the people*. Ginebra: OMS.
- Nieda, J. (1992). *Educación para la Salud. Materiales de apoyo a la reforma*. Madrid: MEC.
- Nutbean, D. (1986). *Glosario de Promoción de la Salud. Salud ente todos*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Nutbean, D. (1988). *La promoción de la salud en acción. Ideas prácticas para llevar a cabo los programas. Salud entre todos*. Suplemento 32, febrero.
- OMS (1948). *Carta Magna Constitucional*. Ginebra: OMS.
- OMS (1957). *Educación Sanitaria: Bibliografía selecta*. París: Unesco.
- OMS (1965). *La santé de l'enfant et l'école*. Copenhague: OMS.
- OMS (1966). *Accidentes en el hogar*. Ginebra: OMS.
- OMS (1969). *Planification et évaluation des services d'éducation sanitaire. Série de Rapports Techniques*, 409.
- OMS (1969). Enfoque actual sobre educación sanitaria pediátrica. *Archivos de Pediatría*, supl. 1, 67-73.

- OMS (1970). *L'Education sanitaire en hygiene dentaire*. Ginebra: OMS.
- OMS (1973). *Detección precoz de enfermedades profesionales*. Serie de Informes Técnicos, 535. Ginebra: OMS.
- OMS (1974). *Analyse de programme: L'éducation pour la santé*. Ginebra: OMS.
- OMS (1975). *El embarazo y el aborto en la adolescencia*. Ginebra: OMS.
- OMS (1976). *Problems of children of school age (5-9 years): report on a working group*. Copenhagen: OMS.
- OMS (1977). *Problems of children of school age (10-13 years)*. Moscú: OMS.
- OMS (1977). *Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000*. 30.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.
- OMS (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS.
- OMS (1978). *Educación para la Salud. Discursos pronunciados en la IX Conferencia Internacional sobre Educación para la salud*. Ginebra: OMS.
- OMS (1978). *Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. Declaración de Alma Ata*. URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS-UNICEF.
- OMS (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la Salud para todos en el año 2000. Principios básicos y cuestiones esenciales*. Ginebra: OMS.
- OMS (1979). *Principes et méthodes d'éducation pour la santé. Rapports et études EURO*, 11.
- OMS (1979). *Europa sin Tabaco. Plan de Acción a cinco años*. Madrid: Ministerio de Sanidad-Oficina Regional Europea.
- OMS (1980). *Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Alta, 1978*. Ginebra: OMS.
- OMS (1980). *Problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Ginebra: OMS.
- OMS (1981). *Estrategia mundial de Salud para todos en el año 2000*. Ginebra: OMS.
- OMS (1981). *Self-help and health*. Leuven: OMS.
- OMS (1981). *Evaluación de los Programas de Salud*. Barcelona: Instituto Nacional de Consumo-Ministerio de Sanidad/Salvat.
- OMS (1981). *Educational handbook for health personnel*. Ginebra: OMS.
- OMS (1983). *Objetivos de la Salud para todos: Objetivos de la estrategia regional europea de la Salud para todos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMS (1983). *Nuevos métodos de Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud*. Ginebra: Serie Informes Técnicos, 690.

- OMS (1984). *Serie «Salud para Todos»: Glosario de términos empleados*. Ginebra: OMS.
- OMS (1985). *La educación para la salud*. Ginebra: OMS.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud*. Ottawa: Asociación Canadiense de Salud Pública.
- OMS (1986). *Los objetivos de la salud para todos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMS (1986). *Pautas para la lucha contra el SIDA en Europa*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMS (1986). *Les buts de la Santé pour tous. Buts de la strategie régional européenne de la Santé pour tous*. Copenhague: OMS.
- OMS (1986). *La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS. acerca de los jóvenes «La Salud para Todos en el año 2000»*. Serie de Informes Técnicos, 731. Ginebra: OMS.
- OMS (1987). *La educación del personal de salud centrada en la comunidad*. Ginebra: OMS.
- OMS (1987). *Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000*. Salud para todos, 6. Ginebra: OMS.
- OMS (1987). *La salud en peligro en el año 2000*. Ginebra: OMS.
- OMS (1987). *Le tabac ou la santé*. Ginebra: Oficina Regional OMS.
- OMS (1988). *Directrices para el establecimiento de un programa nacional de prevención y lucha contra el SIDA*. Ginebra: OMS.
- OMS (1989). *Educación para la salud. Manual sobre Educación sanitaria en Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS.
- OMS (1989). *Salud para todos en Europa en el año 2000*. Madrid: Díaz de Santos.
- OMS (1990). *AIDS: The contribution of self-help groups to prevention and care*. Leuven: OMS.
- OMS (1990). *Declaración Consensual sobre el SIDA en las escuelas*. París: OMS.
- OMS (1990). *Psychosocial aspects of HIV and AIDS and the evaluation of preventive strategies*. Copenhague: OMS.
- OMS (1991). *Self-help support systems and HIV/AIDS self-help groups*. Copenhague: OMS.
- OMS (1991). *Building new bridges for health promotion: activate-mediate-involve*. Copenhague: OMS.
- OMS (1992). *Programme on substance abuse: atrategy documen/work plan 1992*. Ginebra: OMS.
- OMS (1992). *Prevención del SIDA mediante el fomento de la salud. Cuestiones delicadas*. Ginebra: OMS.

- OMS (1992). *La educación sanitaria escolar en la prevención del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual*. Ginebra: OMS.
- OMS (1992). *Manual de Comunicación social para programas de salud*. Washington: Organización Panamericana de Salud.
- OMS (1993). *La Red Europea de Escuela Promotoras de Salud*. Copenhague: Oficina Regional Europea de la OMS.
- OMS (1994). *La crisis de la salud en las ciudades. Estrategias de Salud para Todos frente a la rápida urbanización*. Ginebra: OMS.
- OMS (1994). *Life skills education in schools*. Ginebra: OMS.
- OMS (1994). *Training workshops for the development and implementation of life skills programmes: Part 3 of the document on life skills*. Ginebra: OMS.
- OMS (1995). *Rapport sur la Santé dans le Monde. Reduire les écarts*. Ginebra: OMS.
- OMS (1995). *The World Health Organization's School Health Initiative*. Ginebra: OMS.
- OMS (1995). *A picture of health: a review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Ginebra: OMS.
- OMS (1995). *Hygiene education and environmental sanitation in schools in francophone west Africa: the report of an inter-country*. Ginebra: OMS.
- OMS (1995). *Global Programme on AIDS: health promotion bibliography*. Copenhague: OMS.
- OMS (1995). *Promoción de la Salud de la Juventud Europea. La Educación para la Salud en el ámbito educativo*. Ginebra: OMS.
- OMS (1996). *Alerta del Tabaco* (núm. especial). Ginebra: OMS.
- OMS (1996). *Strengthening Interventions to Reduce Helminth Infections*. Ginebra: OMS.
- OMS (1996). *International summer school on public health nutrition*. Arkhangelsk, 9-19 de junio de 1996. Copenhague: OMS.
- OMS (1996). *Integración de la atención de salud. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Serie de Informes Técnicos, 861*. Ginebra: OMS.
- OMS (1997). *Tobacco or Health: A Global Status Report*. Ginebra: OMS.
- OMS (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI*. Ginebra: OMS.
- OMS (1997). *Informe Técnico para el Día Mundial del Tabaco*. OMS.
- OMS (1998). *Informe sobre la salud en el mundo 1998. La vida en el siglo XXI. Una perspectiva para todos*. OMS.
- OMS (1998). *Glosario de Promoción de la Salud*. Ginebra: OMS.
- OMS EUROPA (1987). *Education for health in Europe: a report on a WHO consultation on co-ordinated infrastructure*. Copenhague: OMS.

- OMS-UNESCO (1989). *Educación para la Salud: Manual sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS.
- OMS-UNICEF (1979). «Informe sobre la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud». *Serie Salud para Todos*, 1.
- Perea, R. (1992). *Educación para la Salud*. Madrid: FUE/UNED.
- Perea, R. (1993). *Educación para la Salud*. Madrid: UNED.
- Perea, R. (2002). La Educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XXI*, 4, 15-40.
- Perea, R. (2004). *Educación para la salud: reto de nuestro tiempo*. Madrid: Díaz de Santos.
- Perea, R. (2009) (dir.). *Promoción y Educación para la Salud: tendencias innovadoras*. Madrid: Díaz de Santos.
- Piédrola Gil, G. et al. (1991). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson.
- Polaino Lorente, A. (1987). *Educación para la Salud*. Barcelona: Herder.
- Ponce, J. A., Muriel, R. y Gómez de Terreros, I. (1997). *Informe SIAS (Salud, Infancia, Adolescencia y Sociedad)*. Sevilla: Sección de Pediatría Social-Asociación Española de Pediatría.
- Pozo, F. J. (2012). Educación Social para la Salud: proyección, acción y profesionalización. *Revista Médica Risaralda*, 19 (1), 75-80.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rochon, A. (1991). *Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
- Rosa Acosta, B. de la (1995). Educación para la salud: un nuevo reto educativo. En: J. A. Morón-Marchena (dir.). *La educación para la salud en el ámbito comunitario* (pp. 75-98). Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.
- Rosa Acosta, B. de la y Morón-Marchena, J. A. (1996). Bienestar y Educación para la Salud. *Cuestiones Pedagógicas*, 12, 107-122.
- Rothman, A. I. y Birne, N. (1981). Health education for children and adolescent. *Educational Research*, 51, 85-100.
- Sáez, S., Marqués, F. y Colell, R. (1995). *Educación para la salud. Técnicas para el trabajo con grupos reducidos*. Lleida: Pagés.
- Salleras Sanmartí, L. (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Salleras Sanmartí, L. (1990). La salud y sus determinantes. *Anthropos*, 118-119, 418-426.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1988). *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.

- Sarlet, A. M., García, A. y Belando, M. (1996). *Educación para la salud: Una perspectiva antropológica*. Valencia: Nau Llibres.
- Segovia de Arana, J. M. (1994). La evolución de la medicina científica y la asistencia sanitaria. En: Díez Hochleitner, R. (dir.). *Aprender para el futuro: Educación para la Salud* (pp. 125-130). Madrid: Fundación Santillana.
- Serrano González, M. I. (1990). *Educación para la salud y participación comunitaria: una perspectiva metodológica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Serrano González, M. I. (2002): *La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y sociedad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Serrano González, M. I. (coord.) (1997). *Educación para la Salud del siglo XXI. Comunicación y Salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sigerist, H. E. (1981). *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. México: Siglo XXI.
- Siles, D. (1996). Participación Comunitaria. En: Macías, B. E. y Arocha, J. L. (dirs.). *Salud Pública y Educación para la Salud* (pp. 365-371). Las Palmas, ICEPSS.
- Syme, L. (1991). La investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual: la necesidad de una epidemiología más relevante. *Anthropos*, 118, 39-51.
- Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Turabian, J. L. (1991). *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la Salud*. Madrid: Díaz de Santos
- Turabian, J. L. (1992). *Participación Comunitaria en la Salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Vargas, A. y Palacios, V. P. (1993). *Educación para la salud*. México: McGraw-Hill.
- Vázquez Ramil, R., & Porto Ucha, Á. S. (2020). Temas transversales, ciudadanía y educación en valores: de la LOGSE (1990) a la LOMLOE (2020). *Innovación Educativa*, 30, 113-125. <https://doi.org/10.15304/ie.30.7092>
- VV. AA. (1995): *La Educación para la Salud en el ámbito educativo. Manual de formación para el profesorado y otros agentes educativos*. Madrid: MEC/Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Williams, M. y Young, I. (eds.) (1993). *Promoting the health of Young people in Europe. Health Education in Schools: a training manual of teachers and others working with Young people*. Edimburgo: WHO/HEBS.
- Young, I. (coord.) (1995). *La educación para la Salud en el ámbito educativo*. Madrid: Comisión Europea/MEC. Policipia.

# Índice

Introducción . . . . .	9
1. Aproximación al concepto de <i>educación para la salud</i> . . . . .	11
1.1. Concepto de <i>educación</i> . . . . .	11
1.2. Concepto de <i>salud</i> . . . . .	14
1.3. Concepto de <i>educación para la salud</i> . . . . .	28
1.4. Otros conceptos relacionados . . . . .	35
2. Educación para la salud y comunidad . . . . .	45
2.1. Encuentros internacionales de la Organización Mundial de la Salud . . . . .	54
2.2. Actividad asociativa profesional y académica en educación para la salud . . . . .	77
2.2.1. Public Health Education and Health Promotion . . . . .	77
2.2.2. Unión Internacional de Promoción de la Salud . . . . .	78
2.2.3. Foro Europeo para la Investigación de Promoción de la Salud . . . . .	78
2.2.4. Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS) . . . . .	79
3. La educación para la salud en el sistema educativo . . . . .	83
3.1. Las escuelas promotoras de salud . . . . .	89
3.2. La educación para la salud en las universidades . . . . .	94
4. La educación para la salud en el currículum educativo . . . . .	97
4.1. Objetivos generales de la educación para la salud . . . . .	105
4.2. Ámbitos y áreas de la educación para la salud . . . . .	106

4.2.1. Salud física . . . . .	107
4.2.2. Salud psíquica y social . . . . .	108
4.2.3. Salud ambiental . . . . .	109
4.3. Metodología de la educación para la salud . . . . .	110
5. Guía docente de la asignatura Educación para la Salud y Calidad de Vida . . . . .	113
5.1. Aspectos generales y descripción . . . . .	113
5.2. Objetivos educativos y competencias a desarrollar . . . . .	114
5.2.1. Competencias del verifca . . . . .	114
5.2.2. Resultados de aprendizaje . . . . .	115
5.3. Contenidos: módulos y temario . . . . .	116
5.4. Metodología y recursos . . . . .	118
5.5. Cronograma de la asignatura . . . . .	119
5.6. Evaluación . . . . .	120
Referencias bibliográficas . . . . .	123





## Educación para la salud

### Guía docente para promover el bienestar y la calidad de vida

La educación para la salud es un campo de estudio central para promover el bienestar y la calidad de vida. Esta obra realiza un estudio sobre la temática y propone cómo aproximarse a ella. Partiendo de la fundamentación teórica y epistemológica, se establecen las bases conceptuales necesarias para comprender el término *educación*, el proceso de enseñanza-aprendizaje, la salud y sus componentes físicos, psicológicos y sociales, y la educación para la salud, desde un enfoque preventivo y promocional, a fin de capacitar a las personas en la toma de decisiones informadas sobre su propia salud. Se aborda la relación entre la educación para la salud y la comunidad, resaltando la relevancia de encuentros internacionales para el desarrollo de políticas y estrategias educativas a escala global, así como la actividad asociativa profesional y académica en educación para la salud. En el contexto del sistema educativo, se examina la presencia de esta en las escuelas promotoras de salud y las universidades, subrayando la necesidad de integrarla en el currículum educativo. Por último, se presenta el diseño y desarrollo de una guía docente para la asignatura Educación para la Salud: aspectos generales, ubicación en el plan de estudios de la titulación, objetivos educativos y competencias a desarrollar, contenidos a desarrollar, metodología y recursos didácticos, cronograma y sistema de evaluación. En definitiva, una base sólida para comprender la educación para la salud y su aplicación en diferentes campos. La guía docente brinda una estructura y orientación para la enseñanza de la asignatura, promoviendo la formación de profesionales capacitados en educación para la salud y la mejora de la calidad de vida de las personas.

**Juan Agustín Morón-Marchena, Encarnación Pedrero-García y María Carmen Muñoz-Díaz**, profesores de la Universidad Pablo de Olavide (Departamento de Educación y Psicología Social), en la que imparten la asignatura Educación para la Salud y Calidad de Vida, son especialistas en promoción y educación para la salud y de contenidos afines, tales como educación sexual o prevención de drogodependencias y adicciones. Han coordinado numerosos proyectos interuniversitarios de Cooperación Internacional al Desarrollo aprobados en convocatorias competitivas (AECID, AACID, Plan Propio UPO, etc.), posibilitando una línea de colaboración permanente entre la UPO y la UNAN-Managua (Nicaragua) desde el año 2007.