

OBJETIVO 15

MEJORAR CONOCIMIENTOS Y MOTIVACIONES PARA UNA CONDUCTA SALUDABLE

Para el año 2000, en todos los estados miembros deberían estar disponibles una educación accesible y eficaz y una formación en promoción de la salud, para mejorar la competencia pública y profesional en promoción de la salud e incrementar el conocimiento en salud en otros sectores.

L. Gómez

Departamento de Salud Pública. Universidad de Zaragoza

L. Gascón

Departamento de Salud Pública. Universidad de Zaragoza

J. Gallego

Departamento de Salud Pública. Universidad de Zaragoza

M. Febrel

Departamento de Salud Pública. Universidad de Zaragoza

C. Granizo

Departamento de Salud Pública. Universidad de Zaragoza

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo 15 de SPT 2000 ha sido tradicionalmente valorado a través de indicadores que expresan el nivel de educación alcanzado en cada país bien mediante el índice de analfabetismo, o bien del número de alumnos matriculados en los establecimientos docentes expresados como porcentaje de la población calculada de 5 a 19 años; a estos se pueden añadir otros indicadores del gasto y de la dedicación maestro por alumno.

2. INDICADORES

La situación del analfabetismo en España estaba recogida en la Tercera Evaluación en España del programa regional europeo Salud Para Todos (1). Modificado de ella presentamos, en el Gráfico 28, la evolución de aquél para ambos sexos en el quinquenio 86-91, observándose cómo, aunque ha descendido manifiestamente, es siempre superior en las mujeres que en los hombres. Este hecho puede tener especial relevancia dado que es en el hogar y a través de la madre donde se adquieren los primeros hábitos culturales en relación con la salud.

En la Tabla 26 presentamos —tomada del Ministerio de Educación y Cultura (www.mec.es/estadistica/Series98/IND_06.html)— la evolución en el último decenio de las tasas brutas de escolaridad. La crítica a este tipo de indicadores ya estaba recogida en la obra inicial destinada a su preparación (3). Además se deberían analizar resultados de la escolarización, como el fracaso escolar, para ir más allá acerca de cómo se encuentre la educación general en nuestro país.

Como análisis de síntesis se puede decir que las tasas brutas de escolaridad y por nivel de enseñanza se han ido incrementando en todos los niveles desde el curso 1988-89 al 1997-98, alcanzando en la actualidad el 90,9 en Educación Infantil y Preescolar, edad de 3-5 años; 109,7 en Educación Primaria, EGB y Primer Ciclo de ESO, edad 6-13 años (incluye alumnado de 14 y 15 años, por eso excede del 100%); y 90,0 para Educación Secundaria y Formación Profesional.

Consideramos que estas tasas en sí no son indicadoras de buena o mala educación sanitaria, ni tan siquiera de educación sino de escolarización, por lo que procedemos a realizar un estudio de contenidos analizando la LOGSE y los diferentes objetivos y planes de estudio por niveles y tipo de formación.

3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS CENTROS DOCENTES

3.1. MARCO LEGAL

La salud y la educación para la salud aparecen contenidas en la Ley 1/1990 de 3 de Octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. En ella se definen las capacidades que han de adquirirse en cada etapa. Posteriormente los Reales Decretos 1006/1991 y 1007/1991 de 14 de junio desarrollaron los objetivos y enseñanzas mínimas (conceptos, procedimientos y actitudes) correspondientes a la Educación Primaria y Secundaria Obligatoria respectivamente.

En enseñanza primaria, el artículo 13 de la LOGSE plantea que los alumnos deberán ser capaces de valorar la higiene y salud de su propio cuerpo así como de utilizar la educación física y el deporte para favorecer el desarrollo personal. En el decreto 1006/91 se establecen los objetivos siguientes:

1. Establecer relaciones equilibradas y constructivas con las personas, comportarse solidariamente, valorando críticamente cualquier diferencia, rechazo y discriminación basada en diferencias de sexo, clase social, creencias, raza y otras características individuales.
2. Conocer y apreciar el propio cuerpo y contribuir a su desarrollo aceptando hábitos de salud y bienestar y valorando las repercusiones de determinadas conductas sobre la salud y la calidad de vida.

Su desarrollo aparece integrado fundamentalmente en las áreas del medio natural, social y cultural; educación física y educación artística.

En enseñanza secundaria, el artículo 19 de la LOGSE establece que los alumnos/as deberán tener la capacidad de valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo y el medio ambiente. El desarrollo del decreto 1007/91 para esta etapa establece los siguientes objetivos en relación con la salud:

1. Formarse una imagen ajustada de sí mismo y desarrollar actividades de forma autónoma y equilibrada.
2. Relacionarse con otras personas y participar en actividades de grupo con actitudes solidarias y tolerantes valorando críticamente las diferencias sociales y rechazando discriminaciones por razones de raza, sexo, clase social o creencias.
3. Conocer y aprender los aspectos básicos del funcionamiento del propio cuerpo y de las consecuencias para la salud individual y colectiva de los actos y las decisiones personales y valorar los beneficios que suponen los hábitos del ejercicio físico, de la higiene y de una alimentación equilibrada, así como llevar una vida sana.

Su desarrollo aparece integrado en las áreas de ciencias de la naturaleza, educación física, ciencias sociales, geografía e historia, música, tecnología, lengua castellana y literatura.

3.2. DESARROLLO CURRICULAR

Los decretos que desarrollan la LOGSE establecen tres niveles de concreción curricular, lo que permite dar flexibilidad al currículum y adecuarlo a las realidades de las comunidades autónomas y de los centros.

El primer nivel de concreción son las enseñanzas mínimas comunes para todo el Estado incluyendo entre 55% y 65% del currículum. Un segundo nivel establece las adecuaciones curriculares para las comunidades autónomas. El tercer nivel representa la adecuación curricular al centro docente constituyendo el proyecto educativo de centro que, aprobado por el Consejo Escolar, establece las líneas educativas y los principios de organización del centro y es la base para el proyecto curricular y las programaciones de aula.

En el marco de la LOGSE se definen los temas transversales, entre los que se incluye la educación para la salud, como enseñanzas que deben estar presentes en todas las áreas curriculares. Los temas transversales recogen aspectos relevantes en el desarrollo social durante los últimos años y son contenidos educativos valiosos para toda la sociedad. Permiten aportar al proyecto educativo de centro distintas sensibilidades y reflejar problemas sociales y de salud del entorno (3).

Todos estos conceptos educativos deben estar presentes en la práctica docente y confieren una nueva dimensión al currículum que debe vertebrarse en torno a ejes claros de objetivos y contenidos. Son responsabilidad de toda la comunidad educativa y su tratamiento exige establecer modelos organizativos que faciliten la participación, el trabajo en equipo y la interacción del centro con su entorno. Los materiales curriculares de que dispone el profesorado incluyen publicaciones de las administraciones

sanitaria y educativa —tanto central como autonómica—, libros de texto y materiales elaborados por docentes (4).

La formación permanente en los temas transversales constituye un derecho y una obligación del profesorado y una responsabilidad de las administraciones y de los propios centros. El profesorado debe realizar actividades de actualización en los centros docentes, centros específicos de formación del profesorado y universidades.

El Ministerio de Educación y Ciencia —o, en su caso, las comunidades autónomas con transferencias educativas— establece planes de formación del profesorado a través de los Centros de Profesores y Recursos cuyas actividades incluyen cursos, jornadas, conferencias, seminarios y grupos de trabajo permanentes, proyectos de innovación y de formación en centro. Según datos del Ministerio de Educación y Cultura, durante el curso 1996-97 se realizaron 720 actividades formativas sobre temas transversales — en su mayor parte cursos, seminarios y grupos de trabajo— en las que participaron 13.827 profesores.

3.3. EXPERIENCIA DE LA RED EUROPEA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD (REEPS)

La REEPS es un proyecto común de la Comisión de la Unión Europea, el Consejo de Europa y la Oficina Regional para Europa de la OMS para la promoción de la salud en el ámbito educativo. Surge de las recomendaciones de la Conferencia sobre Promoción de la Educación para la Salud de Estrasburgo (1990) y recoge la experiencia del desarrollo de proyectos de educación para la salud durante los años 80.

El objetivo principal de la REEPS es que toda la comunidad educativa pueda alcanzar estilos de vida saludables mediante el desarrollo en los centros de un entorno físico y psicosocial saludable y seguro. Otros objetivos específicos son el desarrollo del sentido de responsabilidad individual en relación con la salud, la integración de la Educación para la Salud en el proyecto curricular de forma coherente, posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico y social y la adquisición de una imagen positiva de sí mismos en todo el alumnado o ampliar la concepción de servicios de salud escolar para hacer de ellos un recurso educativo.

España se vincula a la REEPS en 1993, siendo actualmente el CIDE (Centro de Investigación y Documentación Educativa) el órgano nacional de apoyo y coordinación de la Red. En el período 1995-98 han sido 85 los centros educativos españoles vinculados a la REEPS (5).

Con relación a algunas características del programa en España, podemos decir que los centros que han participado son mayoritariamente del sector público (91,8%), siendo la de concertados y privados por lo tanto muy baja. Los temas prioritarios de los proyectos fueron: alimentación (34%), educación afectivo-sexual (32%), seguidos de la prevención del consumo de drogas (24,5%) y la de los accidentes (22%), y finalmente la higiene y el ocio (ambos un 16%). Es interesante considerar que, en conjunto, la apreciación que hacen los profesores del proyecto no es muy positiva, aunque en los centros donde se hizo su implicación fue buena.

3.4. ENSEÑANZA UNIVERSITARIA

El INE publica los datos referentes a la Enseñanza superior en España — www.ine.es/hdocs/daco/daco42/ensenan—, observándose cómo de 902.380 estudiantes matriculados en el curso 1986-87 hemos pasado a 1.536.409 en el curso 1996-97, con lo que la tasa bruta de escolaridad en universitarios —edad de 18-23 años— se encuentra en la actualidad próxima al 40%, mientras que en el inicio de la década de los 80 no alcanzaba el 20%.

La pregunta es la misma que con la educación primaria y secundaria: efectivamente la escolaridad ha mejorado pero ¿qué estudian nuestros universitarios y cómo puede esto producir una mejora en la competencia pública en la promoción de la salud e influir en otros sectores?

Para ello hemos procedido a analizar las directrices de planes de estudio de todas las carreras universitarias y enseñanzas militares, publicadas en los correspondientes BOE, cuyo listado se puede consultar en www.mec.es/consejou/index.html.

La consulta ha consistido en analizar todas las materias troncales, los descriptores de las mismas, las áreas de conocimiento a las que se adjudican buscando en todos los casos en primer lugar, si aparece, el descriptor “Educación para la salud”, en segundo “Promoción de la salud” y, si no, áreas más amplias como “Salud pública”, “Medicina Preventiva”, educación en aspectos que guarden relación con la salud, medio ambiente, poblaciones especiales, seguridad e higiene, o educación en sí misma. El número de planes de estudio analizados ha sido de 131.

Como hechos más relevantes diremos que el descriptor “educación para la salud” sólo aparece en las carreras de medicina, fisioterapia, terapia ocupacional y enfermería. En las de odontología, podología, y matronas aparecen descriptores específicos de las carreras correspondientes. En el resto de estudios que comprenden el conjunto de Ciencias de la Salud,

En veterinaria y farmacia, aparecen las áreas de medicina preventiva o salud pública, pero sin descriptores de educación sanitaria o promoción de la salud y, finalmente, en la de logopedia no existe ninguna referencia ni troncal adscrita al área de medicina preventiva y salud pública.

Existen licenciaturas o diplomaturas en las que se explica salud pública, como en ciencias ambientales, ciencia y tecnología de los alimentos, diplomatura en relaciones laborales, trabajo social, enología y ciencias ambientales. En los descriptores no aparecen ni la “educación sanitaria” ni la “promoción de la salud”, por lo que los contenidos dependerán de los planes de estudio específicos de cada universidad.

En la licenciatura de ciencias de la actividad física y del deporte existe el contenido de actividad física y salud, con un descriptor específico de “actividad física para la salud”, adscrito a las áreas de educación física y del deporte y fisioterapia, y no existen referencias en carreras como educación social, psicología o humanidades.

Llama la atención que en ninguna de las diferentes especialidades de maestro exista la educación sanitaria como troncalidad o descriptor, pero sí otros que permitirían su inclusión. En este caso, como hemos mencionado anteriormente, habría que revisar los planes de estudio de cada universidad para ver si existe con otro carácter distinto al de materia troncal.

4. CONCLUSIONES

- La educación para la salud está integrada en los curricula de las enseñanzas de régimen general no universitaria. El grado de desarrollo de la promoción de salud en los centros educativos depende de su integración en el Proyecto Educativo de Centro y en el Proyecto Curricular de Etapa.
- La coordinación y cooperación entre sanidad y educación, en los niveles local, autonómico y estatal es un requisito para garantizar la coherencia y pertinencia de las intervenciones. La existencia de comisiones de coordinación y grupos de trabajo es un indicador de la voluntad política existente.
- La formación conjunta del profesorado, de los profesionales sociosanitarios y otros agentes implicados es un aspecto clave para mejorar la calidad y la continuidad de las actuaciones de educación y promoción de salud en los centros educativos. Para ello es necesario desarrollar planes institucionales de formación de base territorial, fundamentados en la formación en centro.
- La motivación e implicación del alumnado y la existencia de cauces de participación de las familias son criterios que permiten el logro de los objetivos de la promoción de salud en los centros educativos. El centro educativo debe ofrecer al alumnado un ambiente físico y social que le permita vivir experiencias coherentes con la salud. Un clima escolar positivo y buenas relaciones interpersonales es un objetivo prioritario en promoción de salud.
- En la educación universitaria —incluida la de ciencias de la salud—, la educación sanitaria tiene una importancia curricular bastante “pobre” donde la hay, o inexistente en diplomaturas donde debería haberla. Aún más, podemos decir que sus actitudes y motivación al respecto deben ser así mismo bastante deficientes debido a la poca trascendencia curricular de la educación sanitaria y la promoción de la salud.
- Salvo que en formación de postgrado se reciba de una forma u otra —como es el caso en la especialidad médica de medicina preventiva y salud pública—, los universitarios españoles, incluso los que teóricamente deberían estarlo, están muy mal capacitados para “[...] para mejorar la competencia pública y profesional en promoción de la salud e incrementar el conocimiento en salud en otros sectores”.

5. PROPUESTAS

En nuestro medio la accesibilidad a la educación básica puede considerarse como buena, así como la existencia de instrumentos legales que permitan la Educación para la Salud (ES) en el ámbito de la escolar, pero no se ha llegado a un desarrollo adecuado de la misma.

En este momento podemos decir que la ES es todavía una asignatura pendiente y por lo tanto se hace necesario establecer mecanismos de cooperación en el ámbito autonómico de las administraciones

educativa y sanitaria para el desarrollo de programas transversales que garanticen la adquisición de los conocimientos en salud establecidos para las edades diversas.

Además debería existir un sistema de evaluación homogéneo que permita comprobar la ejecución a corto plazo de estos planes, dado que en la actualidad ello es muy difícil, debido a la dispersión de fuentes y datos, así por el tipo de indicadores que se están empleando.

Por otro lado es preciso garantizar que el proceso se establezca de forma que evite desigualdades en ES en el Estado Español.

En la enseñanza universitaria —y particularmente en las ciencias de la salud y magisterio— debería integrarse la ES en los currícula de forma precisa y no según discrecionalidad de los diferentes planes de estudio, por licenciatura o diplomatura, en dependencia de las universidades que los desarrollen.

Proponemos por tanto que se utilicen indicadores de escolarización por sectores de población y de resultados, como tasas de fracaso escolar elaboradas por enseñanza (pública, concertada y privada), niveles y tipos de enseñanza y edades y sexos en el ámbito provincial que permitirían además en cierto grado analizar desigualdades. Que existan datos específicos por centro de la impartición o no de ES y sus características, con lo cual se conocería el desarrollo de la LOGSE en este sentido.

Finalmente que, en el ámbito de las CCAA se disponga de un sistema que permita conocer las actividades de ES realizadas conjuntamente por la administración sanitaria y la educacional y su evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud: Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud Para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
2. OMS. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS, 1981.
3. Niedo J. Transversales. Educación para la salud. Educación Sexual. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, Secretaría General Técnica, 1992.
4. Arasa Ferrer H et al. Educación para la Salud: propuestas para su integración en la escuela. Programa Experimental de Educación para la Salud en la Escuela. Zaragoza: Diputación General de Aragón, 1991.
5. Bustelo M et al. Informe de evaluación de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (1995-1998). Madrid: Área de innovación y desarrollo curricular, Centro de Investigación y Documentación Educativa, 1999.

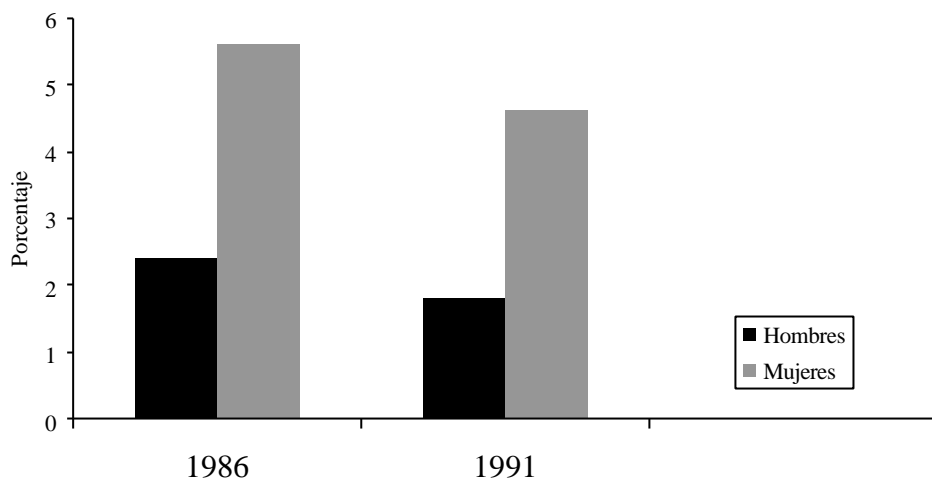


Gráfico 28

Porcentaje de analfabetos según sexo. España 1986 y 1991

Tabla 26

Tasa brutas de escolaridad por nivel de enseñanza. España 1988-1998

NIVEL	88-89	89-90	90-91	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98
E. Infantil / Preescolar (1) (3 - 5 años)	71,1	73,3	75,9	80,0	83,3	86,3	87,2	87,7	89,3	90,9
E. Primaria, EGB y Primer Ciclo ESO (2) (6 - 13 años)	109,8	109,8	109,8	109,3	110,2	110,7	111,0	110,7	110,6	109,7
E. Secundaria y Formación Profesional (3) (14 - 18 años)	68,3	70,9	73,6	76,3	78,5	81,5	83,5	85,8	87,7	90,0

Definición: Es la relación entre el total de alumnado, de cualquier edad, matriculado en la enseñanza considerada, y la población del grupo de "edad teórica", que está determinado por la edad de admisión y la duración normal de la enseñanza.

- (1) En este nivel se ha calculado la tasa neta del grupo de edad (3-5 años).
- (2) Se obtienen valores superiores a 100,0 debido a la inclusión de alumnado de 14 y 15 años (no contemplado en el grupo de "edad teórica").
- (3) Incluye segundo ciclo de ESO, BUP y COU, Bachillerato LOGSE, Bachillerato Experimental, FP, Ciclos Formativos / Módulos Profesionales y Garantía Social.