

DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR EN LOS CENTROS DOCENTES



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN
Y CULTURA



Centro de
Investigación y
Documentación Educativa

**DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN
PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR
EN LOS CENTROS DOCENTES**



Autores:

Valentín Gavidia Catalán

*Profesor de la Universidad de Valencia.
Dpto. Didáctica Ciencias Experimentales y Sociales*

María José Rodes Sala

Profesora de Enseñanza Secundaria

Han colaborado en el desarrollo del currículo de Educación Primaria:

Carmen Fernández Cañabate

María Dolores Julve Pina

Begoña Martínez Bermejo

Matilde Rodríguez Lázaro

Maestras de Educación Primaria

Revisión y maquetación

Joaquín Tolsá Torrenova



© MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
Secretaría General de Educación y Formación Profesional
Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE)

Edita: SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
Centro de Publicaciones

NIPO: 176-00-021-9
ISBN: 84-369-3330-3
Depósito legal: M-10546-2000

Imprime: DIN Impresores
Avda. Pedro Diez, 25
28019 Madrid

ÍNDICE

1. Introducción	7
2. La Educación del Consumidor en la escuela	11
<i>Características de la sociedad de consumo • Valores que promueve la sociedad de consumo • Agentes estimuladores del consumo • Algunas consecuencias de la sociedad de consumo • El consumo y la Educación del Consumidor • Necesidad de su tratamiento en la escuela</i>	
3. La Educación para la Salud en los centros docentes	25
<i>Los problemas de salud actuales • Buscando soluciones a los problemas de salud • Necesidad de un cambio de estrategia. La Promoción de la Salud • Evolución del concepto de salud • Los factores determinantes de la salud • La Educación para la Salud • Modelos de Educación para la Salud • Necesidad de tratar la Educación para la Salud en la escuela</i>	
4. La transversalidad en el currículo escolar	47
<i>Significado de la transversalidad • Características de los temas transversales • Formas de contemplar los temas transversales en el proyecto curricular de centro • Niveles de integración de los temas transversales</i>	
5. Una propuesta de Educación para la Salud y del Consumidor	63
<i>Objetivos de la Educación del consumidor • Objetivos de la Educación para la Salud • Propuesta de contenidos de Educación para la Salud y del Consumidor</i>	
6. Metodología para introducir la Educación para la Salud y la Educación del Consumidor como líneas transversales en el proyecto de centro.	75
<i>Análisis de los objetivos generales de etapa y de las áreas de conocimiento bajo la perspectiva de la salud y del consumo • Concreción de una propuesta de contenidos de Educación para la Salud y del consumidor • Relación de los contenidos de las áreas de conocimiento con la propuesta de salud y consumo • Elección del nivel de integración de la Educación para la Salud y del Consumidor • Los proyectos de trabajo en los espacios de transversalidad</i>	
7. Orientaciones psicopedagógicas de la Educación para la Salud y del Consumidor	95
<i>Principios psicológicos • Orientaciones didácticas</i>	
8. A modo de conclusión	111
<i>La escuela promotora de la Educación para la Salud y del Consumidor • La Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud</i>	
9. Bibliografía	121

1. INTRODUCCIÓN

La Educación para la Salud y la Educación del Consumidor en la escuela son algo más que una acción sanitaria de promoción de la salud, prevención de tendencias consumistas y mejora de la calidad de vida o nuevas materias que desarrollar en las aulas. Ni son todo ello al mismo tiempo, ni consisten únicamente en la suma de las actuaciones del personal sanitario, de los técnicos de consumo y de los docentes.

Son el resultado de una nueva filosofía, de una diferente forma de pensar. El sanitario y el experto en protección del consumidor abandonan su tradicional protagonismo en los temas de salud y consumo en favor del docente y comienzan a reflexionar en términos de colaboración, ayuda, recurso, e incluso programación, currículo, motivación, actitudes, descubrimiento e investigación; y el docente entiende que la Educación para la Salud y del Consumidor comporta un compromiso con la sociedad y con el alumnado.

La Educación para la Salud y la Educación del Consumidor en la escuela, al igual que el resto de las llamadas transversales, aspiran a ser un auténtico revulsivo, pues pretenden cambiar la forma de ver, actuar y sentir del profesorado, procurando que éste no sólo trabaje por el desarrollo personal de sus alumnos y alumnas, sino que participe en las acciones tendentes a mejorar su calidad de vida y colabore en la necesaria modificación de su entorno.

Insisten en la necesidad de generar en el alumnado actitudes positivas, valores nuevos, y de desarrollar las estrategias necesarias para tomar las decisiones adecuadas que afectan cotidianamente a su estilo de vida. Esto significa una nueva forma de ser y estar en la escuela de todos los integrantes de la comunidad escolar: el profesorado, a través de las acciones docentes, procurando el desarrollo de la autoestima de su alumnado y el crecimiento de sus potencialidades, facilitando las relaciones interpersonales y aceptando el papel ejemplarizante que se le otorga; el alumnado, convirtiéndose en agente activo y difusor de la cultura creada en la escuela; la familia, participando en la determinación de objetivos y colaborando en su consecución, y los agentes sociales, esforzándose en la creación de entornos saludables y ofreciendo a la escuela un papel protagonista en las acciones comunitarias en las que interviene.

Gran parte de las enfermedades actuales más importantes no son curables pero sí previsibles, y sus causas se encuentran en determinados comportamientos que pueden ser modificados mediante una adecuada enseñanza. Esto es lo que mueve a considerar la necesidad de integrar la Educación para la Salud y la Educación del Consumidor en la escuela, por ser la edad escolar la más propicia para estos aprendizajes.

Durante los últimos años se ha producido en nuestra sociedad un aumento progresivo del interés por los temas relacionados con la salud y el consumo. La aparición de nuevas enfermedades, de nuevos tratamientos, de nuevas responsabilidades de los ciudadanos ante los problemas de la salud y el consumo ha abierto un debate acerca de cómo debemos enfrentarnos a estos nuevos retos.

Las enfermedades que en mayor medida afectan a la población han sufrido una evolución caracterizada por el retroceso de las de carácter infecto-contagioso (viruela, sarampión, tifus, peste...) y un aumento de los desórdenes crónico-degenerativos (reumatismos, dolencias cardiovasculares, tumores...). Los nuevos problemas de salud vienen derivados, en muchos casos, del estilo de vida de la sociedad de consumo y bienestar que estamos construyendo: incomunicación personal, insatisfacción, accidentes de circulación, paro, alimentación desequilibrada, imprudencia sexual, sedentarismo, contaminación ambiental... son algunas de las causas que producen las enfermedades más frecuentes, las cuales difícilmente se resuelven con la Medicina tradicional, ya que en su mayor parte dependen de los patrones de conducta de las personas.

La presencia de enfermedades hasta ahora desconocidas ha desarrollado miedos y prejuicios, a veces irracionales y alejados de cualquier base científica, por lo que todos los ciudadanos necesitan información y capacitación en temas de salud. Entre estas nuevas enfermedades hacemos especial referencia al SIDA, que está generando un movimiento de rechazo social. Como medio de combatir esta situación, podría entenderse la necesidad de una Educación Sexual específica, con la que prevenir las enfermedades de transmisión sexual y evitar los embarazos no deseados entre los adolescentes. Nuestro concepto de Educación Sexual va más allá de estos términos, puesto que la consideramos integrada en la Educación para la Salud, al tratarse en ambos casos de facilitar el desarrollo de las capacidades y potencialidades para obtener la mayor realización personal posible.

Pero no son los problemas de salud lo único que ha evolucionado, dado que, si en algo se ha modificado drásticamente la sociedad humana en los dos últimos siglos, ha sido en la forma de consumir bienes y servicios. En la actualidad, todas las personas somos consumidoras y usuarias, de manera que si analizamos nuestras acciones a lo largo de un día podemos comprobar que son muchas las ocasiones en las que consumimos productos o usamos algún tipo de servicios.

Los elementos de consumo puestos a nuestra disposición son de lo más variado: unos sirven para satisfacer nuestras necesidades primarias (alimento, vestido, vivienda, etc.); otros cubren necesidades que podemos llamar secundarias, pero no por ello menos importantes, como seguridad, educación o tiempo de ocio. Sin embargo, y aunque pueda parecerlo, no por ser cotidianos son sencillos los actos de consumo. Encierran mecanismos de una gran complejidad, que movilizan las necesidades humanas, los deseos, las actitudes, las creencias, todos aquellos mecanismos que intentan decantar la decisión de la persona consumidora hacia la compra de un determinado producto o el uso de un señalado servicio.

Los medios de comunicación, aliados poderosos de la sociedad de mercado actual, ejercen una gran influencia en el consumidor y dificultan todavía más su libre elección, incapacitándole para realizar una lectura crítica de los mensajes que le presentan, identificar el producto que responda a sus necesidades o determinar si el objeto le resulta necesario. Incluso las relaciones entre los niños y niñas, sus actitudes y comportamientos, están condicionados por el hecho de vivir en una sociedad que se llama a sí misma «de consumo» y donde el término ciudadano es sinónimo de «consumidor».

Por todo ello, la introducción en la escuela de la Educación para la Salud y del Consumidor se ve como una necesidad ineludible, ya que tanto la salud como el consumo están presentes de forma constante en nuestras vidas. Si uno de los objetivos

principales del sistema educativo es contribuir al desarrollo global y armónico del alumnado y responder desde el ámbito escolar a las necesidades sociales, también debe atender a los problemas de salud y de consumo que existen, máxime cuando éstos no pueden ser tratados desde el campo de la sanidad, ni desde los diferentes medios de comunicación.

La enseñanza formal puede contribuir al desarrollo de conductas saludables y responsables ante el consumo, pues la etapa escolar es el momento evolutivo más adecuado para la adquisición de valores, hábitos y pautas de comportamiento. Con este fin, la Administración ha determinado incluir la Educación para la Salud y la Educación del Consumidor entre los objetivos generales de todas las etapas educativas.

Al igual que ocurre con la Educación Ambiental, la Educación para la Paz, la Coeducación, etc., la Educación para la Salud y la Educación del Consumidor se consideran «transversales», por no constituir áreas o disciplinas específicas, evitando así que se aborden de forma compartimentada. No obstante, su importancia social ha determinado que se traten como una de las dimensiones que deben impregnar todo el currículo escolar. Por este motivo, en los objetivos generales de todas las etapas encontramos algún componente de salud y consumo en su formulación. Pero además, otros muchos objetivos de salud y consumo están diseminados por las diferentes áreas o disciplinas, por lo que desde cada una de ellas se contribuye, en diferente medida, a su desarrollo.

Reconocida la importancia de estos temas, no se puede pretender que los escolares, futuros ciudadanos de nuestra sociedad y motores en potencia de la misma, abandonen la escuela, lugar de socialización por excelencia, sin una adecuada preparación. Esto se traduce en que cada centro educativo, desde su propio contexto, debe determinar qué currículo de salud y de consumo va a trabajar con su alumnado, lo que significa unos contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales, unos presupuestos teóricos que los fundamenten y una metodología de trabajo con propuestas de evaluación que permitan efectuar la valoración del proceso y su retroalimentación. **Fundamentación, propuesta curricular** y metodología de **trabajo** son lo que trataremos de presentar en los próximos apartados.

2. LA EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR EN LA ESCUELA

2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA SOCIEDAD DE CONSUMO

2.2. VALORES QUE PROMOCIONA LA SOCIEDAD DE CONSUMO

2.3. AGENTES ESTIMULADORES DEL CONSUMO

2.4. ALGUNAS CONSECUENCIAS DE LA SOCIEDAD DE CONSUMO

2.5. EL CONSUMO Y LA EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR

2.6. NECESIDAD DE SU TRATAMIENTO EN LA ESCUELA

2. LA EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR EN LA ESCUELA

El consumo está presente en nuestras vidas de manera continua y constante, determinando la aparición de ciertos problemas y la solución de otros, pero condicionando en todo caso nuestra forma de vivir, nuestra calidad de vida. El rol de consumidor es, sin duda, uno de los aspectos que más identifican a las personas de las sociedades occidentales (Cidad, 1991). Afecta a todos los ciudadanos independientemente de su sexo, edad o nivel cultural.

Por ello, es una cuestión fundamental para todas las personas entender y valorar este fenómeno. Niños, jóvenes y adultos debemos tomar conciencia de nuestros derechos como consumidores y ejercerlos de forma cotidiana, asumiendo nuestras responsabilidades y adoptando posturas críticas, coherentes y solidarias.

En el presente capítulo estudiaremos las razones por las cuales estos temas deben ser tratados en la escuela, analizando las características de la sociedad de consumo actual, los valores que promueve para su propio mantenimiento y las consecuencias que ello conlleva.

2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA SOCIEDAD DE CONSUMO

El diccionario de la Real Academia Española indica que consumir es «utilizar algunos comestibles u otros géneros para el sustento», por lo que el ser humano siempre ha sido consumidor, puesto que el acto esencial del consumo –la cobertura de las necesidades fisiológicas primarias– es tan antiguo como necesario para la subsistencia de la propia humanidad. A lo largo de la historia, necesidad y consumo constituyen un binomio indisoluble.

Las sociedades humanas preindustriales, fundamentalmente agrarias y ganaderas, evolucionaron hacia un sistema de trueque. En ellas se producían alimentos y bienes en función de las necesidades del mercado. No existían grandes diferencias entre las cantidades producidas y las consumidas. La mayor parte de los alimentos, bienes y servicios eran consumidos por los propios productores y sus familias. Funcionaba el principio de *autosuficiencia* y la producción no entraba prácticamente en el mercado, dado que productores y consumidores constituían el mismo grupo social.

Sin embargo, a partir del siglo XVIII y con la llegada de la Revolución Industrial, se produce un cambio que no sólo va a alterar este equilibrio económico, sino que también va a suponer toda una transformación de las relaciones sociales. La industrialización separó la producción del consumo destruyendo la autosuficiencia existente. Al generar grandes cantidades de productos, la mayoría se destinaba al mercado para que pudieran ser consumidos por otras personas. Es entonces cuando podemos hablar de **comportamientos consumistas**, aunque en esos momentos no se manifestasen como los conocemos ahora. En sus inicios, a finales del siglo XVIII, el consumo tenía un carácter de subsistencia, con la diferencia de que los individuos ya no producían todo lo

que necesitaban para vivir, por lo que debían adquirirlo. En una segunda etapa, después de la Gran Depresión de los años 30 del siglo XX, surge la actual sociedad de consumo de masas, que con respecto a la sociedad tradicional presenta notables diferencias, entre las que podemos enumerar:

- **Las causas de la producción.** Hasta la Revolución Industrial se producía para satisfacer las necesidades y demandas sociales. Estas necesidades del consumidor, a través de sus pedidos, eran las que regulaban el ritmo de producción. Cuando la industria comienza a fabricar productos en serie para abaratar costos, los motivos de la elaboración cambian. El motor de la productividad ya no se encuentra en las iniciativas de los consumidores. Las empresas producen grandes cantidades, con el peligro de invadir el mercado con un exceso de productos, lo que obliga a estimular y fomentar la demanda de los ciudadanos. Éstos se verán empujados a consumir para que la producción no se detenga.

De esta manera, es la propia empresa la que, como si se tratase de otras mercancías, desencadena los comportamientos de consumo, la que controla y fabrica nuevas necesidades en los ciudadanos. La sociedad de consumo de masas se inició, pues, como respuesta a una necesidad económica: la de rentabilizar al máximo el capital invertido en las instalaciones industriales. El fenómeno se vio reforzado al saber que la demanda de consumo no depende tanto de la capacidad de compra del individuo, de su poder adquisitivo, como de su predisposición a comprar. Esas actitudes favorables hacia el consumo son lo que todos los productores persiguen, y para ello se apoyan en tres grandes pilares: la moda, el marketing y la publicidad, en los cuales nos detendremos más adelante.

- **Las formas de producción.** Hasta el siglo XVIII existían grandes fortunas, pero no había mucho que comprar, ya que los objetos eran realizados lentamente por artesanos que controlaban la producción desde su inicio hasta el final. En la actualidad, en cambio, podemos elegir miles de objetos cuyo ritmo de producción y renovación es vertiginoso. La fabricación se realiza en cadena y el obrero no puede controlar el resultado final de su trabajo, pues la sociedad de mercado se estructura en diferentes estratos: producción, distribución, venta y posventa.
- **El valor del producto.** Todo objeto que se incorpora al mercado presenta dos tipos de valores: *el valor de uso*, que es instrumental y radica en su utilidad, y *el valor de cambio*, que es el que permite su intercambio dentro de un mercado. No siempre el valor de cambio depende del de uso, sino que en él pueden influir aspectos totalmente ajenos a su utilidad, como la abundancia o escasez, la cantidad de trabajo humano que requiera su realización, etc.

Pero además, en la sociedad de consumo, a los productos se les incorpora un *valor simbólico*, es decir, se les dota de un significado o señal. La publicidad es la que se encarga de atribuir esos valores. Por ello en muchas ocasiones no compramos en realidad un instrumento que satisfaga una necesidad, sino un fetiche al que se le adjudican ciertos intereses inexistentes. Los productos son signos que marcan una clase social, la personalidad del individuo que los usa: la colonia no es sólo perfume, sino un objeto que asegura el éxito; los cosméticos no ofrecen sólo una

crema, sino belleza; no se compra un coche, sino una aventura. «Se ha comprobado que el consumidor adquiere no solamente las características objetivas, prácticas y funcionales de un bien, sino además los significados, los símbolos, las valencias emotivas que ese bien reviste» (Dogana, 1976).

- **El escaso tiempo de vida de los productos.** Ésta es una de las leyes que permite mantener la estructura de la sociedad de consumo. Para que la demanda siga creciendo y el mercado no se sature es necesario que la vida de los productos sea cada vez más corta, cada vez más breve su valor de uso.

La utilización de nuevos materiales como el plástico, la imposibilidad de reparar ciertos objetos especialmente diseñados para ser desechados cuando se estropean, la degradación de los servicios posventa y, por último, las rápidas innovaciones en el valor social de los productos, lo que llamamos moda, producen en nuestra sociedad un incremento en la tendencia hacia el consumo de artículos no reciclables. Ello constituye uno de los efectos negativos de esta organización social, pues se advierte cómo se incrementa la producción de basuras, con las repercusiones negativas sobre la salud y el medio ambiente que comenzamos a conocer.

- **La ideología y la cultura.** El desarrollo industrial lleva consigo otro fenómeno. Requiere la concentración de la población alrededor de las zonas productivas industriales, lo que significa el abandono del campo por la ciudad. Se dejan atrás las costumbres rurales para aceptar nuevas formas de vida cada vez más urbanas, diferentes condiciones de trabajo y, por supuesto, nuevos valores sociales y culturales.

Ya no basta con satisfacer las necesidades primarias, sino que a los ciudadanos se les abre todo un mundo de consumo con el que satisfacer otras necesidades secundarias –no fisiológicas, sino psicológicas o de carácter social– que pueden ser creadas de forma artificial. Es lo que ocurre con la cultura del ocio, la información, la necesidad de mantener una determinada «posición social», o la de adquirir objetos que otorguen cierto prestigio.

Cada sociedad marca un conjunto estándar de consumo: «Un hogar equipado con arreglo a las pautas de la moda, un tipo de coche determinado, educación superior para los hijos, y el viaje anual de vacaciones» (Cueto, 1981). La consecución de estas cotas es indicativa del éxito o del fracaso individual, y de esta forma se crea un modelo de identificación social y un estilo de vida homogéneo para todas las personas. Por debajo de este mínimo de consumo impuesto por la sociedad industrial, el ciudadano se convierte en un ser asocial y un marginado (Baudrillard, 1974).

- **El dominio de las comunicaciones.** El complejo proceso de transformación que tiene lugar en la sociedad industrial no hubiera sido posible sin un sistema de comunicaciones capaz de transmitir orientaciones sobre consumo a los diferentes estratos de la población. El espectacular desarrollo tecnológico audiovisual de este siglo, el cine, la radio y ahora la televisión constituyen los medios de comunicación de masas, que actúan como portavoces de los bienes y servicios de consumo.

Esta multiplicación de las fuentes de información resultó en principio una ventaja tanto individual como social, al difundir, pluralizar y democratizar las ideas y los productos. Como contrapartida, su exceso ha provocado una transformación y generalización de los comportamientos humanos, extendiéndolos fuera de su propia cultura, de sus fronteras, creando un modelo generalizado de ciudadano consumidor.

Con la información surge la publicidad, en un intento disimulado de convencer al consumidor para que elija libremente según su criterio, gusto o personalidad. Tiene, como veremos, una gran influencia en los actos de consumo, aunque no es el único factor determinante, sino que intervienen otras variables psicológicas, sociológicas o políticas.

2.2. VALORES QUE PROMOCIONA LA SOCIEDAD DE CONSUMO

En principio, consumimos para satisfacer nuestras necesidades básicas o mejorar nuestra calidad de vida. Pero las necesidades se construyen en referencia a un sistema cultural determinado, se adquieren y se modifican en el proceso de interacción social. Este primer sentido de «consumo ligado a necesidad» no permite explicar las características de un acto tan complejo como es el consumo, pues ¿cuáles necesidades podemos considerar verdaderas y cuáles falsas?, ¿son las necesidades humanas de ahora igual que las de siglos anteriores?, ¿respondemos siempre de la misma manera frente a los mismos estímulos?

No podemos atribuir únicamente a la necesidad la justificación del complejo funcionamiento del acto de consumo. Las motivaciones que inducen a consumir son muy variadas y dependen de muchos factores, como edad, nivel social o lugar donde se habite. En cualquier caso, parece que el hecho de consumir se une indistintamente al deseo: consumir es colmar, satisfacer una necesidad; por ello las elecciones que diariamente efectúa la persona consumidora dependen de su propia vivencia del deseo/necesidad.

No obstante, incluso esta percepción puede ser manipulada y es posible crear el deseo de algo no necesario, bien por insatisfacción con aquello que se posee, o por el anhelo de alcanzar lo que no se tiene. Y cuando el ser humano se siente incapaz de alcanzar un objetivo se produce en él una sensación de impotencia y marginación. El consumo puede convertirse así en una carrera sin fin, puesto que cuanto más se tiene más se desea, con lo que existe el peligro de que la satisfacción de esas «necesidades percibidas» se reduzca a medida que se incrementa el consumo.

El acto de consumir aporta a quien lo realiza un estado de satisfacción, una euforia derivada de haber conseguido algo que considera capaz de proporcionarle bienestar. Esta euforia se asocia a valores de abundancia, de plenitud, de sociabilidad, que se relacionan con un concepto simbólico de la vida; se produce el binomio consumo-vida. Parece que se antepone consumo o plenitud a muerte, entendida como vacío, ausencia, aislamiento. El consumo, que es por excelencia un acto social, se aleja del acto individual humano más temido, la muerte. Comprar puede ser también un medio para disminuir la ansiedad, en la medida que acumular objetos refuerza nuestra sensación de seguridad personal.

La clave de la actitud consumista es atribuir a los objetos o servicios la capacidad de proporcionarnos bienestar al llevar asociado un valor simbólico, un significado. La publicidad conoce y maneja perfectamente estos códigos, que explican el

comportamiento de las personas, y los utiliza para sus fines. Así, pasa con facilidad de ejercer una función informativa de los objetos y bienes de consumo a ejercer una presión psicológica sobre el individuo.

De esta manera, entre los principales valores que promociona la sociedad de consumo podemos destacar los siguientes:

- **La mitificación del bienestar**, que se convierte en el máximo ideal de la realización personal. Las ideas de solidaridad social y los valores colectivos se reducen en beneficio de ideologías individualistas acordes con las necesidades del sistema productivo. Se asocia sociedad de consumo con sociedad del bienestar y de riqueza, en la que todo induce a adquirir y acumular bienes.
- **El éxito**, considerado como necesidad de integración social, lo que obliga a las personas a una gran competitividad y agresividad para sobresalir por encima de los demás.
- **La apariencia y la imagen**, que poseen cada vez mayor preponderancia y ganan terreno a los valores de utilidad y autenticidad. Los objetos ya no valen por sí mismos, sino por su apariencia. Lo que era un medio para el goce o la supervivencia se ha convertido en un fin. Muchos productos son signos de ostentación, de distinción, de pertenencia a un cierto grupo de personas. El objeto ha perdido su propia sustancia.
- **La potenciación del ocio**, que se realiza desde el propio sistema. Los productos y bienes que se ofertan tienden a facilitar la vida de los ciudadanos para que disfruten de un mayor tiempo libre. Pero este tiempo de ocio, paradójicamente conseguido con un exceso de horas de trabajo, también se dedica a consumir productos, como viajes, vacaciones, espectáculos, etc. Así, el ocio, en lugar de ser un elemento equilibrador que libere a la persona de la rutina diaria del trabajo, puede convertirse en otro elemento esclavizador, al no poder asumir el individuo toda la oferta de consumo de este producto/servicio que la sociedad promociona.
- **La novedad**, que resulta un factor importante en una sociedad sometida a continuos y rápidos cambios. De ahí la importancia de la moda: se apuesta por lo efímero, lo renovable, lo que es capaz de agotarse en poco tiempo.
- **Los valores juveniles**, que invaden todos los órdenes de la vida. La juventud es el estrato de la población más dispuesta al cambio, el grupo social con mayor tendencia consumista de las últimas ideas u objetos promocionados. Por ello, ensalzar la juventud significa revalorizar lo nuevo, la moda, la renovación de los últimos productos ofrecidos para el consumo.

2.3. AGENTES ESTIMULADORES DEL CONSUMO

El consumismo es una pulsión individual que actúa como uno de los motores de la sociedad. La cultura de masas, a través de los medios de comunicación, ofrece al consumidor constantes y numerosos estímulos e informaciones que difícilmente puede procesar ni relacionar e implica una permanente toma de decisiones. La producción necesita ser consumida y para ello existe un sistema de persuasión que lo posibilita, alertando el deseo y la demanda de bienes y servicios, así como su periódica renovación. **La publicidad, la moda y las técnicas de marketing** son los mecanismos que, a través de los medios de comunicación, posibilitan y refuerzan esta constante renovación del consumo.

La publicidad es un sistema de comunicación a través del cual se dan a conocer productos, se impone una imagen favorable de los mismos y se estimula su compra y consumo. La industria audiovisual es uno de sus más fuertes pilares, pues posee una gran influencia en los comportamientos consumistas de nuestra sociedad.

La **moda** condiciona los gustos y los estilos de vida de la mayoría de los ciudadanos con objeto de hacerles responder a las propuestas de la publicidad. Publicidad y moda se complementan en un solo discurso, dado que la publicidad propaga un producto y la moda facilita su difusión, que se corresponde con la estética que ambas defienden y con los estilos de vida que llevan asociados. Ambas son la clave de la financiación y sostenimiento de los medios de comunicación, al tiempo que van construyendo el «consumidor modelo», preocupado por la novedad, que ansía el producto ofrecido y que recicla sus valores y hábitos en función de lo que le ofrece el mercado.

Otro elemento de gran peso en la potenciación del consumo son las técnicas de investigación de **marketing** que intentan conseguir datos sobre las actitudes y opiniones de los consumidores mediante sofisticados procedimientos como los sondeos, la estadística, la econometría, los estudios de motivación, etc. Con ello no sólo tratan de conocer las opiniones del consumidor o sus actitudes de compra para predecir la bonanza de un determinado mercado, sino que llegan a constituirse en métodos de creación de nuevas necesidades de consumo, o de modificación de sus actitudes y opiniones, para lo que utilizan los modernos medios de persuasión, la publicidad y la moda, que aparecen en los medios de comunicación (televisión, radio, prensa...).

Todo ello ha producido cambios que han afectado a la psicología de las personas, a la política, a las relaciones personales, a la cultura, a la manera de entender la vida. Se habla de una «cultura mosaico», que se caracteriza por ofrecer numerosas informaciones sin relación, conformando un saber desorganizado; en la actualidad se promueve un tipo de pensamiento disperso, compartimentado y sin uniformidad, lo que ocasiona una pérdida de coherencia en muchas de nuestras actuaciones (Sanagustín et al., 1991).

2.4. ALGUNAS CONSECUENCIAS DE LA SOCIEDAD DE CONSUMO

En este modelo de sociedad, es importante resaltar los efectos no sólo del consumismo, sino también de otros muchos factores que intervienen en las relaciones sociales. Entre otros, podemos citar:

- **Los efectos sobre la salud**, que se ha visto negativamente afectada por la propagación de estilos de vida poco saludables. El uso de productos nocivos como el tabaco o el alcohol, los excesos de la automedicación, etc., no sólo son perjudiciales en sí mismos, sino que también han facilitado la adopción de estilos de vida en los que el bienestar personal o la integración social parecen depender del consumo de sustancias de riesgo, abriendo con ello la puerta a otras drogas más severas. Esto es especialmente nocivo en niños y jóvenes, que están formando su personalidad y que reciben de forma más intensa los mensajes tanto publicitarios como de series y películas que difunden los medios de comunicación de masas.

Igualmente podemos hablar de los efectos negativos de ciertos hábitos de alimentación: *el abuso de golosinas* en los niños, emblema insustituible de cualquier celebración infantil; *la utilización de sucedáneos en lugar de productos naturales*, que están cargados de aditivos (colorantes, espesantes, gelificantes, aromatizantes,

etc.), y cuyos efectos acumulados a largo plazo son difíciles de predecir; *la distorsión de las características de ciertos productos alimenticios*, que son presentados con regalos cuyas cualidades se magnifican, etc.

La creación por los medios de comunicación de estereotipos culturales: mujer-objeto, niño-feliz, adolescente-pasota, drogodependiente-delincuente, hombre blanco-superior, etc., son conceptos que en el ámbito cultural influyen sobre la salud psíquica o mental de las personas, enmascaran las relaciones de cada situación, y no permiten enfocar la compleja realidad existente desde diferentes puntos de vista.

- **La degradación de la naturaleza**, que es una de las grandes damnificadas de las políticas consumistas. La concepción de la Tierra como un bien a disposición del consumo humano no escapa de estos planteamientos, llevándonos en la actualidad a problemas que son, desgraciadamente, noticias de constante actualidad, como la contaminación ambiental, el efecto invernadero, los agujeros en la capa de ozono, la lluvia ácida, la contaminación acústica, la destrucción de los bosques húmedos tropicales (*rain forest*) la falta de agua, etc.

En nombre de la sociedad del bienestar, se han destruido playas y bosques, desecado marismas, cambiado el curso de los ríos, en suma, alterado el equilibrio ecológico, con el peligro de extinción de numerosas especies animales y vegetales, la disminución de la biodiversidad y el avance de la desertización. Todo ello está poniendo en peligro la existencia de la propia especie humana, de tal forma que ya comienza a hablarse de la sexta extinción (Leakey y Lewin, 1995).

Los peligros de un desarrollo guiado por intereses particulares a corto plazo están siendo resaltados por numerosos análisis que muestran, en el mejor de los casos, un mundo sin rumbo (Ramonet, 1996) o, peor aún, con un rumbo definido «que avanza hacia un naufragio posiblemente lento, pero difícilmente reversible» (Naredo, 1997). Que el peligro es serio lo muestra la «Declaración de Río» en 1992 o, más recientemente, el angustioso manifiesto que más de 1 500 científicos de renombre, muchos de ellos galardonados con el premio Nobel, han hecho público para pedir a los líderes políticos de todo el mundo que actúen «de forma inmediata para prevenir las consecuencias devastadoras del calentamiento global inducido por el hombre» (El País, 2 de octubre de 1997). En el mismo sentido, la American Association for the Advancement of Sciences (AAAS, 1997) señala que «la explosión de la población y la aceleración del desarrollo han llevado a una situación no sostenible y que nunca se ha dado antes, de degradación de los ecosistemas que forman la base del bienestar humano».

Entre los más importantes problemas tenemos que mencionar uno que es consecuencia directa del estilo de vida que la sociedad de consumo está imponiendo. Nos referimos a la *acumulación de basuras y residuos*, que es el resultado de una cultura de la opulencia, de usar y tirar, en la que se produce una inmensa cantidad de desperdicios en los productos consumidos cada día. El problema posee tres posibles vías de solución que se conocen como las tres R: **reducir, reutilizar y reciclar**.

De estas tres medidas, la más importante es la de reducir el consumo, aunque es la más difícil y antipopular. *Reutilizar* requiere un aprendizaje especial y una voluntad de ponerla en marcha. El *reciclado* es la última medida y la más cómoda, pero entraña cierto peligro, pues no detiene el consumo y el consumidor adquiere cierta «buena conciencia» de no despilfarrar la materia prima y de estar colaborando

en la salvación del planeta. De todas formas, es importante evitar los daños que ocasiona la presencia de vertidos industriales en ríos, mares, suelo y aire, para lo cual la única alternativa pasa por la reconversión a industrias con tecnologías avanzadas no contaminantes.

- **Desequilibrios entre grupos humanos**, que producen la explotación de unas sociedades poco desarrolladas por otras más avanzadas. Estos desequilibrios van desde el hiperconsumo depredador de las llamadas «sociedades desarrolladas» a la dificultad de la mera subsistencia de los países del «Tercer Mundo». Como ha escrito Rubert de Ventós (1997), «la extrema pobreza conduce a la desertización “haitiana” sin duda. Pero resulta que la extrema riqueza conduce igualmente, aunque por otros caminos, a la deforestación “canadiense”. La primera no puede esperar la reposición de la madera: la necesita para cocinar en una economía paupérrima que acaba sacrificando su propio hábitat y paisaje. A la segunda, la canadiense, no le concierne propiamente este paisaje: sus operadores son multinacionales que no viven ni han de quedarse en el entorno de desolación que dejan tras de sí».

Estos desequilibrios entre poblaciones se manifiestan por las diferencias de nutrición, de atención sanitaria, de vivienda, de educación, de cultura, de regímenes políticos, de posibilidades y características del trabajo; en suma, de gasto de recursos y energía. Mientras que en unos casos no se tiene ni para cubrir las necesidades más vitales, en otros se despilfarra, pero –y esto es lo más lamentable– a costa de los primeros.

Los problemas que acontecen a nuestro planeta deben ser considerados conjuntamente. A los problemas de la conservación del medio hay que añadir los producidos por los desequilibrios entre grupos humanos y los que derivan de la explosión demográfica. Sólo de un modo integral, considerando simultáneamente los tres aspectos, podemos sentar las bases de un desarrollo sostenible y satisfactorio para los seres humanos, cuya consecución representa el problema principal que engloba todos los demás (Gil, Gavidia y Furió, 1998). Como señalaba Jacques Yves Cousteau en una conversación con el periodista Nathan Gardels, publicada en El País el 26 de junio de 1997: «Los seres humanos han hecho probablemente más daño a la Tierra en el siglo XX que en toda la historia. El daño ha sido provocado por dos motivos fundamentales: el crecimiento demográfico disparado combinado con los abusos de la economía», es decir, con el abuso del consumo.

Resolver estos problemas representa todo un reto para una sociedad que evoluciona a un ritmo vertiginoso y en la que es preciso encontrar un equilibrio entre la economía productiva, que necesitamos para la subsistencia, y el respeto por la naturaleza y la promoción de valores sociales de solidaridad.

2.5. EL CONSUMO Y LA EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR

Términos como *consumo*, *consumismo* y *consumerismo* se utilizan a veces indistintamente y pueden causar confusión, por lo que conviene clarificarlos previamente.

El **consumo** puede definirse como el mecanismo social de distribución de bienes y servicios. Pero con este término también nos referimos al hecho de consumir, entendiendo por tal el acto de adquisición de productos o el uso de servicios.

Por **consumismo** entendemos el consumo por el simple hecho de consumir, de adoptar comportamientos que se realizan de una forma compulsiva e inconsciente, con una actitud acrítica hacia el tipo de sociedad que equipara vida y calidad de vida, que propicia comportamientos dirigidos más hacia el tener que hacia el ser.

El uso del término **consumerismo**, a pesar de tratarse de un evidente anglicismo si se utiliza como sinónimo de «consumismo», ha ido extendiéndose con el significado de defensa del consumidor y adquisición de una actitud racional, crítica, consciente y solidaria hacia el hecho del consumo¹, que se traduce en una sensibilización, una información permanente y un esfuerzo de educación para mejorar los procesos y las decisiones de consumo, incorporando elementos como participación, investigación, reivindicación y autodefensa.

En cuanto a la **Educación del Consumidor**, pretende que la persona conozca el medio que le rodea, que pueda descubrir los símbolos que se encuentran en su entorno, sepa interpretarlos y adquiera una conciencia crítica y solidaria, distinguiendo sus derechos y deberes como consumidor y los mecanismos necesarios para resolver los problemas de uso y consumo que se le pueden plantear. La Educación del Consumidor trata de dar puntos de referencia y una información suficiente para desarrollar sentido crítico y capacidad para tomar decisiones más libremente.

El concepto de consumo que queremos incorporar en la escuela no es el de una forma rentable de consumir productos y bienes, o usar los servicios que la comunidad pone a nuestra disposición de forma que se consiga un máximo de ventajas al menor coste posible. No se pretende únicamente una mayor rentabilidad económica, sino más bien una concepción reflexiva, que otorgue a nuestros actos de consumo un carácter ético y solidario.

«La Educación del Consumidor pretende desarrollar capacidades y hábitos en los alumnos y alumnas para que sus actos de consumo y uso de bienes y servicios estén dotados de un contenido ético, fruto de la valoración personal, libre, responsable y solidaria con el propio cuerpo y con el medio biofísico, con la sociedad próxima y lejana, con el presente y con el futuro». (Andalucía. Junta, Consejería de Salud y Servicios Sociales y Consejería de Educación y Ciencia, 1990). Se trata de dotar a los niños y a los jóvenes de los recursos necesarios para situarse críticamente frente a las consecuencias negativas, personales y sociales del consumismo, del consumo incontrolado.

La Educación de los Consumidores, también llamada Consumerista, es «un proceso permanente que tiene por finalidad aportar al consumidor, de forma gradual, secuenciada y acorde a su nivel evolutivo, toda una serie de elementos cognitivos, procedimientos y técnicas de trabajo que le permitan desarrollar actitudes conscientes, críticas y solidarias, sintiéndose satisfecho de actuar de forma responsable ante los hechos de consumo» (Álvarez y Álvarez, 1993).

¹ *Consumerism* tiene en inglés las dos acepciones: 1 the promotion of the consumer's interests / 2 the theory that an increasing consumption of goods is economically desirable; also: a preoccupation with and an inclination toward the buying of consumer goods (WWWebster Dictionary). // 1 the idea or belief that the buying and selling of products is the most important or useful activity for an individual and a society / 2 actions to protect people from unfair prices, advertising that is not true etc (Longman Web Dictionary).

2.6. NECESIDAD DE SU TRATAMIENTO EN LA ESCUELA

Como hemos visto, nuestra sociedad se caracteriza por una gran separación y desequilibrio entre los dos elementos fundamentales de la misma: el poderoso aparato productivo y distributivo, por un lado, y las personas consumidoras, por el otro. Los primeros invierten grandes recursos en favorecer la decisión de los consumidores o usuarios hacia la adquisición de determinados bienes o el uso de ciertos servicios. El mercado se ha convertido en algo poco transparente para los ciudadanos, a los que les resulta difícil la identificación del producto o del servicio que se ajusta a sus necesidades o deseos.

Los consumidores quedan solos, aislados, y con grandes dificultades para diferenciar lo que les interesa y poder decodificar de forma crítica los mensajes, en ocasiones, contradictorios, que les llegan y reconocer la información necesaria para elegir lo más apropiado. En muchos casos, no existen diferencias cualitativas en gran número de productos entre los cuales «se puede elegir». El poder se sitúa en manos de los medios de comunicación y de las técnicas de investigación de marketing que poseen los medios de producción.

En esta situación, si pretendemos ofrecer en la escuela una «educación para la vida», es necesaria la formación de los consumidores, principalmente por dos razones: porque los niños se incorporan cada vez más pronto al mundo del consumo y son objeto de grandes presiones publicitarias, y porque los consumidores son considerados en demasiadas ocasiones por los medios de producción como seres pasivos desinformados y, en consecuencia, fáciles de manipular.

El mayor impacto y las consecuencias más negativas del discurso consumista se dan en los niños, que constituyen el sector de población al que se dirige una gran parte de los productos de consumo. Al no haber completado el desarrollo de sus capacidades físicas e intelectuales, niños y niñas están constantemente determinando, fijando o modificando sus hábitos y pautas de conducta, por lo que resultan muy influenciables y vulnerables a los mensajes televisivos y publicitarios. Es necesario conseguir que los mayores niveles de consumo y la diversidad de opciones que ello plantea no redunden en la creación de nuevos procesos de alienación, sino en un nivel superior de autodominio y de libre disposición de cada individuo. Por ello la educación debe recoger tales demandas.

La Comunidad Europea reconoce el papel de los consumidores en la sociedad, en la Carta Magna de 1972, y en el primer Programa Preliminar de 1975 de la CEE, donde se le atribuyen al consumidor derechos como la salud y la seguridad, la protección de sus intereses económicos y la reparación en caso de daños y perjuicios, la información y la enseñanza. Asimismo, recomienda que la Educación para el Consumo se realice en la escuela.

En 1985, la Asamblea General de las Naciones Unidas da las directrices para proteger al consumidor, proponiendo a los gobiernos programas generales que estimulen la información y la educación del consumidor. El objetivo de los mismos es capacitarles para que sepan discernir, puedan hacer elecciones bien fundadas de bienes y servicios y tengan conciencia de sus derechos y deberes.

Asimismo, la Constitución Española, en su artículo 51, consagra como uno de los derechos básicos de los consumidores el derecho a la educación. Posteriormente se desarrolla la Ley General de Defensa de los Consumidores y Usuarios (Ley 26/1984), cuyo artículo 18 recoge los objetivos que tendrá la educación y formación de los consumidores y usuarios. En el ámbito autonómico, estos derechos son recogidos por

los diversos Estatutos de los Consumidores y Usuarios que las Comunidades Autónomas han aprobado.

En este proceso de culturización de la población en materia de consumo, la acción educativa formal tiene una trascendencia fundamental. La Ley Orgánica de Ordenación General de del Sistema Educativo (LOGSE) ha supuesto, en este sentido, un importante proceso de modernización y adaptación al pretender, entre otras cosas, establecer un sistema de enseñanza/aprendizaje más flexible y abierto, no sólo a las últimas innovaciones teóricas en el campo educativo, sino también a las características de una sociedad contemporánea.

Por todo ello, los centros docentes deben incorporar en su currículo escolar la formación de sus alumnos como consumidores, capacitándoles para observar y analizar críticamente la realidad, dotándoles de los mecanismos necesarios para resolver los numerosos problemas de consumo que cada día se les plantean. «En definitiva, se trata de intentar aportar desde la escuela los recursos de todo tipo necesarios para que los alumnos puedan situarse críticamente frente al consumismo, contra las consecuencias negativas del consumo incontrolado: despilfarro de materias primas, ataques al medio ambiente, desigualdades sociales, poco respeto a los derechos de los consumidores...» (Álvarez y Álvarez, 1993).

3. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS CENTROS DOCENTES

3.1. LOS PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES

3.2. BUSCANDO SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS DE SALUD

3.3. NECESIDAD DE UN CAMBIO DE ESTRATEGIA. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

3.4. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD

3.5. LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

3.6. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

3.7. MODELOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

3.8. NECESIDAD DE TRATAR LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

3. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LOS CENTROS DOCENTES

Hemos visto en el capítulo anterior cómo la sociedad actual promociona una serie de valores que sirven de modelo a las personas y los utiliza como mecanismos mediante los cuales se afianza y se perpetúa. Intentar emular o alcanzar estos ideales provoca situaciones que, a la postre, son causa directa o indirecta de una serie de problemas que afectan a la salud tanto física como psíquica de la población.

De entre todas las características que definen a nuestra sociedad actual, debemos señalar unas que inciden directamente en la salud individual y colectiva de las personas. Son las siguientes:

- El hacinamiento de las personas en las zonas periféricas de las grandes ciudades y la despoblación del campo.
- La contaminación del aire, el suelo y el agua, debido a un desarrollo industrial incontrolado.
- Una gran dosis de hedonismo, que pretende «vivir el presente», y un falso concepto de bienestar, que se concreta en sedentarismo, uso y abuso de drogas, alimentación incorrecta, etc.
- La mejora general de las condiciones de vida y la aplicación de los avances científicos a la Medicina, que han conseguido prolongar la vida media de la población.

Sin embargo, y como hemos comentado, todo ello ha originado, directa o indirectamente, la aparición de nuevas enfermedades y problemas de salud, como son los procesos reumáticos, cancerosos o cardiocirculatorios, los accidentes de tráfico, las alteraciones de la conducta alimentaria, las drogodependencias, etc., que hasta hace relativamente poco tiempo no eran tan acuciantes.

3.1. LOS PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES

Estamos asistiendo en estos momentos a la aparición de enfermedades hasta ahora desconocidas, en las que las condiciones ambientales y la responsabilidad individual juegan un papel primordial para su prevención, por lo que se ha abierto un debate acerca de sus causas y de cómo debemos enfrentarnos a ellas. Entre los factores que más han influido en determinar la situación socio-sanitaria actual, cabe que destaquemos los siguientes:

- **El cambio en la tipología de las enfermedades más comunes.** Las dolencias que tradicionalmente han afectado a la población han evolucionado, manifestándose un retroceso en las enfermedades infecto-contagiosas comunes (viruela, sarampión, tifus, peste, etc.), un aumento de los desórdenes crónico-degenerativos (reumatismos, enfermedades cardiovasculares, tumores, etc.) y la aparición de nuevas enfermedades

infecciosas como el SIDA, sin dejar de lado la realidad de que existen zonas en el planeta en las que todavía perduran enfermedades endémicas que, como la malaria o el cólera, van unidas a la pobreza y la miseria. Los nuevos problemas de salud de los países desarrollados vienen derivados, en muchos casos, de la sociedad de consumo y bienestar descrita en el capítulo anterior.

- **La detención en el ascenso de la esperanza de vida en los países desarrollados.** La esperanza de vida ha aumentado a un ritmo vertiginoso, especialmente desde finales del siglo XIX hasta la década de los setenta. Hemos pasado de tener una esperanza aproximada de 34 años en 1900, a otra de 75 años en la actualidad. Sin embargo, este incremento no es constante y en estos momentos es más lento, tanto en las zonas desarrolladas como en los países del llamado Tercer Mundo. En estos últimos lugares, si continúa aumentando, es debido a la disminución de la mortalidad infantil, dado que las expectativas para los adultos apenas han cambiado. Parece como si se estuviera llegando a los límites biológicos de pervivencia de la especie humana; pero en esta situación límite aparecen las técnicas de los trasplantes y las clonaciones que abren puertas todavía inexploradas.
- **La mortalidad de las enfermedades no infecciosas de tendencia crónica se mantiene alta e incluso se incrementa.** Los trastornos cardiovasculares, los procesos cancerígenos, el alcoholismo, el tabaquismo, las drogodependencias, la diabetes, la obesidad, los procesos reumáticos, las enfermedades mentales son las más persistentes, de forma que más del 70 % de las defunciones en los países desarrollados se deben a lo que se denomina las tres C: cardiovasculares, cáncer y circulación.
- **El olvido del «principio del autocuidado».** La curación rápida de las dolencias cotidianas y comunes (dolores de cabeza, menstruales, etc.), la sofisticación en el tratamiento de las enfermedades, la atracción por la alta tecnología, y la convicción de que la ciencia, los médicos y los hospitales lo curan todo ha supuesto que hayamos trasladado la responsabilidad que cada uno tenemos de nuestro propio cuerpo al sistema sanitario o la Administración Pública. En ciertos sectores de la población norteamericana se ha podido observar una disminución de las enfermedades cardiovasculares al eliminar ciertos factores de riesgo dependientes de la conducta de las personas; sin embargo, estas medidas no han sido adoptadas por el conjunto de la población (O'Neill, 1982) ni por los habitantes de la Unión Europea (Parlamento Europeo y Consejo, 1994). Así, la idea de *placer por encima de todo y aún a costa de nuestra salud, pues ante cualquier problema la Medicina tiene la solución*, se consolida en una sociedad en la que la salud parece un bien de consumo y un derecho la utilización de los servicios sanitarios.
- **Los problemas de salud suponen un alto coste económico para la comunidad.** El mantenimiento de la investigación médica, la aplicación de sofisticada tecnología y la mejora de los servicios asistenciales han hecho que los gobiernos acrecienten los presupuestos asignados a la Sanidad hasta llegar a niveles prácticamente insostenibles. De ellos, el mayor porcentaje se destina a la creación y mantenimiento de hospitales, en lugar de dedicarlos a evitar las causas que originan las enfermedades (O'Neill, 1982).

Algunas de las tendencias que enmarcan esta situación deben cambiar, pues ya no se trata de erradicar la enfermedad, sino de prevenirla y, más aún, de promocionar la salud mediante una serie de medidas basadas en la Salud Comunitaria, entre las que destaca la Educación para la Salud. La expansión que en los últimos años ha sufrido esta nueva dimensión educativo-sanitaria es considerable (Polaino-Lorente, 1987), y viene a confirmar la necesidad de una formación sobre temas relacionados con la salud: conocer

las causas que provocan las enfermedades, el modo de prevenirlas y combatirlas y, en definitiva, de qué forma se puede incrementar el nivel de la calidad de vida.

3.2. BUSCANDO SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS DE SALUD

La Historia nos muestra de qué manera ha ido cambiando la mentalidad respecto a la salud y las prácticas higiénicas de las diferentes culturas, desde los tiempos más antiguos hasta llegar a la situación en la que nos encontramos (Salleras, 1985), de manera que podemos observar toda una evolución en los conceptos y prácticas sanitarias.

Los egipcios poseían un sentido muy profundo de la limpieza personal, conocían numerosos remedios terapéuticos y construían aljibes para almacenar el agua potable y canales para verter las aguas residuales. Los hebreos incluían en su propia ley la forma en que debían mantener el aseo de sus cuerpos, desinfectar las viviendas, aislar a los leprosos, eliminar las materias fecales, proteger el agua y los alimentos, procurar la máxima pulcritud a lo largo del tiempo de embarazo y de la maternidad, etc., de manera que se conoce al Levítico como el primer código de higiene escrito (hacia el 1500 a. C.). La civilización griega desarrolló la higiene en un grado nunca alcanzado hasta ese momento, aunque la atención era casi exclusiva hacia el cuerpo: limpieza personal, ejercicio y alimentos. Los romanos construyeron acueductos para la conducción de agua potable a las ciudades, cloacas para evacuar los residuos líquidos y baños públicos en donde se prestaba gran atención a la limpieza corporal, preocupación esta heredada de la cultura griega.

Durante la Edad Media se produce una reacción contraria a todo lo que significaba la cultura grecorromana. Los cuidados físicos pasaron a un segundo plano, como también todas aquellas cuestiones mundanas que no significaran una exaltación del espíritu. Las personas se bañaban poco, no les importaba llevar la ropa sucia, se acumulaban los desperdicios de las comidas en las casas y los excrementos y aguas residuales se echaban a la calle por las ventanas. Estas actitudes y conductas, junto con los importantes movimientos migratorios por causas bélicas o religiosas (Cruzadas, expansión del Islam, peregrinaciones, etc.), las bajas condiciones socioeconómicas y la carencia de alimentos fueron las responsables de la rápida transmisión de una serie de enfermedades infecciosas importantes, como la lepra o la peste bubónica. La lucha que la sociedad entabló contra ellas mediante la segregación de los leprosos, la cuarentena marítima y el establecimiento de cordones sanitarios, aunque terribles, son consideradas como las primeras acciones de salud pública, puesto que iban dirigidas expresamente a la protección de la salud de la colectividad.

Johan Peter Frank, considerado como el padre de la «Higiene Pública», escribe en 1790: «La miseria del pueblo es la madre de la enfermedad», y señala que la higiene y la salud son asuntos de Estado. Jenner, con su descubrimiento de la vacuna contra la viruela en 1798, da lugar a una forma de luchar contra la enfermedad más científica y efectiva que las realizadas hasta entonces, contribuyendo a un cambio de mentalidad en este sentido. Diversos autores (Kickbusch, 1986; Ashton y Seymour, 1988) señalan que podemos distinguir varias etapas en la consolidación de lo que entendemos por Salud Pública.

La primera etapa, denominada «ambiental», se inicia hacia 1830, cuando el Dr. Duncan, médico de Liverpool, se interesa por las condiciones de vivienda de los ciudadanos y descubre que más de un tercio de la población de las zonas industriales vive en condiciones infrahumanas, sin agua potable ni alcantarillado y con una

deficiente alimentación. En esta situación, las enfermedades florecen y se transmiten a gran velocidad, pues el contagio es muy fácil.

Como respuesta a esta situación se producen mejoras sociales y sanitarias: viviendas dignas, aprovisionamiento de agua, construcción de colectores, lavaderos, etc. Todo ello contribuye a mejorar el estado de salud de la colectividad y como resultado se obtiene un gran descenso en la mortalidad, que se manifiesta con un gran aumento de la población: la «primera revolución epidemiológica» (Terris, 1980).

Esta etapa, centrada principalmente en el aspecto ambiental, dura hasta finales del tercer cuarto del siglo pasado, en el que los descubrimientos de Pasteur y Koch, el desarrollo de la inmunología y la teoría microbiológica de la enfermedad le dieron término. La puesta en práctica de estos nuevos conocimientos inicia la segunda etapa, la era «**preventiva o bacteriológica**», en la que los servicios médicos dirigen sus esfuerzos hacia las vacunas, los sueros, la construcción de hospitales, consultorios, comedores escolares, etc.

Con ello, la curva demográfica vuelve a ascender, si bien en menor medida que lo esperado. El ascenso fue debido al éxito de la vacuna de la viruela, porque la reducción en la mortalidad a causa de tuberculosis, bronquitis, neumonía, tos ferina y otras enfermedades infecciosas ocurrieron en la etapa ambiental, antes de disponer de las inmunizaciones y tratamientos médicos efectivos (McKeown, 1976).

Hacia finales de los años 30, y especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, comienza la era **terapéutica** con la aparición de medicamentos como las sulfamidas o la insulina. Esta época se caracteriza por una gran inversión en investigación biomédica que permite la aparición de nuevos medicamentos y la aplicación de alta tecnología en las exploraciones y tratamientos. Esta tecnología se concentra en los hospitales, y los recursos que a ellos se destinan comienzan a crecer desmesuradamente. Como consecuencia, la sociedad los considera grandes centros donde se restaura la salud deteriorada y donde, gracias a los avances de la ciencia y la técnica, se pueden curar prácticamente todas las enfermedades.

Estos adelantos, que han conseguido erradicar muchas de las tradicionales enfermedades infecto-contagiosas y que la curva demográfica vuelva a ascender, han traído de negativo una excesiva confianza en los servicios médicos y en los hospitales, trasladando la responsabilidad que cada persona debe tener sobre el cuidado de sí misma al sistema sanitario.

La experiencia de los últimos años nos indica que esta estrategia no es adecuada, ya que en la sociedad, y como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, siguen existiendo enfermedades de carácter crónico-degenerativo, que dependen de los comportamientos habituales de las personas, y que, por tanto, no desaparecen aunque se aumente la inversión destinada a los hospitales.

3.3. NECESIDAD DE UN CAMBIO DE ESTRATEGIA. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La sociedad, ante los nuevos problemas de salud, ha reaccionado de la misma manera que venía haciéndolo, es decir, aumentando las inversiones en la investigación y en la tecnología dirigidas hacia la curación de las enfermedades.

Esto ha supuesto un incremento considerable de los presupuestos dedicados a la sanidad, que en los últimos 20 años han pasado de un 4% del producto interior bruto (PIB) a superar el 10% en muchos casos. Estos gastos, lejos de estabilizarse continúan creciendo, pues «cuanto mayor es la prosperidad, mayores son las expectativas de disfrutar de buena salud y, por el contrario, menor la tolerancia a todo aquello que lo impida» (Ashton y Seymour, 1988). Aproximadamente las dos terceras partes de estos recursos se han concentrado en hospitales altamente tecnificados, y como resultado se ha producido una demanda excesiva de sus servicios, con las consiguientes listas de espera.

Lamentablemente, los avances en la Medicina y la dotación de nuevos servicios sanitarios rara vez producen una mejora en la salud de la comunidad. El problema es que una gran suma de dinero para «curar» la enfermedad es menos eficaz que una cantidad menor invertida en su prevención. En consecuencia, a la larga, se invierte más dinero y se obtiene menos salud (O'Neill, 1982). Todo ello hace irrealizable la continuación de esta vía y la necesidad de encontrar nuevos caminos. La toma de conciencia de esta situación significa el comienzo de una nueva etapa de política sanitaria.

Las acciones emprendidas por las políticas de gobierno que van dirigidas a la protección de la salud y la restauración de la misma no pueden mantenerse en los términos actuales. El cambio comienza a fraguarse cuando McKeown (1976), en un trascendental estudio sobre la evolución de la población en Inglaterra y Gales, estableció las causas de su incremento. En su análisis concluye que éstas se encuentran, por orden de importancia, primero, en la limitación del tamaño de las familias, dado que el hecho de tener menos hijos implica que pueden tener mejores cuidados y alimentación, al tiempo que las madres se recuperan entre los embarazos y aumentan la resistencia a las infecciones (cambios conductuales); segundo, en el aumento del aporte de alimentos para todos y en la mejora del ambiente físico (factores ambientales), y por último, en las medidas preventivas y terapéuticas específicas.

A las ideas de **protección y restauración**, cabe unírseles el concepto de **promoción de la salud**, que no puede ser considerado como una serie de acciones encaminadas hacia el individuo, sino que tienen un mayor campo de actuación. Comienza de este modo la «segunda revolución epidemiológica», en la que la patología predominante la constituyen las enfermedades crónicas y los accidentes de tráfico (Terris, 1980).

Si las inversiones biomédicas han crecido hasta límites insostenibles, y las enfermedades que en mayor medida nos afectan en la actualidad continúan sin curarse, hay que pensar que debemos conceder mayor importancia de lo que se viene haciendo hasta ahora a las medidas que protegen y mantienen la salud y evitan la aparición de las enfermedades antes que a la restauración de la misma; es decir, se necesita un cambio de estrategia, un cambio en la orientación de las actuaciones y pasar del efecto a la causa. Para ello, debemos considerar los factores que más influencia tienen sobre la salud de nuestras sociedades industrializadas y que en la actualidad son dos: los estilos de vida de las personas y el medio ambiente.

Para ello, es necesario que los individuos y la sociedad recuperen el control sobre su propia salud, a través de la plena aceptación de sus obligaciones y responsabilidades. El

nuevo concepto de Salud Pública se basa en la aceptación y puesta en práctica de estas ideas y en la prevención y la detección precoz de las enfermedades. Más que realizar tratamientos sintomáticos, se trata de abordar las causas que originan los problemas de salud de la población.

El deseo de un movimiento nuevo de Salud Pública para afrontar los problemas actuales de salud se expresan en el documento *Estrategia global de salud para todos en el año 2000*, consensuado en la 34ª Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada en el año 1981. En dicho documento se identifican tres metas principales, de las cuales las dos primeras tienen una repercusión directa en el ámbito escolar:

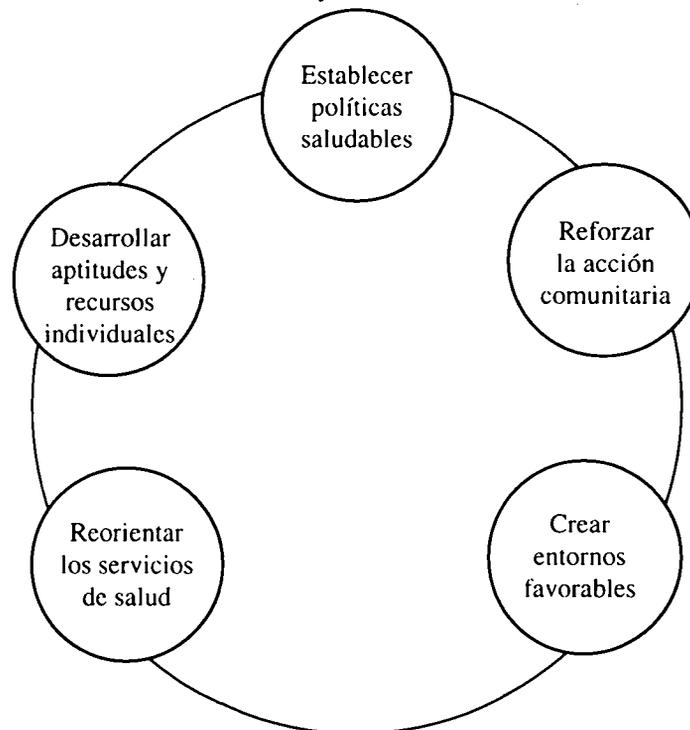
- 1. Promoción de estilos de vida saludables.** Debe basarse en el desarrollo de la conciencia individual sobre los riesgos para la salud y en los cambios en la conducta necesarios para mejorarla. Para que sea efectiva, debe producirse en edades tempranas, procurando que existan las oportunidades y el ambiente propicio para que estas modificaciones puedan expresarse y consolidarse, procurando que las opciones saludables sean las más fáciles. Para ello se propone: desarrollar la capacidad de elección ofreciendo oportunidades para ejercitarla; mejorar las condiciones ambientales que afectan al estilo de vida y estimulan un comportamiento saludable, y reducir la exposición a los riesgos voluntarios.
- 2. Prevención de las enfermedades que son previsibles.** Para ello debe tenerse en cuenta cuestiones como las siguientes: vacunación sistemática de la población, educación y atención necesaria de niños y niñas, esfuerzos para reducir los accidentes de circulación, posibilitar una dieta equilibrada y suficiente, control de los alimentos, previsión de agua y medidas de salubridad adecuadas, reducción de la pobreza, etc.
- 3. El establecimiento de servicios de rehabilitación y de salud para todos,** lo que significa: asegurar el acceso a una asistencia sanitaria adecuada, dar prioridad a la Medicina preventiva y la promoción de la salud, y apoyar la autoasistencia para reducir los efectos de las enfermedades crónicas y degenerativas.

Sin embargo, y como indica Minkler (1989), las actividades encaminadas a la promoción de estilos de vida, basadas exclusivamente en estrategias orientadas hacia los cambios de comportamiento individuales tienen el peligro de culpabilizar a las personas de su posible falta de salud, es decir, tratar la enfermedad como si fuese el resultado absoluto de un fracaso personal, dejando de lado los riesgos del entorno e ignorando la conexión existente entre los comportamientos individuales y las normas y los estímulos sociales. Estas estrategias instruyen a las personas para ser individualmente responsables, sin tener en cuenta la capacidad de responder a sus necesidades personales o a los problemas del medio, en una época en la que individualmente cada vez somos menos capaces de controlar nuestro entorno y su relación con la salud.

A partir de estas consideraciones ha ido surgiendo el nuevo concepto de **Promoción de la Salud**, que la OMS en 1984 define como «el proceso dirigido a capacitar a la población para que controle y mejore su nivel de salud». Esta organización considera que toda actuación de Promoción de Salud debe cumplir los siguientes cinco puntos:

1. **Ocuparse de la población en general más que de las personas individuales.** Es más importante la vida cotidiana del conjunto de la población que la de los individuos, aunque éstos se encuentren en riesgo de desarrollar determinadas enfermedades.
2. **Dirigir sus acciones hacia las causas básicas de las pérdidas de salud,** lo que muchas veces significará la solución de conflictos sociales o medioambientales.
3. **Utilizar una combinación de enfoques y técnicas muy diferentes:** educación, información, legislación, actuaciones, campañas, etc. Hay que recordar que el problema no pertenece exclusivamente al sector sanitario.
4. **Procurar la participación de la propia comunidad.** Dado que las causas de las enfermedades son múltiples y que las condiciones y los estilos de vida afectan a todos, es la propia comunidad la que debe tomar las decisiones pertinentes sobre las posibles soluciones.
5. **Dar la máxima relevancia al trabajo de los profesionales de Atención Primaria,** pues se trata de prevenir más que de curar.

La Conferencia de Ottawa sobre Promoción de la Salud, celebrada en 1986, amplía estos principios y señala cinco estrategias necesarias para actuar sobre los determinantes de la salud, los cuales se resumen en el presente gráfico. Con ellos se recoge la nueva filosofía sobre las acciones sanitarias dirigidas hacia la Promoción de la Salud, en las que la escuela es un punto esencial en su consideración y desarrollo.



Estrategias para la promoción de la salud (Rochon, 1988)

3.4. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD

La salud es un tema frecuente en nuestras conversaciones. Sin embargo, y a pesar de la asiduidad con que usamos el término, pocas veces hemos reflexionado sobre su significado. Como cualquier otro concepto, éste es una construcción mental que realizamos para acercarnos al mundo que nos rodea y es válida mientras nos sirva para encontrar una explicación a lo que percibimos. La idea de enfermedad la utilizamos para afirmar que existen personas enfermas, pero... ¿podemos afirmar que la enfermedad existe? ¿Acaso no es una construcción de nuestra mente formada con lo que creemos que poseen en común las personas enfermas? ¿No es cierto que utilizamos el término para comunicarnos y explicar una situación? Aplicamos a un hecho concreto una abstracción ideal, quizás existente sólo en nuestro cerebro.

Lo mismo ocurre con el concepto de salud. Vemos y conocemos personas sanas, pero ¿percibimos la salud? Al igual que hacemos con el constructo «enfermedad», decimos que la salud es lo que tienen en común las personas sanas; pero entonces nos debemos preguntar: ¿qué es una persona sana?, ¿qué tienen en común las personas que así denominamos? El resultado es la necesidad de inventar, de construir estos conceptos con los que entendernos, y compartir nuestras experiencias sobre estos acontecimientos que se desarrollan a nuestro alrededor, de construir el significado de salud. Pero «el concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. La idea que tiene la gente de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan» (San Martín, 1981). En este apartado seguiremos la evolución que ha sufrido el concepto de salud en los últimos tiempos.

Todas las personas saben lo que significa la enfermedad, puesto que la han padecido en algún momento de su vida. Lo que no está tan claro es la idea de salud: se tiene, parece consustancial con nosotros, forma parte de la propia vida y, por tanto, no la cuestionamos. La concebimos en función de lo que nos es significativo, de nuestra experiencia, de la enfermedad. De esta forma, y durante mucho tiempo, se ha entendido la salud como **«la ausencia de enfermedad o de invalidez»**, aunque sea ésta una concepción que no señala las características que el término posee.

Este mismo sentido tiene el concepto de salud de Leriche (1937), que completa el anterior, al indicar que se trata de «la vida en el silencio de los órganos». Se entiende la salud como la condición normal de vida, de la que apenas nos percatamos. Lo que altera esta situación es la enfermedad, de manera que lo importante es vivir sin observar nada extraño, sin tener conciencia ni siquiera del funcionamiento de nuestros órganos, dado que «sólo cuando algo no funciona bien es cuando nos damos cuenta de ello». La salud siempre se opone a la enfermedad y una no tiene sentido sin la otra. Entre las dos forman un continuo lineal en el que cada una de ellas se sitúa en un extremo. Así pues, la persona que no está enferma se entiende que está sana.

Estas ideas han quedado relegadas actualmente por dos motivos principales: porque se trata de visiones negativas, definiciones por exclusión, en las que no se concreta nada acerca de la naturaleza de la salud; y en segundo lugar, porque habría que determinar en qué consiste ese estado «normal» de la vida y dónde se sitúa la línea divisoria con el estado patológico. El concepto de «normalidad» varía con el tiempo y lo que se considera normal en un momento dado es posible que ya no lo sea más tarde.

La OMS, en su Carta Constitucional (1946), define la salud como «**el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades**». Frente a los anteriores conceptos, presenta aspectos innovadores, como ser expuesta en términos positivos e incluir en la misma, además de la dimensión física o biológica, la psíquica y social. Una persona está sana no sólo por su bienestar físico, sino también por sus condiciones mentales y por la vida de relación y de actuación social que desarrolle.

Muchos autores discrepan de esta definición dada por la OMS, por considerarla utópica, estática y subjetiva. Utópica, porque el «completo» estado, tanto de salud como de enfermedad, no existe, puesto que no se trata de condiciones absolutas y siempre existen gradaciones entre ellas, y así parece más la expresión de un deseo que una realidad alcanzable. Estática, porque considera la salud como un «estado», una situación, un nivel, y no como un proceso dinámico, como es contemplado en la actualidad. Subjetiva, porque la idea de bienestar, como la de malestar, depende de la percepción del propio individuo. Una persona se puede encontrar mal, pero esto es un sentimiento difícilmente cuantificable. El bienestar o malestar no son aspectos observables y mensurables con una unidad que pueda servir para todos.

A pesar de los aspectos criticables de esta definición, el hecho de indicar con claridad las tres dimensiones de la salud, física, psíquica y social, ha supuesto una gran aportación para su concepción holística. Para la escuela, en concreto, resulta especialmente operativa, ya que permite contemplar y analizar las actividades de enseñanza-aprendizaje de la salud desde estas tres dimensiones: lo que se puede hacer desde el punto de vista del cuerpo humano (físico-biológico), lo que se puede hacer considerando a la persona necesitada de un equilibrio psíquico y emocional, y lo que se debe hacer atendiendo a la dimensión social de las personas, el contexto del aula y el del centro.

Más adelante, Dubos, ecólogo francés que trabajó en el campo de la salud, indica que ésta es «**el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio**» (1959). Se entiende la salud como el estado de equilibrio que existe entre el individuo y su entorno, de forma que cuando éste se altera se produce la enfermedad.

Esta ruptura del equilibrio no sólo se puede dar en la dimensión física, sino también en la mental y en la social. A nivel biológico estamos rodeados de microorganismos y protegidos de ellos por una barrera que es la piel; cuando ésta se erosiona, se pueden introducir en nuestro interior y producir las infecciones. A nivel mental y social, la persona necesita estar en armonía con el medio que la envuelve, para mantener su autoconcepto y ser útil a la sociedad de la que forma parte.

Una contribución importante de esta definición es el concepto de adaptación, que complementa al de equilibrio. Su relevancia radica en la reflexión que realiza del continuo cambio que sufre el medio ambiente, tanto físico como social, de forma que aun siendo la especie humana el principal motor del mismo, resulta también para ella el principal foco de problemas. En las personas, poseer la capacidad de adaptarse a las nuevas situaciones significa poder funcionar en ellas, lo que es fundamental para una vida sana y equilibrada.

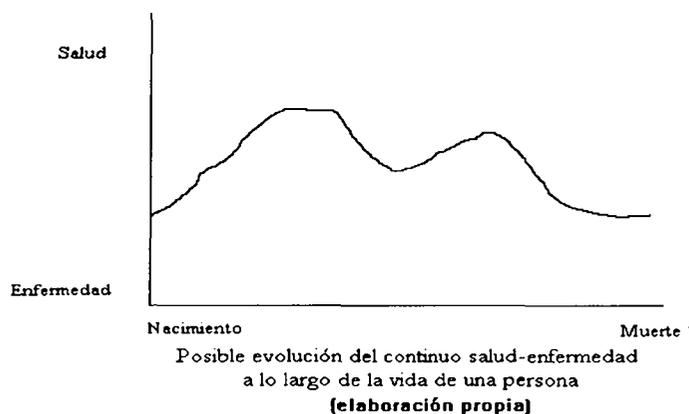
Dubos indica que en muchas enfermedades infecciosas la causa no es la presencia de organismos patógenos, sino ciertas condiciones del sistema, bien del propio organismo, bien de su entorno, y «su solución va más allá del tratamiento de los síntomas, dado que

puede necesitar reformas sociales que lleguen incluso al terreno de la ética». Aunque los microbios sean la causa necesaria, no son la suficiente para la enfermedad: «El elemento esencial de la enfermedad no reside en la infección, sino en cualquier estímulo, interno o externo, que altere la resistencia y rompa el equilibrio».

Considerando la enfermedad parte del ecosistema general, Dubos pone en juego la siguiente idea: «Si queremos aumentar nuestro bienestar físico y espiritual, debemos entender y controlar el impacto que provocamos en nuestro entorno». En su teoría ecológica de la enfermedad, sostiene que el hombre nunca se verá libre de ella, porque debe adaptarse continuamente a la situación crítica de un entorno cambiante. En toda situación de enfermedad hay una parte de salud, y viceversa, en la salud siempre existe un punto de enfermedad.

Opinamos con Dubos que todo momento de la persona es una situación de equilibrio inestable, cambiante, en el que coexisten al mismo tiempo la salud y la enfermedad. Esta última siempre aparece por la dificultad de adaptación de las personas a las continuas exigencias del entorno. Una forma de expresar gráficamente estas ideas es el esquema que se presenta, en el que, sin abandonar la imagen de que la salud es lo opuesto a la enfermedad, ampliamos la construcción de este concepto añadiendo que la salud y la enfermedad son complementarias y entre ambas configuran la situación personal de los individuos en cada momento de su vida.

En el gráfico se pretende expresar que cada momento que viven las personas está configurado por la cantidad de salud y de enfermedad que poseen, pues ambas se dan simultáneamente. De los dos ejes de coordenadas, uno corresponde al continuo salud -



enfermedad, y el otro al tiempo transcurrido de vida, y así vemos que la evolución de la vida humana no es una línea recta, que comienza en un ex-tremo con el máximo de salud para terminar en su opuesto con el máximo de enfermedad. Se puede nacer con poca salud, y de hecho así ocurre, y se puede morir con poca enfermedad, como es el caso de los accidentes de tráfico, por citar un ejemplo.

Cada persona tiene una gráfica distinta que, en numerosas ocasiones, no empezará en la parte más alta del eje de ordenadas, ni tampoco terminará en la más baja.

Terris (1980) asume las aportaciones de Dubos, y propone la salud como «estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Insiste en los dos aspectos de la salud-enfermedad, uno subjetivo (sentirse bien o mal) y otro objetivo (la posibilidad de funcionar). De esta manera, estar en buena salud es equivalente a la suma de «bienestar» y de la «capacidad de funcionar». Estos autores, a los que se han sumado otros muchos, insisten en el concepto dinámico de la salud y en la dificultad de distinguir lo normal de lo patológico.

Otra definición que pone el énfasis en la dimensión dinámica de la salud es la que adopta el Congreso de Médicos y Biólogos de lengua catalana en Perpiñán en 1978, donde se señala que «la salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa». Sitúa al individuo como protagonista de su propia salud,

puesto que es responsable de las acciones que pueden quebrantarla o mejorarla. Al mismo tiempo, pide su esfuerzo por conseguir el máximo de autonomía, para que su capacidad de funcionar no sea dependiente de los demás. Entiende la salud también como una dimensión social, solicitando la solidaridad de todos en su construcción. Estar sano en un mundo enfermo y que produce la enfermedad sería un objetivo demasiado restringido que no conduce a nada. Estar sano individualmente va ligado a la salud del conjunto, y la prevención individual de la salud está estrechamente unida a problemas ecológicos, sociales y económicos. La salud no sólo es una cuestión individual, sino un deber colectivo.

Entiende la salud como una manera de vivir gozosa, indicando que debemos poseer una disposición positiva para hacer frente a los problemas diarios y a desarrollar nuestra salud mental. Encontrar la alegría en cualquier situación es una de las fórmulas para obtener la salud: la búsqueda de la satisfacción en el trabajo, en las relaciones personales, convirtiendo en extraordinarias las acciones cotidianas, constituyen un método para conseguir un mayor grado de salud. El bienestar psíquico y la salud están estrechamente relacionados y las capacidades de resistencia mental y de superación de las dificultades y riesgos diarios son el punto de partida de una estrategia sanitaria.

Para finalizar, debemos reseñar el concepto de salud aprobado por la Oficina Regional para Europa de la OMS en 1984: **«La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente»**. Se considera la salud como un recurso para la vida, pero no como el objeto de la misma.

Esta definición, a nuestro juicio la más completa, abandona definitivamente la concepción de salud como un estado o situación, más o menos utópica y abstracta. Señala la importancia del desarrollo de todas las capacidades individuales, lo cual es un proceso permanente y continuo. La salud es una conquista diaria por la cual podemos mejorar nuestra calidad de vida. No se trata de la consecución de un determinado nivel que se tiene o no se tiene, de un proceso acabado, sino que existe la posibilidad de conseguir cada vez mayores cotas, más salud.

No vivimos para tener salud, sino que tenemos salud para vivir mejor, con más intensidad. Y esta salud, acompañada de un mayor o menor grado de enfermedad, nos debe servir para hacer frente a los problemas que nos rodean. La adaptación al entorno significa la capacidad de transformar el medio de forma que podamos vivir mejor en él.

Como hemos visto, son muchas las concepciones de salud que se han ido sucediendo, y cada una ha ido aportando nuevos matices a las anteriores, completando la idea que hoy día tenemos de ella. Buscar la salud no significa buscar la inmortalidad, como luchar por la salud no equivale sólo a intentar evitar la muerte. Lo que se pretende es combatir cierto tipo de muertes y que nuestras expectativas de vida sean cada vez mayores. El hecho de que podamos **añadir años a la vida** significa que aumentamos la probabilidad de padecer cierto tipo de enfermedades crónico-degenerativas que merman nuestra calidad de vida. Únicamente nosotros tenemos la posibilidad de retardar su aparición, de controlarlas, de saber convivir con ellas y, en suma, también de **añadir vida a los años**.

3.5. LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

Hemos visto que la salud es una noción relativa, que reposa sobre unos criterios objetivos y otros subjetivos. Los estados de salud-enfermedad son dinámicos y variables en relación con las condiciones de vida de cada sociedad o grupo humano y responden a factores socio-económicos y biológicos.

Hernán San Martín (1981) señala entre los factores que determinan el estado de salud de la población los siguientes: la reserva genética, la estructura socio-económica, el nivel de vida, el grado de desarrollo social y económico, los medios de vida, la calidad ecológica y sanitaria, las condiciones sociales y sanitarias del trabajo, el nivel de educación general, el grado de participación de los individuos en la gestión de los problemas sociales, la existencia de sistemas de protección social y seguros de enfermedad, de grupos de alto riesgo, de servicios de salud-enfermedad, etc.

El ministro de Sanidad del Canadá, Marc Lalonde (1974), estudiando las causas de enfermedad y muerte prematura, y los factores que contribuían a determinar un cierto estado de salud de la población de su país, señaló que se podían agrupar todos ellos en cuatro grandes apartados: la biología humana, el sistema sanitario, el medio ambiente y el estilo de vida. Cada uno de ellos contribuía de desigual manera a la determinación de la salud de la población. Así, la biología humana intervenía en un 10%; el sistema sanitario, en un 20%; el medio ambiente, en un 30%, y el estilo de vida, con un 40%.

- El determinante de **biología humana** recoge todos los aspectos que se derivan de la dotación genética de la población y de los problemas de la herencia. En la actualidad los problemas genéticos han aumentado su importancia relativa en la determinación de la salud por dos motivos: la disminución de la mortalidad infantil originada por infecciones o malnutrición, y los adelantos en investigación genética, que han permitido que conozcamos las causas de enfermedades que antes ignorábamos.
- El bloque de **asistencia sanitaria** comprende la infraestructura, organización y recursos de que la sociedad dispone para hacer frente a los problemas derivados directamente de la pérdida de la salud (hospitales, farmacias, centros de salud, colegios de médicos, veterinarios, técnicos sanitarios, industrias de medicamentos, etc.)
- El conjunto de factores que constituyen el determinante del **medio ambiente** está formado por las condiciones físicas y sociales en la que se desenvuelve la vida de la población. Además de considerar el entorno geográfico, se tiene en cuenta la situación laboral (horarios, situación de estrés, etc.), el ambiente de barrio (asociaciones ciudadanas, fiestas, servicios que posee: limpieza, transporte, cultura, orden, etc.), las cualidades medioambientales (ruido, polvo, basuras, radiaciones, limpieza, contaminación química o biológica del aire, agua y suelo, etc.).
- El determinante de los **estilos de vida** está formado por el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera de vivir que tienen los ciudadanos de una población. Entre los hábitos más significativos para la salud podemos indicar: el régimen alimenticio, el uso de sustancias nocivas como el tabaco y otras drogas, la imprudencia sexual, la exposición a sustancias tóxicas y a las radiaciones solares, las relaciones interpersonales, el ejercicio físico, las costumbres higiénicas, el número de horas de sueño, etc.

Como podemos ver, entre los factores que componen el medio ambiente y sobre todo los que determinan los estilos de vida, se encuentran la cultura y la educación, ya que los comportamientos pueden ser modificables por el aprendizaje. La educación, entonces, debe ser objetivo prioritario de la política de salud de cualquier comunidad, por encima de otros aparentemente más importantes y a los que se destinan mayores medios. Esta situación no es exclusiva del Canadá del año 1974, cuando Lalonde elaboró su informe, sino que, de forma muy similar, ocurre en los Estados Unidos de América, en Europa y en el resto de países desarrollados.

3.6. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Wood, en 1926, ya indica que la Educación Sanitaria es «la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y de la comunidad». Gilbert (1959) señala que consiste en «instruir a la gente en materia de higiene, de tal forma que apliquen los conocimientos adquiridos al perfeccionamiento de su salud». Y Sepilli, Mori y Modolo (1980) la definen como «un proceso educativo que tiende a responsabilizar a los individuos y a los grupos en la defensa de la salud propia y en la de los demás».

Son muchas las definiciones que se han dado y en todas encontramos la idea de que se debe modificar positivamente los conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con la prevención de las enfermedades y el fomento de la salud, es decir, con los hábitos de vida.

Pero da la impresión, en todas estas concepciones de Educación Sanitaria, de que las acciones educativas que preconizan van dirigidas principalmente al individuo, a su cambio de comportamiento, sin incidir para nada en el medio ambiente físico y social. Aunque se cite a la población o a los grupos de personas, no se presenta como una intervención para la modificación de las circunstancias externas al individuo que promueven o determinan unas determinadas pautas de conducta.

La inclusión de este aspecto medioambiental, unida a la modificación de conocimientos, actitudes y hábitos, es uno de los aspectos que caracteriza la actual concepción de Educación para la Salud, diferenciándola de la tradicional Educación Sanitaria.

El problema de basar la Educación para la Salud únicamente en los comportamientos personales reside en que no solamente nos dice qué hemos de hacer para evitar las enfermedades, sino que también señala cómo debemos vivir para sentirnos bien, lo que, como dice Jensen (1995), significa «construir un nuevo fascismo basado en la salud». Para evitarlo debemos procurar mantener un equilibrio de responsabilidades entre el estilo de vida y las condiciones de vida, analizando cuáles de estas últimas influyen en la salud humana. Si limitamos los enfoques educativos únicamente a los estilos de vida, trabajamos con un concepto estrecho de salud. Nuestra dimensión debe ser más amplia e incluir las condiciones de vida, abarcando los aspectos sociales, económicos, culturales y ambientales. Los estilos de vida y sus consecuencias de salud no pueden ser tratados separadamente de las condiciones de vida, por lo que el trabajo de la Educación para la Salud debe ir dirigido hacia donde los estilos de vida y las condiciones de vida estén íntimamente relacionados.

Es importante apuntar que los problemas de salud de la sociedad no pueden ser resueltos en la escuela, aunque ésta puede contribuir a su solución. El papel de la Educación para la Salud se concreta en la toma de conciencia de los problemas de salud y de sus causas y en la adquisición de actitudes positivas y habilidades adecuadas para participar activamente en tomar las medidas necesarias para su solución comunitaria. De esta forma, su posible éxito ha de ser medido en términos de cómo aumenta la creencia y la habilidad de influir en la tecnología y en la sociedad en que vivimos.

El éxito o fracaso de la Educación para la Salud no puede ser valorado exclusivamente en términos de cambios de comportamiento de las personas en áreas como la dieta, el ejercicio o el tabaco. El reto principal no es cambiar el comportamiento en una determinada dirección, sino capacitar a las personas para que se conviertan en dueñas de su propia vida en el sentido más amplio. Por lo tanto, debe ser evaluada según el crecimiento de las capacidades, voluntades y oportunidades de influir en el desarrollo de la vida de cada uno y en el de la propia sociedad (Jensen, 1995).

La conducta humana está determinada por factores internos de la persona y por factores ambientales externos a ella. Si sólo se incide sobre el individuo, podemos tener dos problemas: por un lado, y aunque se modifiquen favorablemente las actitudes individuales y la persona quede abierta a la acción, es posible que ésta no tenga lugar porque los factores externos no sean favorables; por otro lado, si no incidimos en el entorno procurando cambiar ciertas condiciones de vida, estamos manteniendo focos generadores de conflictos de salud al no atajar las causas de ciertas enfermedades.

Si el entorno es tan importante en la salud y recordamos que ésta es la capacidad de funcionar en un determinado ambiente (Dubos, 1965), podemos decir que la Educación para la Salud es el **«conjunto de estrategias de enseñanza-aprendizaje que faculta a las personas para analizar su entorno, desarrolla las actitudes y habilidades necesarias para mejorar sus condiciones de vida, y aumenta sus capacidades de funcionamiento»** (Gavidia, 1993).

El hecho de aprender a analizar el entorno permite identificar tanto los factores que entrañan posibles riesgos para la salud como los que pueden significar mejoras, de forma que una observación crítica deja ver las causas de ciertas situaciones y los problemas que directa o indirectamente afectan a nuestra calidad de vida.

Tomar las decisiones oportunas y necesarias para cambiar las condiciones ambientales que significan problemas de salud y, además, llevarlas a cabo para mejorar la calidad de vida señala una de las características de la especie humana: la facultad de aprendizaje para superar condiciones adversas. Pero este aprendizaje requiere una enseñanza (los comportamientos no son innatos) y una puesta en acción, pues de lo contrario no es útil.

Conseguir aumentar la capacidad de funcionar en el entorno donde se vive implica la adaptación –como necesidad para sobrevivir– a las continuas modificaciones físico-químicas y sociales que se producen, pero también significa la superación y solución de los problemas que generan tensiones. La adaptación no puede ser unidireccional, de la persona hacia el entorno, sino que requiere la modificación de ese entorno para acercarlo a la naturaleza de las personas, haciéndolo cada vez más humano, habitable y amable. La importancia de la capacidad de funcionar se traduce en conseguir la autonomía, propia y para los demás, y en cuidar responsablemente del ambiente, mostrando con acciones la solidaridad para con todos los individuos que pueblan el planeta.

La OMS (1983) define la Educación para la Salud diciendo que es **«cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite»**.

1. **«Desear estar sano»** es una actitud positiva básica para conseguir que los conocimientos que se adquieran con relación a la salud se traduzcan en acciones concretas. La primera regla para aprender consiste en querer, en estar interesado por el contenido del aprendizaje, en una motivación.
2. **«Saber cómo alcanzar la salud»** es un conocimiento práctico, que no se limita a identificar los factores que influyen sobre la salud, sino que alcanza a los procedimientos necesarios para conseguirla, y para transformar o reforzar los elementos que la alteran.
3. **«Hacer lo que se pueda individual y colectivamente para mantener [o aumentar] la salud»** aporta dos tipos de mensajes. En primer lugar, que la Educación para la Salud debe sugerir vías de actuación que la persona o el grupo pueden llevar a cabo, dado que los conocimientos sobre la salud y las actitudes deben traducirse en hábitos saludables: «Estamos sanos por lo que hacemos, no por lo que sabemos». En segundo lugar, que la acción individual es insuficiente, puesto que la salud depende en gran medida de factores sociales (condiciones de vida, cultura, etc.), por lo que la acción también debe ser colectiva.
4. **«Buscar ayuda cuando se necesite»** supone que la Educación para la Salud debe ayudar a saber utilizar los propios recursos y a conocer cuándo hace falta asistencia sanitaria profesional y, en ese caso, a utilizar adecuadamente los recursos sanitarios que la sociedad pone a disposición de los ciudadanos.

3.7. MODELOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Ante la diversidad de enfoques, tendencias y perspectivas de la Educación para la Salud, fruto de la subjetividad propia de una ciencia que se inicia, que no posee los mecanismos necesarios de control y evaluación y que está sujeta a directrices políticas variables según las necesidades sociales, se ha intentado tipificar la diversidad existente en unos determinados modelos que responden a características diferentes.

Zabala (1990) indica que existen predominantemente dos modelos: uno centrado en la persona y el otro que alude al entorno, más ecológico. El modelo centrado en la persona viene caracterizado por los esfuerzos encaminados a proporcionar a los individuos la información relativa al mantenimiento y promoción de su salud. Este modelo agrupa las tendencias que consisten en estimular a las personas a que cambien hacia estilos de vida más saludables. En este sentido, Nyswander (1975) define la Educación para la Salud como un proceso de crecimiento del individuo, mediante el

cual altera su comportamiento o cambia sus actitudes hacia prácticas saludables como resultado de las nuevas experiencias que ha tenido.

El otro modelo, el ecológico, establece una correlación entre la salud y la política, entre la vida y su entorno. Modolo (1979) señala que la organización del ambiente es fruto de decisiones políticas. Este modelo parte de la idea de que el ambiente físico juega un papel central en las enfermedades, más allá de la elección individual, y determina las diferencias en las tasas de mortalidad, por lo que un enfoque efectivo de la Educación para la Salud debe tener en cuenta estos factores ambientales. No tienen las mismas expectativas de vida una persona nacida en Suecia que otra nacida en Kenia. San Martín (1981) define la Educación para la Salud como «la preparación sistemática del individuo para conocer su organismo y su fisiología desde el punto de vista físico-mental, y a conocer su ambiente de vida desde el punto de vista ecológico y social, con el objetivo de saber vivir en salud y obtener una relativa independencia o autonomía del individuo y de la población organizada para la prevención de la enfermedad y protección de la salud».

Tones (1981) identifica cuatro enfoques filosóficos de la Educación para la Salud, que se traducen en cuatro modelos deferentes: el «educativo», el preventivo, el radical y el de desarrollo personal.

El modelo «**educativo**», que el propio autor entrecomilla, se basa en la postura ingenua de pensar que una buena información es suficiente para conseguir un cambio en el comportamiento y porque no es ético emplear la persuasión u otras formas de coerción para motivar a las personas a adoptar un estilo de vida saludable.

El modelo **preventivo** es el enfoque mejor conocido y se basa en la idea de que la prevención es mejor que la curación y que la medicina curativa ha fracasado al tratar los problemas de salud comunitarios. Dado que el comportamiento está implicado en la etiología de la enfermedad, la prevención se consigue con una Educación para la Salud dirigida a las personas para que modifiquen las conductas que son responsables de la enfermedad.

El modelo **radical** se desarrolla cuando se buscan las raíces de los problemas de salud y se las encuentra en los factores políticos, económicos y sociales. Navarro (1976) señala que la educación sanitaria preventiva en la que se culpabiliza a la víctima, es sólo aceptable en una sociedad capitalista que no se cuestiona el sistema social. En este modelo, la tarea más importante consiste en generar una conciencia pública respecto a los factores sociales que ocasionan los problemas de salud. Draper (1977) señala que la actual búsqueda de la productividad y del crecimiento económico es dañina para la salud mental, física y social

El modelo de **desarrollo personal** aparece como un enfoque alternativo a los anteriores, ya que la información del modelo «educativo» suele ser ignorada por los que la escuchan, la posible coerción del preventivo parece poco ética y el cambio de las estructuras sociales preconizado por el radical es una tarea de gigantes. Ante esta situación, la finalidad de la Educación para la Salud debe ser capacitar a las personas para que realicen elecciones informadas. Para ello se necesitan cuatro estrategias: promover actitudes y creencias favorables hacia determinados comportamientos, aumentar el «locus control» interno recusando las creencias de que la vida y la salud están regidas por el destino, potenciar la autoestima, dado que un individuo con un alto concepto personal es más fácil que resista las presiones externas que conducen a prácticas insanas, y entrenar-se para adquirir destrezas sociales útiles para controlar la vida de cada uno.

A estos cuatro modelos o tendencias de Educación para la Salud, deseamos añadir uno más, el modelo de **desarrollo social**. Entendemos que la persona forma parte de una comunidad y de un entorno, por lo que se debe intervenir tanto en las conductas personales como en las colectivas, de forma que se procure una modificación del ambiente social y físico tendente a convertirlo en un entorno saludable en donde se facilite el desarrollo de toda la sociedad. Se trata del resultante de la unión del modelo de «desarrollo personal» con el modelo «radical», puesto que no contempla a la persona aislada de su contexto, ni tampoco el ambiente o escena de vida, sin sus protagonistas.

3.8. NECESIDAD DE TRATAR LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

Se ha comprobado que los comportamientos espontáneos de las personas no aseguran el máximo de salud, por lo que uno de los elementos que debe tenerse en cuenta para promocionar la salud es la educación de las pautas de conducta de los individuos, de ahí la necesidad de que la educación formal incorpore la salud entre sus objetivos.

Esta promoción de la salud a través de la educación escolar, tiene, según Ferrari (1986), especial importancia por los siguientes motivos:

- La edad de la vida más apropiada para acoger y adaptar nuevos modelos de vida es el de la niñez y adolescencia, que transcurren principalmente en la escuela.
- Todas las personas pasan a lo largo de su vida una etapa en la escuela, por lo que es la institución a la que la sociedad confía la socialización, es decir, la transmisión de la cultura, los conocimientos y los valores por los que se rige.
- Es el lugar apropiado para preparar realmente a los ciudadanos para la vida, formarlos para que sean capaces de tomar, de manera razonada e informada, las decisiones que van a tener consecuencias claras sobre su salud y la de los que les rodean.
- Ayuda a los ciudadanos a saber interpretar críticamente las condiciones de vida con el fin de aprender a leer y comprender las situaciones que producen enfermedad y las soluciones para poder superarlas.
- Es un ambiente de trabajo que puede, y debe, permitir al alumnado vivir situaciones escolares favorables para promover la salud y evitar el malestar o la enfermedad.
- Puede favorecer y coordinar la comunicación entre todos los componentes del sistema educativo (alumnado, profesorado, familiares, personal no docente, etc.) y los agentes sociales.

Las personas apenas tenemos comportamientos innatos, por lo que el conjunto de nuestras pautas de conducta es aprendido, y esto ocurre en los primeros años de nuestra vida, años que pasamos en la escuela, que es el lugar dedicado por la sociedad para la transmisión de la cultura. Es obvio, por lo tanto, que el sistema educativo y la sociedad en su conjunto no deben desaprovechar esta oportunidad para contribuir a la formación de estilos de vida saludables en la población.

Por ello, el Consejo de Ministros de Educación de la Unión Europea adoptó el 23 de noviembre de 1988 una resolución en la que se indica que «la escuela, por reunir a los jóvenes, que constituyen el grupo de población que puede recibir con mayor facilidad educación sobre las formas saludables de conducta, debe desempeñar un papel importante de apoyo», por lo que resuelve:

- En el ámbito de las escuelas:
 - a) «El quehacer escolar cotidiano debe, en términos generales, fomentar un tipo de docencia, aprendizaje, relaciones humanas, hábitos de alimentación, etc., que preconicen el concepto de salud.»
 - b) «Todas las asignaturas impartidas deben contribuir implícitamente a la adquisición de hábitos y conocimientos que preconicen el concepto de salud.»
 - c) «Dentro de determinadas áreas temáticas, la educación para la salud debe formar parte del plan de estudios.»

- A escala de los Estados miembros, éstos deben:
 - a) «Desarrollar e intensificar las medidas interdisciplinarias de educación sanitaria a todos los niveles y en todos los sectores de la educación escolar.»
 - b) «Facilitar la participación de representantes de los padres, así como de los sectores de la educación, la salud y otros relacionados.»
 - c) «Adoptar las disposiciones adecuadas para la coordinación de las medidas, en materia de promoción de salud, entre las escuelas, las familias, las instituciones, los servicios sanitarios y la comunidad.»
 - d) «Crear formación docente sobre educación para la salud, de forma que:
 - El profesorado de todas las disciplinas cobre conciencia respecto a su papel potencial en cuanto a promotores de la educación para la salud.
 - Los profesores de disciplinas particularmente pertinentes reciban una formación especializada adecuada.
 - Los responsables de la gestión de las escuelas sean conscientes de la necesidad de impulsar en la práctica conceptos relacionados con la educación para la salud.»
 - e) «Facilitar material pedagógico adecuado, tanto impreso como audiovisual, para las actividades antes mencionadas.»
 - f) «Preparar o apoyar las medidas antes mencionadas mediante programas piloto o de investigación.»

En nuestro país, el nuevo sistema educativo que desarrolla la LOGSE garantiza la presencia de la Educación para la Salud y, con ello, la existencia de un marco legal para tratar la mejora de estilos de vida saludables en la comunidad educativa. Los decretos que establecen los currículos de la Educación Infantil, Primaria y Secundaria recogen esta problemática y establecen que estos temas sean tratados en todas las áreas de conocimiento, de manera explícita en alguna de ellas, formando parte de lo que se conoce como temas transversales, a los que dedicaremos el siguiente capítulo.

4. LA TRANSVERSALIDAD EN EL CURRÍCULO ESCOLAR

4.1. SIGNIFICADO DE LA TRANSVERSALIDAD

4.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS TEMAS TRANSVERSALES

**4.3. FORMAS DE CONTEMPLAR LOS TEMAS TRANSVERSALES EN EL
PROYECTO CURRICULAR DE CENTRO**

4.4. NIVELES DE INTEGRACIÓN DE LOS TEMAS TRANSVERSALES

4. LA TRANSVERSALIDAD EN EL CURRÍCULO ESCOLAR

¿Cómo surge el concepto de transversalidad? ¿Cuáles son sus raíces? ¿Cómo ha evolucionado? En estos momentos, la idea de transversalidad está simbolizando lo más novedoso del actual sistema educativo. Cuando utilizamos el término «transversal» nos referimos a la Educación Moral y Cívica, para la Salud, para la Paz y la Convivencia, para la Igualdad de Oportunidades entre los Sexos, del Consumidor, Ambiental, y Vial; sin embargo, este vocablo ha tenido diferentes significados en diferentes momentos, hasta llegar al que ahora representa.

La construcción del concepto de transversalidad se ha efectuado en poco tiempo, con aportaciones diversas, que han ido añadiendo nuevas acepciones al término, representaciones que han sido rápidamente asumidas, enriqueciendo la idea que hoy tenemos de él. Se ha intentado, de esta forma, llenar alguna de las lagunas que poseen la LOGSE o los decretos que desarrollan los currículos de las diferentes etapas educativas «Transversal» ha pasado de significar ciertos contenidos que deben ser contemplados en las diversas disciplinas escolares, como la higiene, el recibo de la luz, la vivienda, etc., a representar el conjunto de valores, actitudes y comportamientos más importantes que deben ser educados. Es símbolo de innovación, de apertura de la escuela a la sociedad, incluso a veces se utiliza como paradigma de la actual reforma educativa (Gavidia, 1996).

4.1. SIGNIFICADO DE LA TRANSVERSALIDAD

El Diseño Curricular Base y los decretos que establecen el currículo en las diferentes etapas educativas hacen mención de las llamadas materias o líneas «transversales», pero no explicitan con claridad el significado del término. No obstante, las diferentes áreas tienen bloques de conocimiento o epígrafes referidos a problemas medioambientales, de consumismo, de prevención de conductas poco saludables, de coeducación, de convivencia, etc. En concreto, en el área de Conocimiento del Medio/Ciencias Naturales se trata de las personas y la salud, así como del medio ambiente; en el área de Lenguaje se examina la comunicación interpersonal; en el área de Educación Física, la contribución al desarrollo locomotor, etc. De esta forma se han recogido las peticiones de muchas instituciones (Administraciones de Sanidad y Consumo, de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, etc.) y grupos de profesores que, desde tiempo atrás, lo venían incluyendo en sus programaciones.

Si intentamos clarificar el concepto de transversalidad, veremos que el diccionario de la Real Academia Española define el término «transversal» como 'lo que se extiende atravesado de un lado a otro', y señala que «atravesado» significa 'cruzado de una parte a otra'. El diccionario ideológico de Julio Casares señala como verbos relacionados con «atravesar»: cruzar, traspasar, engarzar, enfilear, enhebrar, tramar, calar, filtrarse... De esta forma, podemos considerar dos significados para el concepto de transversal: el de

«cruzar» y el de «enhebrar». La elección de uno, otro o ambos tendrá una gran importancia en el momento de hacer nuestra propuesta y desarrollo curricular.

Hay que tener en cuenta que, de las diversas formas fundamentales de organizar los contenidos de enseñanza-aprendizaje, el sistema educativo se ha decantado por hacerlo en torno a lo que hoy conocemos como asignaturas, disciplinas o áreas de conocimiento. Éstas aparecen como los ejes vertebradores, verticales, alrededor de los cuales se van situando todos los conocimientos que se desea tratar en la escuela, todo el saber escolar. Este planteamiento sigue la tradición cultural de nuestra sociedad y considera que es la mejor manera de organizar los contenidos de estudio (Busquets et al., 1993), puesto que permite con facilidad su análisis y reflexión. De esta forma se han ido construyendo los conocimientos actuales.

Sin embargo, de todos los tipos de capacidades (cognitivas, motrices, de autonomía y de equilibrio personal, de relación interpersonal y de inserción social) que pretende desarrollar el modelo de educación integral por el que se ha optado en el sistema educativo, las disciplinas suelen atender, en general y de manera prioritaria, las de tipo cognitivo y motriz, por lo que difícilmente pueden ser los únicos referentes para la determinación de todos los contenidos de aprendizaje. El planteamiento disciplinar resulta excesivamente cartesiano y no desarrolla temas que entendemos «vitales», de interés para el alumnado pero de difícil adscripción a una determinada disciplina.

Debemos señalar que un planteamiento disciplinar no quiere decir un enfoque exclusivo hacia los contenidos conceptuales, olvidándose de los procedimientos, de las actitudes y valores. Al contrario, un adecuado enfoque disciplinar debe establecer relaciones con la sociedad y abordar temas que, colindantes con otras áreas, ofrezcan al alumnado una visión nueva, diferente y actual de la ciencia, que amplíe sus horizontes y su visión de la realidad. Al mismo tiempo, debe contemplar de forma muy relevante los procedimientos con los que trabaja dicha disciplina y procurar el desarrollo de actitudes positivas hacia la materia de estudio.

Pero el planteamiento de las disciplinas desde esta óptica no es muy común y, frente a las disciplinas-estanco, el desarrollo y las necesidades de la sociedad hacen necesario el tratamiento de ciertos temas con una perspectiva diferente. Son cuestiones relacionadas con la vida diaria, con los derechos humanos, la paz, las relaciones sociales, la discriminación sexual, racial, etc., que a sus contenidos específicos llevan unidos una fuerte carga actitudinal y de valores que hacen que difícilmente puedan adscribirse a una única área o disciplina.

En muchos casos no constituyen nuevos contenidos escolares, dado que siempre han estado presentes aunque de forma implícita; pero en el actual sistema educativo se quieren explicitar, constituyendo una «línea transversal» en la que se programen, organicen, secuencien y sean evaluados como cualquier otro tema de estudio.

El fuerte componente actitudinal y de valores que poseen debe desarrollarse en todas las disciplinas, por lo que estos contenidos son los que principalmente «**atraviesan**» las líneas verticales de las áreas de conocimiento. Este sentido corresponde a la primera acepción del término transversalidad. Son, pues, temas transversales porque se encuentran en todas las áreas o disciplinas, filtrándose e impregnando cada una de ellas.

Pero también estos contenidos pueden formar una línea transversal vertebradora del aprendizaje, ya que su carácter globalizador les permite **enhebrar o engarzar** muchos de los contenidos de las disciplinas del currículo, constituyéndose en el hilo conductor del mismo y respondiendo de esta forma a la segunda concepción del término. El

currículo de enseñanza no se estructuraría alrededor de las disciplinas, sino en torno a las transversales.

Así pues, consideramos que **línea transversal** es *el conjunto de elementos culturales que impregnan todos los contenidos de las áreas o disciplinas del currículo, y que pueden constituir ejes aglutinadores de la enseñanza-aprendizaje, debido a su poder globalizante y a la importancia que tienen en la vida de los individuos y de la sociedad.*

4.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS TEMAS TRANSVERSALES

Entre las características que poseen los temas transversales podemos destacar las siguientes:

- 1.^a Recogen aspectos de **gran relevancia social**, pues abordan problemas que la sociedad tiene hoy planteados. Esto significa que la determinación de los temas transversales no puede ser definitiva, puesto que depende de la problemática social existente en cada momento. Al ser la propia sociedad la que manifiesta mayor o menor sensibilidad por unos temas o por otros en cada coyuntura, debe existir un constante análisis y renovación de sus contenidos. El número de temas transversales y los contenidos que éstos abordan no puede ser algo inamovible.
- 2.^a Poseen un gran **componente funcional y actitudinal** y aportan una sensibilidad nueva respecto a una serie de valores que la sociedad considera importante asumir y promocionar. Permiten al alumnado resolver conflictos y problemas de la vida diaria con más facilidad que otras materias.
- 3.^a Contribuyen al **desarrollo de muchos de los objetivos de las diversas etapas educativas**, dado que precisamente éstos se basan en la consideración de la fuente sociológica del currículo, es decir, en las demandas que la sociedad hace a la escuela y que los currículos escolares han recogido.
- 4.^a Conectan con los **intereses del alumnado** favoreciendo con ello la motivación para el aprendizaje, ya que se trata de cuestiones con las que están en continuo contacto y que se están dando en el ámbito social donde se desarrollan.
- 5.^a Engloban un conjunto de contenidos que **no pertenecen a una sola disciplina o área de conocimiento**, por lo que su tratamiento debe realizarse desde las diversas áreas. Ello supone un *tratamiento o multidisciplinar o interdisciplinar*. Se da una *pluridisciplinariedad* cuando un mismo tema o módulo se trata mediante distintas disciplinas de manera compartimentada, con diversos puntos de vista y con distintos enfoques, pero sin que las disciplinas pierdan su entidad articuladora de la secuencia de aprendizaje; por el contrario, estamos ante una *interdisciplinariedad* cuando las disciplinas o áreas ceden su protagonismo en aras de una integración, de forma que al alumnado se le ofrece un único tratamiento del tema.
- 6.^a Son principios didácticos que **dan carácter y orientan el currículo**, constituyendo una dimensión que debe tenerse siempre presente en la toma de decisiones respecto a cualquier elemento curricular: objetivos, contenidos, criterios de evaluación, etcétera, «suponen para el equipo docente un tamiz (*scanner*) para la lectura crítica de los objetivos y contenidos prescriptivos, y en su actuación al realizar la concreción de los proyectos curriculares de ciclo y área» (Gobierno Vasco, 1992).

- 7.^a **Toda la comunidad educativa** –padres, alumnado, profesorado, agentes sociales, etc.– **puede y debe decidir sobre ellos**. Esto significa, por una parte, contribuir al establecimiento del proyecto educativo de centro, y por otra, reflexionar sobre los valores y actitudes que se desea transmitir, haciendo explícito el currículo oculto que se desarrolla en la escuela y la forma en la que el resto de la sociedad (padres, ayuntamiento, medios de comunicación, etc.) contribuye a su desarrollo.
- 8.^a Ofrecen **grandes posibilidades educativas** por el interés que suscitan entre el alumnado y por el hecho de que pueden constituirse en hilos conductores de la enseñanza-aprendizaje, permitiendo dar un enfoque globalizador o interdisciplinar a contenidos de diferentes áreas o disciplinas. Esto supone la formación de «nuevas redes conceptuales», tanto para el alumnado que aprende, como para el profesorado que presenta situaciones de aprendizaje.
- 9.^a **No es necesario que todos los temas transversales sean asumidos y tratados de la misma manera y con la misma intensidad**. La comunidad educativa debe decidir, en su proyecto curricular de centro y según el contexto donde se ubique, los temas que conviene enfatizar y a los que dar prioridad, y el claustro de profesores debe elegir en qué momento y en qué grado deben ser desarrollados.

4.3. FORMAS DE CONTEMPLAR LOS TEMAS TRANSVERSALES EN EL PROYECTO CURRICULAR DE CENTRO

Desde nuestro punto de vista, existen tres posibles enfoques para abordar la transversalidad en el desarrollo curricular. Cada centro educativo, cada equipo docente deberá seleccionar, tras un análisis de su realidad y de su propio contexto, el que le parezca más adecuado o conveniente, y plasmarlo en el proceso de elaboración de su proyecto curricular. El primero de ellos parte de las propias disciplinas o áreas; el segundo nace de la propia transversalidad; el tercero es un planteamiento intermedio entre los otros dos.

1. La transversalidad desde las disciplinas

El concepto de transversal que desarrolla es el de «atravesar» y su tratamiento tiene lugar en las diferentes áreas o asignaturas; desde ellas se contemplan los contenidos transversales como una aplicación de las mismas. De esta forma, las materias transversales colaboran en la construcción de los contenidos del área o disciplina que se estudia, al tiempo que se consiguen los objetivos propios de la línea transversal en cuestión.

No es un planteamiento novedoso, puesto que, en mayor o menor grado, las relaciones entre las disciplinas y la sociedad han constituido un núcleo fundamental en el desarrollo de las programaciones de área, pues es una de las formas de conectar con las motivaciones e intereses del alumnado y la problemática de la sociedad. Mantiene la estructura tradicional de abordar los contenidos desde las áreas o asignaturas y aporta como novedad que se especifican claramente los objetivos y contenidos transversales que deben desarrollarse en las áreas de conocimiento.

2. La transversalidad como eje estructurante de la enseñanza-aprendizaje

Está basada en el concepto de 'enhebrar', 'engarzar' o 'enfilear' del término «transversal». Esta modalidad trata de realizar el proyecto curricular a partir del desarrollo de proyectos de investigación o centros de interés. Esto significa que el currículo ya no está centrado en las disciplinas, sino que existe un hilo conductor, los temas transversales, que enhebra los contenidos de aprendizaje para ofrecérselos al alumnado desde una nueva perspectiva globalizada e interdisciplinar. Esta propuesta de globalización es especialmente interesante y apropiada para las primeras etapas educativas y en su defensa se argumentan los siguientes motivos:

- 1) **Argumentación pedagógica.** Reside en la importancia de presentar al alumnado temas que susciten su interés. Éstos captan la realidad de un modo global, sin la artificialidad que supone la división en áreas, por lo que la enseñanza excesivamente compartimentada en materias aisladas posee poca fuerza motivadora, dado que no conecta con la visión que tienen de las cosas y del mundo que les rodea.
- 2) **Argumentación sociológica.** La globalización se plantea como alternativa al fracaso de la escuela en preparar al alumnado para su incorporación a la sociedad como miembros activos y críticos, y en su entrenamiento para la vida. Es posible que esto se deba a que los temas a los que se ha venido dando prioridad en la escuela no son los problemas que la sociedad tiene planteados en la actualidad, por lo que la preparación que reciben los futuros ciudadanos es inadecuada para conseguir, al finalizar el período escolar, que puedan enfrentarse e integrarse en ella.
- 3) **Argumentación psicológica.** El incremento del conocimiento humano, de la ciencia y de la tecnología hace imposible saberlo todo. Frente a ello surge la necesidad de aprender cómo se relaciona lo que se conoce y lo que se puede llegar a conocer. Este enfoque intenta facilitar al alumnado un aprendizaje significativo, en el que encuentren y establezcan conexiones entre sus esquemas previos y la nueva información. El aprendizaje globalizado posibilita la formación de un mayor número de relaciones entre los nuevos contenidos de aprendizaje y la estructura cognoscitiva, dando como resultado una red conceptual mucho más compleja que si tratamos la realidad que ellos viven en compartimentos estancos. Así, los estudiantes «serán capaces de producir aprendizajes significativos por sí solos en una amplia gama de situaciones y circunstancias» (Coll, 1986).

La opción de diseñar el proyecto curricular basándose en una serie de centros de interés o proyectos de investigación que recojan los temas transversales es opuesta a la posibilidad anterior de centrarse en las disciplinas. En este caso, los objetivos prioritarios son los transversales y por aplicación de los mismos se desarrollan los contenidos disciplinares de las diferentes áreas.

Hay que pensar que, desde los núcleos de interés que presentan las transversales, se debe poder tratar convenientemente todos los contenidos de las disciplinas que son prescriptivos, pues alrededor de estos temas se teje el currículo escolar. De esta forma, el contenido transversal actúa como tema engarzador de los contenidos disciplinares.

3. Un planteamiento intermedio: los espacios de transversalidad

Completar un proyecto curricular de toda una etapa o un ciclo basado únicamente en el desarrollo de unidades didácticas desde la transversalidad, pero de tal manera que queden contemplados los contenidos de todas las áreas, no es una tarea fácil. Esta integración de los conocimientos resulta difícil de organizar didácticamente y exige una actitud investigadora y de continua reflexión e innovación del profesorado. Además de esta dificultad, esta orientación puede no ser considerada conveniente por parte del equipo docente al no estar de acuerdo con este enfoque estructurador del proyecto curricular de centro.

En ese caso, es posible buscar un punto de encuentro, una vía intermedia entre las dos opciones presentadas. Esta nueva opción significa organizar el saber escolar de manera disciplinar, pero «impregnado» de transversalidad. En él, además, existen momentos de aprendizaje interdisciplinar para el desarrollo de los temas transversales, que son presentados como proyectos o unidades didácticas de centros de interés o problemas que se deben investigar.

El planteamiento disciplinar «impregnado» significa desarrollar los contenidos de las áreas, pero de tal forma que queden contemplados los objetivos de los temas transversales como se ha indicado en la primera posibilidad, esto es, abordando no sólo el desarrollo de las actitudes, sino también los procedimientos y los conceptos que sean acordes con la materia que se trate. Pero en esta estrategia intermedia se debe presentar algún proyecto, centro de interés o ámbito de investigación que sea novedoso y motivador para el alumnado, que signifique un cambio metodológico y de enfoque de los contenidos y que desarrolle algún aspecto transversal lo suficientemente importante como para resaltarlo sobre los demás y que «interrumpa» el trazado vertical de las disciplinas. Estos temas de investigación son los que se contemplan en los espacios de transversalidad, que se desarrollan en un corto espacio de tiempo y con unas características muy específicas que concretaremos más adelante.

4.4. NIVELES DE INTEGRACIÓN DE LOS TEMAS TRANSVERSALES

Las tres estrategias marco para abordar la transversalidad que acabamos de comentar poseen diversos grados de implicación en el proyecto curricular, por lo que no podemos decir que haya una separación neta entre ambas, sino que existe un gradiente de impregnación de la transversalidad. Aunque, evidentemente, unos la desarrollan mejor que otros, ya hemos comentado que la mejor estrategia de desarrollo es aquella que está mejor adaptada al centro docente en cuestión, a su profesorado, a sus recursos, a su entorno, a sus necesidades, etc.

A continuación, en un intento de tipificar los diversos modelos y de servir como instrumento útil al profesorado en su intento de incorporar la Educación para la Salud y del Consumidor en su diseño curricular, presentamos diferentes niveles de integración de estas transversales (Gavidia y Rodes, 1996).

Primer Nivel. No se realizan actividades específicas de Educación para la Salud y del Consumidor

Se da en los centros docentes en los que conscientemente no se realizan actividades que puedan ser catalogadas de Educación para la Salud y/o del Consumidor. Sin embargo, sería muy revelador para el profesorado contemplar su quehacer diario considerando la perspectiva desde la que hemos planteado estas transversales.

De ella se desprende que siempre, de una forma consciente o inconsciente, se lleva a cabo una educación sexual, en salud, en consumo, aunque no se pretenda, dado que no todo lo que se aprende es objeto de enseñanza formal. La escuela es un lugar de encuentro de alumnos y alumnas, de profesores y profesoras, de padres y madres, entre los que existen interacciones y se crea «un clima», un «ambiente», que lleva implícitos numerosos contenidos de salud y consumo, constituyendo un currículo oculto que, positiva o negativamente, incide en el aprendizaje del alumnado y del cual no siempre somos conscientes. Esto es, se hace Educación para la Salud y del Consumidor aun cuando no se traten directamente estos temas en el aula.

La forma en la que se organiza el comedor escolar, los productos que se venden en la cafetería del centro, la actitud del profesorado frente al tabaco, las relaciones personales, la sexualidad, la higiene, sus comportamientos en relación con el alumnado incidiendo en su autoestima, etc., son maneras «no formales» de educar para la salud y como consumidores, y constituyen parte de un currículo oculto que, positiva o negativamente, incide en el aprendizaje del alumnado. Por todo ello decimos que, aun cuando no se plantee explícitamente, en todos los centros educativos se realiza un tipo de Educación para la Salud y del Consumidor.

<i>Primer Nivel</i>
NO SE REALIZAN ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE EPS Y EDC
<ul style="list-style-type: none"> • El profesorado indica que en su centro «no se realizan actividades de estas transversales». • Existe una presencia de la Educación para la Salud y del Consumidor únicamente en el currículo oculto de las prácticas educativas. • No se explicitan intenciones educativas referentes a la salud y el consumo, por lo que pueden plantearse situaciones contradictorias, no deseadas por el profesorado.

Segundo nivel. Realización de actividades puntuales

Tiene lugar cuando el profesorado es consciente de la importancia de la Educación para la Salud y del Consumidor, pero, por las características de su centro, le resulta difícil plantearlas de una forma global y las incluye en su área de conocimiento o disciplina. Se abordan entonces como una aplicación o complemento de los temas disciplinares, buscando la conexión con los intereses del alumnado y con los temas relevantes y actuales de nuestra sociedad, sirviendo de esta manera para una mejor comprensión de la propia disciplina. Así, sin romper el planteamiento disciplinar, se van desarrollando contenidos –conceptuales, procedimentales o actitudinales– de salud y consumo. Esto ocurre cuando al estudiar el aparato digestivo se elaboran dietas equilibradas, o en los análisis de textos se utilizan los mensajes publicitarios, o al tratar la energía la

relacionamos con los electrodomésticos «ecológicos» y los problemas del medio ambiente, etc.

También incluimos en este nivel las propuestas didácticas que se adoptan en numerosos centros ante determinados problemas de salud y consumo, como son la realización de actividades extracurriculares: conferencias realizadas por sanitarios, técnicos de consumo u otras personas ajenas a la comunidad escolar, visionado de películas, visitas a determinados centros productores de alimentos, depuradoras, celebración del «día de...», etc. Estas actividades, en absoluto rechazables, podrían tener un mayor sentido y potencialidad didáctica si estuvieran contextualizadas en un proyecto más global; de lo contrario, corren el peligro de ser recibidas por los alumnos y alumnas como temas aislados, que se utilizan para escapar de la rutina del aula, sin considerarlos como objetos de aprendizaje de igual rango que el «propio» de la disciplina.

<i>Segundo Nivel</i>
SE REALIZAN ACTIVIDADES DE EPS Y EDC DE FORMA PUNTUAL
<ul style="list-style-type: none"> • El profesorado indica que en su centro «se realizan actividades de EpS y EdC». • La EpS y EdC reciben un planteamiento individual por profesores sensibilizados. • Se utilizan los contenidos de salud y consumo para: <ul style="list-style-type: none"> ♣ Facilitar el aprendizaje de las diferentes áreas/disciplinas. ♣ Contribuir al desarrollo de la Educación para la Salud y de la Educación del Consumidor en la escuela. • No se rompe el planteamiento disciplinar o «vertical» de los contenidos. • Las actividades de EpS y EdC suelen ser puntuales, realizadas en muchas ocasiones por personal ajeno a la escuela. • Los contenidos de EpS y EdC no son objeto de programación anticipada, sino que son tratados de forma esporádica, «a propósito de» temas de actualidad.

Tercer nivel. *Tratamiento vertical o disciplinar*

En algunos casos, la Educación para la Salud y la Educación del Consumidor pueden recibir el mismo tratamiento que una disciplina, al presentar unos objetivos y unos contenidos propios. Es el caso de las asignaturas optativas que pueden ofertar los centros docentes de Secundaria o las Universidades, especialmente las Escuelas de Magisterio. También consideramos tratamiento vertical el que una parte de alguna asignatura, como el Conocimiento del Medio, en Primaria, o la Biología y Geología, en Secundaria, sea desarrollada desde la perspectiva de la Educación para la Salud y/o de la Educación del Consumidor. Esto suele ocurrir en temas como el cuerpo humano y su fisiología, donde es frecuente tratar aspectos de higiene, prevención de enfermedades, creación de hábitos saludables, etc., o la expresión corporal en el área de la Educación Física.

En este nivel situamos la realización de actividades de salud y consumo secuenciadas y organizadas, pero descontextualizadas del resto de la programación de aula. Es el caso de

los talleres de consumo o los módulos de salud, puestos en práctica como una actividad más o menos lúdica. Si se presentan como excepciones, en el seno de una programación disciplinar en la que no se tienen en cuenta los aspectos de la Educación para la Salud y del Consumidor, pueden perder significado para el alumnado. Así sólo conseguimos unos objetivos de menor alcance que los que se pueden obtener con una estrategia más integradora.

<i>Tercer Nivel</i>
TRATAMIENTO VERTICAL O DISCIPLINAR
<ul style="list-style-type: none"> • La EpS recibe el mismo tratamiento que una disciplina. • Puede ser una asignatura completa: optativa del nuevo Bachillerato, o de las Escuelas Universitarias de Magisterio, o bien un fragmento de asignatura. • Los Talleres de Consumo y Módulos de Salud son disciplinares si son abordados descontextualizados de las áreas. • Presenta tratamientos parciales no integrados en una perspectiva global. • El peligro estriba en plantearlos con estrategias metodológicas propias de las disciplinas, sin tener en cuenta los requisitos didácticos de la EpS.

Cuarto nivel. *Un centro escolar «saludable»*

Decimos que un centro escolar es *saludable y responsable con el consumo cuando posee un ambiente sano donde se aprende de una manera saludable y solidaria con el medio*. La salud y el consumo están presentes en la propia vida escolar. Se cuida el ambiente físico del centro para que constituya un lugar sano, cómodo, seguro, en el que tanto a profesores y profesoras como a alumnos, alumnas y personal no docente les agrade convivir: árboles y arbustos en el patio, aulas suficientemente iluminadas, ventiladas, amplias, pupitres y mesas en buen estado, lavabos y aseos limpios con espejos, jabón y papel higiénico, etc.

Un centro saludable y responsable con el consumo también atiende la manera de aprender y enseñar tratando de llevar a la práctica los valores y actitudes que pretenden promover la salud y el consumo responsable: el respeto por la vida, el amor a la naturaleza, la responsabilidad, la justicia, la solidaridad, la autoestima (actitud básica que posibilita el aprendizaje), etc. La organización de las actividades escolares debe respetar los diferentes ritmos de aprendizaje, para que las tareas de enseñar y aprender no se realicen «contra» los alumnos o los profesores, sino «con» ellos. Para crear un clima saludable se facilitan instrumentos de expresión al alcance de todos (tablones de anuncios, revistas, participación en los órganos colegiados del centro, etc.), y se potencian las relaciones personales para que todos se sientan parte importante del colectivo escolar.

Importa en este nivel que las decisiones cotidianas se traduzcan en una visión crítica y solidaria con el medio: la elección del tipo de papel, cómo se emplea y recicla éste, la selección y preparación de las comidas, la electricidad que se consume, el volumen de basura y desperdicios que se produce, etc. Asimismo, interesa potenciar la sensibilidad para percibir los problemas de los demás y procurar una actitud de colaboración y

compromiso con las personas, situaciones sociales o medioambientales que lo requieran. Se trata de explicitar y utilizar el currículo que antes era oculto, como una vía de transmisión de actitudes y valores. Es la manera de facilitar que la Educación para la Salud y del Consumidor no consista sólo en unos temas que se enseñan y se aprenden en un momento determinado, sino que impregnen toda la vida de la escuela.

No obstante, en este nivel de integración, los contenidos de salud no son planificados como el resto de los elementos del currículo, es decir, no son priorizados, secuenciados, desarrollados y evaluados. No se concretan en los proyectos curriculares de las áreas ni en las programaciones de aula, por lo que no siempre llegan a integrarse en las diversas materias de aprendizaje.

<i>Cuarto Nivel</i> UN CENTRO ESCOLAR «SALUDABLE»
<ul style="list-style-type: none">• Los objetivos de salud y consumo son considerados en la organización escolar y en el proyecto de centro.• Se procura «crear un ambiente sano donde se aprenda de una manera saludable y solidaria con el medio».• Las actividades escolares procuran fomentar los valores y actitudes propios de la salud y el consumo: en el cuidado del ambiente físico, en la manera de aprender y enseñar, en las relaciones interpersonales, en acciones solidarias con el entorno socio-natural.• La programación y las actividades de salud y consumo se hacen al margen de las áreas de conocimiento.

Quinto nivel. *Tratamiento transversal desde las áreas de conocimiento*

Los temas transversales pueden abordarse desde las diferentes áreas con cualquiera de los planteamientos anteriores, pero consideramos que un verdadero tratamiento transversal de la Educación para la Salud y de la Educación del Consumidor supone que todas o gran parte de las áreas de conocimiento participen en su desarrollo.

En este nivel de integración se mantiene la estructura disciplinar tradicional, pero las áreas incorporan la salud y el consumo en sus objetivos y contenidos. Esto no significa una ampliación de la materia, sino un cambio metodológico en el que la salud y el consumo impregnan el acto didáctico y donde se conjuga el saber escolar con el saber cotidiano, necesario para hacer frente a los problemas de salud de la vida diaria. De esta forma, la Educación para la Salud y la Educación del Consumidor colaboran en la construcción de los contenidos de todas o la mayoría de las diferentes disciplinas. También supone un cambio filosófico en el que se busca la trascendencia de la acción educativa.

Todo esto requiere: establecer una planificación previa seleccionando unos contenidos mínimos de salud y consumo para cada ciclo, curso y área; plantear desde una dimensión de salud y responsabilidad en el consumo los objetivos que se desea conseguir en cada una de las áreas; procurar que desde todas ellas se desarrollen los contenidos determinados evitando repeticiones innecesarias o que queden fuera del currículo temas que sean

fundamentales; determinar las estrategias necesarias para el desarrollo de capacidades y actitudes; y evaluar el proceso y los objetivos conseguidos, ya que sabemos que el alumnado sólo da importancia a lo que se evalúa.

La característica esencial de los temas transversales, cuando son tratados como tales, es la de promover la serie de valores que llevan implícitos, lo que requiere una acción conjunta y coordinada de los profesores y profesoras de la escuela, para evitar contradicciones entre los objetivos de salud y consumo que se han explicitado en el proyecto de centro y la actuación didáctica cotidiana.

<i>Quinto nivel</i>
TRATAMIENTO TRANSVERSAL DESDE LAS ÁREAS DE CONOCIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene la estructura vertical de las disciplinas, pero todas o gran parte de ellas se comprometen en el desarrollo de los contenidos de salud y consumo fijados. • La EpS y la EdC ofrecen una perspectiva diferente a los objetivos de las áreas. • Ambas colaboran en la construcción de los contenidos definidos para las áreas, y todas sus decisiones y actuaciones están impregnadas de salud y consumo. • Se requiere una programación de los contenidos de salud y consumo que deben tratarse a lo largo de la etapa y de los ciclos educativos.

Sexto nivel. *Las líneas transversales como ejes estructuradores de la enseñanza-aprendizaje*

Este nivel implica una mayor integración y compromiso, pues supone vertebrar alrededor de la Educación para la Salud y/o de la Educación del Consumidor (o de los otros temas transversales) todo o gran parte del currículo escolar. Los contenidos transversales se constituyen entonces en los núcleos estructurantes de la enseñanza-aprendizaje, en lugar de las áreas o disciplinas que tradicionalmente han servido para articularlo, en un intento de diseñar un currículo más integrador que globalice y unifiquen el estudio de la realidad, compartimentado por la organización en asignaturas. Éstas dejan de ser el único referente para la selección de los temas de estudio y se convierten en instrumentos, que aportan sus conceptos, sus procedimientos, sus valores, etc., para resolver los problemas globales que las líneas transversales presentan. El trabajo se puede organizar alrededor de proyectos de investigación o de centros de interés como, por ejemplo, «El cuidado personal y ambiental», «El agua: un tesoro» o «¿Existen las razas en la especie humana?». A partir de estos proyectos o grandes núcleos temáticos, se organizan las secuencias de actividades, adecuadas para cada ciclo o curso.

Abordar este planteamiento curricular requiere una modificación de la estructura organizativa del centro, donde los espacios y los tiempos educativos no vendrán condicionados por la existencia de unas áreas o disciplinas, sino por el desarrollo de estos proyectos de investigación. Se trata de establecer un currículo abierto que permita incorporar o eliminar contenidos según las necesidades o problemas de salud y consumo que se planteen. También supone un cambio metodológico y de enfoque de las áreas, al quedar los contenidos de éstas al servicio del estudio de los problemas de las

transversales. Se trata, por lo tanto, de una propuesta de enorme potencia renovadora de la organización escolar, de los contenidos y de los métodos de enseñanza-aprendizaje.

Convertir la salud, el consumo u otras líneas transversales en el eje vertebrador de todo el currículo es una gran tarea de innovación educativa, que puede resultar un objetivo excesivamente ambicioso para muchos centros docentes, pues significa deshacer la organización disciplinar y construir una nueva estructura. Tampoco se cuenta con muchos modelos que puedan servir de ejemplo donde el desarrollo del currículo se realice a partir de los temas transversales con secuencias donde actúen de hilo conductor. Debido a esta dificultad, y sin renunciar a este nivel de integración, proponemos la existencia de los «**espacios de transversalidad**» anteriormente mencionados, formados por unidades didácticas o proyectos de investigación, pero de un menor alcance. Ello supone que, en ciertos momentos, se rompe la «verticalidad curricular» para organizar y llevar a efecto estas nuevas formas de enseñanza-aprendizaje. Así pues, pueden coexistir al mismo tiempo la estructura disciplinar de las áreas, desde las que se aborda la salud transversalmente, con estos «espacios transversales de Salud y/o Consumo», que se pueden plantear diacrónicamente durante todo el curso escolar o en un tiempo determinado pero de mayor intensidad.

Tenemos entonces un **gradiente de transversalidad**, que va desde la organización del aprendizaje alrededor de las áreas hasta estructurar todos los contenidos a partir de los temas de salud y consumo (u otras líneas transversales), pasando por los espacios de transversalidad en convivencia con los espacios disciplinares, los cuales son mantenidos para responder a los contenidos de las áreas que no se han abordado en los proyectos diseñados.

<i>Sexto nivel</i>
LAS LÍNEAS TRANSVERSALES COMO EJES ESTRUCTURADORES DE LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE
<ul style="list-style-type: none">• Los contenidos curriculares se organizan alrededor de proyectos de investigación sobre temas o problemas de salud y/o consumo.• Las áreas dejan de existir como tales y se convierten en instrumentos al servicio de las transversales.• Se requiere una nueva estructura organizativa de los centros docentes.• No existen modelos suficientes, sobre todo para la etapa Secundaria, lo que denota su dificultad.• Situación intermedia entre este nivel y el anterior son los espacios de transversalidad.

Séptimo Nivel. La escuela promotora de salud y responsable con el consumo

Este es el mayor nivel de integración de la Educación para la Salud y del Consumidor y tiene como uno de sus objetivos principales contribuir al desarrollo de la salud y de las ideas de responsabilidad con el consumo del alumnado y de la comunidad donde se ubica, procurando hacer fáciles los comportamientos saludables, promoviendo actitudes y conductas que lo posibiliten y propiciando un cambio en la consideración social de ciertas pautas de comportamiento. A tal fin, se cuida de modo especial los factores que contribuyen a la creación del ambiente escolar saludable y responsable. Pero lo que

caracteriza a este nivel es la importancia que concede al ámbito social. Para ello, realiza proyectos de trabajo respecto a problemas de salud y consumo que son relevantes para el alumnado e importantes para la sociedad. De esta forma, se contribuye a establecer y consolidar las políticas saludables promovidas por las instituciones y se colabora a reforzar las acciones comunitarias participando en proyectos que en estas instancias se proponen.

Propicia que el alumnado sea *agente activo de la salud y de la responsabilidad en el consumo*, divulgando informaciones, actitudes y pautas de conducta, procurando que las acciones que se llevan a cabo en el centro no queden entre las cuatro paredes de las aulas, sino que lleguen al resto de la comunidad. El hecho de que el alumnado cobre protagonismo en las actuaciones que se llevan a cabo en la escuela y fuera de ella no sólo desarrolla las actitudes y recursos individuales, sino que contribuye a crear un ambiente social donde los mensajes saludables son mejor recibidos. En este nivel, la escuela intenta no sólo difundir conocimientos a través del alumnado, sino también modificar comportamientos de riesgo en los adultos y «desarrollar la sensibilidad y atención hacia las necesidades de los hijos, propios y ajenos» (Ferrari, 1992). Esto requiere la constitución de una *comisión escolar de salud* donde participen los diversos agentes sociales, de forma que cada uno colabore desde su perspectiva en la empresa de hacer de la escuela un centro difusor de salud y en la responsabilidad frente al consumo.

<i>Séptimo nivel</i>
LA ESCUELA PROMOTORA DE SALUD Y RESPONSABLE CON EL CONSUMO
<ul style="list-style-type: none"> • Los alumnos son considerados agentes activos que promueven las ideas de salud y responsabilidad con el consumo. • Se constituye la Comisión Escolar de Salud y Consumo. • Se exportan las actividades del aula fuera del centro. • Se refuerzan las acciones comunitarias mediante proyectos de investigación adecuados.

5. UNA PROPUESTA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR

5.1. OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR

5.2. OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

5.3. PROPUESTA DE CONTENIDOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR

5. UNA PROPUESTA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR

Al hablar de la transversalidad en el capítulo anterior hemos comentado que los temas transversales no significan una ampliación del currículo, que no añaden nuevos contenidos a los especificados en las diferentes áreas. Si esto es así, ¿por qué una propuesta para desarrollar la Educación para la Salud y del Consumidor?

Sin pretender añadir nuevos temas al currículo escolar, consideramos interesante presentar una perspectiva global de lo que se pretende conseguir. Se trata de recoger las propuestas que el propio currículo prescriptivo realiza sobre la Educación para la Salud y del Consumidor y desarrollar el significado que estos conceptos tienen, y con ello construir un marco donde tengan sentido las acciones que se lleven a cabo. La Educación para la Salud y del Consumidor aparecen en los currículos de todas las etapas educativas (Infantil, Primaria y Secundaria) y está presente en los objetivos generales de etapa, en las introducciones a las áreas de conocimiento, en los objetivos de las mismas, en los contenidos y en los criterios de evaluación.

En todos los objetivos generales de las diferentes etapas educativas se encuentran elementos de salud y consumo, y no puede ser de otra manera, puesto que la Educación para la Salud y del Consumidor son materias transversales y, por lo tanto, poseen unas características globalizadoras que hacen que sus objetivos coincidan con los del sistema educativo. No obstante, la Educación para la Salud y del Consumidor poseen a su vez unos objetivos específicos y unos contenidos propios de este ámbito de conocimiento y experiencia.

La presentación de una serie de objetivos y unos contenidos que los desarrollen, como ocurre con las áreas de conocimiento, da carácter y sentido a los temas transversales, por lo que, si se quiere programar, realizar actividades sobre ellas, evaluar, etc., se requiere un marco de referencia que especifique lo que se pretende. Se trata de realizar una tentativa para comunicar los principios y rasgos esenciales de un propósito educativo, pero de forma que permanezca abierto a la discusión y a la crítica, que pueda estar en continua evolución y que pueda trasladarse efectivamente a la práctica.

Nuestra propuesta no pretende ser restringida y cerrada, sino abierta y flexible, ya que no es más que una hipótesis de trabajo que debe ser completada con la participación de los agentes escolares implicados (profesores, alumnos y padres), que la concreten y contextualicen en un lugar y un tiempo determinados. Por ello, la propuesta debe poder adaptarse a las múltiples realidades de los centros escolares, para permitir –a partir de una constante evaluación procesual– su modificación y/o retroalimentación en función de los problemas que surjan y de los resultados que se obtengan.

Si los grandes fines del sistema educativo son promover el desarrollo integral de las personas y transmitir nuestro legado cultural a las nuevas generaciones, podemos indicar que la Educación del Consumidor y la Educación para la Salud colaboran en la

consecución de estos objetivos. Su contribución abarca las capacidades que hay que desarrollar en el alumnado: cognitivas, motoras y, sobre todo, de equilibrio personal, de relación interpersonal y de actuación social.

5.1. OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR

Entre las intenciones educativas de la Educación del Consumidor y Usuario en la escuela, se pueden señalar las siguientes:

1. La formación de personas consumidoras y usuarias, conocedoras del funcionamiento de la sociedad de consumo y de su estructura de mercado, críticas y conscientes de sus comportamientos.
2. El desarrollo en el alumnado de las habilidades y los procedimientos necesarios que les permitan investigar el entorno para resolver adecuadamente los problemas que los actos de consumo les plantean.
3. El desarrollo en los escolares de actitudes positivas hacia el consumo responsable, fomentando el sentido asociativo y de participación comunitaria para la defensa de sus intereses como consumidores y usuarios.
4. La toma de conciencia de la relación existente entre consumo, medio ambiente, salud, etc., asumiendo comportamientos responsables en el plano individual y colectivo.

La Educación del Consumidor debe aportar aprendizajes cognitivos, procedimentales y actitudinales en cualquiera de los temas planteados, dando a conocer la realidad, dotando al alumnado de recursos para resolver los problemas específicos de esa temática y fomentando actitudes positivas y responsables hacia la misma.

5.2. OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La Educación para la Salud debe ser considerada desde un punto de vista positivo, pues trata de ofertar recursos e información y desarrollar las capacidades personales para mejorar las condiciones de vida, tanto individuales como colectivas. Por ello, podemos concretar los siguientes objetivos que deben tratar de conseguirse en la escuela:

1. Aprender a identificar los riesgos, ventajas y problemas que existen para la salud individual y colectiva, valorarlos adecuadamente y tomar las decisiones pertinentes.
2. Cuidarse a sí mismo y a los demás, fomentando en el alumnado actitudes que promuevan la salud y las conductas saludables, concienciándolos de la responsabilidad que tienen sobre su propia salud y la de la comunidad.
3. Buscar información y ayuda en cuestiones de salud, sabiendo utilizar los servicios del sistema sanitario.

4. Relacionarse con los demás y con el medio ambiente de forma saludable, fomentando un desarrollo físico y afectivo-social sano y equilibrado en un ambiente adecuado.
5. Proyectar en la comunidad las experiencias desarrolladas en la escuela para conseguir en la familia y en el medio social una respuesta positiva hacia la promoción de la salud.

Además del aprendizaje de conceptos y procedimientos, y de la generación de actitudes positivas hacia la salud, la finalidad de la Educación para la Salud es la modificación o afianzamiento de hábitos de vida saludables, dado que son los comportamientos relacionados con la salud los que se deben educar, pues *no estamos sanos por lo que sabemos, sino por lo que hacemos*. Ahora bien, las conductas no se desarrollan y se consolidan sin que previamente exista una actitud positiva hacia las mismas, y las actitudes no aparecen si no existe un aprendizaje significativo de los contenidos que las determinan.

La Carta de Ottawa establece que la Promoción de la Salud es el conjunto de estrategias que permiten mejorar los determinantes de salud y desde esta perspectiva la escuela es un excelente instrumento promotor de salud. Sin embargo, la Educación para la Salud no se ciñe exclusivamente a la Promoción de la Salud, sino que actúa también en la Prevención de la Enfermedad, porque intenta que ésta no aparezca, y tiene relación con el Tratamiento, porque la educación enseña a convivir con la enfermedad y a tener los cuidados necesarios para, si es posible, superarla.

Para todo ello se requiere:

1. La adquisición de los CONOCIMIENTOS necesarios para la promoción y protección de la salud, tanto individual como colectiva y del medio ambiente.
2. El desarrollo de las ACTITUDES que motiven al individuo a obtener el mayor grado posible de salud y bienestar, concienciándolo de la responsabilidad que tiene sobre su propia salud y la de la comunidad.
3. El establecimiento de los HÁBITOS y PRÁCTICAS ESENCIALES para la salud, valorando las conductas saludables como uno de los aspectos básicos para la calidad de vida. Esto significa rechazar pautas de comportamiento que aparten al individuo de la adquisición de un bienestar físico, mental y social.

Estos tres objetivos no son independientes, sino que están relacionados entre sí y cada uno sirve de vehículo a los demás promoviendo indirectamente su consecución.

Conviene insistir en que al abordar la salud y el consumo, así como los demás temas transversales, la información que reciben los individuos no se traduce directamente en formación personal, sino que es necesario poner mayor énfasis en los contenidos actitudinales y procedimentales, que son los que tienen un mayor carácter educativo y permiten la interiorización de conceptos y hechos.

5.3. PROPUESTA DE CONTENIDOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR

La importancia que se les ha dado a la Educación para la Salud y a la Educación del Consumidor en la formación de los ciudadanos queda recogida en los objetivos finales de las diferentes etapas educativas. Las áreas de conocimiento, como subordinadas a dichos objetivos, deben procurar darles respuesta al desarrollar sus contenidos. Sin embargo, con un tratamiento puramente disciplinar, son muchos los matices que pueden quedar pobremente definidos: actitudes, valores, procedimientos e incluso conceptos importantes es probable que sean abordados tangencialmente.

Para evitar esta circunstancia, se insiste en el carácter transversal de muchos contenidos, señalando que deben tratarse desde una perspectiva globalizadora y holística para poder dar respuesta a los objetivos finales de las etapas educativas. Es evidente que todo ciudadano debe recibir una educación mínima sobre salud y consumo necesaria para la vida durante su etapa escolar. No se trata únicamente de crear actitudes positivas hacia ciertos estilos de vida, sino de procurar un aprendizaje significativo de determinados conceptos, procedimientos y habilidades personales y sociales que posibiliten una toma de decisiones suficientemente informadas sobre pautas de comportamiento.

Tradicionalmente, los contenidos de salud y consumo que deben tratarse en la escuela han venido concretándose en una serie de temas tópicos, acerca de los cuales existe un consenso generalizado. No obstante, dada la dificultad de abordarlos todos, debemos presentar al alumnado, de acuerdo con su nivel evolutivo, unos contenidos potenciales de salud y de consumo, de los cuales se debe dar prioridad a aquellos más adecuados a sus características y a las necesidades o problemas de salud o consumo detectados en el centro educativo.

En la propuesta de contenidos se debe prestar atención tanto a las investigaciones epidemiológicas (SIDA, drogas, alimentación, etc.), como a las investigaciones de las ciencias sociales que nos indican las causas de los problemas de salud y consumo existentes (sedentarismo, publicidad, ocio, etc.). De esta forma, podremos determinar tras un análisis de la propia realidad y del contexto del centro educativo, la pertinencia o el grado de desarrollo de cada uno de los contenidos.

En Educación para la Salud, Williams y Young (1989) presentan, avalados por la OMS, el siguiente listado de contenidos que deben tratarse en la escuela:

1. Cuidados personales, incluyendo la higiene y la salud dental.
2. Relaciones personales y humanas, incluyendo la educación sexual (esto puede abarcar también aspectos de salud mental y emocional que son comunes a otros temas).
3. Alimentación saludable y nutrición.
4. Uso y abuso de medicamentos y drogas legales e ilegales (tabaco, alcohol, coca, etcétera).
5. Medio ambiente y salud, incluyendo la referencia a energía nuclear y equilibrio de gases en la atmósfera.

6. Seguridad y prevención de accidentes, incluyendo primeros auxilios.
7. Educación para el consumo.
8. Los servicios comunitarios de salud.
9. Vida familiar (tratada a veces junto a la educación sexual).
10. Prevención y control de enfermedades.

Asimismo, los contenidos más relevantes de consumo en la escuela se han venido organizado en torno a una serie de tópicos o núcleos temáticos. Como ejemplo, citaremos la propuesta de contenidos que realiza la Junta de Andalucía (Sanagustín *et al.*, 1991):

1. Higiene. Accidentes.
2. Alimentación.
3. Ropa y calzado.
4. Juguetes.
5. Tecnología. Medios de comunicación (teléfono, prensa, radio, televisión).
6. Vivienda.
7. La calle, la escuela. Servicios Públicos. Asociaciones.
8. Ocio y tiempo libre.
9. Transportes.
10. Tiendas, kioscos, supermercados.
11. Sistema monetario.
12. Publicidad.
13. Basuras.
14. Medios de producción y comercialización.
15. Contaminación.

Pero éstas no son las únicas propuestas de contenidos de salud y consumo que se han hecho para la escuela. Debemos mencionar las realizadas por la *Generalitat* de Cataluña, la Comunidad de Madrid, el País Vasco, Albacete, Murcia, Galicia, etc.

Alrededor de estos tópicos se vienen estructurando una serie de contenidos curriculares cuyo componente principal son las actitudes, que, junto con los procedimientos y los hechos, conceptos y principios, motiven y capaciten al alumnado para:

- Recibir, filtrar y seleccionar la información que les llega.
- Utilizar distintas fuentes para buscar la información que necesiten.
- Tomar decisiones.
- Resolver problemas.
- Asumir responsabilidades.
- Actuar coherentemente con los compromisos adquiridos.

Al estudiar con detenimiento las diferentes sugerencias presentadas, observamos que existen muchos temas comunes de salud y de consumo, pues en todos los listados hay materias similares y coincidentes. Por ello, y en aras de no repetir contenidos, la propuesta que presentamos a continuación es común para ambas materias transversales. Tiene la virtualidad de no exponer los tópicos de salud y consumo como un listado de temas que deben tratarse, sino que los agrupa en cinco grandes módulos de contenidos. Se intenta de esta manera presentar las diferentes dimensiones que los conceptos de salud y consumo actualmente manifiestan y que se pretenden trabajar en la escuela.

La importancia de presentar, frente a los listados de tópicos al uso, un currículo de contenidos organizado en módulos temáticos radica en el hecho de que se pueden establecer más fácilmente relaciones entre éstos y aparece una jerarquización que plasma las ideas estructurantes alrededor de las cuales se establecen las actividades de enseñanza-aprendizaje. Creemos que es una forma adecuada de diferenciar lo importante de lo accesorio, de dar un determinado sentido a contenidos de carácter polisémico y de establecer las líneas de trabajo e investigación en el aula.

Asimismo, los contenidos se presentan estructurados de manera que se puedan ampliar con facilidad a otros temas transversales, como la Educación Sexual, la Educación Ambiental, la Educación para la Igualdad de Oportunidades, etc. De hecho, la propuesta presenta contenidos relativos a estos temas que están directamente relacionados con la Salud y el Consumo. La idea de realizar una reflexión sobre el significado del Medio Ambiente, de la Paz, de la Coeducación, etc., y concretar unos contenidos que deben desarrollarse en el aula de forma que se pudieran integrar en una gran propuesta de transversalidad consideramos que facilitaría el trabajo y le daría una mayor coherencia.

Es necesario recordar que no conviene perder de vista el gran dinamismo que caracteriza a los temas transversales, pues la rapidez con la que evoluciona nuestra sociedad nos obliga a replantearnos periódicamente las prioridades educativas en la selección de los temas de estudio.

PROPUESTA DE CONTENIDOS DE SALUD Y CONSUMO

Módulo 1. Cuidado personal y ambiental

1. Higiene de las personas (aseo y posturas deformantes).
2. Higiene de la ropa, calzado y otros objetos personales.
3. Compra, lectura de etiquetas y utilización de los elementos de uso personal.
4. Seguridad y prevención de accidentes. Primeras curas.
5. Prevención de enfermedades infecciosas. Vacunas.
6. Respeto y cuidado ambiental.

Módulo 2. Equilibrio personal

1. Crecimiento y desarrollo físico.
2. Desarrollo de la autoestima.
3. La sexualidad como dimensión afectiva.
4. Iguales pero diferentes: coeducación, interculturalismo, racismo, xenofobia.
5. Actividad y descanso. Ocio y tiempo libre.

Módulo 3. Funcionamiento de la sociedad de consumo

1. El comercio y el dinero.
2. La publicidad, la moda y los agentes estimuladores del consumo.
3. Bienes y servicios (productos, transportes, vivienda, servicios públicos, etc.).
4. Residuos y materiales de desecho.
5. El sistema sanitario.

Módulo 4. Alimentación y nutrición

1. Alimentación, crecimiento y desarrollo.
2. Los alimentos.
3. Compra y etiquetado.
4. Los aditivos.
5. La dieta equilibrada.
6. Higiene en la alimentación.
7. Alimentación, cultura y medio.

Módulo 5. Promoción de estilos de vida

1. Estilos de vida saludables.
2. Estilos de vida responsables hacia el consumo.
3. Consecuencias del consumo excesivo de TV y otros medios audiovisuales.
4. Consumo de sustancias de riesgo (medicamentos, drogas, alcohol, tabaco, etc.).
5. Derechos y deberes del consumidor y usuario. Asociaciones.

Volvemos a insistir en que la presente propuesta es de un currículo potencial de salud y consumo y no debe ser contemplada, ni mucho menos, como una nueva materia. Los contenidos que se indican en cada módulo no son cerrados y tratan de ofrecer la orientación y filosofía que se persigue en cada uno de ellos. Sólo se trata de presentar una relación de contenidos que incluyen actitudes, procedimientos, hechos y conceptos que consideramos debe conocer todo el alumnado a lo largo de la educación formal, y por tanto deben ser desarrollados en la escuela.

Pensamos que ésta es una buena forma de asegurar a todos los estudiantes la igualdad de oportunidades para acceder a este tipo de conocimiento, a la educación en un ámbito tan fundamental para su vida como es la salud y el consumo. No obstante, su nivel de integración como líneas transversales, su ubicación en las diferentes etapas y ciclos, y su profundidad y reiteración, son decisiones que corresponde tomar al claustro de profesores y concretar en su proyecto de centro. El papel atribuido a los equipos docentes en la elaboración de los proyectos curriculares proviene de considerar que estos contenidos sólo serán funcionales en la medida en que sean asumidos colectivamente y que haya un grado elevado de reflexión y comprensión de los mismos (Del Carmen, 1990).

Todos los módulos están contemplados desde las dimensiones física, mental y social. No obstante, cada uno de ellos desarrolla preferentemente una de estas perspectivas. El primer módulo, que hemos denominado **Cuidado personal y ambiental**, presenta objetivos y contenidos que remarcan la importancia de la limpieza e higiene, pero considerando la persona como parte de su entorno, sin desatender el cuidado con el medio ambiente, especialmente el más próximo. Creemos que por aseo no debe entenderse exclusivamente el personal, sino incluir la dimensión de la responsabilidad de no deteriorar el medio y controlar las basuras que generemos. En este campo de compromiso personal y con el entorno enmarcamos la seguridad vial y la prevención de accidentes. Asimismo, la higiene no puede restringirse a la limpieza de la piel, sino que debe abarcar también la prevención de contraer enfermedades infecciosas, conocer los procedimientos necesarios para escoger las prendas de vestir más adecuadas y saber conservarlas, etc.

En el segundo módulo, **Equilibrio personal**, tiene mayor importancia la dimensión psíquica o mental y las actitudes saludables y consumeristas. En él se contempla la individualidad y diferencia entre las personas al mismo tiempo que sus semejanzas. Se intenta mejorar la autoestima como medio de alcanzar una cierta madurez personal, procurando para ello crear el clima de aula que permita las situaciones favorecedoras del desarrollo de las capacidades de los individuos. Este módulo procura tratar la sexualidad como una dimensión afectiva y como una forma de relacionarse con uno mismo y con los demás, no como un apéndice en el tema de la reproducción; valorar a las personas por lo que son y no por lo que tienen (dinero, color de piel, costumbres distintas, etc.). Reconocer los peligros que pueden desequilibrar el desarrollo personal, sabiendo buscar y utilizar los momentos de descanso y no dejándose llevar por reclamos publicitarios que ofrecen productos o usos innecesarios.

El tercer módulo, **Funcionamiento de la sociedad de consumo**, nos permite comprender las características y los mecanismos por los que se rige la sociedad actual: es una introducción a la dimensión social de la salud y el consumo. En él se analizan los diferentes bienes y servicios que se ponen a nuestro alcance para aumentar nuestra calidad de vida: vivienda, transporte, sistema sanitario, etc. Asimismo, pretende la toma de conciencia sobre el peligro que el exceso de consumo significa, tanto para el propio individuo como para la naturaleza, basuras, desperdicios, desechos, etc.

El cuarto bloque, **Alimentación y nutrición**, es un ejemplo de cómo los conceptos de salud y consumo se solapan dando lugar a un módulo integrado con contenidos que suelen tratarse de manera separada desde diversos campos. En él se consideran todas las dimensiones que afectan a la nutrición y a la alimentación: la elección de la comida, los factores que influyen en ella, el desarrollo de las habilidades necesarias para confeccionar una dieta equilibrada, etc. En suma, se pretende con este módulo que el alumnado desarrolle pautas alimenticias saludables y responsables frente al consumo de acuerdo con las características personales y las posibilidades que le brinda el entorno.

El quinto módulo, **Promoción de estilos de vida**, hace más hincapié en los aspectos sociales de la salud y consumo, pero viene a ser una recapitulación de los temas tratados con anterioridad; aceptada la dimensión individual, tanto física como mental, de los problemas de salud y consumo, y las responsabilidades que tenemos con nuestro propio cuerpo y el entorno donde vivimos, se trata de no culpabilizar en exceso a los individuos de sus pautas de conducta, dada la influencia que en ellas tiene la presión social del medio. Trataremos de desarrollar sus capacidades personales y la responsabilidad que tienen consigo mismos y con los demás, al tiempo que mantenemos una actitud crítica con las presiones que desde el medio se ejercen.

Desarrollar estilos de vida saludables y responsables frente al consumo significa comprender que cada persona es el resultado de un proceso de desarrollo en el que intervienen la carga genética y la influencia del medio, y que muchas características personales las podemos variar con nuestra voluntad concretándola en mantener un determinado comportamiento. Tener una actitud responsable con el consumo no significa consumir poco, sino hacerlo de forma crítica, solidaria y comprometida, procurando hacer que prevalezcan los derechos de los consumidores frente a posibles abusos de fabricantes y comerciantes, y desarrollando una conciencia ciudadana y de compromiso con el medio.

6. METODOLOGÍA PARA INTRODUCIR LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR COMO LÍNEAS TRANSVERSALES EN EL PROYECTO DE CENTRO

- 6.1. ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS GENERALES DE ETAPA Y DE LAS ÁREAS DE CONOCIMIENTO BAJO LA PERSPECTIVA DE LA SALUD Y EL CONSUMO**
- 6.2. CONCRECIÓN DE UNA PROPUESTA DE CONTENIDOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR**
- 6.3. RELACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LAS ÁREAS DE CONOCIMIENTO CON LA PROPUESTA DE SALUD Y CONSUMO**
- 6.4. ELECCIÓN DEL NIVEL DE INTEGRACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR**
- 6.5. LOS PROYECTOS DE TRABAJO EN LOS ESPACIOS DE TRANSVERSALIDAD**

6. METODOLOGÍA PARA INTRODUCIR LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR COMO LÍNEAS TRANSVERSALES EN EL PROYECTO DE CENTRO

Hemos comentado en los capítulos anteriores que los decretos que presentan los currículos de las diferentes etapas educativas señalan que las enseñanzas transversales no suponen ni deben suponer la introducción de nuevos contenidos diferentes a los que ellos especifican y, sin embargo, hemos definido una propuesta de contenidos transversales, en concreto de salud y consumo. Por lo tanto, parece que la pregunta ahora es: ¿cómo contemplar estos contenidos en el currículo escolar de forma que no aumente la materia que debemos desarrollar?

Frente a la organización tradicional del saber escolar, se nos indica que los temas transversales deben «impregnar» el currículo, es decir, calarlo, empaparlo. Este «calado» significa que debemos embeber el currículo de las áreas con los diferentes asuntos que constituyen las transversales, esto es, ambientarlo, hacerlo coeducativo, procurar que la escuela sea saludable, etc. Pero... la pregunta continúa siendo: ¿cómo llevar a la práctica estas ideas?

Introducir la Educación para la Salud y del Consumidor como tema transversal supone analizar, desde la nueva perspectiva que proporcionan estas materias, los objetivos educativos que pretendemos, los contenidos de enseñanza-aprendizaje seleccionados y las actividades que se desarrollan. Este análisis debe hacerse no sólo desde los contenidos conceptuales de salud y consumo, sino también, y sobre todo, desde los actitudinales y procedimentales. De esta forma, las áreas de conocimiento o disciplinas estarán «impregnadas» de transversalidad al tiempo que los temas de salud y consumo serán desarrollados a través de los distintos campos de conocimiento.

El examen debe ser detenido y riguroso porque existe el peligro, si se da prioridad a un planteamiento disciplinar, de no abordar toda la riqueza educativa que proporcionan los temas de salud y consumo, o por el contrario, si se adopta un mayor nivel de integración de las líneas transversales basándose en proyectos, de no desarrollar suficientemente el currículo prescriptivo de las áreas de conocimiento.

Para evitar estos posibles peligros, proponemos la siguiente estrategia metodológica a fin de integrar, de una manera equilibrada en el currículo escolar, la Educación para la Salud y del Consumidor como líneas transversales:

1. Analizar los objetivos generales de la etapa educativa y de las áreas de conocimiento o disciplinas bajo la dimensión actual que aportan los conceptos de salud y consumo comentados.
2. Concretar una propuesta de contenidos de Educación para la Salud y del Consumidor que se considere necesario desarrollar en la correspondiente etapa

educativa (ciclo o nivel), de acuerdo con el ámbito de actuación del oportuno proyecto curricular.

3. Relacionar los contenidos de las áreas de conocimiento o de las disciplinas con la propuesta de contenidos de salud y consumo seleccionada.
4. Elegir el nivel de integración de la Educación para la Salud y del Consumidor.

6.1. ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS GENERALES DE ETAPA Y DE LAS ÁREAS DE CONOCIMIENTO BAJO LA PERSPECTIVA DE LA SALUD Y EL CONSUMO

La primera cuestión que debemos plantearnos es el análisis detenido de los objetivos de la etapa, ciclo y área o disciplina, pero bajo la perspectiva que aportan la salud y el consumo. En este estudio las cuestiones transversales deben suponer para el equipo docente un «tamiz para la lectura crítica» de estos objetivos, un prisma a través del cual mirar y ver; es decir, la relectura de estos objetivos debe hacerse teniendo en cuenta los nuevos valores y las nuevas actitudes que se quiere promocionar y que las transversales señalan.

Es evidente que esto significa tener definidos y clarificados estos valores que se desea promocionar, para que la fuerte carga actitudinal de los temas de salud y consumo se encuentren en los objetivos prescriptivos. Una adecuada lectura de los objetivos escolares a través de esta nueva dimensión hace que encontremos en ellos aspectos novedosos y confluentes con la filosofía transversal, y observemos cómo los propios objetivos, tanto de las etapas como de las disciplinas, son semejantes a los objetivos transversales y en todos ellos aparecen, de forma explícita o implícita, componentes de salud y consumo.

Esto no puede sorprendernos, puesto que la educación, entendida de forma integral, es una acción promotora de salud y de responsabilidad frente al consumo, al pretender desarrollar las capacidades de las personas y aspirar a la formación de futuros ciudadanos críticos y responsables. Existe, por tanto, una relación biunívoca entre los objetivos del sistema educativo y los fines de la Educación para la Salud y del Consumidor. Aquellos tienen numerosos componentes de salud y consumo, y éstos contribuyen plenamente al desarrollo de los fines del sistema educativo.

Entre estos objetivos se encuentran pautas de comportamiento que se deben facilitar y la generación de las correspondientes actitudes que permitan y posibiliten dichas conductas: la limpieza del aula y del centro, la no discriminación por razón del sexo, el trabajo en el huerto escolar, la conservación del mobiliario, el cuidado entre todos de los árboles del jardín, etc., son actitudes y conductas que han venido formando parte del currículo oculto de la escuela, y es importante que comiencen a ser explicitados para poder incidir sobre ellos.

A título de ejemplo, podemos recoger el enunciado de algunos objetivos de las Etapas educativas Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria.

En la Etapa Infantil se dice:

«Los objetivos pretenden que las niñas y los niños de esta etapa se conviertan en miembros activos de su comunidad inmediata, que interactúen y se comuniquen

con los otros en la resolución de los problemas cotidianos y vitales en los que se encuentran involucrados, mediante la participación y el recreo en su cultura».

Los tres primeros objetivos generales para la Educación Primaria indican:

- «a) Comprender y producir mensajes orales y escritos en castellano y, en su caso, en la lengua propia de la Comunidad Autónoma, atendiendo a diferentes intenciones y contextos de comunicación, así como comprender y elaborar mensajes orales y escritos sencillos y contextualizados en una lengua extranjera.*
- b) Comunicarse a través de medios de expresión verbal, corporal, visual, plástica, musical y matemática, desarrollando la sensibilidad estética, la creatividad y la capacidad para disfrutar de las obras y manifestaciones artísticas.*
- c) Utilizar en la resolución de problemas sencillos los procedimientos adecuados para obtener la información pertinente y representarla mediante códigos, teniendo en cuenta las condiciones necesarias para su solución.»*

Los objetivos generales 4º, 5º y 6º de la Etapa Secundaria Obligatoria señalan:

- «a) Elaborar y desarrollar estrategias de identificación y resolución de problemas en los diversos campos del conocimiento y la experiencia, mediante procedimientos intuitivos y de razonamiento lógico, contrastándolas y reflexionando sobre el proceso seguido.*
- b) Formarse una idea ajustada de sí mismos, de sus características y posibilidades y desarrollar actividades de forma autónoma y equilibrada, valorando el esfuerzo y la superación de las dificultades.*
- c) Relacionarse con otras personas y participar en actividades de grupo con actitudes solidarias y tolerantes, libres de inhibiciones y prejuicios y rechazando todo tipo de discriminaciones debidas a la raza, el sexo, la clase social, las creencias y a otras características individuales, sociales y culturales.»*

En estos objetivos, utilizados únicamente como ejemplo, se pueden observar componentes de salud y/o consumo, ya que todos ellos, como el resto de objetivos no citados, pretenden el desarrollo de capacidades personales. En ellos existe alguna de las dimensiones, física, psíquica o social, que señalan los conceptos de salud y consumo propuestos. ¿Acaso no todos ellos intentan desarrollar la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente? ¿No pretenden que los alumnos conozcan el medio que les rodea, y dotarles de las habilidades necesarias para resolver los problemas cotidianos, y que adquieran una conciencia crítica y solidaria?

Consideramos un error pensar que sólo aquellos objetivos en los que se menciona la palabra salud o consumo, o se observa una relación directa con estos términos, conciernen a la Educación para la Salud y del Consumidor. Como consecuencia, no podemos hacer una selección de cuáles son los objetivos generales de las etapas educativas que afectan a la Educación para la Salud o a la Educación del Consumidor, porque al estudiar con detenimiento el resto de los objetivos propuestos por la Administración educativa, observamos que están redactados de forma que implican

todo tipo de capacidades, cognoscitivas, afectivas, motoras, de relación interpersonal y de inserción y actuación social. A todas las áreas de conocimiento concierne la consecución de estos objetivos, por lo que desde todas ellas se debe contribuir a su desarrollo y precisamente éste es el sentido de la transversalidad. No entendemos que pueda ser de otra manera.

Lo mismo que ocurre con los objetivos de etapa tiene lugar al analizar los objetivos generales de las distintas áreas de conocimiento, aunque existen enunciados muy específicos que dificultan una visión trascendente y globalizadora. Para facilitar esta reflexión y análisis de cada uno de los objetivos de las áreas desde la perspectiva de la Educación para la Salud y del Consumidor, que nos permita encontrar en nuestras acciones las dimensiones de estas transversales, proponemos cumplimentar una ficha semejante a la recogida en la tabla I.

La manera en la que la presente ficha puede ayudarnos a la reflexión sobre los objetivos generales de la etapa y de las áreas, es la siguiente: una vez que hemos escrito en la parte superior el objetivo motivo de análisis, en la parte posterior debemos remarcar el significado que éste tiene desde la perspectiva de la Educación para la Salud y del Consumidor, así como la manera en la que estas transversales pueden colaborar en el cumplimiento de este objetivo. Ello significará un esfuerzo por integrar los objetivos de salud y consumo en los objetivos de las diferentes áreas, que ya vienen especificados.

Tabla I

ÁREA DE CONOCIMIENTO
Objetivo nº _____ (enunciado)

Significado desde la Educación para la Salud y del Consumidor:

6.2. CONCRECIÓN DE UNA PROPUESTA DE CONTENIDOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR

¿Con la reconsideración de los objetivos se ha terminado la puesta en práctica de la transversalidad? No, sólo ha sido el necesario comienzo. Una vez clarificadas las relaciones existentes entre los objetivos de la Educación para la Salud y la Educación del Consumidor y los objetivos generales de las diferentes áreas de conocimiento, el siguiente paso consiste en determinar cuáles son los contenidos mínimos de salud y consumo que todos los escolares, de acuerdo con sus características y las de su contexto, deben conocer al finalizar la etapa educativa.

Se trata de abordar los contenidos que desarrollan los temas transversales, en esta ocasión de salud y consumo, por parte del equipo docente. Ésta es una toma de decisiones de gran importancia, dado que significa dar prioridad a lo importante, establecer relaciones entre conceptos, secuenciar y organizar los aprendizajes, disponer los temas «fronterizos», que afectan a varias áreas de conocimiento, y concretar la profundidad en el desarrollo de los temas principales.

Pero ¿es necesario concretar una propuesta de salud y consumo para llevarla a cabo en la escuela por parte del profesorado? Todos los contenidos vienen descritos en el currículo, fundamentalmente los conceptuales y los procedimentales y son contemplados en las diferentes áreas de conocimiento: en las Ciencias de la Naturaleza/Conocimiento del Medio, se trata de las personas y la salud, así como del medio ambiente; en Sociales, se considera el consumo; en el área de Lenguaje, se trata de la comunicación interpersonal; en el área de la Educación Física, la contribución al desarrollo locomotor, etc. Así pues, podría pensarse que si los conceptos o procedimientos de los temas transversales son desarrollados en unas determinadas áreas, no es necesario realizar una propuesta para que también puedan ser consideradas en el resto de las disciplinas; es más, su estudio podría dar lugar a reiteraciones innecesarias y a considerarlas como una especie de apéndice artificial, que no generaría otra actitud hacia ellas más que la de su eliminación.

Sin embargo, debemos tener en cuenta dos cuestiones: la primera es que la ubicación de ciertos temas transversales en determinadas áreas se ha realizado para garantizar que éstos sean tratados al menos en aquellas materias que presentan mayor afinidad con ellos. La segunda es que no podemos considerar exclusivamente las actitudes como cuestiones transversales, sino que también los contenidos y procedimientos lo son. En las clases de lenguaje, al realizar comentarios de texto acerca de la igualdad de oportunidades para los sexos, ¿estamos sólo trabajando cuestiones actitudinales o tratamos la técnica de los comentarios de texto? Los conceptos referidos al Medio Ambiente y Educación Ambiental ¿se desarrollan únicamente en las clases de Sociales o Geografía? El tratamiento del tema de la drogadicción ¿corresponde exclusivamente a la asignatura de Ciencias Naturales?

Las cuestiones transversales son fuertemente actitudinales, pero no únicamente. El hecho de «atravesar» las disciplinas se refiere a los tres tipos de contenidos, tanto a las actitudes como a los procedimientos y conceptos, y sabemos que un aprendizaje significativo requiere un tratamiento integrado de todos ellos. Porque ¿acaso el desarrollo de actitudes es suficiente para satisfacer los objetivos que persiguen las materias transversales? ¿Se pueden desarrollar actitudes y potenciar valores, sin un contenido conceptual o procedimental sobre el que trabajar? ¿Las materias transversales no poseen contenidos conceptuales y procedimentales además de los contenidos actitudinales?

Sobre la imposibilidad de desarrollar actitudes sin una base conceptual, Yus Ramos (1993) señala que «sólo el aprendizaje significativo de conocimientos puede provocar movilizaciones en las actitudes». Las materias transversales poseen contenidos conceptuales y procedimentales y para generar actitudes es necesario el aprendizaje significativo de los mismos, aunque debemos indicar que a veces esto no es suficiente.

Existe una controversia planteada en la relación más o menos directa entre los conocimientos y las actitudes (Posner, Strike y Hewson, 1982; Kinsey y Wheatly, 1984; etc.). Es posible que los conocimientos no lleguen a generar actitudes, pero ello indicará que no han llegado a formar parte del dominio afectivo del individuo. Los contenidos actitudinales no se pueden desligar de los conceptuales, puesto que las actitudes no se generan en el vacío y sólo se pueden movilizar ante determinados hechos, situaciones o fenómenos.

En las materias transversales debemos procurar desarrollar en el alumnado la capacidad de tomar decisiones para crear, afianzar o modificar ciertas pautas de comportamiento. Esto significa un nivel de profundidad en el ámbito afectivo superior al cognitivo y al actitudinal, y aunque el acceso a un nivel inferior no genera el paso inmediato al superior, es un requisito necesario pasar previamente por el primero. En nuestro caso, sólo la creación de determinadas actitudes puede permitir desestabilizar ciertas conductas arraigadas y plantear la posibilidad de nuevos comportamientos.

Pero en la adopción de hábitos de conducta debemos tener en cuenta que intervienen de manera muy significativa las facilidades o dificultades que desde el entorno se le ofrecen a una persona para la cristalización de un comportamiento señalado. De hecho, se puede tener una actitud positiva ante un cambio conductual y sin embargo no llegar a realizarlo por presiones ambientales. Por ejemplo, una persona puede tener la actitud de dejar de fumar, pero si los amigos y compañeros de trabajo son fumadores, difícilmente dejará el tabaco.

Así pues, debemos concluir diciendo que las cuestiones tratadas transversalmente son en gran medida actitudinales, pero no únicamente, que el hecho de «atravesar» las disciplinas se refiere tanto a las actitudes como a los procedimientos y conceptos, y que todos estos contenidos deben estar al servicio de unos objetivos entre los que se encuentra la toma de decisiones. En muchos casos, estas decisiones pueden significar un cambio de conducta, por lo que la escuela debe poner los medios facilitadores y reforzadores posibles para que esta transformación tenga lugar y se consolide.

De este modo, en la propuesta de contenidos que realicemos debemos tener presentes conceptos, procedimientos y actitudes, aunque éstos se encuentren explicitados en algunas áreas de conocimiento, sin olvidar las actuaciones sobre el entorno que faciliten las conductas saludables. Para ello podemos partir de la propuesta curricular efectuada en el capítulo anterior, de forma que la concreción consista en desarrollar los diferentes temas que componen cada uno de los cinco módulos, especificando los contenidos que en cada ciclo y nivel se quieran trabajar.

A continuación, y a modo de ejemplificación, presentamos una propuesta de contenidos para la Educación Primaria. Conviene tener presente que no se trata más que de una alternativa de las muchas posibles, ya que cada comunidad educativa, según los problemas y necesidades de su alumnado y de su entorno, dará prioridad a su propia propuesta curricular y la contextualizará.

Propuesta de contenidos de la Educación para la Salud y del Consumidor en la Educación Primaria

Módulo 1. Cuidado personal y ambiental.

1. Higiene de las personas.

- a) Lavarse adecuada y habitualmente (manos, cuerpo, uñas, ducha/baño).
- b) Habituarse a la limpieza diaria de los dientes.
- c) Conocer las medidas higiénicas referidas a nariz, ojos y oídos.
- d) Conocer y saber utilizar productos de higiene personal.
- e) Higiene postural. Evitar las posturas deformantes.

2. Higiene de la ropa, calzado y otros objetos personales.

- a) Saber cuidar la ropa, el calzado y otros objetos personales.
- b) Valorar la necesidad de tener una buena presencia y un aspecto limpio.
- c) Conocer y saber utilizar los productos de limpieza.

3. Compra y lectura de etiquetas y utilización de los elementos de uso personal.

- a) Fomentar la autonomía en la utilización de los productos y útiles de higiene personal.
- b) Saber comprar y utilizar ropa, zapatos y otros productos.
- c) Conocer el significado de los símbolos de las etiquetas de nuestra ropa, calzados y útiles personales.

4. Seguridad y prevención de accidentes. Primeros auxilios.

- a) Sentido de responsabilidad en cuanto a la seguridad propia y ajena. Educación vial.
- b) Saber curar heridas superficiales.
- c) Principales medidas de asepsia.
- d) Primeras actuaciones ante un caso de accidente.

5. Prevención de enfermedades infecciosas. Las vacunas.

- a) Conocer y valorar la importancia de la promoción, prevención y curación.
- b) Conocer las principales medidas preventivas.
- c) Conocer las causas más frecuentes de la pérdida de salud.
- d) Utilizar los procedimientos adecuados para evitar los contagios.
- e) Valorar la importancia de las vacunas y cumplir el calendario de vacunaciones.

6. *Cuidado y respeto ambiental.*

- a) Conocer el entorno para valorar su patrimonio ambiental.
- b) Contribuir a conservar, mejorar y hacer agradable nuestro entorno próximo.

Módulo 2. Equilibrio personal.

1. *Crecimiento y desarrollo físico.*

- a) Comprender los efectos del crecimiento: desarrollo y transformación del propio cuerpo.
- b) Aceptar el desarrollo físico propio y el de los demás, evitando complejos y burlas.

2. *Desarrollo de la autoestima.*

- a) Fomentar la autoestima.
- b) Desarrollar una actitud positiva ante el aprendizaje y la adquisición de hábitos que fomenten el desarrollo de una personalidad sana.
- c) Participar en la creación de ambientes potenciadores de la personalidad.
- d) Iniciarse en la toma de decisiones.

3. *La sexualidad como dimensión afectiva.*

- a) Considerar la sexualidad como una proyección del ser humano.
- b) Valorar la sexualidad como una fuente de placer y de comunicación.
- c) Reconocer las diferencias anatómicas de los dos sexos.

4. *Iguales pero diferentes: coeducación, interculturalismo, racismo, xenofobia.*

- a) Adoptar «roles» que impliquen una relación de respeto e igualdad hacia el otro sexo, otras culturas o poblaciones.
- b) Valorar la existencia de sociedades diferentes a la nuestra y encontrar en la diferencia cultural una riqueza de la humanidad.
- c) Reconocer la imposibilidad de aplicar el concepto de raza a la población humana.

5. *Actividad y descanso. Ocio y tiempo libre.*

- a) Valorar el sueño relacionándolo con el descanso y la relajación.
- b) Desarrollar el espíritu de iniciativa y participación en el trabajo y en los juegos.
- c) Estimular la capacidad para crear y disfrutar de los juegos y juguetes.
- d) Favorecer el desarrollo físico, psíquico, intelectual y social a través del juego y los juguetes.

- e) Utilizar adecuadamente los video-juegos y video-consolas.
- f) Organizar los tiempos de juego en los ratos libres.

Módulo 3. Funcionamiento de la sociedad de consumo.

1. Comercio y dinero.

- a) Obtener, utilizar y seleccionar información sobre los productos de consumo de forma autónoma y crítica.
- b) Aprender a valorar la relación calidad-precio en los productos de consumo.
- c) Apreciar el valor del dinero evitando el derroche innecesario e insolidario.

2. *La publicidad y la presión social.*

- a) Reforzar la propia personalidad ante la toma de decisiones.
- b) Desarrollar una actitud crítica ante el mensaje publicitario, reconociendo su papel de agente estimulador del consumo.
- c) Distinguir el emisor y el receptor en una comunicación cotidiana.
- d) Localizar y distinguir los símbolos icónicos, lingüísticos y sonoros utilizados en la publicidad.
- e) Analizar mensajes publicitarios en prensa, radio, TV.

3. *La moda y los agentes estimuladores del consumo.*

- a) Promover una mayor libertad y racionalidad en el consumo de bienes y en la utilización de los servicios.
- b) Valorar la moda como un agente estimulador del consumo que ejerce una fuerte presión social con una importante finalidad económica.
- c) Desarrollar la personalidad para saber elegir con arreglo a las posibilidades económicas y a la propia estética.

4. *Bienes y servicios (productos, transportes, vivienda, servicios públicos, etc.)*

- a) Comprender y utilizar la información de bienes y servicios.
- b) Conocer y valorar la importancia social de la utilización de los servicios públicos.
- c) Conocer los pasos elementales para la adquisición de una vivienda.

5. *Residuos y materiales de desecho.*

- a) Conocer las medidas para la protección del medio ambiente.
- b) Desarrollar la imaginación utilizando materiales de desecho para la confección de juguetes o de elementos de uso personal.
- c) Tomar conciencia de la importancia de reutilizar algunos materiales.
- d) Adoptar las medidas necesarias para *reducir, reutilizar y reciclar*.

6. El sistema sanitario.

- a) Conocer y saber utilizar los recursos sanitarios más próximos.
- b) Desarrollar actitudes positivas hacia la resolución de problemas sanitarios.

Módulo 4. Alimentación y nutrición.

1. El crecimiento y el desarrollo.

- a) Comprender los efectos de la alimentación sobre el crecimiento, el desarrollo y la transformación del propio cuerpo.
- b) Tomar conciencia de las capacidades del cuerpo y los factores que favorecen o limitan su desarrollo.

2. Los alimentos y la dieta equilibrada.

- a) Aplicar en sus hábitos alimentarios los principios fundamentales de una dieta equilibrada.
- b) Conocer y valorar los principales grupos de alimentos relacionándolos con una dieta equilibrada.

3. Compra de alimentos.

- a) Conocer los principales grupos de alimentos y sus características.
- b) Valorar los efectos positivos de una alimentación equilibrada.
- c) Aprender a comprar en el mercado y en grandes superficies

4. Higiene en la alimentación.

- a) Tener en cuenta las normas higiénicas en comidas y bebidas.
- b) Conocer las medidas necesarias que favorecen una correcta digestión.
- c) Saber lavar y pelar verduras y frutas.

5. Factores que influyen en la alimentación.

- a) Valorar la importancia del medio en relación con la alimentación (familia, cultura, tradición, publicidad, etc.).
- b) Saber preparar platos de cocina sencillos
- c) Preparar fiestas sin recurrir a golosinas ni chucherías.

Módulo 5. Promoción de estilos de vida.

1. Estilos de vida saludables.

- a) Comprender y valorar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
- b) Conocer las principales medidas preventivas.

- c) Prevenir los riesgos que pueden derivarse del consumo de determinados productos adictivos.
- d) Conocer los factores del medio importantes para la salud, valorando la importancia del estilo de vida.

2. *Estilos de vida responsables frente al consumo.*

- a) Valorar el medio ambiente y la necesidad de su defensa.
- b) Desarrollar actitudes positivas hacia la naturaleza y hacia la resolución de los problemas ambientales.
- c) Considerar a la persona como parte integrante del entorno.

3. *Derechos y deberes de consumidores y usuarios. Asociaciones.*

- a) Conocer y utilizar las organizaciones que defienden los derechos de los consumidores y usuarios.
- b) Conocer los procedimientos para hacer efectiva una reclamación.
- c) Tomar conciencia de los problemas derivados de la masificación en el consumo de bienes y servicios.
- d) Difundir el conocimiento de los derechos y deberes del consumidor o usuario y de las formas adecuadas para ejercerlos.

6.3. RELACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LAS ÁREAS DE CONOCIMIENTO CON LA PROPUESTA DE SALUD Y CONSUMO

Una vez analizados los objetivos de la etapa y de las áreas bajo el tamiz de la transversalidad y concretada una propuesta de salud y consumo, debemos establecer las posibles relaciones entre los contenidos de las diferentes áreas de conocimiento y la propuesta realizada. Este análisis nos llevará a comprobar que estas transversales pueden desarrollarse al tratar en el aula los contenidos curriculares de las áreas sin que suponga un aumento en los programas de las disciplinas.

Para facilitar el establecimiento de las relaciones que se pueden dar entre los contenidos disciplinares y los de salud y consumo, podemos confeccionar un cuadro de doble entrada semejante al que se presenta en la tabla II (véase pág. 77). Para cumplimentar la tabla rellenamos las casillas con los bloques de contenidos de las áreas o disciplinas que tienen relación con los contenidos de cada uno de los módulos de salud y consumo.

A título de ejemplo, se presentan las relaciones establecidas con el Módulo 1, «Cuidado personal y ambiental», para la Educación Primaria. La forma en la que se han rellenado las casillas de la tabla ha sido mediante dos términos (1-3). El primero (1) significa el bloque de contenidos nº 1, y el segundo término (3), el apartado 3 de dicho bloque. La numeración utilizada corresponde a la que se emplea en el Real Decreto de Contenidos Mínimos 20/1992, de 17 de febrero.

En esta tabla podemos apreciar cómo un contenido de salud y consumo se puede desarrollar en diversos momentos y mediante diversas áreas de conocimiento. La elección de cuándo tendrá lugar es una tarea de coordinación del equipo docente.

También podemos decir que la tabla recuerda al profesorado que al tratar un determinado contenido puede establecer relaciones con ciertos temas transversales. Observamos que aparecen casillas vacías, pero ello es normal, dado que a veces, y por la especificidad de una materia, no es posible establecer las relaciones pertinentes con determinados contenidos de salud y consumo.

De esta forma, se garantiza que todos los contenidos propuestos de las transversales, en algún momento serán desarrollados en el aula, evitando el peligro anteriormente comentado de que existan temas que no se traten.

6.4. ELECCIÓN DEL NIVEL DE INTEGRACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR

Para finalizar, cada centro educativo debe optar por la estrategia que considere más adecuada para la introducción de esta línea transversal en su proyecto de centro. Aunque hemos definido varios niveles de integración, básicamente sólo son dos las modalidades de contemplar la salud y el consumo de forma transversal: desde las áreas de conocimiento y como eje estructurante de la enseñanza-aprendizaje. En el primer caso, se concede mayor importancia a las áreas o disciplinas, y en el segundo, a los contenidos de los módulos de salud y consumo.

Estas dos formas responden a las dos maneras de contemplar la tabla II. Si la observamos desde la izquierda, damos prioridad a la organización curricular a partir de la salud y el consumo, y mostramos los contenidos de las áreas que se desarrollan en los diferentes módulos transversales. Si la observación de la tabla II la hacemos desde la parte superior, damos prioridad al tratamiento disciplinar y podemos contemplar los contenidos de salud y consumo que se abordan en las áreas de conocimiento.

A) La transversalidad desde las áreas de conocimiento

Significa dar prioridad a las áreas o disciplinas frente a las materias transversales y supone analizar los bloques de contenidos de estas áreas y encontrarles la relación o correspondencia que puedan poseer con la salud y el consumo. De este modo, al tiempo que se desarrollan las áreas se trata la salud y el consumo que, en este caso, sirve de ejemplo de aplicación de los contenidos disciplinares, ayuda a establecer la relación de la asignatura con la sociedad y con los intereses del alumnado, y amplía los horizontes y perspectivas de las propias disciplinas.

B) La transversalidad como eje estructurante de la enseñanza-aprendizaje

Dar preferencia a la salud y el consumo frente a las áreas de conocimiento implica que son los objetivos de la transversal a los que se da prioridad, pero su desarrollo debe efectuarse de tal forma que se trabajen ambos contenidos al mismo tiempo. Para ello, se pueden elegir problemas o centros de interés, proyectos de investigación, unidades didácticas, etc., que traten todos los contenidos prescriptivos de las áreas de conocimiento, de forma que a su alrededor se teja todo el currículo escolar, actuando la salud y el consumo como elemento engarzante o hilo conductor de los contenidos disciplinares.

(Sigue en pág. 78)

Tabla II

Módulo 1. CUIDADO PERSONAL Y AMBIENTAL					
1. Higiene de las personas	Lengua	Mat.	C.M.	E. Fís.	E. Art.
Lavarse adecuada y habitualmente (manos, cuerpo, uñas, ducha/baño).	3-3	1-1 1-2 1-3 4	3-6 3-8	2-3	5-1 7-6
Habituarse a la limpieza diaria de los dientes.	3-2 3-9	1-1 1-2 1-3	3-6 3-8	2-3	5-1 7-6
Conocer las medidas higiénicas referidas a nariz, ojos y oídos.	3-8 3-9		3-4 3-5 3-6	2-3	5-1 7-6
Conocer y saber utilizar productos de higiene personal.	3-1 3-2 3-10	4	1-11 1-12 1-13 2-8 4-4 4-14 6-2 6-5 7-11	2-5	5-1 5-2 7-6
Higiene postural. Evitar las posturas deformantes.			3-2 3-6 7-3 7-10	1-10 2-5	
2. Higiene de la ropa, calzado y otros objetos personales.	Lengua	Mat.	C.M.	E. Fís.	E. Art.
Saber cuidar la ropa, el calzado y otros objetos personales.	3-1 3-2 3-10	1-1 1-2 2-3	3-9 4-9 4-14 6-8	2-5	5-1 5-2 7-6
Valorar la necesidad de tener una buena presencia y un aspecto limpio.		6-6	3-9	2-3	
Conocer y saber utilizar los productos de limpieza.	3-1 3-2 3-10	4 5-1 5-2 6-1	1-11 1-12 1-13 2-8 4-9 4-14 6-2 6-5 7-11	2-5	7-6 5-1 10-12
3. Compra y lectura de etiquetas y utilización de los elementos de uso personal.	Lengua	Mat.	C.M.	E. Fís.	E. Art.
Fomentar la autonomía en la utilización de los productos y útiles de higiene personal.	3-3 2-3	5-1 5-2 6-1	3-8 3-9	2-5	5-1 7-6
Saber comprar y utilizar ropa, zapatos y otros productos.	3-1 3-10	1-1 1-2 2-3			
Conocer el significado de los símbolos de las etiquetas de nuestra ropa, calzados y útiles personales.	5-5 5-6				
4. Seguridad y prevención de accidentes. Primeros auxilios.	Lengua	Mat.	C.M.	E. Fís.	E. Art.
Conocer y valorar la importancia de la promoción, prevención y curación.	1-4 1-6 3-1		3-6 3-8	2-3	
Saber curar heridas superficiales.	3-6 3-7 3-8		6-8 7-9 7-10		5-1 5-3
Principales medidas de asepsia.	2-5 3-1	3-1	3-6 3-8	3-9	
Demostrar sentido de la responsabilidad en cuanto a la seguridad propia y ajena. Educación vial.	1-6 3-4	3-1 4-5 4-6	3-6 3-8 6-8 6-9	2-9	

Sin embargo, basarse únicamente en este tipo de unidades de intervención educativa de salud y consumo para contemplar los objetivos y contenidos de todas las áreas es algo difícil y quizás desproporcionado para la realidad de los centros docentes. Por ello, defendemos como alternativa más próxima a la realidad la realización de espacios de transversalidad que tienen lugar en ciertos momentos escogidos, de manera que, sin renunciar al planteamiento disciplinar e «impregnado» de transversalidad, se realicen proyectos de trabajo y de investigación con una perspectiva interdisciplinar y globalizadora.

6.5. LOS PROYECTOS DE TRABAJO EN LOS ESPACIOS DE TRANSVERSALIDAD

Realizar proyectos de trabajo en los momentos que hemos denominado *espacios de transversalidad*, sin abandonar a lo largo de todo el curso –y en la mayoría de las materias– la intención de responder a las exigencias personales de los alumnos y a los problemas de la sociedad, significa la culminación de un esfuerzo colectivo por dotar a la escuela de unas características propias y específicas que la conviertan en un centro difusor de salud y de responsabilidad frente al consumo, en donde el ambiente escolar sea saludable y en donde se vivan situaciones en las que se generen conocimientos, actitudes y comportamientos que trascienden fuera de las cuatro paredes del aula.

La forma de lograr que las actuaciones escolares tengan reflejo en la sociedad pasa por que los alumnos se conviertan en agentes activos capaces de influir en su medio ambiente. El momento álgido de este empeño se encuentra en la realización de estos proyectos de trabajo.

Con el planteamiento de obtener la mayor repercusión social posible con los proyectos de trabajo, parece evidente la necesidad de constituir una **comisión escolar de salud y/o consumo** en la cual, además de profesores y alumnos, participen las familias, los representantes municipales, el personal sanitario, los técnicos de consumo y demás agentes sociales implicados, y que se encargue de coordinar las diversas actuaciones de cada uno de sus miembros. Es importante que se especifique con claridad la participación de cada uno de ellos: cuándo, cómo y dónde deben actuar. Cabe la posibilidad de que existan proyectos en los que algunos de sus componentes no tengan ningún cometido, o éste sea muy puntual, lo que nos lleva a relativizar la propuesta de la comisión de salud y/o consumo, pues somos conscientes de la dificultad de su funcionamiento. En este sentido apuntamos lo siguiente:

- La comisión escolar de salud y consumo puede funcionar aunque no estén representados en ella todos los sectores sociales.
- La implicación de cada uno de sus componentes radica en el tiempo disponible y en la imaginación con la que se aborden los problemas.
- Los verdaderos protagonistas de toda actuación educativa son los alumnos y los profesores, por lo que la acción de los demás miembros de la comisión siempre será de menor intensidad, aunque no por ello deje de tener su importancia.

Para la elaboración de un proyecto de trabajo de salud y/o consumo en la escuela, esta comisión puede seguir una secuencia semejante a ésta:

Fase 1. Análisis del contexto. El primer paso consiste en conocer la realidad del entorno donde se ubica el centro, no sólo de sus problemas sanitarios, sociales y medioambientales, sino también los que afectan directamente al alumnado y a sus familias. También es interesante disponer de las previsiones que existen sobre la evolución de dichos problemas, es decir, de sus tendencias. Para ello tenemos los recursos de la bibliografía especializada, los muestreos, los cuestionarios, los análisis, los agentes sociales implicados en estos temas, etc.

En esta primera fase juegan un papel importante los datos que los diversos componentes de la comisión de salud y consumo pueden ofrecer. Cuanto mayor sea la diversidad de sus aportaciones, mayor será la base en la que se sustentará el proyecto de trabajo. El papel del profesorado consistirá en presentar a la comisión los problemas, intereses y motivaciones que tiene el alumnado del centro, así como las necesidades educativas que presentan.

Fase 2. Prioridad de objetivos. Detectados los problemas y las necesidades, se seleccionan los que son más urgentes y relevantes, en función de la demanda del entorno, de su posible gravedad tanto real como potencial, del grupo de población afectada, de las carencias detectadas, de los intereses del alumnado, del proyecto educativo del centro, de los recursos que se tengan y del coste de la aplicación.

En esta fase tiene lugar una toma de decisiones en la que participan todos los miembros de la comisión implicados, y se lleva a cabo en función de los datos que se hayan podido obtener en la fase anterior.

Fase 3. Diseño de las actuaciones. Las personas que participan en el proyecto realizan su plan de actuación, en el que determinan las funciones que competen a cada una de ellas: búsqueda de recursos materiales, económicos y humanos; obtención de permisos; preparación de reuniones con los familiares, etc.

En este punto, el trabajo del profesorado se centrará en el diseño de su actuación educativa, es decir, en la elaboración de un proyecto de investigación sobre el centro de interés elegido, en el que se recogerán los objetivos, contenidos de aprendizaje y una posible secuencia de actividades. Asimismo, se procurará reflejar las posibles relaciones interdisciplinares para facilitar su desarrollo y visión globalizadora.

Fase 4. Desarrollo de las actividades. Puesta en escena. Cada uno de los integrantes de la comisión realizará el trabajo encomendado y con la secuencia establecida: reuniones con padres y madres, charlas y conferencias, excursiones y visitas, teatro, cine, etc.

En este apartado, las actuaciones de profesores y alumnos consisten en llevar a efecto la unidad de intervención educativa previamente diseñada, contextualizando las acciones de las personas ajenas al aula (charlas, debates, etc.). Aquí se realizarán en el aula las actividades de: a) presentación de los problemas y manifestación de intereses; b) concreción del hilo conductor o de la idea fuerza que mueve el proyecto, y c) investigación de los problemas seleccionados buscando fuentes de información y procurando superar los obstáculos de aprendizaje con la ayuda de la clase.

Fase 5. Aplicación social del proyecto. La relación de la escuela con la sociedad ha exigido el estudio de situaciones problemáticas reales, lo que debe llevar consigo la oportunidad de que los alumnos se impliquen en su posible solución o mejora, poniendo en marcha algún tipo de acción colectiva que favorezca la dimensión social y funcional del aprendizaje.

El objetivo de los proyectos –no debemos olvidarlo– es educativo, por lo que deben posibilitar el cambio o reafirmación de actitudes, valores y conductas que les orienten en su función como ciudadanos capaces de participar responsablemente en la toma de decisiones públicas. El aprendizaje de estas capacidades puede conseguirse cuando se hace de una forma significativa y se tiene la oportunidad de ponerlas en práctica.

Así, un proyecto en el que se estudia la mejora del barrio, dentro de un programa de *Ciudades sanas*, puede conllevar acciones como las siguientes:

- Exposición de fotografías y planos de la ciudad en la que aparezcan los solares y los edificios abandonados y mejorables, y a la que se invite a visitarla al ayuntamiento, a los padres de familia, a otros colegios, a los medios de comunicación, etc.
- Intervenciones en emisiones de radio y televisión locales.
- Campaña de información para la recogida de basuras debidamente clasificadas de forma que se pueda aprovechar con facilidad su potencial reciclaje: confección de hojas informativas, publicidad, charlas dadas por el propio alumnado, instalación de depósitos de recogida de papel, etc.
- Colaboración en campañas de limpieza de la ciudad.
- Participación de la conversión del barrio en un lugar más agradable: plantar árboles, pintar murales en paredes desnudas (previo consentimiento), realizar itinerarios por la ciudad, confeccionar guías de identificación de los estilos arquitectónicos, de los árboles del barrio, etc.

Fase 6. Evaluación. Esta fase tiene tres partes. Por un lado, la evaluación de los aprendizajes a los que ha llegado el alumnado, tanto conceptuales como procedimentales, actitudinales y conductuales. Esto debe hacerse de manera que sea útil, tanto para los alumnos como para los profesores, procurando que sean momentos de nuevos aprendizajes y evitando en lo posible la sensación de control y fiscalización únicamente hacia los alumnos.

Por otro lado, se debe llevar a cabo la evaluación del propio proyecto: los objetivos perseguidos, la forma de presentárselo al alumnado y a los padres, las estrategias aplicadas para su resolución, los datos obtenidos, las decisiones adoptadas, las aplicaciones efectuadas y los resultados conseguidos. Se trata de llevar a cabo una evaluación procesual del proyecto.

La tercera parte consiste en la evaluación del trabajo efectuado por la comisión de salud y consumo y el análisis del proceso seguido en la realización del proyecto: el grado de implicación de cada uno de los sectores, la coordinación entre los mismos, los recursos obtenidos y la labor efectuada.

De todo ello se extraerán conclusiones para mejorar el diseño y la realización de futuros proyectos que pueden realizarse en los *momentos de transversalidad* que se proyecten en la escuela.

7. ORIENTACIONES PSICOPEDAGÓGICAS PARA DESARROLLAR LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR

7.1. PRINCIPIOS PSICOLÓGICOS

7.2. ORIENTACIONES DIDÁCTICAS

7. ORIENTACIONES PSICOPEDAGÓGICAS PARA DESARROLLAR LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR

7.1. PRINCIPIOS PSICOLÓGICOS

Para que las actuaciones que se realizan de Educación para la Salud y del Consumidor, unidades didácticas, proyectos de trabajo, etc., puedan tener repercusión en el alumnado, es necesario adecuarlas a sus niveles cognitivos, para lo cual debemos conocer, desde una perspectiva general, cuál es el estado de sus estructuras y procesos cognitivos, sus principales características como niño o joven, y cómo van a influir en su manera de aprender y construir la realidad.

Según Piaget (1968), los niños construyen modelos del mundo cada vez más sofisticados, mediante la aplicación de estructuras lógicas de complejidad creciente. Así, van pasando en su desarrollo intelectual por una serie de etapas o de estadios que, de forma resumida, son los siguientes:

- *Estadio sensoriomotor* (0-2 años), caracterizado por poseer una inteligencia práctica, ligada fundamentalmente a sus percepciones sensoriales.
- *Estadio preoperatorio* (2-7 años), en el que se produce un desarrollo progresivo de los procesos de simbolización (lenguaje, imaginación, juego simbólico) aún no integrados en estructuras lógicas. El niño y la niña tienen un gran esquematismo prelógico, que se manifiesta en aspectos como: el *egocentrismo* o incapacidad para comprender las cosas desde otro punto de vista diferente al suyo propio; el *estatismo*, que le dificulta la comprensión de la secuencia de pasos que llevan al cambio; la *irreversibilidad* o incapacidad para desandar mentalmente un camino en sentido inverso, y la *centración* de pensamiento en un único aspecto de la situación.
- *Estadio de las operaciones concretas* (7-11 años), en el que el egocentrismo anterior se supera, aparece la *lógica* y la *reversibilidad* y el niño puede ya enfrentarse a situaciones particulares al ser posibles las operaciones de la lógica concreta.
- *Estadio de las operaciones formales* (a partir de la adolescencia). Se caracteriza por la presencia de la lógica formal y la *capacidad de realizar abstracciones y generalizaciones*. Los niños pueden acceder al mundo de lo posible, y el pensamiento es capaz de operaciones deductivas y de análisis teórico. En este estadio se accede al pensamiento abstracto y científico.

Estas características generales de la evolución de los niños resultan útiles para aproximarnos al marco donde se configura su pensamiento en las diferentes edades. No obstante, han sido modificadas por estudios posteriores y reconsiderados sus postulados «estructurales» sobre el desarrollo cognitivo del niño en sus diferentes etapas evolutivas.

En la década de 1960 numerosas investigaciones determinan nuevas teorías, preocupadas por descubrir la complejidad de los procesos internos que tienen lugar en el funcionamiento intelectual humano. Así, se constata la importancia de los factores socioculturales como modeladores del proceso de desarrollo cognitivo (Bruner, 1964), que la madurez cognitiva –el pensamiento formal– se alcanza en época más tardía, y que el fracaso de muchas estrategias de enseñanza radica en que no son adecuadas al nivel de desarrollo cognitivo de los alumnos a los que se destinan (Shayer y Adey, 1981).

¿Qué implicaciones puede tener en la Educación para la Salud y del Consumidor la realidad cognitiva de los niños?

Conocer lo que existe en la mente de un niño o de un joven es importante para cualquier estrategia de enseñanza-aprendizaje, pero puede ser imprescindible en el caso de la Educación para la Salud y del Consumidor, «donde se abordan objetivos y contenidos de gran interés y conexión con la vida real, en los que se dan complicadas interacciones cognitivo-actitudinales» (Yus, 1993), donde no sólo se pretende modificar esquemas conceptuales sino también actitudes y conductas, relacionadas éstas con campos afectivos, en los que intervienen los sentimientos, percepciones y creencias.

Estos aspectos tienen especial relevancia en el caso de la enfermedad, porque se trata de un fenómeno muy cercano a la experiencia del niño y de la que tiene una gran cantidad de ideas y preconcepciones procedentes de diferentes fuentes de información. Estar enfermo es una experiencia que atemoriza a cualquier edad, pero para un niño que entiende muy poco lo que está ocurriendo puede convertirse en algo especialmente penoso y confuso. Estudios sobre la percepción de la enfermedad por los niños (Perrin y Gerrity, 1981; Brewster, 1982) encontraron en el nivel de comprensión de la enfermedad estadios similares a los descritos por Piaget.

Los niños, en su esfuerzo por dar un sentido a la realidad, no se limitan a observar hechos sobre sí mismos y sobre su entorno, sino que construyen teorías que los expliquen (Carey, 1985). Así, en una primera etapa (de 2 a 7 años), que podría llamarse de precausalidad (que coincide con el período preoperacional en el cual los niños son capaces de pensar en símbolos, pero no pueden utilizar la lógica), tienden a creer que la enfermedad se produce de forma mágica, debido a acciones humanas, y frecuentemente piensan que ha sido causada por ellos mismos, por su comportamiento. Es una forma de explicación egocéntrica de la realidad, que es importante tener en cuenta para evitar en los niños culpabilizaciones injustificadas.

Hacia los 7-8 años son capaces de formar series en el tiempo y de realizar una reversibilidad progresiva de los sistemas de causa y efecto (Del Barrio, 1990). La formación de estas series causales se caracteriza por el carácter inmediato de las relaciones: en cuanto salimos a la calle sin abrigo, nos resfriamos; inmediatamente después de ponernos el termómetro, nos curamos. No existe en ellas el menor lapso temporal, ni ningún contacto físico entre la causa y el efecto provocado.

Estas características desaparecen hacia los 11-12 años, aunque muchos problemas de salud permanecen incomprendidos. Entran en una etapa en la cual la mayoría de las enfermedades se explican mediante los gérmenes. Piensan que éstos causan la

enfermedad automáticamente. La única prevención posible reside en una gran variedad de comportamientos, que a ellos les parecen más o menos supersticiosos, pues no comprenden su utilidad para detener los microbios.

Por último, a medida que se acercan a la adolescencia entran en una tercera etapa, más racional, en la que descubren múltiples causas de las enfermedades. El contacto con gérmenes no lleva automáticamente a la enfermedad y son capaces de comprender que las personas pueden hacer muchas cosas para mantenerse saludables.

Todos estos aspectos tienen importantes implicaciones pedagógicas, puesto que conocer y poder interpretar el significado que tiene la salud y la enfermedad en los niños es un requisito fundamental en el proceso de educación para la salud dentro de la perspectiva de la promoción de la salud. Esto es importante, no sólo en la promoción sino también en el tratamiento de la enfermedad, pues al niño que comprende lo que ocurre se le hace más llevadera y gratificante la relación con los profesionales sanitarios, y participa más en su tratamiento. Todo ello representa un aspecto fundamental en su proceso de recuperación (Simeonsson, Bucley y Monson, 1979).

También la problemática del consumo debe ser tenida en cuenta, pues en ocasiones se plantean temas que pueden considerarse muy alejados de su entorno, del contexto físico y sociocultural del alumnado. Ello puede dificultar el estudio y comprensión de la causalidad de nuestras acciones, dado que, como hemos visto, la capacidad de relacionar causas y efectos se va adquiriendo progresivamente a medida que aumenta la edad y el grado de desarrollo evolutivo.

Sabemos que estas ideas previas son muy persistentes y tienen una gran coherencia interna, como han demostrado numerosas investigaciones, ya que le permiten al niño explicar «a su modo» la realidad. Si queremos promover en nuestros alumnos la adquisición de conocimientos y actitudes saludables y responsables frente al consumo, tenemos la necesidad de diseñar situaciones en las que puedan manifestar sus ideas acerca de los distintos temas de salud, de sexualidad y de consumo. Ellas serán el punto de partida que nos permitirá seleccionar los objetivos y contenidos, así como establecer las secuencias de aprendizaje adecuadas a su nivel cognitivo.

Conocer las ideas espontáneas que tienen los niños antes de hacer la selección de los contenidos curriculares permite, además de adecuar la estrategia didáctica a sus características, interesarlos y motivarlos en los temas de estudio, puesto que al partir de sus concepciones previas pueden hacerse conscientes de sus contradicciones y compararlas con las de otros (Giordan, 1978; Delval, 1983).

Otro aspecto fundamental que debe considerarse en la promoción de la salud entre los jóvenes es que no colocan la salud en las primeras posiciones de sus preferencias. Tienen interiorizada una noción «consumista» de la salud. La salud es un bien, un patrimonio para gastar; por ello los mensajes basados en estilos de vida conservadores o ahorradores de salud tienen un impacto nulo en los adolescentes. No se comprometen con la salud entendida como la ausencia de enfermedad, sino con el bienestar, como una expresión de ciertos estilos de vida. La salud puede ser un efecto colateral de estas pautas de conducta, pero no el núcleo.

Muchos adolescentes tienden a experimentar estilos de conducta que los adultos considerarían arriesgados y peligrosos para la salud. Tratar sus capacidades mentales y sobre todo las físicas de manera arriesgada constituye un elemento integrante de su

crecimiento y de la adquisición de su identidad. Pero la salud no es una cuestión de suerte y los jóvenes deben conocer los factores que les permitan elegir y tomar decisiones. La juventud –y la adolescencia– es un período crítico para la determinación de valores y estilos de vida, y se adquieren con facilidad hábitos poco saludables o consumistas, que luego son difíciles de modificar y que marcan pautas de comportamiento que caracterizan toda la vida de la persona.

7.2. ORIENTACIONES DIDÁCTICAS

El proceso de enseñanza-aprendizaje de la Educación para la Salud y de la Educación del Consumidor no puede alejarse de los fundamentos psicopedagógicos en los que se basan el diseño curricular de las diferentes áreas que componen el sistema educativo. Las nuevas aportaciones de la Psicología Cognitiva acerca de cómo se producen los conocimientos, tanto los socialmente organizados como aquellos otros de carácter espontáneo y cotidiano, condicionan el binomio “cómo se aprende/cómo se enseña”. Evidentemente, ello es extensible a la Educación para la Salud y a la Educación del Consumidor; no obstante, existen algunas matizaciones metodológicas que conviene resaltar:

1. La orientación constructivista del aprendizaje nos señala la posible forma en la que los individuos construyen ideas sobre cómo funciona el mundo. Las personas construyen el conocimiento a partir de sus propias ideas y representaciones previas, a partir de sus vivencias y relaciones con el mundo que les rodea, constituyendo un modelo que les permite interpretar y predecir situaciones específicas (Kelly, 1955, 1971). El comportamiento inteligente de una persona en una determinada situación parece que no depende de los procesos de pensamiento abstractos, sino de la clase de experiencias y saberes que esa persona tiene sobre la situación en particular.

Según dicha concepción, el conocimiento se construye activamente de forma individual pero a través de un contexto social (Vigotsky, 1934) y se organiza en un sistema cognitivo que modifica, amplía e incrementa su complejidad, según las características del proceso evolutivo de desarrollo humano. Los conocimientos tanto experienciales como científicos son construcciones teóricas susceptibles de ser modificadas. No se acumulan unos sobre otros partiendo de la nada, sino que se organizan y transforman creando estructuras de complejidad creciente a través de las cuales el sujeto percibe el mundo e interpreta la realidad.

Las teorías psicológicas del procesamiento de la información consideran que conocer y aprender son procesos funcionales dinámicos, por los que se integran las nuevas informaciones en estructuras ya existentes o en esquemas de conocimiento que van evolucionado. Aprender es establecer nuevas conexiones y reestructuraciones de elementos ya existentes o entre éstos y la nueva información.

En este marco constructivista, se concibe la producción del conocimiento no como el resultado final de un proceso inductivo, sino como un cambio evolutivo de conceptos. Es decir, no se aprende por procesos de apropiación mecánica de los significados que se nos ofrecen del exterior, o por descubrimiento de los significados ocultos de la realidad, sino que la construcción de conocimientos es una relación activa y productiva entre los significados que el individuo ya posee y las diversas informaciones externas.

Es un proceso en el que el sujeto elabora significados propios y no simplemente los toma o asimila, y de esta manera es él mismo quien traza los caminos específicos de su progresiva evolución (Ausubel, Novak y Hanesian, 1978; Novak 1991). La construcción de la realidad es pues, un proceso activo, creativo y racional, pero también emocional. Se aprende cuando se le da significado al objeto del conocimiento, cuando el contenido es personalmente relevante. Por ello, los alumnos deben pasar de ser sujetos pasivos receptores de una enseñanza transmisora, a ser elementos activos, con una mayor autonomía que les permita, al enfrentarse a problemas o centros de interés relativos a la salud y/o al consumo, preguntar lo que no comprenden, plantearse interrogantes, buscar soluciones a los problemas, poner en orden las propias ideas, planificar sus tareas, organizar y distribuir su trabajo, determinar qué fuentes de información necesitan consultar.

2. La forma de enseñar está mediatizada por la manera en que se produce el aprendizaje. Al diseñar un currículo escolar, además del planteamiento epistemológico, debe tenerse en cuenta el criterio psicológico que permite adecuar la selección, organización y secuenciación de los contenidos a las características del desarrollo evolutivo del alumnado al que va dirigido. El respeto por las representaciones y elaboraciones mentales de los alumnos es uno de los requisitos del modelo constructivista de enseñanza-aprendizaje por el que fundamentalmente se ha optado.

El papel del profesor se sitúa en la atenta observación del aprendizaje, más preocupado por los procesos de éste (desarrollo de capacidades de comprensión del mundo, de uno mismo, de relación y de actuación social) que por sus resultados; que anima al alumnado en su tarea y lo reconduce si es preciso procurando ajustar la ayuda necesaria en cada momento.

Paralelamente al cambio del papel del alumno que aprende, el profesorado debe desarrollar una serie de estrategias que, de manera diversificada, procuren facilitar este aprendizaje. Se requiere explicitar cuál es el objetivo de estudio, en qué va a consistir el trabajo que se piensa realizar, qué requisitos van a necesitar los estudiantes para llevarlo a cabo, y favorecer la implicación del alumnado en el proceso.

Es necesario, y en ámbitos como la Educación para la Salud y del Consumidor resulta imprescindible, abandonar una enseñanza fundamentalmente transmisora, por impecable que resulte esa transmisión de conocimientos, hacia una orientación en que los estudiantes sean motivados e impulsados a construir sus propios significados y a elaborar sus propios criterios. Para ello se deben utilizar estrategias que incluyan:

- a) La presentación de problemas de salud y consumo que sean relevantes y significativos para el alumnado.
- b) La identificación de las ideas, conductas y actitudes previas del alumnado acerca de la salud y del consumo.
- c) La puesta en cuestión de las mismas, a la luz de los nuevos conocimientos que las diversas ciencias nos aportan, para promover, si es necesario, un cambio conceptual y metodológico.

- d) La introducción paulatina de nuevos conceptos, cada vez de mayor complejidad cognitiva.
- e) El uso de las nuevas ideas en un amplio abanico de situaciones que les permitan aplicar lo aprendido, entender la realidad y resolver conflictos de salud y/o consumo.

3. Es necesaria una metodología activa, promotora de cambios actitudinales y comportamentales. Alrededor de los objetivos de las materias transversales, en este caso de la Educación para la Salud y la Educación del Consumidor, en los que tienen especial relevancia las actitudes y los comportamientos, existen una serie de implicaciones pedagógicas y didácticas que deben ser tenidas en cuenta para su tratamiento en el aula. En coherencia con el modelo de enseñanza-aprendizaje constructivista que hemos comentado, se requiere la utilización de métodos activos que necesiten la implicación y participación del alumnado y que huyan del excesivo protagonismo del profesorado.

Los objetivos de la Educación para la Salud y del Consumidor ponen más énfasis en la consecución de actitudes y comportamientos que de conceptos –aunque éstos sean necesarios–, por lo que se precisa una metodología que facilite la motivación e incite al compromiso y a la acción. Se ha de tener en cuenta que los procesos de enseñanza-aprendizaje afectan tanto al dominio cognitivo como al afectivo y sólo un aprendizaje significativo produce cambios en las actitudes.

Si se pretende que los alumnos aprendan significativamente, es necesario abordar estrategias de enseñanza desde un planteamiento de situaciones problemáticas, acordes con el medio real en el que se encuentran y relacionados con sus propios intereses; conflictos que se adecuen al nivel de desarrollo infantil, que provoquen en los alumnos que se cuestionen sus propios conocimientos con respecto al tema en cuestión, sus esquemas cognitivos, pero sobre todo sus creencias, valores, sentimientos, actitudes y conductas. Todo esto es difícil que pueda surgir de forma espontánea, por lo que el profesorado deberá provocar la situación para ir aproximándose a los contenidos de aprendizaje seleccionados.

A través de los procesos necesarios para la resolución de estos problemas, se puede emitir hipótesis, buscar información utilizando fuentes diversas, analizar los datos encontrados, ofrecer diferentes soluciones, tomar decisiones, elaborar informes con las conclusiones, y finalmente adquirir, si es su deseo, compromisos de acción, es decir, pautas de conducta más saludables y responsables con el consumo.

Una dinámica de grupo, un trabajo cooperativo en el que se viva la tolerancia, la posibilidad del error como camino para el acierto, el debate en torno a temas que supongan su implicación emocional, el respeto por las normas establecidas, el diálogo, la valoración de la diferencia, el desarrollo de la autoestima, etc., son los medios educativos que el profesorado debe utilizar al abordar la Educación para la Salud y del Consumidor.

4. La importancia de las actitudes en los estilos de vida saludables y responsables con el consumo. En la intervención educativa en temas de salud y consumo no es suficiente con la información, pues ésta no garantiza comportamientos coherentes con los conocimientos, sino que es imprescindible incidir en la creación de actitudes positivas hacia la salud y el consumo que se puedan traducir en pautas de conducta saludables y responsables.

La Educación para la Salud, hasta no hace mucho tiempo, se había centrado en incrementar la información ofreciendo conocimientos sobre las conductas saludables y de riesgo, en la creencia de que con ello se cambiarían actitudes y comportamientos. Constatada la ineficacia de esta estrategia, en la actualidad se plantea que la Educación para la Salud y del Consumidor debe basarse fundamentalmente en la generación de actitudes, tratando de crear en los escolares hábitos de vida saludables, incluso antes de que tengan la edad suficiente para comprender los hechos científicos en que se basan los comportamientos que se promocionan.

En las primeras edades (0-8 años), las conductas se crean por aceptación de las normas existentes, a pesar de que no se tenga una conciencia clara de las mismas o no se comprendan con claridad. Se debe, por tanto, dar prioridad a los hábitos saludables y consumeristas en las prácticas cotidianas, dejando para más adelante las bases conceptuales y científicas en las que se asientan. En ellos es más importante «lo que hacen», que «por qué lo hacen» o «lo que saben».

Más adelante, cuando se produce la identificación con los valores aportados por modelos externos, de su grupo de iguales o de adultos relevantes, es el momento de sacar a la luz las actitudes que llevan implícitas las diferentes conductas, realizando debates, discusiones en grupo, etc. En los niños mayores (9-16/18) se pueden abordar las bases teóricas de los hábitos adquiridos, reforzando así sus conductas positivas.

Las actitudes se caracterizan fundamentalmente porque: son adquiridas, como resultado de las experiencias personales, y por lo tanto pueden aprenderse en diferentes contextos; *son estables*, difíciles de modificar, pero su naturaleza es dinámica, pudiendo hacerse más fuertes o debilitarse; *son perfectibles*, al adquirir grados de mayor o menor eficacia, en función de la coherencia o consistencia de nuestras acciones con relación a las actitudes que las sustentan, y *constituyen la base de nuestro comportamiento*, el fundamento de nuestras conductas y hábitos.

Las actitudes, aunque poseen una dimensión afectiva, no son originadas desde estructuras irracionales, sino que son aprendidas a partir de las vivencias que se tienen como resultado de las relaciones con uno mismo, con los otros y con la sociedad. Las creencias, los valores y las tradiciones, que en gran medida originan las actitudes, son aprendidas en contextos informales (familia, barrio, amigos, etc.) y también en los formales (sistema educativo) y ello es especialmente relevante con las actitudes implicadas en la salud y el consumo (forma de alimentarse, vivencia de la sexualidad, consumo de tabaco, alcohol, higiene, golosinas, adquisición de productos, moda, etc.).

En el contexto social, las actitudes se adquieren de tres formas principales (Salleras, 1985):

1. A través de la *experiencia* directa del individuo con el objeto de la actitud.
2. Mediante la *observación* de los efectos de un estímulo sobre otras personas que se toman como referencia y dignas de imitación (aprendizaje por imitación o *vicario*).
3. Como consecuencia de las *informaciones de los medios de comunicación de masas*, que constantemente describen las características, atributos, cualidades y defectos de los diferentes objetos, lo que permite a las personas formar sus actitudes frente a ellos.

El profesorado debe tener en cuenta que los estereotipos de conductas que los potentes medios de comunicación promocionan, y que los niños y niñas pueden aprender, constituyen en muchos casos prácticas nocivas para la salud; como, por ejemplo, abusar de las golosinas como único medio de celebrar una fiesta infantil, o asociar la diversión a la ingesta de alcohol, tabaco u otras sustancias potencialmente adictivas.

Para generar en la escuela actitudes positivas hacia la salud y el consumo lo suficientemente potentes para que se puedan traducir en pautas de conducta, no podemos decir que existan «recetas» cuyo seguimiento garantice el éxito de nuestro objetivo, pero sí creemos que existen unas pautas de actuación que posibilitan el aprendizaje de este tipo de actitudes. Estas pautas, basadas en la dimensión holística de la salud y el consumo, que hemos comentado, las podemos resumir de la siguiente forma (Gavidia y Rodes, 1999):

a) *Aumentar el conocimiento sobre los problemas de salud y consumo y la diversidad de posibles actuaciones.* Los temas deben versar sobre problemas sentidos por los estudiantes, los cuales provienen fundamentalmente de su entorno. Su análisis permite identificar los factores que entrañan posibles riesgos para la salud y los que pueden significar mejoras. Cualquier situación o ambiente, por ideal que pueda parecer, contiene factores favorables y desfavorables para la salud. No se pueden eliminar todos los riesgos del medio donde se desenvuelven los jóvenes, dado que, al ir integrándose en la sociedad adulta, van tomando contacto con sus problemas: anorexia, drogadicción, sedentarismo, SIDA, consumismo, etc. La propia vida es un riesgo: el trabajo, la guerra, la convivencia, el de-por-te, la relaciones personales... Y no podemos, ni debemos, eliminar desde la escuela las diversas presiones que van a experimentar para integrarse en su grupo social de referencia. Por lo tanto, la Educación para la Salud y del Consumidor debe posibilitar que los alumnos y alumnas conozcan los elementos potencialmente insanos y analicen las posibles formas de actuación, presentándoles una amplia gama de posibilidades donde elegir para que puedan enfrentarse con más recursos a las situaciones de riesgo.

b) *Mejorar la resistencia personal frente a la presión social.* En las cuestiones de salud y consumo se ponen en juego tradiciones, valores familiares y personales, etc., y se percibe con claridad que no basta con modificar las actitudes para que el individuo pase a la acción. Para que ello ocurra es necesario añadir a los mensajes, además de la motivación, las instrucciones adecuadas sobre cómo cambiar las conductas (no basta con motivar a una persona para que deje de fumar o para adelgazar, sino que se debe indicar cómo hacerlo), y en los casos de fuerte implicación o dependencia es

necesaria la ayuda externa y un ambiente que sea favorable o reforzador de la acción de salud que pretendemos.

La Educación para la Salud y del Consumidor debe facilitar al alumnado el desarrollo integral de una personalidad sana, sin prescribir un modelo de vida determinado y dando, en cambio, instrumentos de autoobservación y crítica, ya que la frustración y la falta de opciones de vida son un vehículo importante de riesgos de salud. Es necesario trabajar los substratos básicos de la autoestima y la autoconfianza que permitirán mejorar la resistencia frente a las presiones de grupo.

- c) *Desarrollar habilidades para la toma de decisiones.* La toma de decisiones por los alumnos ante un determinado problema –y su puesta en acción o ensayo en el aula– es el último paso en la secuencia de la enseñanza-aprendizaje de actitudes. Posibilitar que alumnos y alumnas tomen decisiones que les atañen directamente es una forma de contribuir a que sean capaces de reflexionar sobre sí mismos, acerca de sus actitudes hacia ciertas conductas saludables o de riesgo existentes en la sociedad y descubran cuáles son sus habilidades, conocimientos y deseos.

Las estrategias didácticas deben procurar: la *adquisición de ideas* relacionadas con los valores sobre los que se construye la actitud (salud, bienestar, equilibrio personal, autonomía, etc.); la posibilidad de generar sentimientos positivos (de agrado) o negativos (de desagrado) ante el problema de que se trata (tabaco, ejercicio físico, consumo de frutas, golosinas, etc.), y el empleo de técnicas que faciliten el *aprendizaje de los comportamientos* coherentes con ese valor (decir no frente a la presión grupal, entrenamiento en el uso de la información y la publicidad, etc.) para que la parte conativa e intencional de la actitud tome una decisión que pueda traducirse en la conducta saludable que deseamos promocionar. Todo ello desde un enfoque interdisciplinar que aporte una visión global de los problemas y un análisis desde distintas perspectivas, lo que obliga a la colaboración en la búsqueda de respuestas. Esto multiplica la eficacia de las acciones promotoras de salud y responsables ante el consumo.

Sólo un aprendizaje significativo de las cuestiones de salud y consumo, que integre funcionalmente el nuevo conocimiento, posibilitará la actitud necesaria para desarrollar una conducta que pueda convertirse en hábito saludable.

- 5. La importancia del entorno físico y social.** La conducta humana está determinada por factores internos de la persona y por factores ambientales externos a ella. Si sólo se incide sobre el individuo, podemos tener dos problemas: por un lado, y aunque se modifiquen favorablemente las actitudes individuales, es posible que la conducta no tenga lugar porque los factores externos no sean favorables; por otro lado, si no incidimos en el entorno procurando cambiar ciertas condiciones de vida, estaremos manteniendo focos generadores de conflictos (Gavidia, 1996).

Green, Kreuter et al. (1991), en su modelo PRECEDE de actuación ante problemas de salud, señalan que se deben identificar los factores que influyen en el comportamiento de las personas, que cabe diferenciar en tres grupos: predisponentes, facilitadores y reforzadores. Los factores predisponentes condicionan un cambio de conducta y están constituidos por los distintos factores internos que suponen una

motivación para actuar en una persona o en un grupo; se trata de las creencias, conocimientos, valores, etc.; es decir, son las condiciones que permiten la propia aceptación del problema e intervienen en cualquier proceso de aprendizaje. Los *factores facilitadores*, como su nombre indica, facilitan o permiten la actuación, la concreción de la intención de realizar una conducta, preceden al comportamiento y permiten la movilización de la motivación; son los recursos personales (aptitudes, habilidades de autocuidado, de reconocer signos precoces de alteración, de riesgo, etc.) y los recursos de la propia comunidad (las posibilidades que se otorga a los individuos para utilizar sus aptitudes y contribuir a modificar ciertas condiciones ambientales). Los *factores reforzadores* contribuyen al mantenimiento o cesación de la conducta y son consecutivos a ésta; se trata de los beneficios sociales, materiales, de autorrefuerzo, etc., que se obtienen a través de la observación de determinados comportamientos; constituyen el entramado principal sobre el que descansa el aprendizaje social. Una conducta fuertemente motivada y consiguientemente reforzada tiende a aumentar su probabilidad de aparición.

De esta forma, para facilitar la modificación de conductas a las que una actitud puede disponer, se precisa atender a los factores mencionados, pero el reto principal no es cambiar el comportamiento en una determinada dirección, sino capacitar a las personas para que se conviertan en dueñas de su propia vida en el sentido más amplio. Por lo tanto, la Educación para la Salud y del Consumidor debe ser evaluada según el crecimiento de las capacidades, voluntades y oportunidades de influir en el desarrollo de la vida de cada uno y en el de la propia sociedad (Jensen, 1995).

En el aula, los métodos interactivos facilitan las relaciones de los niños con sus iguales y con los adultos, y de esta forma se ha comprobado que pueden avanzar en su aprendizaje más de lo que lo harían por sí mismos. Superadas las teorías psicológicas de este siglo que tendían a presentar el aprendizaje como un proceso individual e intrínseco a cada individuo, en la actualidad se considera de gran relevancia el tema de la interacción en los diferentes contextos educativos. El papel del profesor como adulto de referencia en el contexto escolar, tiene una gran relevancia en esta interacción, y será un modelo que el niño imitará, sobre todo en las primeras etapas. Por ello es necesaria la toma de conciencia del profesorado, de su papel como modelo y de la potencialidad didáctica de este aprendizaje.

También el **ambiente familiar** juega un importante rol socializador. En las primeras edades desempeña un papel fundamental el aprendizaje vicario, en el que los niños reconocen como primer modelo a los padres, sobre todo en el aprendizaje de ciertos hábitos de conducta, como la higiene. Así pues, los padres deben ser conscientes de la importancia de su papel y de la necesidad de una coherencia interna en el seno de la familia –sobre todo del padre y de la madre– en cuanto al tipo de mensajes, que van ser imitados por los niños.

Por esta razón, la comunicación entre profesores y padres, siempre conveniente, se convierte en decisiva en el desarrollo de actividades de Educación para la Salud y del Consumidor, al dotar de congruencia a todo el conjunto de informaciones, actitudes y valores que niños y niñas reciben de los adultos más influyentes.

Como venimos insistiendo, en esta tarea no sólo debe tenerse en cuenta al individuo, sino también las causas socio-ambientales, el contexto donde se inserta el alumnado, puesto que será la sociedad la que apoyará o dificultará el desarrollo de los comportamientos saludables y consumeristas propuestos. Esto ocurre sobre todo en los adolescentes, pues los beneficios para la salud no siempre se perciben como

prioritarios: a veces, las ventajas personales y sociales de una conducta de riesgo, de mayor prestigio social en su grupo de iguales, se perciben como más importantes que sus desventajas.

No se pueden eliminar todas las tensiones del medio, las diversas presiones sociales y culturales; en definitiva, las opciones de vida. Por ello, los substratos básicos de autoestima y autoconfianza son un patrimonio individual y colectivo básico para el alumnado, pues constituyen un importante papel en los procesos de aprendizaje, en general, y con más razón en aspectos como la salud o el consumo. La frustración, la falta de opciones de vida, en cambio, son un vehículo importante de riesgos de salud y de conductas consumistas.

- 6. Los contenidos deben ser veraces y responder a planteamientos científicos, evitando dotarlos de valoraciones personales.** En nuestra sociedad existen numerosas concepciones acerca de la salud y el consumo que atribuyen el origen de los comportamientos humanos a causas fatalistas o bien originadas por el azar, según las cuales la persona no puede hacer nada para conquistar su bienestar y equilibrio.

Existen temas como la sexualidad, la drogadicción, el SIDA, etc., en torno a los cuales se manejan elementos afectivos y cognitivos que difícilmente son sometidos a un análisis crítico, y cuyo tratamiento en la Educación para la Salud y el Consumidor supone un verdadero cambio conceptual.

Abordar estos temas, que provocan susceptibilidad y reticencia en una gran capa de la población, requiere que las personas incorporen las nuevas ideas, acordes con las innovaciones científicas y tecnológicas que constantemente se producen. Para ello, será preciso en determinados momentos y con respecto a ciertos temas no sólo la actuación didáctica con el alumnado en el aula, sino el diseño de actividades que faciliten la actualización científica de las familias para lograr una mayor eficacia y coherencia en la formación.

- 7. Promover y respetar la libertad de elección.** La educación siempre se realiza en un determinado contexto socio-cultural en el que se enseñan patrones de conducta asociados a un determinado sistema de valores. El que estos patrones se consideren más o menos saludables, más o menos consumistas, dependerá del marco de referencia histórico y social donde se produce el aprendizaje. Por ello, aunque la Educación para la Salud y del Consumidor pretenden la promoción de estilos de vida saludables y responsables ante el consumo, no deben tratar de imponer conductas. Las estrategias de promoción de la salud deben renunciar a prescribir modelos de vida y su objetivo debe ser ofrecer instrumentos de autoobservación y crítica.

En una sociedad y una cultura determinadas, no existe un único estilo de vida saludable y consumerista, sino muchos; por ello es necesario contextualizar la enseñanza al sujeto y al medio de aprendizaje. Además, en el entorno más favorable posible hacia la salud y el consumo, siempre habrá factores positivos, pero también factores de riesgo. Se trata, por tanto, de favorecer que alumnos y alumnas conozcan los problemas, los valoren y realicen «elecciones informadas».

Como ya hemos visto, la promoción de la salud y la responsabilidad ante el consumo en los jóvenes pretende mejorar su resistencia frente a las presiones sociales, desarrollar habilidades personales en la toma de decisiones y aumentar los conocimientos sobre la diversidad de posibles actuaciones.

8. La necesidad de participación interdisciplinar. Las características de nuestra sociedad posibilitan que en la actualidad ninguna persona se vea al margen de asumir una participación ciudadana, siendo el espacio de la promoción de la salud y el consumo responsable uno de los ámbitos donde más sentido tiene. Por ello, en este contexto, se considera la participación como una estrategia metodológica. Al mismo tiempo, la interdisciplinariedad es una interrelación de distintas perspectivas, lo que permite plantearse nuevas preguntas con un mayor carácter global, ecológico, sistémico y, por lo tanto, en la búsqueda de respuestas, obliga a la colaboración de los distintos agentes sociales implicados.

La participación debe ser asumida tanto por los diferentes profesores que pueden coordinarse para planificar o realizar actividades como por otros profesionales, sanitarios, asistentes sociales, psicólogos, sexólogos, técnicos de consumo... El profesorado puede y debe contar con todos los recursos materiales y humanos que la sociedad pone a su disposición. La ayuda de otros profesionales expertos le será de utilidad para diseñar programas de Educación para la Salud o proyectos de consumo, y para conocer las características y las necesidades de la zona en la que se enmarca el centro educativo. La colaboración con los centros de salud o las oficinas de consumo permitirá coordinar la acción educativa de la escuela con los programas de promoción que se llevan a cabo en la comunidad, multiplicando de esta manera la eficacia de ambas acciones.

A su vez, y como ya hemos comentado, el centro escolar puede convertirse en un agente promotor de salud al exportar fuera de las aulas las actividades y las actitudes que se viven en el interior, procurando que éstas se continúen en el entorno comunitario y que ayuntamientos, asociaciones de vecinos, oficinas de información al consumidor, etc., se impliquen en la consecución de medidas saludables y responsables con el consumo y el medio ambiente, no sólo para la escuela sino para toda la población.

9. Toda la comunidad escolar debe estar implicada en esta tarea. Una de las características de los temas transversales, y entre ellos de la Educación para la Salud y la Educación del Consumidor, es precisamente su presencia en el conjunto de decisiones que deben tomarse en un centro escolar. En este sentido, deben estar presentes al trazar los objetivos que se persiguen en el proyecto educativo del centro, en los proyectos curriculares de etapa y en las programaciones de aula.

Los conocimientos de salud y consumo que adquiera el alumnado, las actitudes que se despierten y las conductas que se consigan deben traspasar las fronteras del aula. Las familias deben estar informadas de aquellas actividades que tengan o puedan tener influencia en los estilos de vida de sus hijos, especialmente en las que su colaboración sea aconsejable o imprescindible. Aspectos como la higiene, la alimentación, las horas de descanso, el tiempo de ocio, el consumo de determinadas sustancias de riesgo, la ropa, los juguetes o el dinero semanal precisan de la información y de la participación de la familia.

No es fácil la participación de la comunidad educativa, padres, alumnos y agentes sociales en el establecimiento del proyecto educativo de centro; sin embargo, la Educación para la Salud es un instrumento que canaliza y posibilita el derecho a tomar parte en la determinación del tipo de escuela que se quiere y a concretar los valores y actitudes que se desean transmitir (Gavidia, 1994).

Desde esta perspectiva, todo el centro escolar (alumnos, padres, profesores, personal no docente, representantes del ayuntamiento...), al participar en la redacción de los proyectos de centro, debe reflejar el nivel de integración de la Educación para la Salud y del Consumidor. «Una vez identificados cuáles van a ser los objetivos prioritarios, es imprescindible analizar qué supone ese compromiso para todos aquellos miembros de la comunidad educativa» (Martín, 1993). En los proyectos de centro se recogerán todas las acciones respecto a las infraestructuras, la organización escolar, los servicios, etc., que se determine realizar dentro del entorno escolar, y así, partiendo del análisis de la realidad, crear un entorno educativo más saludable y responsable ante consumo.

8. A MODO DE CONCLUSIÓN

8.1. LA ESCUELA PROMOTORA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR

8.2. LA RED EUROPEA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

8. A MODO DE CONCLUSIÓN

A lo largo de estas páginas hemos intentado desarrollar un marco didáctico en el que la Educación para la Salud y del Consumidor pueda integrarse y desarrollarse en la escuela. Hemos pretendido establecer los fundamentos sobre los que debe plantearse una propuesta curricular que permita conectar la teoría con la práctica educativa y presentar la metodología de trabajo que el tratamiento de estos temas requiere. Para ello, hemos ido abordando aspectos generales, como qué significado tiene la transversalidad en el currículo escolar, cuáles son sus características, qué objetivos generales persiguen, y qué estrategias pueden establecerse para su introducción en los proyectos de centro.

Pero nuestra propuesta es convertir la escuela en un centro promotor de la Educación para la Salud y del Consumidor, con un alto nivel de integración de estas transversales en el currículo escolar. Para ello se requiere el diseño y desarrollo de un proyecto de salud y consumo en el que se implique la comunidad educativa y cuyas acciones tengan repercusiones en el entorno físico y social próximo a la escuela. Con este motivo, deseamos terminar concretando nuestro pensamiento sobre el quehacer de este tipo de escuelas y presentando una posibilidad de acción coordinada a través de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud.

8.1. LA ESCUELA PROMOTORA DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y DEL CONSUMIDOR

Entendemos que una escuela es saludable y consumerista cuando posee *un ambiente sano donde se aprende de manera saludable y solidaria con el medio*. Para ello, la salud y el consumo deben estar presentes en la propia vida del centro y esto se consigue cuando posee un estilo de trabajo capaz de producir satisfacción tanto en el alumnado como en el profesorado. Esta satisfacción se muestra porque da respuesta a las necesidades de aprendizaje, permite a los alumnos experimentar condiciones capaces de promover situaciones nuevas, posibilita las relaciones afectivas y sociales, se realiza el trabajo con gusto, se contextualizan los problemas de estudio en un entorno próximo, etc.

Sin embargo, todo esto no parece suficiente para caracterizar a la **escuela promotora de la Educación para la Salud y del Consumidor**. Este tipo de escuela *se fija como uno de sus objetivos principales contribuir al desarrollo de la salud de su alumnado y también al de la comunidad donde se ubica, promoviendo actitudes y conductas que lo posibiliten y propiciando un cambio en la consideración social de ciertas pautas de conducta*. A tal fin, cuida de modo especial los factores que contribuyen a la creación del ambiente escolar, en el que podemos diferenciar tres dimensiones: la física, la psíquica y la social.

Para fijar las particularidades que definen un centro de estas características, especificamos a continuación las acciones que realiza en cada una de estas tres dimensiones.

Un **ambiente físico saludable y responsable con el consumo** significa que la escuela tiene:

- Cuidado de su infraestructura de modo que ésta se convierta en un lugar cómodo y agradable tanto para el profesorado como para el alumnado: árboles y arbustos en el patio, plantas de maceta en las aulas, paredes convenientemente pintadas y decoradas...
- Armarios, percheros, sillas y mesas ergonómicas que se encuentran en buen estado y son adecuadas para la altura de quienes las usan.
- Unos lavabos y aseos limpios y con espejos, papel higiénico, jabón, toallas o secadores eléctricos..., de forma que pueden ser utilizados sin restricciones.
- Un servicio de limpieza que funciona perfectamente y se observa la colaboración del alumnado en el mantenimiento del edificio: papeles en las papeleras, suelos sin trozos de tiza ni comida...
- Una adecuada iluminación de los espacios, así como una calefacción y una ventilación correcta.
- Aulas y patio de recreo con una superficie apropiada para el número de alumnos.
- Anuladas las barreras arquitectónicas para facilitar la movilidad de personas con minusvalías; ello no significa que no existan elementos protectores o de seguridad.
- Unos accesos al centro que están vigilados y con las indicaciones de semáforos o señales de tráfico adecuadas.
- Etcétera.

El ambiente psíquico se conforma en dos zonas: en el aula, directamente relacionado con el proceso de enseñanza-aprendizaje, y en el centro, dominado principalmente por las relaciones personales que se establecen.

El ambiente de aprendizaje en el aula ha sido ya tratado y hemos comentado los principios que orientan la acción didáctica en la Educación para la Salud y del Consumidor. No obstante, aportamos las siguientes características definitorias para una escuela promotora de salud y responsable con el consumo:

- Es sensible a las señales emitidas por el alumnado, a veces no expresadas verbalmente por su incapacidad de exponer sus propias necesidades, y las trata adecuadamente, incluyéndolas en su currículo escolar.
- En la elaboración de su proyecto curricular, atiende a la adquisición de conceptos, habilidades y actitudes que permitan al alumnado realizar actuaciones de manera individual y colectiva que mejoren su calidad de vida.

- Utiliza una metodología didáctica basada en situaciones problemáticas que afectan directamente al alumnado, de manera que potencia su autoestima y su capacidad de tomar decisiones informadas sobre su estilo de vida y su manera de consumir.
- Desarrolla las capacidades necesarias para identificar los factores de riesgo, asociar el riesgo al daño y reconocer las raíces de la enfermedad y del malestar.
- El profesorado evita las situaciones amenazantes y no utiliza el castigo como instrumento de aprendizaje, ni los exámenes como instrumento de sanción, antes bien los consideran como una situación de reflexión conjunta entre alumnos y profesores sobre lo realizado en el aula.
- Etcétera.

Entre las características del **ambiente de centro** que definen este tipo de escuela podemos indicar las siguientes:

- Se realizan actividades que favorecen las relaciones personales, tanto entre profesores y alumnos como entre el propio alumnado.
- Facilita vehículos de expresión para todas las personas que trabajan, estudian en el centro o colaboran en sus actividades (tablones de anuncios, revistas, participación en los órganos colegiados del centro...), de forma que se pueden emitir opiniones, sentimientos e ideas que colaboren al buen gobierno de la institución.
- Las decisiones cotidianas de consumo y uso de servicios se traducen en una visión crítica y solidaria con el medio (elección del tipo de papel y posibilidades de su reciclado, utilización medida de la corriente eléctrica, del agua...).
- Reconoce el papel ejemplarizante del profesorado y del personal no docente, lo que obliga a éstos a cuidar determinadas pautas de conducta, especialmente durante su estancia en el centro.
- Se promocionan hábitos de vida saludables y responsables con el consumo, procurando hacer fáciles los comportamientos saludables (alimentación saludable en el comedor, posibilidad de higiene bucodental después de las comidas, ducha después del ejercicio físico...).
- Dispone de orientación psicopedagógica para atender al alumnado y se realizan las revisiones de salud correspondientes para una acción preventiva, las cuales se contextualizan dentro de las actividades de enseñanza-aprendizaje, de forma que no aparezcan como un elemento anecdótico.
- Etcétera.

La actuación a través del **ambiente psíquico** de esta escuela trata de utilizar lo que se denomina currículo oculto como una vía de transmisión de actitudes y valores. Los objetivos que se marcan se hacen explícitos al alumnado para que pueda contribuir intencionadamente a su desarrollo y no sea cuestión exclusiva del profesorado.

La participación de todas las personas relacionadas con el ámbito escolar para configurar un **ambiente social saludable y responsable con el consumo** es, quizás, la nota más identificativa de estos centros. Presentan características como las siguientes:

- Realizan proyectos de trabajo respecto a centros de interés, problemas de salud y/o de consumo, que son relevantes para el alumnado e importantes para la sociedad, de manera que contribuyen a establecer y consolidar las políticas saludables y de consumo iniciadas por la Administración.
- Participan en los proyectos comunitarios que tienen lugar en las proximidades de su zona. De esta forma, se procura no vivir de espaldas a la realidad y se contribuye a reforzar las acciones comunitarias, posibilitando una mayor penetración de sus mensajes.
- Procuran que las acciones que se llevan a cabo en el centro no queden entre las cuatro paredes de las aulas, haciendo lo posible para que lleguen al resto de la comunidad, a través de las familias, de los medios de comunicación, de los servicios de los ayuntamientos...
- Propician que alumnos y alumnas sean **agentes activos de salud y consumo responsable**, difundiendo informaciones, actitudes y pautas de conducta. El hecho de que el alumnado cobre protagonismo en estas acciones que se llevan a cabo en la escuela y fuera de ella no sólo desarrolla las actitudes y recursos individuales, sino que contribuye a crear un ambiente social donde los mensajes saludables y de consumo son mejor recibidos.
- «Intenta, no sólo difundir conocimientos a través del alumnado, sino también modificar comportamientos de riesgo en los adultos y, sobre todo, desarrollar la sensibilidad y atención hacia las necesidades de los hijos, propios y ajenos» (Ferrari, 1992).
- Procura la participación de los diversos agentes sociales en equipos de trabajo multidisciplinares, para que colaboren, cada uno desde su perspectiva, en la empresa de hacer de la escuela un centro difusor de estas ideas y valores ante la salud y el consumo. Esto significa la constitución de una **comisión escolar de salud y consumo** donde, además del profesorado, alumnado y personal no docente, participen las familias, los representantes municipales, el personal sanitario, los técnicos de consumo y demás agentes sociales implicados. Esta comisión se encarga de coordinar las diversas actuaciones de cada uno de sus miembros y presentar un plan de trabajo consensuado y compartido.

Para obtener una cierta repercusión social de las acciones que la escuela realiza hay que procurar el concurso del mayor número posible de agentes sociales en el proyecto de trabajo. Esto tiene objeto desde la óptica de colaborar en la transformación de la sociedad, lo que implica participar en las acciones comunitarias que tengan lugar. De esta forma se consigue aumentar la eficacia de la acción escolar.

Cuando la escuela crea entornos que favorecen la salud y las acciones responsables ante el consumo, incorporando estas acciones en sus proyectos de centro y programaciones de

aula, con un elevado nivel de compromiso, la denominamos Escuela Promotora de la Educación para la Salud y del Consumidor.

Una escuela así categorizada, además de las características especificadas, trata de llevar a cabo los siguiente objetivos:

- Realiza proyectos de trabajo dirigidos a centros de interés que sean trascendentes para la sociedad y relevantes para el alumnado, de manera que «contribuye a establecer y consolidar las políticas saludables y de consumo» establecidas por la Administración.
- Participa en los proyectos comunitarios de la zona donde se ubica el centro docente, de forma que éste no viva de espaldas a su realidad. Con ello se contribuye a «reforzar las acciones comunitarias» posibilitando la mayor penetración de sus mensajes.
- Procura que las acciones que se llevan a cabo no se queden entre las cuatro paredes de las aulas y hace lo posible para que lleguen al resto de la comunidad, bien a través de las familias, de los medios de comunicación, de los servicios de los ayuntamientos, etc.
- Propicia que los alumnos y alumnas sean agentes activos de salud y de responsabilidad ante el consumo. El hecho de que el alumnado cobre protagonismo en las acciones de salud y consumo que se llevan a cabo en la escuela y fuera de ella no sólo «desarrolla las actitudes y recursos individuales», sino que contribuye a crear un ambiente social donde los mensajes saludables y consumeristas son mejor recibidos.
- Procura, para que todo esto sea posible, la participación de los diversos agentes sociales en equipos de trabajo multidisciplinarios, que colaboren desde sus perspectivas en la empresa de hacer de la escuela un centro promotor de la *Educación para la Salud y del Consumidor*.

Por todo ello, parece evidente la conveniencia de llevar a cabo proyectos de trabajo de salud y/o consumo mediante los cuales las acciones que se diseñen tengan repercusiones en el alumnado y en el entorno. Para obtener una mayor eficacia en las acciones de salud y consumo es adecuado el intercambio de información con otros centros docentes que posean objetivos similares. Esto es lo que pretende la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud.

8.2. LA RED EUROPEA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

La creación de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, del Consejo de Europa y de la Comisión Europea, al considerar que las escuelas son el lugar idóneo para la difusión de prácticas saludables y para la promoción e intercambio de experiencias e información, y está de acuerdo con las prioridades actuales de la OMS para la Promoción de la Salud y con el espíritu de la resolución del Consejo de Ministros de la Comunidad Europea (23 de noviembre de 1988) sobre la introducción de la Educación para la Salud en las escuelas.

Trata de crear una red europea de escuelas saludables lo más descentralizada posible, en la que cada centro educativo que intervenga sea seleccionado por un Centro Coordinador nacional (en España es el Centro de Investigación y Documentación Educativa, CIDE, del Ministerio de Educación y Cultura). Las escuelas participantes deben poseer un proyecto de trabajo y un equipo de docentes con una persona que coordine el proyecto y, si es posible, contar con la colaboración de un centro de salud.

Para que un centro escolar pueda participar en esta red, se necesita que incluya los siguientes doce criterios en su propio proyecto:

- Promover activamente la autoestima de cada alumno y de cada alumna, comprobando que ello influye positivamente en la vida del centro educativo.
- Favorecer buenas relaciones entre el personal docente y el alumnado, y entre los alumnos y alumnas entre sí, en la vida cotidiana escolar.
- Facilitar la información y los canales de participación para que el alumnado y el profesorado entiendan claramente el proyecto educativo y los objetivos sociales de la escuela.
- Promover un amplio abanico de actividades que supongan retos estimulantes para todo el alumnado.
- Aprovechar toda ocasión de mejorar el entorno físico que conforma el centro escolar.
- Fomentar lazos sólidos entre el centro, la familia y la comunidad.
- Establecer relaciones de colaboración entre las escuelas primarias y secundarias asociadas para elaborar programas coherentes de Educación para la Salud.
- 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.
- Conferir al profesorado un papel de referencia para las cuestiones relativas a la salud y potenciar su papel protagonista en la Educación para la Salud.
- Resaltar el papel complementario de la alimentación escolar dentro del programa de Educación para la Salud.
- Utilizar las posibilidades que ofrecen los servicios de la comunidad como apoyo al programa de Educación para la Salud.
- Aprovechar el potencial educativo de los diferentes servicios de salud como apoyo al programa de Educación para la Salud, más allá del simple diagnóstico sistemático.

Los proyectos de trabajo que realicen deben tener una duración de tres años, tratar cuestiones de importancia local, pero que tengan interés a escala europea, de forma que tenga sentido el intercambio de experiencias, y estimular la responsabilidad personal y

colectiva para asumir compromisos de salud, colaborando en la creación de entornos saludables.

Así pues, concluimos esperanzados con este interés que se observa desde las instituciones internacionales hasta las comunidades escolares: que los centros docentes desarrollen proyectos de trabajo de salud y/o de consumo, contemplados en el proyecto educativo y curricular de centro y que posean las características necesarias para permitir la creación de actitudes positivas hacia la salud y el consumo, el afianzamiento o modificación de conductas, la mejora de la calidad de vida, el cuidado del entorno y el intercambio y extrapolación de experiencias para difundir pautas de actuación educativa; que consideren, en suma, la Educación para la Salud y del Consumidor como materia transversal al currículo escolar y se conviertan en Escuelas Promotoras de Salud.

9. BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ MARTÍN, María Nieves, y Luis María ÁLVAREZ GUEREDIAGA (1993): «Nuevas perspectivas», *Cuadernos de Pedagogía*, 218, 8-11.
- ANDALUCÍA. JUNTA, CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES Y CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CONSUMO (1990): *La Educación del Consumidor en Andalucía*, por J. A. ÁLVAREZ, M. CAÑIZAL, F. GUTIÉRREZ, A. GALINDO y J. JEREZ, Sevilla, Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Asuntos Sociales y Consejería de Educación y Cultura.
- ASHTON, John, y Howard SEYMOUR (1988): *The new public health. The Liverpool experience*, Milton Keynes, Open University Press. [Trad. esp. de Carlos ÁLVAREZ-DARDET, Concha COLOMER y Carmen PIERA: *La nueva salud pública. La experiencia de Liverpool*, prefacio del profesor Fernando RODRÍGUEZ ARTALEJO, Barcelona, Masson, 1990 (Colección de planificación y gestión sanitaria).]
- AUSUBEL, David Paul, Joseph Donald NOVAK y Helen HANESIAN (1978): *Educational psychology. A cognitive view*, 2ª ed. (1ª, 1968), Nueva York, Holt, Rinehart and Winston. [Trad. esp. de M. SANDOVAL: *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*, 3ª reimp. (de la 1ª ed., 1976) México, Trillas, 1981.]
- BARRIO MARTÍNEZ, Cristina del (1990): *La comprensión infantil de la enfermedad. Un estudio evolutivo*, prólogo de Juan Delval, Barcelona, Anthropos / Madrid, Ediciones de la Universidad Autónoma (Autores, textos y temas. Psicología, 13).
- BAUDRILLARD, Jean (1974): *La société de consommation. Ses mythes, ses structures*, París, Gallimard (Idées, 316). [Trad. esp. de Rosa María BASSOLS: *La sociedad de consumo. Sus mitos, sus estructuras*, Esplugas de Llobregat (Barcelona), Plaza & Janés, 1974 (Tribunal).]
- BREWSTER, A. B. (1982): «Chronically ill hospitalized children's concepts of their illness», *Pediatrics*, 69, 355-362.
- BRUNER, Jerome S. (1964): «The course of cognitive growth», *American Psychologist*, 19, 1-15.
- BUSQUETS, Maria Dolors, et. al. (1993): *Los temas transversales. Claves de formación integral*, Madrid, Santillana (Aula XXI, 55).
- CANADÁ. MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR NACIONAL: v. LALONDE, Marc.
- CAREY, Susan (1985): *Conceptual change in childhood*, Cambridge (Mass.)/Londres, MIT Press.
- CARMEN, Luis del (1990): «La elaboración de proyectos curriculares de centro en el marco de un currículo de ciencias abierto», *Enseñanza de las Ciencias*, 8 (1), 37-45.
- CIDAD MAESTRO, Emilio (1991): *Perspectivas sobre educación del consumidor*. Madrid, Instituto Nacional de Consumo.
- COLL, Cèsar (1986): *Marc curricular per a l'ensenyament obligatori*, con la colaboración de los técnicos del Gabinet d'Ordenació Educativa y del Servei d'Educació Especial de la Direcció General d'Ensenyament Primari, Barcelona, Departament d'Ensenyament, Secretaria General (Recerca educativa, 2).

- COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA. GOBIERNO VASCO. DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN, UNIVER-SIDADES E INVESTIGACIÓN (1992): *Diseño curricular base de la Comunidad Autónoma Vasca*, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco, 1992. [Se trata de tres volúmenes, dedicados, respectivamente, a: *Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria*.]
- CUETO, Juan (1981): *La sociedad de consumo de masas*, Madrid, Salvat (Colección Salvat Temas Clave, 46).
- DELVAL, Juan (1983): *Crecer y pensar. La construcción del pensamiento en la escuela*, Barcelona, Laia (Cuadernos de pedagogía, 11. Serie Psicología).
- DOGANA, Fernando (1976): *Psicopatología dei consumi quotidiani*, pr. A. Quadrio, Milán, Franco Angeli (Sps, 13) [Trad. esp. de Alberto L. BIXIO: *Psicopatología del consumo cotidiano*, Barcelona, Gedisa, 1984 (Colección Psicoteca mayor).]
- DRAPER, Peter, et al. (1977): «Health and Wealth». *Royal Society of Health Journal*, 97 (3), June, 121-126.
- DUBOS, René Jules (1959): *Mirage of health. Utopias, progress and biological change*, Nueva York, Harper (World perspectives, 22).
- (1965): *Man adapting*, New Haven, Yale University Press (Mrs. Hepsa Ely Silliman memorial lectures).
- FERRARI, Anna (1986): *Finalidad y métodos de la Educación para la Salud en la escuela, serie de conferencias recogidas en Programa de Educación para la Salud, Comisión Mixta Sanidad-Educación*, Valencia, Generalitat Valenciana.
- (1991): «La promoción de la salud en la infancia y adolescencia. Un proceso complejo», en Hilda ARASA FERRER et al.: *Educación para la salud. Propuestas para su integración en la escuela*, Zaragoza, Departamento de Salud, Trabajo y Bienestar Social (Colección de cuadernos de educación para la salud en la escuela, 1; "Proyecto experimental de educación para la salud en la escuela"), 13-25.
- GAVIDIA CATALÁN, Valentín (1993): «Consideraciones sobre la formación inicial del profesorado en Educación para la Salud», *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 7, 59-70.
- (1994): «La Educación para la Salud. Instrumento en el desarrollo de actitudes», *Aula de Innovación Educativa*, 27, 16-21.
- (1996): «La construcción del concepto de transversalidad», *Aula de Innovación Educativa*, 55, 71-77.
- y María José RODES SALA (1996): «Tratamiento de la Educación para la Salud como materia transversal», *Alambique. Didáctica de las Ciencias Experimentales*, 9, 7-16.
- (1998): «La escuela saludable, la transversalidad y los centros escolares promotores de salud», *Bordón*, 50 (4), 361-367.
- (1999): «Las actitudes hacia la salud», *Alambique. Didáctica de las Ciencias Experimentales*, 22, 87-96.
- GIL, Daniel, Valentín GAVIDIA y Carles FURIÓ (1998): «Problemáticas a las que la comunidad científica y la sociedad en general habrían de prestar una atención prioritaria», *II Congreso Internacional de Universidades por el Desarrollo Sostenible y el Medio Ambiente*, Granada, diciembre de 1997.
- GILBERT, Jules (1959): *L'Éducation sanitaire, theorie et pratique*, prefacio del Dr. Armand Frappier, París, Masson et Cie.

- GIORDAN, André (1978): *Une Pédagogie pour les sciences expérimentales*, París, Le Centurion. [Trad. esp. de Antonio CORRAL y Rosario CREGO: *La enseñanza de las ciencias*, edición a cargo de Mario CARRETERO, Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores, 1982 (Monografías de infancia y aprendizaje, 2).]
- GREEN, Lawrence W., Marshall W. KREUTER, et. al. (1991): *Health promotion planning. An educational and environmental approach*, 2ª ed. rev., Mountain View (Calif.), Mayfield Publishing Company.
- JENSEN, B. B. (1995): «Educació per la salut per als mestres. Nous reptes», en Antoni ARIAS I ENRICH et al.: *El món de l'educació i la salut*, Moià (Barcelona), Raima (Paideia, 21).
- KELLY, George Alexander (1955): *The psychology of personal constructs*, Nueva York, Norton.
- KICKBUSCH, Ilona (1971): «Health promotion strategies for action», *Canadian Journal of Public Health*, 77 (5), 321-326.
- KINSEY, T., y J. WHEATLY (1984): «The effects of an environmental studies course on the defensibility of environmental attitudes», *Journal of Research in Science Teaching*, vol. 21, nº 7, 675-683.
- LALONDE, Marc (1974): *A new perspective on the health of Canadians, a working document = Nouvelle perspective de la santé des canadiens, un document de travail*, Ottawa, Department of National Health and Welfare.
- LEAKEY, Richard, y Roger LEWIN (1995): *The sixth extinction. Patterns of life and the future of humankind*, Nueva York, Doubleday. [Trad. esp. de Antonio-Prometeo MOYA: *La sexta extinción. El futuro de la vida y de la humanidad*, Barcelona, Tusquets, 1997 (Metatemas, 50).]
- LERICHE, René (1937): *Chirurgie de la douleur*, París, Masson & Cie. [Recogido como *Chirurgie de la douleur. Pour une pédagogie de la santé en Mémoire FOPES.UCL*, Louvain-la-Neuve, 1985.]
- MARTÍN, E. (1993): «La Educación para la Salud en los nuevos planes de estudio de la Reforma», VIII Semana Monográfica de la Fundación Santillana, Aprender para el Futuro: Educación para la Salud, Madrid.
- MCKEOWN, Thomas (1976): *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?*, Londres, Nuffield Provincial Hospital Trust.
- MINKLER, Meredith (1989): «Health education, health promotion and open society. A historical perspective», *Health Education Quarterly*, 16 (1), 17-30.
- MODOLO, Maria Antonia (1979): «Educación Sanitaria, comportamiento y participación», *Compilación del Centre d'Analisi i Programes Sanitaris (CAPS)*, nº 8 (1987), 39-58. [Publicado por primera vez en *Il pensiero scientifico*, septiembre de 1979, 14-23.]
- NAREDO, J. M. (1997): «Sobre el rumbo del mundo», *Le Monde Diplomatique*, edición española, año II, nº 20, 1-31.
- NAVARRO, V. (1976): «The underdevelopment of health to working America. Causes, consequences, and possible solutions», *American Journal of Public Health*, 66, 538-547.
- NOVAK, Joseph Donald (1991): «Ayudar a los alumnos a aprender cómo aprenden. La opinión de un profesor-investigador», *Enseñanza de las Ciencias*, 9, 215-228.
- NYSWANDER, Dorothy B. (1975): «Evaluation of health education practice», *Public Health News*.
- O'NEILL, Peter (1982): *Health crisis 2000*, publicado para la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud en Londres, Heinemann Medical, 1983. [Publicado por primera vez en una edición limitada por la OMS, 1982.] [Trad. esp. de Luis LEAL: *La salud en peligro en el año 2000*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1983.]
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1946): *Carta Constitucional*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

- (1983): *Nuevos métodos de educación sanitaria en la acción primaria de salud*, Informe técnico núm. 690, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OFICINA REGIONAL PARA EUROPA (1984): *Europa 1984. Health Promotion. A discussion document on the concepts and principles*, Copenhague, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.
- PERRIN, E. C., y P. S. GERRITY (1981): «There's a demon in your belly. Children's understanding of illness», *Pediatrics*, 67, 84
- PIAGET, Jean (1968): *Le structuralisme*, París, Presses universitaires de France. [Primera trad. esp. de Floreal MAZÍA: *El estructuralismo*, Buenos Aires, Proteo, 1968 (Estudios y Ensayos Fundamentales, 3). Más reciente, en trad. de J. GARCÍA BOSCH y Damià de BAS: Vilassar de Mar (Barcelona), Oikos-Tau, 1974 (Libros de Bolsillo Mini-Tau, 12).]
- POLAINO-LORENTE, Aquilino (1987): *Educación para la Salud*, Barcelona, Herder.
- POSNER, G., K. STRIKE y P. HEWSON (1982): «Accommodation of a scientific conception toward a theory of conceptual change», *Science Education*, 66 (2) 221-227 [Trad. esp. en Rafael PORLÁN, J. Eduardo GARCÍA y Pedro CAÑAL (comps.) (1988): *Constructivismo y enseñanza de las ciencias*, Sevilla, Diada, 1988 (Investigación y enseñanza. Serie Fundamentos, 2).]
- RAMONET, Ignacio (1996): *Nouveaux pouvoirs, nouveaux maîtres du monde. Un monde sans cap*, Saint-Laurent (Quebec), Fides (Les grandes conférences). [Trad. esp. de Antonio ALBIÑANA: *Un mundo sin rumbo. Crisis de fin de siglo*, Madrid, Debate, 1997 (Temas de debate).]
- ROCHON, Alain (1988): *L'éducation pour la santé. Un guide F.A.C.I.L.E. pour réaliser un projet*, Montreal, Agence d'Arc. [Trad. esp. de Jaume ROIG LLAVERÍA: *Educación para la Salud. Una guía práctica para realizar un proyecto*, prólogo a la edición española del doctor Manuel José GARCÍA ENCABO, Barcelona, Masson, 1991 (Colección de planificación y gestión sanitaria).]
- RUBERT DE VENTÓS, Xavier (1997): «No les des pescado, dales caña», *El País*, 25 de junio de 1997, p. 12.
- SALLERAS SANMARTÍ, Luis (1985): *Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*, Madrid, Díaz de Santos.
- SANMARTÍN, Hernán (1981): *Salud y enfermedad*, México, La Prensa Médica Mexicana.
- SANAGUSTÍN, Pilar, et al. (1991): *El sueño consumista*, coordinación y supervisión, Francisco ROCHA BENÍTEZ, Sevilla, Dirección General de Consumo.
- SEPILLI, A., M. MORI y M. A. MODOLO (1976): *Significato di una Riforma*, Roma, Il Pensiero Scientifico.
- SHAYER, Michael, y Philip ADEY (1981): *Towards a science of science teaching. Cognitive development and curriculum demand*, Londres, Heinemann Educational. [Trad. esp. de Aurora CAMENO: *La ciencia de enseñar ciencias. Desarrollo cognoscitivo y exigencias del currículo*, Madrid, Narcea, 1984 (Educación hoy).]
- SIMEONSSON, Rune J., Lenore BUCKLEY y Lynne MONSON (1979): «Conceptions of illness causality in hospitalized children», *Journal of Pediatric Psychology*, 4, 77-84.
- TERRIS, Milton (1980): *La revolución epidemiológica y la medicina social*, compilación de Ignacio ALMADA BAY y Daniel LÓPEZ ACUÑA, México, Siglo XXI (Colección Salud y sociedad). [Hay una ed. corregida de 1982.]
- TONES, B. K. (1981): «Educación para la Salud: ¿prevención o subversión?», *Compilación del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS)*, nº 8 (1987), 27-38. [Publicado por primera vez en *Royal Society Health*, 1981, 114-118.]

-
- UNIÓN EUROPEA. PARLAMENTO EUROPEO Y CONSEJO (1994): *Comunicado 1 de junio. 94/0130(COD)*. Documento CB-CO-94-220-ES-C.
- VIGOTSKY, Lev Semynovich (1934): *Myshlenie i rech'*, Moscú/Leningrado. [1ª trad. al inglés de Eugenia HANFMANN y Gertrude VAKAR: *Thought and Language*, introducción de Jerome S. BRUNER, Cambridge (Mass.), MIT Press, 1962 (Studies in communication); trad. esp. de la nueva edición de MIT Press, revisada por Alex KOZULIN (1986), por Pedro TOSAUS ABADÍA: *Pensamiento y lenguaje*, Barcelona, Paidós Ibérica, 1995 (Cognición y desarrollo humano, 30).]
- WILLIAMS, Trefor, Heather HYDE y Jean ROBERTS (1990): *Exploring health education. Materials for teacher education*, Basingstoke, Macmillan Education.
- WOOD, T. D. (1926): *Fourth yearbook of the Department of Superintendent of the National Educational Association*, Washington, National Educational Association.
- YUS RAMOS, Rafael (1993): «Las transversales: conocimiento y actitudes», *Cuadernos de Pedagogía*, 217, 76-79.
- ZABALA ERDOZAIN, Josefina (1990): *La educación para la salud en los textos de enseñanza primaria (1940-1985)*, Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum (Monografies sanitàries, Serie B, Clàssics, 2).



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN
Y CULTURA



Centro de
Investigación y
Documentación Educativa