

# ESTRATEGIAS PARA A INTRODUCCIÓN DOS CONTIDOS DE EDUCACIÓN PARA A SAÚDE NO CURRÍCULO ESCOLAR

*Margarita Pino Juste*  
Universidade de Vigo

## 1. XUSTIFICACIÓN DO TEMA

A finais dos anos setenta a OMS e outros organismos empezan a dar novas directrices —Alma-Ata (1978), Carta de Ottawa (1986)— sobre a educación para a saúde, e comezan a cobrar importancia os factores de risco, que na súa maioría teñen relación con ámbitos e situacións sociais; é dicir, pásase dun modelo de saúde pública clásico ó que máis tarde deu en se cha-

mar 'modelo ecolóxico'. A diferenza entre estas dúas concepcións foi estudada por multitude de autores e, así, Salleras (1990) fala de dous períodos: clásico e actual; Vaquero Puerta (1989) de dous tipos de concepto: un antigo e outro moderno; Zabala Erdozaín (1990) de dous modelos: modelos centrados no individuo e modelos ecolóxicos.

Desde o noso punto de vista, as diferencias fundamentais entre ámbolos conceptos estriban no seguinte:

MODELO CLÁSICO	MODELO ACTUAL
Concepto de saúde bioloxicista.	Concepto ecolóxico de saúde: as comunidades desenvolven modos de vida que xeran saúde.
A saúde como responsabilidade individual.	Dinámico: o estado de saúde ten gradacións e tendencias en cada momento.
A finalidade da medicina é curar enfermidades.	Holístico: o corpo humano é un todo que interactúa co medio.
O ser humano é unha máquina e as súas partes poden verse afectadas de forma illada.	Colectivo: a saúde é un ben social, comunitario e participativo.
Os profesionais sanitarios son profesionais do corpo humano.	Multidimensional: benestar físico, social, espiritual, mental, e emocional.
As causas das enfermidades búscanse en tests diagnósticos e terapéuticos: visión reduccionista.	A saúde promociónase e prevéñense as enfermidades.

Vemos que desde un punto de vista actual os factores sociais se converten en factores determinantes, pero, sen embargo, os factores que máis inflúen no estado de saúde das poboacións non son os que reciben os princi-

pais recursos. Os catro factores con maior influencia na saúde da poboación, así como o gasto público neles investido, podémoslo ver no cadro seguinte:

	INFLUENCIA NO ESTADO DE SAÚDE	INVESTIMENTOS FACTORES
Biolóxicos ou endóxenos	27 %	7%
Factores ligados ó medio	19 %	1,6 %
Factores ligados ós hábitos de vida	43 %	1,5 %
Factores ligados ó sistema sanitario	11 %	90 %



O adicto a vídeoxogos pode illarse do mundo durante horas en prexuízo da súa saúde mental e da súa comunicación social.

Pódese comprobar que o estilo de vida é o factor que máis inflúe no estado de saúde e na mortalidade da poboación, pero, sen embargo, é o que menor porcentaxe de gasto en saúde recibe.

Ademais, os factores ligados ó estilo de vida e ó medio supoñen un 60 % da influencia sobre o estado de saúde; así e todo, os investimentos destinados a estes conceptos suman un 3 %.

Por outro lado, o sistema sanitario é o factor que menos inflúe na mortalidade da poboación, e con todo supón máis do 90 % do investimento tamén no noso país.

Cabería inferir destes datos que se o estilo de vida é o principal determinante da saúde, a modificación de comportamentos e hábitos mediante unha

axeitada educación para a saúde da poboación será unha das medidas máis rendibles que poidamos tomar.

Segundo a OMS, a educación para a saúde ou educación sanitaria é “calquera combinación de actividades de información e educación que conduza a unha situación na que as persoas desexen estar sas, saiban cómo alcanza-la saúde, poñan os medios dispoñibles individual e colectivamente para mantela e busquen axuda cando a precisen”.

Dos tres ámbitos da educación para a saúde (escolar, laboral e enfermidades crónicas), nós centramos este estudo no primeiro: a escola. Este considérase o ámbito máis eficaz e rendible por varias razóns:

1. a súa universalidade;
2. a facilidade de asimilación pola idade dos seus destinatarios, a súa capacidade receptiva e a asimilación de novos conceptos;
3. a menor existencia de obstáculos no comportamento pois os nenos presentan menor número de hábitos previos;
4. os profesionais docentes son expertos en métodos e técnicas educativas.

## 2. MARCO LEGISLATIVO

As institucións, conscientes deste feito, veñen legislando algúns dos

aspectos máis importantes relacionados coa educación para a saúde.

No ámbito galego existe o Plan de Saúde de Galicia (1993-1997), que establece unha estratexia de fomento de vida saudable. Para conseguir este obxectivo deséñanse distintas accións de educación para a saúde, tales como actividades docentes e divulgativas sobre temas de primeiros auxilios, alimentación e nutrición, educación vial, prevención de accidentes, ecoloxía e saúde, etc.

En principio estas directrices e outras como os convenios entre as consellerías de Sanidade e Educación (1992), as subvencións a proxectos de investigación-acción en educación para a saúde (1993) ou a creación do Servicio de Educación para a Saúde (1994), substituído polo Servicio de Saúde Escolar, Laboral e de Ocio (1996), deberían facilita-la incorporación dos contidos de educación para a saúde (EpS) ó currículo escolar.

No que se refire concretamente á saúde escolar, os acontecementos legislativos máis importantes en Galicia son a Lei de sanidade escolar, do 30 de xuño de 1983 (DOG do 18 de xullo), o Decreto 44/1985 do 14 de febreiro (DOG do 29 de marzo) e o Decreto 199/1994 do 16 de xuño (DOG do 28 de xuño).

A primeira lei pon de relevo a importancia da sanidade escolar e a obrigatoriedade do control sanitario proporcionado á comunidade escolar por medio dos exames de saúde.

O decreto do 14 de febreiro é moi importante, xa que nel se detallan as funcións dos distintos profesionais que interveñen na sanidade escolar: médicos, axudantes técnicos sanitarios e matronas, veterinarios, farmacéuticos, directores escolares, profesores e pais e titores.

O servizo de educación para a saúde desapareceu en virtude do Decreto 63/1996 que crea o Servizo de Saúde Escolar, Laboral e de Ocio, que ten as seguintes funcións:

— A vixilancia epidemiolóxica do impacto dos factores ambientais específicos, entendendo por tales aqueles que interactúan cos factores dependentes de variables individuais, como a idade, o sexo, o nivel socioeconómico, etc.

— A planificación, programación e avaliación das actividades de protección fronte ós factores de risco ambientais específicos.

— A análise e difusión da información sobre factores ambientais específicos.

Á luz deste marco lexislativo, escasamente definido, o mestre ha introduci-los distintos contidos de EpS no currículo escolar.

### 3. ESTRATEXIAS DE INTERVENCIÓN

En primeiro lugar, sería conveniente sinalar quen son os axentes para a saúde. En sentido amplo, son todas

aquelas persoas pertencentes á comunidade que de maneira formal ou informal promoven conductas positivas de saúde. Aínda que moitas destas persoas non teñan a educación para a saúde como actividade principal, preséntanselles múltiples oportunidades de transmitiren mensaxes de saúde. Sen embargo, como sinala García Cabañas,

La formación de profesionales y su coordinación horizontal sería una tarea a abordar sin pausa, como plataforma posible de intervención preventiva sobre las condiciones de la infancia. Todo ello apoyado por la administración, que tiene autoridad, capacidad, responsabilidad y recursos para organizarlo (1990, pág. 65).

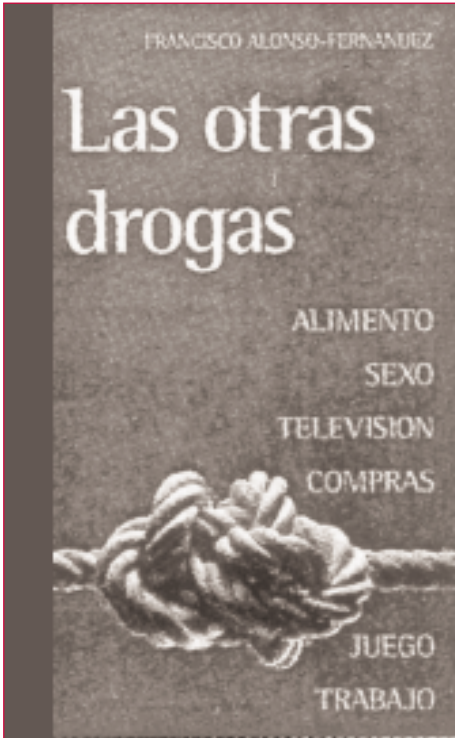
Referíndonos á **formación do profesorado**, o comité mixto de expertos en educación sanitaria da OMS/UNESCO (Informe Técnico, 153) suxería xa en 1959 que os obxectivos principais da formación do mestre para a educación sanitaria deberían se-los seguintes:

— Facerlle aprecia-lo valor, a importancia e o lugar da educación sanitaria no programa xeral de estudos.

— Proporcionarlle os coñecementos necesarios sobre o crecemento e o desenvolvemento do neno, a saúde persoal e colectiva e o programa mailos métodos de educación sanitaria.

— Inculcarlle normas de hixiene persoal que lle axuden a conserva-la súa propia saúde e lle permitan servir de exemplo ós seus alumnos.

— Facer que comprenda e aprecie a importancia dun ambiente san e o que cómpre facer para mantelo.



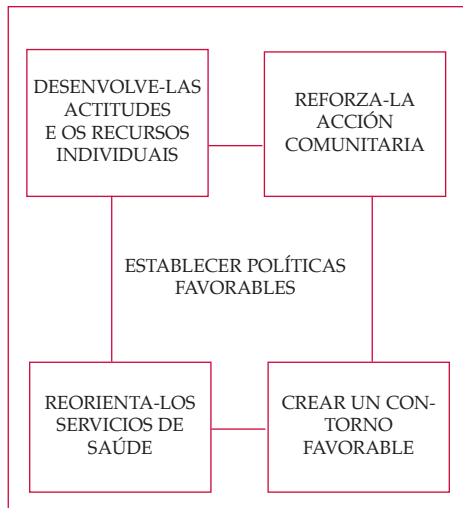
Neste libro, Alonso Fernández ofrece unha análise das novas adicións.

Sabendo isto, imos estudia-las distintas variables que conforman o “crebacabezas curricular” da educación para a saúde.

No tocante ós **obxectivos**, hai que sinala-la importancia da saúde como valor fundamental para incluír no sistema educativo. Esta idea está xustificada por unha educación para a decisión, para a responsabilidade persoal e

social, e baseada na crenza de que a educación debe axudarlle ó home a ser realmente persoa, a desenvolverse integralmente como di a LOXSE. A saúde forma parte dese desenvolvemento integral e de aí “que se inserte en los valores reconocidos por la comunidad” (Calzada e Heierle, 1995).

Na Conferencia de Ottawa (1986) definíronse cinco liñas esenciais de acción a prol da saúde, que poden aplicarse tanto ó conxunto da sociedade coma a calquera ámbito concreto de intervención: construír políticas saudables, crear medios favorables á saúde, fortalece-la acción comunitaria, desenvolve-las habilidades persoais e reorienta-los servicios sanitarios. A declaración final desta Conferencia explica brevemente o contido destas liñas de traballo.



Cadro 1: Esquema dunha acción global de promoción da saúde. Fonte: Merino Merino, 1995, páx. 57.

Vexamos cómo se deberían reflectir estas premisas no deseño dos obxectivos dunha escola promotora de saúde:

— Un contorno saudable con respecto á seguridade, os comedores, edificios, campos de deporte, servicios de recreo e lecer, etc.

— Promociona-lo sentido da responsabilidade respecto da saúde individual, da familia e da comunidade.

— Alentar unha vida sa e presentar opcións de saúde realistas e atractivas.

— Permitir que os alumnos desenvolvan plenamente o seu potencial físico, psicolóxico e social e que se promova activamente a súa autoestima.

— Establecer claramente ante os profesores e os alumnos o cometido social da escola e a súa potencialidade para promociona-la saúde.

— Desenvolver boas relacións entre profesores e alumnos, e entre os propios alumnos na vida cotiá da escola, e promover vínculos axeitados entre a escola, a familia e a comunidade.

— Utiliza-lo potencial dos profesionais da saúde e doutros recursos da comunidade como asesoramento e soporte na educación para a saúde e na acción para a promoción da saúde.

— Planificar un currículo coherente de educación para a saúde, incluíndo os elementos biolóxicos, eco-

lójicos e sociais relevantes para promociona-la saúde.

— Proporcionar un coñecemento básico sobre a saúde e as destrezas adecuadas para obter e interpreta-la información relacionada con ela e para actuar conforme a ela (OMS, 1995).



A antiga máxima *Mens sana in corpore sano* ten total vixencia hoxe en día.

Para levar a cabo estas directrices, no DCB da Comunidade Autónoma Galega, dentro dos obxectivos xerais para a educación primaria, apartado 1, sinalase o seguinte obxectivo relacionado coa EpS: “Coñecer e aprecia-lo propio corpo e contribuír ó seu desenvolvemento, adoptando hábitos de saúde e benestar e valorando as repercusións de determinadas conductas sobre a saúde e a calidade de vida”. (Xunta de Galicia, 1991b, páx. 11).

Verbo dos **contidos** de EpS podemos sinalar, entre outros, os seguintes: hixiene, alimentación, prevención de enfermidades, saúde sexual, saúde

ambiental, saúde mental, drogadiccións, prevención de accidentes, etc. Para seleccionar estes contidos podemos utiliza-los seguintes criterios:

— As necesidades do centro e da comunidade educativa, do grao de desenvolvemento evolutivo do neno, e partir dos seus intereses e necesidades.

— Non deben ser contidos negativos, senón que deben salienta-las vantaxes dun comportamento saudable para a mellora das condicións de vida.

— No caso de que o profesor desexe sinalar algún inconveniente, este debe ser a curto prazo, xa que a longo prazo teñen escasa eficacia.

— Os contidos informativos deben ser sinxelos, prácticos, veraces, actuais e partir dos intereses dos alumnos, sendo os contidos actitudinais, neste caso, os máis importantes, xa que se aprende máis eficazmente se se nos

asignan responsabilidades e se se exercita o aprendido.

Entre os **aspectos metodolóxicos** podemos citar varias características de importancia. En primeiro lugar, cáles poderían se-los principios metodolóxicos que sustentan a introducción da EpS na escola:

— Traballo en equipo do profesorado.

— O contorno como centro da actividade docente.

— Unha aprendizaxe significativa como meta.

— Participación de toda a comunidade educativa<sup>1</sup>.

Pero, ¿como enfoca-lo ensino da saúde na escola?, ou o que vén sendo o mesmo, ¿que metodoloxía hai que utilizar para introduci-la EpS na escola? Existen tres alternativas. A continuación sinalámo-las súas vantaxes e inconvenientes:

<b>Como materia específica</b>	
VANTAXES	INCONVENIENTES
<p>—Dá unidade e sistematización.</p> <p>—Existe unha formación específica do profesorado.</p> <p>—A metodoloxía está adaptada ó adestramento en habilidades.</p>	<p>—Contribúe a sobrecarga-lo currículo escolar.</p>
<b>Como ensinanza ocasional ou actividade puntual dentro da programación</b>	
VANTAXES	INCONVENIENTES
<p>—Introdúcese en varios niveis de ensino.</p> <p>—Incorpórase con facilidade ó proceso educativo.</p>	<p>—Depende do criterio do profesor, polo tanto pode quedar esquecido.</p>

1 En Pino (1995, páxs. 11-18) encontramos un pequeno estudio de cada unha destas características.

De forma interdisciplinar	
VANTAXES	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>—Trátase en tódalas áreas.</li> <li>—Existe maior coherencia entre o que se transmite e o que se fai.</li> <li>—Favorece unha maior contextualización.</li> <li>—Favorece a organización e aumenta o rendemento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Escaseza de traballo en equipo do profesorado.</li> <li>—Escaseza de tempos para a reflexión.</li> <li>—Escaseza de materiais transversalizados.</li> </ul>

Debemos precisar que na maioría dos centros se escolleu a última opción<sup>2</sup>.

Para as **actividades**, é necesario sinala-la necesidade de favorecer actividades educativas que movan a persoa a estar sa, xa que todos somos responsables dela e, na escola, é o mestre o encargado de intentar que o alumno se responsabilice da súa saúde. Para favorecer estas ideas existen multitude de estratexias; sinalamos só algunhas por seren menos coñecidas e porque xa foron experimentadas en distintas escolas.

- Estudio de tradicións, receitas caseiras e refráns populares referidos á saúde.

- Análise crítica de material publicitario ou cinematográfico.

- Eliminar do menú e das festas escolares a comida lixo.

- Crear unha cociña escolar e elaborar distintas receitas tradicionais co apoio dos pais.

- Introducir hábitos hixiénicos na aula (lava-las mans despois dos recreos, lava-los dentes despois do bocadillo ou das outras comidas, manter limpo o contorno escolar, non fumar nas distintas dependencias escolares, elaborar menús axeitados, etc.).

- Organizar actividades de formación para toda a comunidade educativa en colaboración co centro médico, a Unidade de Prevención de Drogodependencias, os médicos estomatólogos, a policía local, etc.

- Estructurar vías de colaboración entre as diferentes institucións para lograr unha coherencia entre os distintos plans de acción comunitarios.

- Realizar actividades onde os alumnos se responsabilicen dos seus propios actos (carné de socio do clube "os que sabemos comer ben", creación dun supermercado escolar, creación dunha colección de moda con material de refugallo, realizar un pase de modelos, convocatoria e celebración dun pleno infantil no concello da cidade, elaborar campañas de concienciación

<sup>2</sup> En relación cos aspectos metodolóxicos poden verse os resultados dun estudio de opinión en M. Pino (1997): "Aspectos metodológicos en educación para la salud en el medio rural gallego", *Saudíña*, 4, páxs. 5-7.



local sobre distintos temas de actualidade no contorno, etc.

— Coñecer, respectar e coida-lo contorno inmediato (viaxe en barco polo río Miño, colaborar en actividades agrícolas: vendima, colleita do millo, das castañas, etc., itinerario polo centro histórico da cidade, compartir actividades con outros centros educativos portugueses, etc.).

— Recompilación e práctica de xogos populares.

Con respecto ós **materiais curriculares**, a maioría deles poderían ser

facilitados polos organismos oficiais, pero tamén resulta moi importante a creación de recursos polo equipo de profesores do propio centro, tendo en conta o ambiente onde este se localiza e as súas necesidades. Evidentemente, isto require das institucións o recoñecemento de espazos e tempos dispoñibles para tales actividades.

Canto á **avaliación** convén sinala-la escasa tradición avaliadora de programas de saúde no noso contexto, moito máis abundante no ámbito internacional (Nuttall, 1987; Dignan, 1989 e Hawe, 1990, entre outros).



A hixiene dental ten de ser presentada dun xeito atractivo e positivo. Anuncio tridimensional de pasta dentífrica. Anos vinte.

A función da avaliación é, como en todo contexto educativo, un proceso de reflexión sistemática sobre a experiencia que levamos a cabo. Para isto, débese recoller información de todo o proceso para facilitarlle a ós implicados nel, coa finalidade de orientalo propio proceso do programa: qué está pasando e por qué, cómo reforzalo e modificalo, situar cada unha das persoas no momento do proceso no cal se atopa e establecer qué parte dos obxectivos se conseguiu, delimitando con claridade qué aspectos quedan pendentes de traballar. Todo isto tenta mellora-los resultados.

Unha educación para a saúde necesita avalia-los seus progresos e as repercusións na vida dos implicados; nese sentido, debe considerarse “a calidade do ensino, o proceso de avaliación de métodos, a avaliación de prácticas de dirección e do desenvolvemento do currículo e os niveis de compromiso da comunidade na vida escolar” (Ziglio, 1995, páx. 10). Para iso sería necesario fomentar programas de investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Calzada Gómez, M. L., e C. Heierle Valero, “Reflexiones sobre el significado de la educación para la salud”. J. A. Moron Marchena (dir), *Educación para la salud*, Sevilla, Concello de Dos Hermanas, 1995.
- Dignan, M. B., *Measurement and evaluation of health education*, Illinois, Charles Thomas Publisher, 1989.
- García Cabañas, V., “Salud y educación infantil”, *Infancia y sociedad*, 5, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, 1990.
- Hawe, P., *Evaluating Health Promotion: A Health Workers Guide*, Sydney, MacLennan and Petty, 1990.
- Merino Merino, B., “La promoción de la salud en el sistema sanitario español”, Granada, *I Jornadas de la Red Europea de Escuela Promotoras de Salud*, 1995.
- Nuttall, D. L., e outros, *Studies in self evaluation*, Londres, Falmer Press, 1987.
- OMS, *Carta de Ottawa sobre promoción de la salud*, Xenebra, OMS, 1986.
- OMS, *La red Europea de Escuelas Promotoras de Salud*, Madrid, Comisión da Unión Europea, 1995.
- OMS/UNESCO, *Informe Técnico*, 153, Xenebra, OMS, 1959.

- Pino Juste, M., "Metodología de los contenidos transversales", *Innovación educativa*, 5, 1995, 11-18.
- \_\_\_\_\_"Aspectos metodológicos en educación para la salud en el medio rural gallego", *Saudiña*, 4, 1997, 5-7.
- Salleras, L., *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*, Madrid, Díaz de Santos, 1990.
- Vaquero Puerta, J. L., *Salud pública*, Madrid, Pirámide, 1989.
- Xunta de Galicia, *Diseño curricular Base*, Santiago de Compostela, Xunta de Galicia, 1991.
- Zabala Erdozaín, J., *Educación para la salud en los textos de enseñanza primaria. (1940-1985)*, Valencia, Generalitat de Valencia, 1990.
- Ziglio, E., "Aiming at innovation and change through the European Network of Health Promoting Schools", Granada, *Actas I Jornadas de la REEPS*, 1995, páxs. 1-11.

