

## Contextos no formales y educación para la salud

La nueva manera (ecológica y global) de entender la salud permite abordarla en su complejidad e incidir educativamente para afrontar los problemas suscitados en todos los contextos vitales. Pero apreciar la salud de forma diferente a la tradicional tiene importantes implicaciones prácticas, puesto que significa la creación simultánea de formas de comportamiento individual y colectivo que afectarán, conformándolo, al entramado vital y social, con la ayuda de los agentes sociales (profesionales) que intervienen en él. Se trata, pues, de plantear, hacer aceptables y aplicables pautas que establezcan los contenidos de una nueva cultura de la salud: un conjunto de prácticas e ideas en torno a la mejora de la calidad de vida de los miembros de nuestra sociedad. Si la protección y la promoción de la salud humana es el objetivo de los procesos educativos para la salud, su mejor instrumento es la incorporación de los sujetos (actores sociales) al análisis de las situaciones concretas y a la acción en los diversos ambientes que afectan a la salud. De ahí que los programas de Educación para la salud que pretendan ser *socialmente rentables* hayan de vincularse a las necesidades de la vida comunitaria y a las capacidades de modificación de los modos y condiciones de vida por parte de los implicados.

**Palabras Clave:** Educación para la salud, promoción, capacitación, exclusión, educación social, profesionales (educadores para la salud)

### 1. El contexto de la educación para la salud: el estado de la cuestión

La influencia de un estilo de pensamiento, si es que llega a tenerla alguna vez, sólo se puede apreciar a lo largo de la evolución histórica, y en función de los efectos que tiene en las concepciones, los enfoques y las acciones de los seres humanos. Como en tantos otros desarrollos teórico-prácticos, los de la Educación para la salud han estado profundamente afectados por el pensamiento crítico y los desarrollos de la Pedagogía y la Educación. Influencia que puede apreciarse en los elementos que sirven de modelo a las prácticas socioeducativas para la salud en la vida adulta, especialmente en las orientadas a la superación de dicotomías tan caras al pensamiento positivista, como las de sujeto pasivo/sujeto activo, individuo/comunidad o receptores de servicios de salud/participantes activos en la construcción social de la salud, etc.

Es preciso reconocer que nuestro retraso en el terreno educativo para la salud, especialmente comparado con el progreso experimentado en la mayoría de los países anglosajones y de Europa del Norte, ha sido muy importante. A pesar de ello, con el desarrollo de programas, bases teóricas e investigación, efectuado en los dos últimos decenios, se han producido avances que han conducido a actuaciones muy interesantes y que han forzado a implicarse a numerosas instituciones tanto de formación de profesionales (incorporación curricular en las Universidades) como políticas (el *Plan de*

*Educación para la salud en la escuela* de la Comunidad Autónoma de Murcia para el quinquenio 2005-2010, o el anunciado acuerdo de los ministerios de Educación y Sanidad para su impulso en todo el territorio español), o de componentes de la educación no formal (la propuesta de convenio entre las Universidades Populares y el Ministerio de Sanidad para su desarrollo e incorporación a sus actividades educativas). En todo caso, la educación para la salud ha ido perfilando progresivamente sus ámbitos de intervención, sus bases teóricas y sus métodos en el campo de las ciencias de la educación, tanto no formal como formal, dando lugar a una tarea educativa de amplio espectro que pretende la apropiación de saberes y habilidades por parte de los ciudadanos para la mejora de sus condiciones de vida y de la calidad de la misma, en especial de la población más desfavorecida (García, 1998a). La educación para la salud abarca entonces un campo que va desde la formación al aprendizaje de competencias en el campo de la salud y que tiene como objetivo la *capacitación* de las personas, tanto en su calidad de ciudadanos, como de usuarios de los servicios de salud o como pacientes; su objetivo básico es, pues, el de “mejorar la salud de los grupos humanos, antes y después de la aparición de las enfermedades, por medio del desarrollo de un capital de conocimientos y competencias y por el desarrollo de una actitud responsable” (Bury, 2001: 58).

Es aquí donde se aprecia la importancia de la educación, en general en la promoción de la salud, es decir para afrontar los determinantes sociales y personales de la salud: la educación se considera como un proceso tendente tanto a la construcción del conocimiento como al desarrollo de las capacidades críticas y de intervención, centrales en la transformación de la realidad. Así, la educación se fundamenta en la *acción de educar*, que se manifiesta en la interacción dialógica de los sujetos implicados en dicho proceso. Es, por tanto, un proceso intencional (teleológico), basado en la adquisición de conocimientos y perspectivas éticas, que proyecta una visión del hombre y del mundo. Educar significa humanizar favoreciendo cambios personales para el desarrollo de cualidades humanas específicas y el crecimiento personal y/o social, lo que implica tanto la adquisición de conocimiento como el desarrollo de capacidades, intereses, actitudes y potencial para la acción en un contexto social. Implica, por tanto, la ampliación de la conciencia crítica y la generación de cambios de conducta prácticos que apuesten por la mejora de las condiciones de vida.

La educación se da formal e informalmente en el marco de la vida social, en un proceso multidireccional muy complejo. Experimentada de formas muy distintas por individuos y grupos de población, refleja los valores sociales, los contextos históricos y socioculturales, las ideologías, las condiciones de vida y las prácticas pedagógicas. En el ámbito no-formal, las relaciones pedagógicas se establecen en la vida cotidiana, a través de movimientos de construcción/deconstrucción sociales que apuntan a la organización de la vida y a su recreación, y en las que el educador es alguien que ayuda, asiste, apoya, y estimula el proceso, tratando de promover el conocimiento y la conciencia crítica. Pero, más allá de un proyecto personal destinado a hacer frente a los problemas y resolverlos, apunta también a la auto-organización de los actores sociales, basada en la comprensión crítica del contexto social, considerado como el primer paso para la formación del sujeto social, esto es, la base para definir autónomamente su papel y avanzar en su propia emancipación. Consecuentemente, el educador es alguien que educa, ayudado por los métodos más acordes con esta visión, esto es, los que se apoyan en la

acción dialógica y participativa, en tanto que estimulan el crecimiento personal y social, en consonancia con los valores de libertad, responsabilidad y el derecho a la diferencia.

Sin embargo, aunque teóricamente sigue estando clara la importancia del establecimiento de políticas que apoyen y refuercen la acción educativa para la salud en el terreno social de base, del desarrollo de los recursos humanos y económicos a ella destinados, de la investigación, de la creación de sistemas de control de las actividades realizadas y de la vigilancia y la intervención tanto a nivel estatal como comunitario, la realidad camina por otros derroteros. Llevar a cabo estas actividades requiere, sin lugar a dudas, muchos más recursos humanos y económicos, especialmente cuando, en la realidad cotidiana, las actividades educativas destinadas a la promoción de la salud siguen siendo un lujo, ya que las actuales políticas de salud siguen destinando abrumadoramente los recursos de que disponen (humanos y económicos) a la curación y al desarrollo de sectores de tecnología punta que poco tienen que ver con las necesidades de la mayoría de la población. Lo que, como hace tiempo se constató, significa dejar en pañales y, a lo sumo, en buenas intenciones el desarrollo de la acción educativa promotora de la salud. Es preciso, pues, cambiar la orientación y hacer que las declaraciones tengan un correlato práctico.

Ciertamente, la dimensión física (fisiológica y biológica) de la salud existe, pero junto con otras dimensiones: psíquicas, culturales, ambientales, sociales y políticas. Que educadores, pedagogos, psicólogos, biólogos, trabajadores sociales, profesionales sanitarios, etc., se interesen por la Educación para la salud y se comprometan con ella es, pues, algo perfectamente legítimo y conveniente. Ahora bien, la Educación para la salud es, antes que nada, educación, y lo fundamental de las investigaciones sobre ella no afecta tanto a los contenidos del saber a transmitir como a los mecanismos de transmisión de ese saber y a los efectos socioculturales que de ahí se derivan.

## **2. La necesidad de la educación para la salud**

Aunque la Educación para la salud ha aparecido como una disciplina joven, dinámica y con una fuerte incidencia social, no aparece todavía completamente incardinada en los modos de actuar de nuestras sociedades avanzadas ni, por descontado, en las que no lo están tanto, en contraste con otros campos disciplinares. La inicial ausencia de reconocimiento universitario (y, en consecuencia, profesional) y su tardía implantación curricular han tenido bastante que ver con su subdesarrollo en materia de investigación. Lo que, a su vez, explicaría parcialmente no sólo sus debilidades sino también los escasos recursos que se han destinado a un sector de la salud que, a pesar de sus limitaciones, aparece como estratégico en la consecución del bienestar social e individual. Una apreciación residual que, sin duda, contribuye a lastrar poderosamente su desarrollo y, con él, el de la propia sociedad.

En efecto, cualquiera que sea el campo específico donde actúen, los educadores para la salud pretenden mejorar la salud de todos los que intervienen en las relaciones sociales: individuos, grupos (jóvenes, mujeres, mayores), comunidades (inmigrantes, terapéuticas), instituciones específicas (centros médico-sanitarios, socioculturales o formativos), o inespecíficas (organizaciones de la comunidad). De este modo, no es raro encontrar grupos muy diversos (ONGs, entidades ciudadanas, colectivos sociales, etc.) que se reclaman como educadores para la salud y que, en la práctica, representan un

importante apoyo para el desarrollo teórico y profesional de la Educación para la salud. Es así como las acciones educativas para la salud han ido presionando para que el sistema social y sanitario descubriesen las necesidades y los grupos en que era preciso intervenir, impulsando el desarrollo de investigaciones sobre los factores sociales, familiares y psicológicos que aumentan la vulnerabilidad de los individuos e induciendo a una reflexión sobre las bases de la acción pedagógica social (por ejemplo, en el papel educativo de la ejemplaridad o del aprendizaje a través de los grupos de iguales entre los jóvenes). Un buen ejemplo de la incidencia de la Educación para la salud en la vida social lo podemos encontrar, entre otros, en el libro *Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención* (Molina y Fortuny, 2003).

De esta evolución, lo más positivo que se desprende ha sido la consolidación cultural de tres elementos sustentados y defendidos en el marco de la Educación para la salud, elementos que aún siendo simples no dejan de ser fundamentales para el establecimiento de una nueva percepción sociocultural de la salud en nuestra sociedad, vinculada a la mejora de los elementos subjetivos y objetivos que inciden en la calidad de sus vidas:

- 1º La conciencia que buena parte de la sociedad ha ido adquiriendo sobre la necesidad de apoyar los programas de prevención de la enfermedad, frente a su tratamiento *a posteriori*.
- 2º La consolidación de buena parte de los fundamentos y métodos educativos para la salud, y su incidencia en la modificación de hábitos no saludables y en la capacitación para la toma de decisiones en torno a la salud de las poblaciones a las que se dirige la acción socioeducativa.
- 3º El reforzamiento de la presencia profesional de los educadores sociales, en tanto que colectivo vinculado a la creación de las bases de esa capacitación en amplios sectores sociales, para actuar sobre los determinantes de su salud y su bienestar.

Profundizar en esa dirección requiere, sin embargo, que se evite la normalización y la medicalización, adoptando métodos de trabajo educativos rigurosos, participativos y comunitarios (Roussille, 1996) y tomando como referencia los valores de libertad, responsabilidad, desarrollo y placer, pues el objetivo de la Educación para la salud no ha de ser negar el riesgo, que es inherente a la vida humana, sino el de dominarlo y gestionarlo.

### 3. Exclusión social y salud

Es bien sabido que el bienestar, en tanto que concepto vinculado indisolublemente al de salud, no admite la reducción a una mera acción de prevención, ni siquiera al conjunto total de inversiones realizadas para restaurar o tratar la enfermedad. Representa una dimensión que afecta a la mayor parte de los aspectos de la vida de las personas y las sociedades y afecta, por ejemplo, a la forma de establecerse e impartirse la educación, la distribución de competencias, las posibilidades de participación social, la regulación de las actividades económicas y de empleo, la distribución de ayudas a los necesitados o a la manera de suscitar la cohesión social y el desarrollo de las comunidades.

Una buena parte de los determinantes de salud derivan de la vida social cotidiana en sus aspectos más institucionales y más estructurales: la prolongación de las expectativas de vida no puede ser atribuida en exclusiva y sin

más matizaciones al progreso de la medicina curativa ni al desarrollo del sistema de atención de salud, sino que sigue estando vinculada a las condiciones generales de existencia y de actividad profesional, así como a los recursos personales y comunitarios de que dispongan los sujetos. Por ello, para conocer el estado de salud de una población se deben tener presentes los niveles de desigualdad existentes entre los individuos y entre los grupos sociales, vinculando los datos sobre la incidencia de las enfermedades que padece una población (morbilidad y mortalidad) y otros componentes de la salud a otras fuentes de información (entorno socioeconómico, hábitos de vida, medio ambiente, geografía, servicios sanitarios, educación, etc.). No hacerlo así conlleva, por ejemplo, que el acceso universal al sistema de atención médica, desvinculado del conjunto de la política social (Alcover y Sabaté, 1979), se haya mostrado incapaz de reducir drásticamente las desigualdades sociales ante la enfermedad y la muerte. De ahí la necesidad de elaborar modelos alternativos de actuación en favor de la salud, sin que ello signifique que tengamos que prescindir de una medicina eficaz contra la enfermedad y la muerte, en tanto que recurso necesario frente a las patologías declaradas de nuestra sociedad, o renunciar a convertirla en un ámbito comprometido con la promoción de la salud de las personas.

También es un hecho constatado el de la existencia de niveles de salud distintos y diferentes frecuencias en los problemas de salud entre los diversos grupos sociales: los grupos socioeconómicos de bajo nivel y/o sometidos a algún tipo de exclusión están vinculados recurrentemente a peores niveles de salud y al padecimiento de mayores problemas. Pero, la exclusión no es definible sólo mediante categorías que aíslan a grupos de personas en función de su región, edad, nivel de renta o familiar, sino que reagrupa una amplia variedad de destinos individuales y familiares. En consecuencia, la exclusión social ya no es únicamente la manifestación de la *desigualdad* entre lo alto y lo bajo de la escala social, sino también de la *distancia* entre los que están integrados en la dinámica social y los que son expulsados de la misma. Se transforma así en una cuestión estructural y multidimensional que impide “vivir con” los no-excluidos, apuntando hacia una pérdida, *de facto*, de su ciudadanía. El cambio cuantitativo de la pobreza se ha visto acompañado de un cambio cualitativo en cuanto a la naturaleza de las situaciones que en ella se dan cita. Así, las circunstancias apreciadas anteriormente como excepcionales o, al menos circunscritas a sectores y grupos muy localizados, son hoy corrientes por su generalización (pérdida de empleo, incapacidad de acceder al sistema de atención, pérdida de alojamiento o hacinamiento desmesurado, etc.).

La cada vez más numerosa cohorte de “precarizados” se ve obligada a proceder a abandonos progresivos de sus condiciones de vida que, hasta entonces, eran la garantía de su inserción social y de su calidad de vida; expresiones estas que pueden ser traducidas como la manifestación de su capacidad para vivir normalmente en el seno de su entorno social y familiar. Pues bien, bajo el impacto de la crisis económica, tales condiciones fueron puestas en cuestión, haciendo realidad lo que se ha denominado como “sociedad de dos velocidades”, abocando a millones de personas a procesos de “desafiliación” (Castel, 1995) respecto de lo que hasta entonces eran condiciones normales de vida y de atención sanitaria, y situándoles en situaciones que, excluyéndoles del bienestar común, ponían simultáneamente en peligro su derecho a la salud. En un período histórico donde las desigualdades sociales se incrementan constantemente, la reducción del derecho a la salud se mani-

fiesta básicamente por la ruptura de una importante fracción de la población con el sistema de atención sanitario, con la previsión social y con la posibilidad de acceder plenamente a los recursos que limitan la incidencia negativa de los determinantes de la salud, en especial, a los económicos y socioculturales.

Por lo tanto, la exclusión no es ya solamente la expresión de la situación en la que viven individuos sin domicilio fijo, mendigos y pedigüños que viven de limosnas y sopas de caridad y que son atendidos por estructuras específicas alejadas de los sistemas normalizados de atención. Por contra, representa también la diversidad de pasos que dan hacia la marginación los miembros de una población que ya no es posible definir por su condición miserabilista, lo que se plasma en el aumento de su morbilidad, la mala higiene alimenticia, la ausencia de cuidados preventivos, la renuncia a un control médico preventivo y al abandono de los tratamientos por falta de recursos para realizarlos. Ello condujo al Consejo de Europa (1994), a definir a los excluidos como “grupos completos de personas [que] se encuentran parcial o totalmente fuera del campo de aplicación efectiva de los derechos del hombre”. Y es sobre ese terreno de reivindicación de los “derechos a” la salud, la vivienda, la educación, etc., donde se sitúa cada vez más la lucha contra la pobreza, si bien esta referencia a los derechos bien podría significar un modo de enmascaramiento del crecimiento de las desigualdades y de la impotencia de los políticos (Mangenot, 1999).

Para que la precariedad dejase de ser un riesgo para la salud, los derechos y la dignidad de cualquier ser humano, y que nadie tuviese que recurrir a la asistencia o la caridad, sería preciso asegurar que todos tuviesen un acceso igual a los distintos niveles del sistema de atención y a los elementos socio-culturales que les permitiesen elevarse sobre los meros niveles de subsistencia. Por ello, la orientación promotora de la salud integra tanto los aspectos colectivos, institucionales, legislativos y financieros como los educativos, porque una política de salud pública orientada a las poblaciones precarias no puede limitarse al problema del acceso a la atención sanitaria, aunque este sea probablemente el aspecto más urgente de la cuestión. En realidad, esto es perfectamente posible ya que disponemos de los elementos precisos para que esta igualdad en el acceso al sistema de atención pueda ser garantizada, si bien ello supondría la adaptación del sistema de salud pública a las condiciones de vida de las personas y no al contrario como sucede en la actualidad. Para ello habrá que diversificar los medios de intervención socioeducativa en función de un análisis concreto de las necesidades en cada lugar.

No es, pues, admisible una concepción de la salud tan pobre y simplista como la que remite el bienestar físico, psíquico y social a un sólo indicador como la duración de la vida, sin considerar nunca el de “vivir bien”, esto es, aquel los elementos que ponen de manifiesto la existencia del bienestar. Por ello precisamos de indicadores de la calidad de vida (y de muerte) más eficaces heurísticamente que el simple recuento de la edad media de fallecimiento. Pero, sobre todo precisamos de *agentes sociales* que, desde el seno mismo de la sociedad, sean capaces de potenciar educativamente a los ciudadanos para afrontar los riesgos de las situaciones que, en primer lugar, conducen a la exclusión y, en segundo, se generan, en el caso de caer en ella.

No obstante, un análisis somero de las desigualdades pone de manifiesto que, si bien es cierto que en todas las sociedades la configuración desigual

del orden social se transcribe en las vidas de las personas concretas, esta impronta no siempre se realiza bajo la forma de disparidades frente a la enfermedad y la muerte, como lo prueba que en sociedades tradicionales las diferencias de *status* o de riqueza no se tradujesen en una mayor longevidad de los individuos ricos frente a los pobres, en mayores capacidades frente a los peligros de la existencia o en mayores recursos frente a la enfermedad, dado que, en lo esencial, todos compartían las mismas condiciones y los mismos modos de vida, a excepción de las situaciones extremas relativas a la escasez de alimentos que, evidentemente, tenían incidencia mayor en los más débiles o en los más pobres.

En nuestra sociedad, sin embargo, se opera una doble ruptura con esta configuración tradicional. Ruptura que atiende, por una parte, a los procesos de diferenciación social que se expresan en las condiciones y modos de vida, especialmente con las transformaciones de las relaciones de producción y las relaciones con el medio ambiente, asociadas a la urbanización primero y después a la industrialización, y, finalmente, a la mundialización de la división del trabajo. El resultado de ello ha sido un constante aumento de las disparidades ante la salud, la enfermedad y la muerte tanto entre países como entre componentes territoriales de un mismo país, aunque es cierto que en Occidente se produce en un contexto caracterizado por una mejora generalizada del “promedio” del estado de salud.

En todo caso, la exclusión pone de relieve las dificultades integradoras de nuestras sociedades occidentales, en especial cuando las solidaridades básicas establecidas por el Estado de bienestar son puestas brutalmente en cuestión por las estrategias neoliberales, hoy condensadas en las manifestaciones de la globalización. De este modo, la exclusión ha sido considerada como un paradigma que pone de manifiesto ante los ojos de nuestra sociedad sus propios fallos de funcionamiento, y la fuerza a buscar soluciones a sus males (Paugam, 1996), tomando el relevo del que representaba la lucha de clases y las desigualdades que expresaba. Dicha transformación ha sido definida por A. Touraine (1991:9) como: “el paso de una sociedad de clases con gentes arriba y otros abajo, a un sociedad horizontal donde lo importante es saber si se está en el centro o en la periferia”.

#### **4. Las perspectivas de la educación para la salud**

Si nos atenemos al terreno que abarca y a los determinantes que inciden en la salud, la Educación para la salud deberá incluir un amplio espectro de funciones así como una gran diversidad de escenarios de intervención: escuela, empresas, barrios, hospitales, etc. De este carácter amplio y diverso emanan las dificultades para establecer una definición precisa que sea capaz de abarcar la totalidad de sus componentes. Es por ello, que se ha optado por definiciones lo suficientemente comprensivas y genéricas que, sin ser contradictorias con sus componentes, atiendan a la amplitud de su marco de intervención.

Entendida como un proceso único, aunque con numerosas variantes adaptativas, la Educación para la salud, debería definirse independientemente del medio en que opera, de los contenidos educativos para la salud, de la población destinataria, las estrategias educativas o la capacitación del personal educador. Sin embargo, ciertos autores consideran que es posible establecer clasificaciones amplias de la Educación para la salud teniendo en cuenta:

- a) El medio específico en el que desarrolla (educativo, consumidores, comunitario, estatal,...);
- b) Los contenidos educativos específicos (nutrición, sexualidad, prevención de drogodependencias, cáncer, sida, promoción de la salud,...);
- c) La función profesional específica de los educadores para la salud (planificación, consultoría, enseñante, educador social, organizador de la comunidad,...). Ello permite el desarrollo de definiciones acordes con la perspectiva que se adopte en Educación para la salud, con lo que se incide en algunos de sus aspectos clave (conocimientos, actitudes morales, habilidades conductuales, desarrollo de la vida comunitaria, etc.)

Partiendo del interés de una perspectiva abierta y comprensiva de su definición, hemos optado por seguir la estela de la establecida por Green *et al.* (1980: 4), debido a las ventajas que entendemos que incorpora, y por la formulación que de ella hace A. Rochon (1992), “la Educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables”. Definición que se corresponde con otra más extensa, proporcionada por Tones (1994):

*“La Educación para la salud es toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud o de la enfermedad, es decir, en un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto. Una educación para la salud, eficaz, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos o de modos de vida”.*

A partir de un análisis de los componentes de esta definición, podemos aproximarnos a la comprensión de las ventajas que presenta desde el punto de vista educativo:

1. La utilización de la palabra “combinación”, denota la importancia de la complementariedad de los métodos educativos ya que cada método se corresponde con objetivos de aprendizaje. Es la combinación de estos métodos lo que permitirá alcanzar el conjunto de los objetivos presentes en los proyectos educativos para la salud, reconociendo así la necesidad de atender el aprendizaje desde la perspectiva de la complejidad.
2. Al hablar de “experiencias de aprendizaje” se hace referencia a la necesidad de abordar la configuración del comportamiento desde la experimentación de diversas situaciones de aprendizaje. De este modo se hace posible la integración, en la Educación para la salud, de aspectos cognitivos (conocimientos), afectivos (actitudes y valores), psicomotores (habilidades personales) y sociales (capacidades de relación) del comportamiento que se pretende poner en práctica.
3. Mediante los “aprendizajes planificados” se hace hincapié en la necesidad de una reflexión sistemática previa a la elaboración de los proyectos de Educación para la salud: éstos no pueden ser abordados como una tarea espontánea o como una actividad accidental, sino que han de elaborarse de acuerdo con las necesidades de cada contexto y con perspectivas de continuidad.
4. La función de “facilitar” ya implica las características que ha de tener el papel del educador, considerando a éste como un facilitador de los

cambios voluntarios de comportamiento, es decir, entendiendo la naturaleza de la tarea educativa para la salud como una relación de ayuda y apoyo, no impositiva, y en la que el elemento fundamental de la relación educativa es el que aprende.

5. Considerar que los cambios de comportamiento que pretende lograr la Educación para la salud han de ser “voluntarios” implica una percepción antropológica de que todo individuo posee un modo de vida propio que viene condicionado por su herencia, su desarrollo, su cultura y su entorno y que, por tanto, cada persona tiene su propia forma de comportarse, sus actitudes, sus valores, sus experiencias y sus conocimientos específicos. Pero, al mismo tiempo, supone una concepción de la Educación para la salud como educación facilitadora de cambios en los estilos de vida de los sujetos, que éstos podrán asumir o no, sin ejercer ningún tipo de manipulación conductual sobre ellos.
6. Los “comportamientos saludables” que se pretende conseguir con los proyectos educativos para la salud son aquellos que nos permiten mejorar nuestro estado de salud personal y colectivo. Con ello se alude no sólo al resultado de las actividades educativas sino también a la influencia de las acciones emanantes de diversas instancias (políticas, técnicas, educativas...) sobre la salud, esto es, sobre las condiciones de vida, ambientales o de servicios prestados a la población.

Así, pues, creemos que esta definición supone un importante avance en el esfuerzo por unir los diferentes tipos de acción educativa para la salud en una única fórmula capaz de ofertar un razonable grado de precisión y de servir de base a los distintos esfuerzos realizados en esa dirección. En efecto, la tarea de desarrollar mejores condiciones de vida para los individuos y grupos humanos requiere de una apreciación abierta de la complejidad de los factores que intervienen en el desarrollo práctico de esas condiciones. Hacerlas efectivas es el objetivo que, desde una perspectiva educativa, se plantea el campo de conocimiento y acción social que se ha denominado como *Educación para la salud*, contribuyendo así a la tarea promocional de la salud y de la calidad de vida formulada por la Organización Mundial de la Salud bajo la estrategia de “salud para todos” (OMS, 1986). En ella se planteaba una modificación radical de las políticas de salud en los distintos países, indicando cuatro sectores fundamentales de intervención: los modos de vida, los factores de riesgo para la salud y el medio ambiente, el cambio de orientación (hacia la planificación y acción comunitaria) de los sistemas sanitarios y la asignación de medios y recursos de personal e investigación, así como cuatro indicadores de su consecución o no: la reducción de las desigualdades sociales en el estado de salud, la extensión de un concepto positivo de la salud, el desarrollo de la atención primaria y, por último, la promoción de políticas favorables para la salud y de reducción de los riesgos ambientales (físicos y sociales).

Dicha tarea es entendida como un *común denominador* para todos los que, desde diversas perspectivas disciplinares, advierten la necesidad de producir cambios significativos en nuestro modo de vida y en nuestros hábitos conductuales que mejoren nuestro estado de salud. Supone, por tanto, una valiosa aportación al logro de mediar entre los grupos humanos y su entorno “operando la síntesis entre las elecciones individuales y la responsabilidad de la sociedad en el ámbito de la salud”. De ese modo, la Educación para la salud puede contribuir a la reconstrucción del tejido social, favoreciendo el acceso de las poblaciones más desfavorecidas a sistemas de apoyo y redes

sociales y desarrollando intervenciones y estrategias en el propio contexto social que produzcan efectos positivos sobre la salud y el bienestar, mediante la generación de cambios positivos en la salud y en el ajuste psicosocial de esas comunidades (Gracia, 1997) Actuando sobre este determinante mayor,

*...“la comunidad como sistema geográfico y social actúa como un elemento de conexión entre la familia y la estructura social más amplia y es, así mismo, el vehículo a través del cual tiene lugar la socialización, el control social, la participación social y la ayuda mutua [...]. Cuando una comunidad cumple estas funciones facilita a la familia el desarrollo y ajuste adecuado, sin embargo, cuando estas funciones no se cumplen, se incrementa un clima de riesgo social.” (Gracia, 1997: 98).*

El hecho de que en esta perspectiva no sólo se cuente con los sujetos sino que, además, se les pida su participación activa en la determinación de las condiciones de salud, condiciona igualmente el modelo educativo para la salud a emplear. En este caso, el modelo adecuado será aquel que permita una educación activa y capacitadora que haga que los sujetos asuman sus propias responsabilidades, interviniendo activamente en el proceso de generación de conocimiento y de acción práctica sobre las condiciones que afectan a su salud. Lo que, por otra parte, repercutirá decisivamente en su configuración como agentes activos de salud. Esto significa que la comunidad debe implicarse activamente en la búsqueda y determinación de las necesidades y de sus prioridades así como en la elección de las estrategias conducentes a la mejora de sus condiciones de salud, de las acciones para conseguirlo y de la valoración de los resultados obtenidos con su praxis en torno a los determinantes de la salud. Para alcanzar sus objetivos, junto a la incorporación de nuevos estilos de vida individuales y colectivos, propugna un análisis crítico y una actuación individual y colectiva sobre los factores ambientales (naturales, socio-económicos, etc.) que obstaculizan o impiden el desarrollo de modos de vida saludables, esto es, de estilos de vida y actuación que contribuyan a la mejora del contexto individual y comunitario de nuestras vidas.

## 5. Una educación para la salud capacitadora

Para Laverack y Wallerstein (2001), la *capacitación* tiene como agenda explícita provocar cambios sociales y políticos por medio de luchas y acciones comunitarias, mientras que la participación comunitaria pretende el desarrollo de las capacidades y competencias de los sujetos sin buscar necesariamente el aumento de su poder a través de la acción colectiva y política. Capacitándose, los individuos no sólo adquieren nuevas aptitudes prácticas, sino que al mismo tiempo están reconstruyendo y reorientando sus sistemas personales de relación social (Kieffer, 1984). De este modo, la capacitación individual no afecta sólo a los logros y experiencias individuales, sino que inserta a éstos en el complejo mundo de su entorno comunitario, transmitiéndole sus nuevas visiones del bienestar y promoviendo una reconsideración de la bases de salud en que viven.

Con la aparición de la Carta de Ottawa, la visión proyectada sobre la salud ha cambiado sustancialmente, siendo considerada, desde entonces, como “la medida en que un grupo o un individuo puede realizar sus ambiciones y... evolucionar con su medio”. De este modo, es posible apreciar la salud como

un recurso para la vida cotidiana, como algo necesario para acceder al bienestar (García y Escarbajal, 1997), pero no es ya un fin en sí misma. De esta conceptualización deriva una orientación precisa de la promoción de la salud, entendida como aquel proceso que proporciona a las poblaciones los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y los factores que en ella inciden, es decir, como un proceso educativo de dotación de recursos personales y comunitarios destinado a favorecer o potenciar la autonomía y la capacidad de acción social de los sujetos destinatarios de la formación. Con ello se sitúa a las personas en el marco de referencia de su entorno comunitario, frente a la adopción de salidas individualistas a los problemas de salud.

Del mismo modo, una orientación como ésta afecta a las políticas de salud que de ahí se derivan y que, en todo caso, habrán de orientarse a promover una actuación pública adecuada y generar los medios y actuaciones favorables para ello. Por su parte, los individuos deben recibir la formación y la información precisas y adquirir las aptitudes y competencias que les permitan hacer frente a las pruebas de la vida, esto es, acceder a la salud como recurso y de ese modo ejercer un control sobre su propia salud (Augoyard y Renaud, 1998). De un modo más general, es la comunidad quien debe poder participar en la formulación de las políticas de salud (Augoyard y Renaud, 1998) con el fin de ejercer también un control sobre ellas. No dudamos de que este proyecto es ambicioso ni de que suscitará importantes resistencias de los sectores conservadores, que incluso llegan a admitir los nuevos *discursos* sobre la salud, pero los niegan sistemáticamente con sus prácticas burocráticas y gerencialistas, que les permiten seguir viviendo de la enfermedad, no de la salud (Jha, 1998).

En consecuencia, no es de extrañar que esta consideración de la salud y su promoción suscite diversos conflictos ideológicos (Robertson y Minkler, 1994), derivados de la cuestión de saber si la finalidad de la promoción y de la educación para la salud es la de mejorar el estado de salud (individual y colectiva) o la de contribuir a conseguir bases operativas (recursos materiales y de conocimiento) capaces de contribuir a la justicia social. En efecto, a partir de ella surgen algunos interrogantes a los que se hace ineludible responder, tales como si lo que se pretende es un cambio a nivel individual o a nivel estructural; si se debe favorecer el cambio de los hábitos individuales o, por el contrario, los planteamientos de ámbito comunitarios; y, finalmente, quién ha de ser el responsable de hacer la gestión del proceso o de los programas, si el público, los profesionales, o ambos.

De acuerdo con su lógica del discurso, esta nueva concepción de la promoción de la salud comprende las nociones de capacitación, de organización comunitaria y de participación comunitaria, que son las que a continuación exploraremos. En todo caso, la promoción de la salud debe ser apreciada como un respuesta a un movimiento social que, mediante las prácticas socioeducativas, aporta nuevos conocimientos a la luz de los que deben ser reevaluadas las prácticas de los profesionales que inciden, desde diversos ángulos, en el vasto campo de la salud y de la calidad de vida de los seres humanos.

En su origen, la noción de capacitación apareció como consecuencia de la constatación de las desigualdades en el acceso a los servicios sociales y de salud por parte de las poblaciones desfavorecidas, y trataba de “contribuir al desarrollo de un sistema de organización social en el que cada cual podría vivir su diferencia sin que ello supusiese un freno al acceso a los recursos

colectivos” (Le Bosse y Lavallée, 1993). Lo que apunta decididamente a una toma en consideración de las desigualdades sociales como determinante básico de la salud, implicando sobre todo a las poblaciones con mayores dificultades para acceder a los recursos de toda índole para alcanzar el bienestar. De algún modo, ya se estaba perfilando la integración de perspectivas (individuales y colectivas) que, al ser presentadas como antagónicas, estaban mermando y paralizando la capacidad de acción de los individuos y las colectividades. Las poblaciones pobres y/o pertenecientes a grupos humanos minoritarios, a menudo, viven situaciones de aislamiento, ya que los servicios públicos sociales les son en buena medida inaccesibles, dada su inadaptación a sus especificidades. De ahí resulta una impresión de falta de poder que, combinada con las penosas condiciones de vida, genera un estado de estrés, malestar e incapacidad de acción que repercute negativamente en la salud al paralizar sus capacidades de actuación en los niveles sociales que les afectan cotidianamente. Precisamente, la capacitación va a suponer para esas personas marginalizadas la posibilidad de tomar en sus manos sus asuntos y hacer avanzar sus intereses en todos los ámbitos, incluido el de su bienestar, provocando un sentimiento positivo de control sobre sus vidas que las aleja de la impotencia vivida y abre nuevas perspectivas de acción para la consecución de sus objetivos.

Pero se trata de un sentimiento que sobrepasa la simple satisfacción individual o la estima de sí mismo, puesto que apunta en la dirección de las nociones de responsabilidad y de justicia social. La capacitación es, pues, el mejor indicador de bienestar pues tiene en cuenta las percepciones subjetivas de los individuos, pero también de la realidad del control que ejercen sobre el contenido de los servicios relacionados con su salud y su bienestar que se les ofrecen institucionalmente. De acuerdo con esta apreciación de la participación y el control sobre las condiciones de vida y de salud, Lord y Hutchison (1993) establecen cuatro postulados que sirven de base a la noción de capacitación:

- a) Los individuos comprenden sus propias necesidades mejor que nadie.
- b) Cada cual posee elementos sobre los que construir nuevas representaciones de la realidad.
- c) La capacitación es un asunto de toda una vida.
- d) La experiencia personal y el saber son válidos y útiles para ejercer su poder, ampliarlo y mejorar sus condiciones de vida.

Así, pues, no sólo se trata, en el caso de los profesionales, de tolerar las opiniones de los usuarios, sino sobre todo de respetarlas y de tenerlas en cuenta. Para una persona, el hecho de poder expresar su experiencia es esencial en el marco de una orientación de capacitación. Pero la capacitación tiene sobre todo una dimensión dinámica, es un proceso en el que los individuos constatan la existencia de una relación estrecha entre su experiencia vivida y las condiciones medio-ambientales que desemboca en una toma de conciencia de las fuerzas sociales en juego y, si se lo proponen, en la acción para influir en tales determinantes de la salud. Ciertamente, este nivel de percepción de la capacitación está vinculado a los aspectos organizativos y comunitarios. Una organización democráticamente gestionada reúne los esfuerzos de cada uno de sus miembros para modificar el sistema más amplio en el que funciona. Igualmente, a nivel comunitario, unos individuos que se prestan ayuda mutua obtendrán mayor influencia y control sobre su calidad de vida. Por lo tanto, es indispensable tomar en consideración estos niveles diferenciados (individual, organizativo y comunitario) si se quiere dar su

pleno sentido a la noción de capacitación, y no vincularla simplemente al nivel individual, que se confunde demasiado a menudo con las nociones de autoestima o de eficacia personal. Así, pues, existe un *continuum* de la capacitación entre los polos individual y comunitario. La capacitación de los individuos se realiza, por tanto, en un contexto dado en el que la toma de conciencia de su situación conduce a las personas a identificarse con un grupo con el que comparten problemas comunes. La suma de las capacidades desarrolladas por los individuos y los grupos genera una comunidad de percepciones e intereses capaz de promover el cambio social. Paralelamente, una comunidad o una organización que consigue alcanzar un mejor control de su destino aumentará las capacidades de las personas comprometidas en la acción. No obstante, no todo parece ser tan fácil, ya que la participación en ciertas organizaciones comunitarias no es en sí misma una garantía de capacitación, ni siquiera de participación en la toma de decisiones. En opinión de Labonté (1994), se pueden distinguir hasta cuatro niveles de implicación posible de los profesionales en el desarrollo de las capacidades organizativas y de acción de las comunidades:

1. *La prestación de servicios*: se trata de prestar cuidados que sean lo más respetuosos posible con las personas. En este proceso, los cuidados son considerados como un elemento previo indispensable para desarrollar un trabajo en profundidad con la comunidad. Se trata, pues, de una concepción gradualista y, en cierta medida, paternalista de la acción de los profesionales en la comunidad o sobre ella.
2. *El desarrollo de pequeños grupos*: el grupo se define aquí como la reunión de un reducido número de individuos cuyo tamaño permite que se creen vínculos sólidos entre ellos y que exista un sentimiento de pertenencia grupal. Sus actividades son relativamente poco importantes, ya que lo que realmente importa es la propia creación de esa comunidad, de esa solidaridad sin la cual la acción mejor estructurada no podría llevarse a cabo. La tarea del profesional, en este caso, sería la de iniciar tales agrupamientos, apoyarlos y fortalecerlos.
3. *La organización comunitaria*: el trabajo del profesional reside, en esta perspectiva, en ayudar a las personas a organizarse para que puedan definir por sí mismos aquellos problemas que conciernen a la totalidad de la comunidad. Se trata, a su vez, de otro desafío para la actuación profesional: los profesionales se plantean las cuestiones referentes a saber con qué comunidades trabajar, qué relación mantener con la acción comunitaria (facilitador, investigador, animador, etc.).
4. *La acción política y la creación de alianzas*: las cuestiones centrales son, a este nivel, ni más ni menos que la lucha por la adquisición de nuevos derechos sociales, la derogación de leyes injustas, etc. Y eso no es competencia de una simple comunidad local, sino de agrupaciones de comunidades de interés más amplias. Las modalidades de intervención de los profesionales en esta perspectiva son diversas. En efecto, los profesionales pueden intervenir proporcionando información sobre el funcionamiento de las instituciones, sobre la salud de las poblaciones, etc. También pueden, por supuesto individualmente, hacerse oír en la escena política, pero asimismo pueden hacerlo como miembros de una organización que considera su deber la denuncia de los desvaríos de tal o cual política de salud. De este modo llegamos a la noción de “capacitación” de los profesionales en tanto que participes en el proceso de análisis y mejora de las condiciones de vida de una determinada parcela de la realidad social de salud.

En este contexto, la comunidad representa la estructura capaz de vincular a los individuos en su vida cotidiana al contexto socio-económico más general: es la estructura mediante la que los actores sociales (Touraine, 1978) podrán organizarse para defender sus intereses. Es este nivel de autonomía de las comunidades lo que permite considerarlas como segmentos sociales que cuentan con sus propias redes de interrelación y de comunicación (García y González, 1992) que pueden ser utilizadas para la mejora de sus condiciones de vida y de salud.

## **6. Los profesionales de la educación para la salud**

La profesionalización de la Educación para la salud es algo que se perfila como ineludible si se quiere alcanzar un determinado nivel de calidad científica y ética (Brunet, 2001). Lo que, lejos de implicar que debe haber un único y exclusivo agente denominado “educador para la salud”, significa que tal dimensión profesionalizadora debe formar parte de la formación de los diversos actores que operan en el amplio campo de la salud, en particular de los educadores sociales en el contexto social y cultural. Lo que conduce a ampliar las competencias de tales actores en los recursos que la Educación para la salud pone a su disposición, dado que la formación aparece como un prerrequisito profesional para profundizar en la calidad de vida de los ciudadanos. Dicha profesionalización tendría que ser mucho más intensa entre los profesionales cuya actividad se centre fundamentalmente en los campos del bienestar social y de la salud. A partir de ahí, la propia Educación para la salud, por sus contenidos interdisciplinares manifiestos y explícitos, debería convertirse en un referente esencial de las nuevas prácticas profesionales, orientadas a una intervención interdisciplinar acorde con la propia complejidad de los componentes sociales y culturales que debe tratar educativamente.

Como sostiene A. d'Houtaud (1998), en esta tesitura y frente a la expropiación de los saberes que la gente padece en materia de salud y bienestar por parte de expertos y especialistas, la orientación educativa se inserta en la lógica de reorientar los discursos, los saberes y las políticas sociales para ponerlas conscientemente al servicio de la información y de la educación de todos, y en especial de los más desfavorecidos (García, 1999). Esta situación requiere de los profesionales de la Educación para la salud que mantengan una preocupación constante por sus propias comunidades, ya que en vez de un público pasivo o dócil, monolítico o gregario, los agentes educadores para la salud encontrarán auténticas constelaciones diferenciadas de personas, que es preciso detectar y situar en relación con las coordenadas sociales y culturales que indicarán los modos de la actuación educativa a realizar en cooperación con ellas. Es decir, actuarán educativamente para construir con los diversos componentes de las comunidades el saber preciso para afrontar los problemas de salud detectados. Así, la orientación promotora de salud se declina como una perspectiva sociopolítica destinada a crear las condiciones precisas para la mejora de la salud, y en la que ya se explicitan los actores (plurales) que participan: “los padres, los enseñantes, los profesionales de la sanidad, los educadores y trabajadores sociales, las asociaciones de usuarios o los grupos de ayuda mutua,...” (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001). En consecuencia, si consideramos el campo de la Educación para la salud como un cruce donde se dan cita muchas y diferentes problemáticas y donde se mezclan valores, prácticas, colaboraciones, útiles y métodos que proceden de sectores y disciplinas diversos, sin duda es

legítimo y enriquecedor que también se mezclen profesiones, hombres y mujeres, trayectorias, historias y singularidades igualmente variadas (Teleu, 2001).

En todo caso, sirvan como muestra algunas de las tareas de intervención educativa para la salud que los profesionales pueden emprender en el marco de la comunidad local:

- a) *Consejo y asesoramiento individual*: dirigido a personas que acuden a una consulta profesional para plantear una demanda o buscar solución a determinados problemas. Se trata de intervenciones breves realizadas en torno a la ayuda individual de quien reclama atención, bien espontáneamente o mediante consultas educativas programadas y pactadas entre el profesional y el usuario.
- b) *Educación para la salud grupal y/o colectiva*: son intervenciones programadas, dirigidas a un grupo homogéneo de sujetos con la finalidad de mejorar sus competencias para abordar determinado problema o aspecto de salud. También se contemplan las intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad, desarrollando talleres, cursos o sesiones para aumentar su conciencia sobre los factores sociales, políticos y ambientales que influyen sobre la salud.
- c) *Información y comunicación*: incluye la elaboración y utilización de distintos instrumentos de información (folletos, carteles, murales, comics, grabaciones, calendarios, etc.) y la participación en los medios de comunicación (prensa, radio, TV, internet) que incidan sobre el colectivo destinatario.
- d) *Acción y dinamización social*: orientadas al desarrollo comunitario, la modificación de normas o estructuras sociales, el trabajo cooperativo en redes, así como alianzas y plataformas con asociaciones y grupos de diversa índole.
- e) *Medidas de abogacía por la salud en la promoción de la salud local*: destinadas al desarrollo de estrategias intersectoriales, modificaciones organizativas de los servicios y a la puesta en marcha de medidas normativas, económicas y/o técnico-administrativas que potencien la promoción de la salud.

## 7. Educación para la salud en jóvenes y adolescentes

Si todo lo que hemos expuesto tiene aplicación para el conjunto de la población, el hecho de que conductas, habilidades y conocimientos adquiridos en la juventud tengan un peso importante en el conjunto de la vida de los sujetos hace que en esta fase de la vida sea especialmente significativa la construcción educativa de las bases de su salud. Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones realizadas estos últimos años han tendido a evaluar el impacto de las conductas de riesgo para la salud de los jóvenes en determinados ámbitos, especialmente el del consumo de drogas (tabaco, alcohol, medicamentos, drogas ilegales, etc.), el de las relaciones sexuales precoces y/o sin protección y el de los desequilibrios alimenticios. Consecuentemente, la utilidad de los cuidados médicos y de los programas de Educación para la salud se ha evaluado en función de su incidencia en la mortalidad y la morbilidad. Lo que, como se ha constatado (Joliot y Deschamps, 1997), es insuficiente para dar razón de su impacto, ya que para poder hacerlo es preciso integrar en dicha evaluación aquellos elementos que contribuyen a la calidad y no sólo a la cantidad de vida.

Así, los escasos estudios realizados para determinar la calidad de vida de los jóvenes han tenido como referente a los *individuos enfermos*, ya que su pretensión, coincidente con la orientación tradicional, era la de evaluar estrategias terapéuticas y no promocionales o educativas para la salud, admitiendo implícitamente que, en ausencia de enfermedad, el estado de bienestar de los sujetos era satisfactorio. Sin embargo, todos aquellos interlocutores en la vida cotidiana de los jóvenes y adolescentes (padres, enseñantes, educadores, trabajadores sociales, etc.) son conscientes de que ni siquiera el malestar de éstos es definible en términos epidemiológicos. La emergencia de la reflexión y la discusión pública en relación con la violencia en los centros educativos es un ejemplo de estas carencias del viejo modelo de salud para detectar el malestar existente.

No obstante, la mayor aportación del concepto de *medida de la calidad de vida* (The Whoqol Group, 1993), respecto de otros métodos de evaluación del estado de salud de los individuos vinculados al modelo tecnológico (*salud observada*), estriba en su capacidad para suscitar en el interrogado la inquietud acerca de lo que realmente es importante en su vida y las posibilidades para su actuación que de ahí se derivan (*salud percibida*). Evidentemente, ello precisa de la participación activa de jóvenes y adolescentes en el descubrimiento de sus problemas de salud y en el establecimiento de las pautas que favorecen o limitan su calidad de vida. Dicho de otro modo, esta perspectiva implica que jóvenes y adolescentes se interroguen sobre lo que realmente les interesa en la vida, detectar sus problemas y los demás factores que provocan su malestar y establecer las vías que permitan sobrepasar sus límites y construir su proyecto vital. De este modo, se dejan de lado las clásicas evaluaciones de las conductas de riesgo que, a menudo, han generado mensajes preventivos de carácter prohibicionista, especialmente en relación con las drogas, procurando que jóvenes y adolescentes busquen elementos de protección frente al malestar y los integren activa y voluntariamente en la construcción de sus proyectos de vida.

Estamos asistiendo, por tanto, en el campo de la Educación para la salud relacionada con los jóvenes, a la emergencia de nuevas modalidades de intervención socioeducativa que tienden a considerar al sujeto en la globalidad de sus relaciones e interacciones. De este modo, si la acción preventiva tendía, bajo el influjo de una orientación fundamentalmente individualista, a mejorar la forma de asumir riesgos particulares (tabaco, alcohol, droga, sida, ...), difundiendo información y llamadas a la responsabilidad, hoy se empieza a tomar una prudencial distancia respecto de ese modelo, entre otras cosas porque ha sobreestimado la dimensión racional de los sujetos destinatarios y la relación causal existente entre las informaciones racionales y la adopción de los comportamientos esperados.

En efecto, es manifiesta la dificultad que existe a la hora de determinar la racionalidad de un cierto tipo de comportamientos vinculados a la salud tales como fumar o beber alcohol. Aquí, la estructura de la situación es completamente equívoca en la medida en que los comportamientos posibles (fumar o no fumar, beber o no beber alcohol) tienen consecuencias contradictorias en el tiempo: ¿qué es más racional, obtener un placer inmediato o soportar los riesgos potenciales? En realidad, la vida social se desarrolla a través de procesos que ponen en juego intenciones, definiciones e interpretaciones mediante las que los individuos orientan sus actuaciones. No existe objeto, acontecimiento o situación que explicita por sí misma su propio sentido; el sentido se lo confieren los individuos incorporando a esa tarea tanto las dimensiones afectivas como racionales.

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

De ello se desprende que la tarea educativa debe dejar de presentarse como inculcación para convertirse en un modo de creación de espacios donde los individuos pueden desarrollarse libremente, encontrando o creando por sí mismos los recursos necesarios para dar respuestas a sus necesidades. Esta apreciación de la acción educativa para la salud resitúa el campo de la acción social, al configurarlo como un apoyo a los ciudadanos y sus comunidades y no como un sustituto del protagonismo de los actores sociales. De esta manera, la acción de orientación y apoyo de la acción socioeducativa se hace compatible con la autoayuda y las redes de apoyo sociales establecidas por la propia comunidad, efectuándose en los espacios vitales (físicos y temporales) de los diversos sectores de la población, incluidos los jóvenes, tanto para eliminar factores de riesgo como para proveer elementos que, previsiblemente, comporten desarrollos de vida más sanos, es decir, para establecer estrategias de acción, preventivas o modificadoras de comportamientos poco o nada saludables, que configuren los espacios facilitadores de la promoción de la salud.

Es cierto que las sociedades opulentas se caracterizan precisamente por ir más allá de la satisfacción de los deseos básicos. Por ello es preciso que se enseñe a los consumidores potenciales –y cuanto antes mejor– a necesitar, esto es, a crear deseos y a proveer los medios de satisfacerlos. En el contexto de un mercado de masas, el mayor interés del vendedor de un producto radica en el hecho de venderlo con un provecho. Ese modelo de sociedad, identificado con el mundo industrial urbano capitalista, es, para Qualter (1994: 36), un mundo de fatiga y ansiedad. La publicidad explota la inseguridad de los individuos en su punto más vulnerable y, a continuación, les ofrece una panacea a través del consumo. Y, al parecer, pocas cohortes de población son tan inseguras e impresionables como los adolescentes y jóvenes.

La adolescencia, como es sabido, representa un período de transición en el crecimiento de los seres humanos. Y, como todo período de transición, se nos oculta en muchos de sus aspectos y facetas. Pero sabemos que es en ese período iniciático que marca el tránsito de la infancia a la edad adulta, donde se producen importantes cambios y adaptaciones psicológicas y sociales, en consonancia con la necesidad que los chicos y chicas experimentan de responder a las diversas demandas que se les plantea para culminar el proceso de convertirse en adultos. Lo que desde el punto de vista de la sociedad adulta implica, simultánea y contradictoriamente, la consecución de los elementos configuradores de la independencia de chicos y chicas y la adaptación a las exigencias del medio social en el que viven.

Consecuentemente, cabe esperar que de esta situación se deriven salidas comportamentales no siempre adecuadas a lo que socialmente se espera (drogas, anorexia,...) y que, frente a lo pretendido, la imagen que se refleje sea la que se supone adecuada, en especial para los demás (padres, amigos/as, novios/as,...). En este contexto no es de extrañar que las estadísticas sitúen en este período de edad el mayor índice de drogadicciones (ya sean continuadas o intermitentes). Así, las contradicciones parecen ser el gran asunto de la adolescencia: el deseo de descubrir al otro y la necesidad de descubrirse a sí mismo; deseos inmensos y medios limitados; deseos de autoafirmación y carencia de poder. De este modo, si el medio, las condiciones de vida, etc., hacen imposibles las soluciones a estas contradicciones, el adolescente tratará de buscar salidas fuera de los cauces usuales, ya sea abandonando todo esfuerzo y refugiándose en la pasividad, ya sea negando la validez a la necesidad que tiene de los demás. Por todo ello, es en este periodo donde la ayuda educativa de los adultos aparece como fundamental. Pero quiero subrayar el término: ayuda, apoyo, estímulo; no coacción contradictoria e irracional que sólo contribuye a que se tuerza el proceso de maduración de chicos y chicas adolescentes.

Tanto mantener el ritmo de esa loca carrera en la que embarcamos a nuestra juventud como sentirse al margen, son motivos suficientes para buscar compensaciones al fracaso. Unas compensaciones que, en no pocas ocasiones, no hacen sino darle la vuelta al espejo y construir alternativas tan erróneas como las del modelo mismo. Ahí se vislumbra una razón para explicar la aproximación a las drogas de adolescentes y jóvenes. No obstante, en ese proceso no sólo funciona la escuela. Lo hace toda la sociedad: la familia, los iguales, los medios de comunicación de masas,... Y todos incitan a consumir drogas, unas más legales que otras: sobre todo tabaco y alcohol (consumo familiar y con los iguales), pero también la publicidad (*media* musicales y TV), la farmacopea (TV) y otras sustancias (cafeína de las colas)... A su vez, el mundo de los iguales, comercializado y ejemplarizado por las discotecas, vincula el alcohol a otras sustancias (drogas de diseño, anfetaminas,...). Junto a otras medidas estructurales más complejas, las que aparecen como las formas de acción educativa más asequibles para intervenir con jóvenes y adolescentes, se apoyan en la generación de alternativas al ocio de chicas y chicos, garantizar la continuidad de la acción educativa escolar en las familias -potenciando el diálogo con los adolescentes en la familia- y la creación de opciones de inserción laboral para el futuro.

Consecuentemente, la misión de la Educación para la salud, en la escuela y fuera de ella, es la de formar personas y ciudadanos que adquieran y consoliden hábitos, actitudes, valores y habilidades destinadas a capacitarlos para un desarrollo vital equilibrado y saludable que aumente su calidad de vida. Si esto es así, la escuela no puede limitarse a procurar un desarrollo cognitivo e instrumental (saberes), sino que ha de implicarse en un desarrollo completo que permita el libre ejercicio de la capacidad de decisión de todos y cada uno. Lo que no podrá, desde luego, darse en un ambiente aséptico y aislado, sino en relación estrecha con el contexto sociocultural en el que se encuentra, empezando por la propia comunidad escolar.

## **8. Una educación social para promocionar la salud**

Las conductas saludables, como las no saludables, también se aprenden, y la capacidad de opción individual se ampliará en la medida en que las personas

dispongan de mecanismos adecuados de análisis, control y negociación sobre las mismas. Mecanismos que la educación debe proporcionar y cuya posesión o carencia incidirá notablemente en la articulación de los modos de vida y las respuestas ante la salud. Pero al mismo tiempo es preciso tener en cuenta el modo en que se realiza dicha tarea educativa que, en todo caso, deberá estar en consonancia con los supuestos de emancipación y búsqueda de la capacitación de los sujetos para el desarrollo de su autonomía. La propia *Declaración de Yakarta* (OMS, 1997), en la que queda suficientemente explicitada y clara la necesidad de incrementar las capacidades de la comunidad y de los individuos para actuar sobre los determinantes de su salud, pero donde igualmente se traza un modelo no impositivo de actuación educativa, nos recuerda que

*“la promoción de la salud se establece por y con las personas y no se les impone. Mejora, a la vez, la capacidad de acción de los individuos y de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los determinantes de la salud. Para eso, es necesario educar, formar para la animación y el ‘liderazgo’ y para beneficiarse de los recursos y medios existentes. La responsabilización de los individuos exige su participación sistemática en la toma de decisiones así como la adquisición de las competencias y los conocimientos esenciales para poder efectuar los cambios necesarios.”*

Ciertamente, ello implica la modificación del modo en que operan los agentes educativos para la salud (incluidos los centros educativos) con su entorno comunitario (Carr y Kemmis, 1988) y la búsqueda de la forma en que sus propias experiencias sirven al desarrollo de la comunidad, basando su orientación en la detección de necesidades y el desarrollo de un diálogo entre los profesionales de la educación para la salud y sus destinatarios en orden a establecer entornos más favorables para aprender y para generar condiciones favorables al incremento de la calidad de vida. Esto supone una buena oportunidad de reconocer los beneficios que tiene la contribución de los principios educativos a la promoción de la salud. Por ejemplo, el “estímulo de capacidades críticas” puede ser visto como algo significativo para el desarrollo educativo y escasamente relacionado con la generación de condiciones de vida saludables. Sin embargo, sus efectos sobre la capacitación de los sujetos para la autonomía en la toma de decisiones (de consumo -incluido el consumo de cuidados de salud-, comportamiento o relación, por ejemplo) apunta en dirección contraria. El propio concepto de “alfabetización en salud” (*health literacy*) viene a proporcionar el vínculo necesario entre educación y salud, al incorporar los elementos de confianza, eficacia y autonomía como un resultado del pensamiento crítico en la construcción de las bases para una buena disposición hacia el control de las condiciones de vida que afectan a la salud.

Por tanto, la planificación educativa de las experiencias de aprendizaje cara a la consecución de comportamientos saludables no supone la imposición de determinadas pautas de acción, sino una tarea de aportación de elementos cognitivos y experienciales de forma tal que suscite que los cambios en los estilos de vida se produzcan de forma voluntaria. El educador para la salud se presenta, así, como un *facilitador* del aprendizaje de elementos cognitivos y de instrumentos para la acción de los individuos y grupos, para que éstos determinen por sí mismos si cambian o no sus pautas de conducta y los determinantes sociales y ambientales en relación a la mejora de su salud.

Esta orientación se basa en la potenciación de los factores que sostienen estilos de vida saludables y la reducción de aquellos que pueden generar perjuicios a la salud, mediante la combinación de medidas políticas con medidas educativas y organizativas dirigidas a los individuos y a las comunidades, tal y como se apreció en la Conferencia de Ottawa (OMS, 1986), esto es, afirmando que uno de los cinco pilares del movimiento promotor de la salud consistía en el fortalecimiento de la acción comunitaria; lo que supone el convencimiento de que la promoción de la salud sólo es posible si en ella se implica la comunidad a todos los niveles: estableciendo las prioridades, planificando las estrategias de intervención y desarrollándolas mediante la utilización de los recursos endógenos (autoayuda, desarrollo de la comunidad,...) y evaluando sus resultados.

En todo caso, es la acción concertada, colectiva, de individuos y grupos sociales la que puede afectar y, en su caso, modificar las condiciones estructurales que perjudican notoriamente a la salud y a la calidad de vida. Porque las sociedades y sus pautas socioculturales no son inmutables y pueden, si se lo proponen, modificar los modos de organización y los criterios de racionalidad en los que se basan, especialmente cuando los existentes han demostrado sobradamente que ya no pueden generar otra cosa distinta a riesgos, a menudo, incontrolables. Aquí, la Educación social para la salud ha de cumplir su papel: informando y difundiendo nuevas ideas, aumentando la capacidad de comprensión, favoreciendo el aprendizaje de habilidades diversas y de capacidades de acción adecuadas, elevando la conciencia y alentando la acción racional de los ciudadanos para que estos presionen a favor de cambios sociales y ambientales beneficiosos y saludables. Algo que en los ámbitos de la Educación social (Educación de personas adultas, Animación sociocultural de colectivos, programas de Formación ocupacional y de Iniciación profesional para el empleo, Educación de personas mayores, etc.) ya ha empezado a producirse. En adelante, la tarea consistirá en reforzar y ampliar esas tendencias de apoyo al desarrollo de la calidad de vida de las poblaciones.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- Aïach, P. y Fassin, D.** (Dir.) (1994). "Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité". Anthropos, París.
- Alcover, M. y Sabaté, E.** (1979). "Análisis comparativo de la evolución de los niveles de salud" (España y CEE) *Revista de Seguridad Social*. (3), 7-41.
- Augoyard, P. y Renaud, L.** (1998). "Le concept d' 'empowerment' et son application dans quelques programmes de promotion de la santé" *Promotion and Education*. V(2), 28-35.
- Balibar, E.** (1992). "Inégalités, fractionnement social, exclusion. Nouvelles formes de l'antagonisme de classe?" En J. Affichard y J. B. de Foucauld (Eds), *Justice sociale et inégalités*. Esprit, París.
- Brunet, F.** (2001). "La professionnalization de l'éducation pour la santé est-elle un enjeu?" *La santé de l'homme*. (353), 4.
- Bueno, J. R. y García, A.** (Coords.) (1998). "La construcción y transmisión de los saberes en el Trabajo Social". Nau Llibres, Valencia.
- Bury, J.A.** (2001). "La professionalization en education et promotion de la santé: oui mais..." *La santé de l'homme*. (353), 57-59.
- Carr, W. y Kemmis, S.** (1988). "Teoría Crítica de la enseñanza". Martínez Roca, Barcelona.
- Castel, D.** (1995). "Équité et santé". ENSP, Rennes.
- Castel, R.** (1995). "La métamorphose de la question sociale". Fayard, París
- Consejo de Europa** (1986). "Éducation des adultes et développement communautaire". Project n° 9 du CDCC. Policopia, Estrasbourg.
- D'Houtaud, A.** (1998). "Sociologie de la Santé". L'Harmattan, París.

- Fassin, D.** (1996a). "Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux États Unis et en Amérique latine". *Revue française de sociologie*. 37(1), 37-75.
- Fassin, D.** (1996b). "L'espace politique de la santé. Essai de généalogie". PUF, Paris.
- García, A.** (1991). "El desarrollo de las sociedades en A. Touraine. Pedagogía Social y transformaciones societarias". *Anales de Pedagogía*. (9).
- García, A. y Escarbajal, A.** (1997). "Educación para la salud en la perspectiva del bienestar". En J. Sáez (Coord.), *Transformando los contextos sociales: la educación en favor de la democracia*. Diego Marín, Murcia.
- García, A. y González, A.** (1992). "Aproximación al fenómeno del desarrollo local". *Revista de Pedagogía Social*. (7), 39-49.
- García, A., Sáez, J. y Escarbajal, A.** (2000). "Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida". Arán, Madrid.
- García, A. y Sánchez, A.M.** (Eds.) (2005). "Drogas, Sociedad y Educación". Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia.
- Gracia, E.** (1997). "El apoyo social en la intervención comunitaria". Paidós, Barcelona.
- Green, L.W. et al.** (1980). "Health Education Planning: A Diagnostic Approach". Mayfield Publishing Company, Palo Alto (Cal.).
- Hyppolite, S.-R. y O'Neill, M.** (2003). "Les conséquences pour les interventions en promotion de la santé d'un nouveau modèle d'empowerment". *Promotion and Education*. X(3), 137-142
- Jha, S.S.** (1998). "Empowering people for health". *Promotion and Education*. V(3-4), 22-26.
- Joliot, E. y Deschamps, J. P.** (1997): "La mesure de la qualité de vie des adolescents: Un nouvel outil d'évaluation de leurs besoins de santé pour une nouvelle approche éducative?" *Promotion and Education*. IV (4), 7-9.
- Kieffer, (1984).** "Empowerment. A Developmental Perspectiva". *Prevention in Human Services*. (3), 9-36.
- Labonté, R.** (1994). "Health Promotion and 'empowerment', Participatory Education and Health". *Health Education Quarterly*. 21(2), 253-268.
- Laverack, G. y Wallerstein, N.** (2001). "Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains". *Health Promotion Internacional*. 16(2), 179-185.
- Le Bosse, Y. D. y Lavallée, M.** (1993). "Empowerment et Psychologie Communautaire: apurçu historique et perspectives d'avenir". *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. (18), 7-20.
- Lord, J. y Hutchison, P.** (1993). "The Process of 'empowerment': Implications for Theory and Practice". *Canadian Journal of Community Mental Health*. 12(1), 5-22.
- Mangenot, M.** (1999). "Lectures disonantes des nouvelles pauvretés". *Le Monde Diplomatique*. Septiembre, 4-5.
- Ministere de l'emploi et de la solidarité** (2001). "Plan national de Education pour la santé. Janvier". Secretariat d'Etat a la Santé et aux handicapés, Paris.
- Molina, M.C. y Fortuny, M. (Eds.)** (2003). "Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención". Alertes, Barcelona.
- Muñoz, J. J.** (1996): "Los medios de comunicación audiovisuales y la educación", en F.J. Tejedor y A. García-Valcárcel (Eds.), *Perspectivas de las nuevas tecnologías en la educación*. Narcea, Madrid.
- Navarro, V. y Benach, J.** (1996). "Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la comisión científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en España". *Revista Española de Salud Pública*, 70(5-6).
- OMS (1948).** "Carta fundamental de la Organización Mundial de la Salud". OMS, Ginebra.
- OMS (1979).** "Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Principios básicos y cuestiones esenciales". OMS, **Ginebra**.
- OMS (1986).** "Carta de Ottawa para la promoción de la salud". OMS, Ottawa.
- OMS (1997).** "Declaration de Yakarta". OMS, Ginebra.
- Paugam, S.** (1996). "La constitution d'un paradigme". En *L'exclusion. L'état des savoirs*. La Decouverte, Paris.
- Piette, D.** (1990). "La professionnalisation des éducateurs pour la santé en Communauté française de Belgique". *Éducation Santé*, (52).
- Qualter, T. H.** (1994). "Publicidad y democracia en la sociedad de masas". Paidós, Barcelona.
- Quintana, J. M.** (1993). "Los ámbitos profesionales de la animación". Narcea, Madrid.
- Rappaport, J.** (1981). "In praise of Paradox: a Social Policy of Empowerment Over Prevention". *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1-25.
- (1987). "Terms of Empowerment/Exemplars of prevention: Towards a Theory for Community Psychology". *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-147.

- Robertson, A. y Minkler, M.** (1994). "New Health Promotion Movement: a Critical Examination". *Health Education Quarterly*, 21(3), 295-312.
- Rochon, A.** (1992). "Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto". Masson, Barcelona.
- Roussille, B.** (1996). "L'importance pour la santé publique de l'éducation et de l'information sanitaires". *Actualité et dossiers en santé publique*, (16), XXVII-XXVIII.
- Schön, D.** (1998). "El práctico reflexivo y el aprendizaje de las profesiones". Paidós, Barcelona.
- Teleu, F.** (2001). "Trajectoires personnelles et professionnelles". *La santé de l'homme*, (353), 13-15.
- The Whoqol Group** (1993): "Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life instrument (WHOQOL)". *Quality of Life Research*, (2), 153-159.
- Tones, B. K.** (1994). "Health Education: politics and practice". Deakin University Press, Victoria.
- Touraine, A.** (1978). "La voix et le regard".: du Seuil, Paris.
- (1991). "Face à l'exclusion". *Esprit*, (169), 7-13.
- (1992). "Inégalités de la société industrielle, exclusion du marché". En J. Affichard y J.B de Foucauld (Eds), *Justice sociale et inégalités*. Esprit, Paris.
- VV. AA.** (1994). "Planteamientos de la Pedagogía Crítica. Comunicar y transformar". Graó, Barcelona.
- Wallerstein, N. y Berstein, E.** (1994). "Introduction to Community 'Empowerment', Participatory Education and Health". *Health Education Quarterly*, 21(2), 141-148.