

1ª PARTE

Fundamentación teórica

1.0. Introducción de la fundamentación teórica

Lo que pretendemos abordar en esta tesis es *la promoción de la salud en la universidad* por lo tanto, creemos, que lo más útil y clarificador será definir y analizar los dos temas del trabajo: por un lado, la universidad, centrándonos, de modo particular, en los estudiantes universitarios y en los servicios de apoyo a los que éstos tienen acceso y, por otro, la promoción de la salud, haciendo especial hincapié en los conceptos y declaraciones que han contribuido tanto a su desarrollo como a su fortalecimiento.

Primero analizamos cada uno de los temas por separado y luego conjuntamente. Esta primera parte de fundamentación teórica se compone de tres capítulos. En el primero nos referimos a la universidad, empezando por describir sus características actuales y los cambios más importantes a los que ha sido sometida como institución además de reflexionar sobre ellos, para posteriormente centrarnos en los estudiantes universitarios, de modo especial en sus características y hábitos de vida y en las áreas y etapas que les suponen una mayor dificultad.

En el segundo capítulo de esta primera parte, nos ocupamos del concepto de promoción de la salud, centrandó nuestro interés en sus implicaciones y consecuencias y definiendo, a su vez, otros conceptos relacionados con él que lo amplían y completan, como son la educación para la salud, los estilos de vida saludables o la promoción de la salud en el ambiente. Utilizaremos como principal fuente para este apartado las resoluciones y documentos resultantes de las conferencias internacionales de promoción de la salud.

Por último, en el III capítulo, para completar y concluir esta primera parte de fundamentación teórica, interseccionamos los conceptos de los capítulos anteriores reflexionando, de modo general, sobre la promoción de la salud en la universidad que, como claro exponente de la promoción de la salud en el ambiente, presenta importantes potencialidades de mejora del estado de salud y de la calidad de vida de los estudiantes y, de modo particular, sobre los servicios que la universidad les ofrece, especialmente aquellos relacionados con la orientación y el apoyo.

1.1. Universidad

En las últimas décadas, se han producido enormes cambios sociales, económicos y culturales en la sociedad. Del mismo modo las universidades, en muchos casos como reflejo de esos cambios, se han enfrentado a su vez a importantes transformaciones, tanto en su propio contexto como en sus relaciones con la sociedad en la que se encuentran.

Se incide con mayor frecuencia y profundidad en los cambios científico-tecnológicos y en los económicos haciendo especial hincapié en la globalización y en la era de la comunicación.

Sin embargo, no menos importantes resultan los cambios producidos a nivel social y cultural, como la democratización de las sociedades, el importante aumento de la multiculturalidad o el interés por los derechos humanos y por la promoción de la calidad de vida y de los pilares básicos que la sustentan. Estos últimos engloban a la educación, la salud, la paz, la igualdad, etc. Muchos de los documentos o grupos de trabajo de grandes instituciones como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), la Organización para la Cooperación y el desarrollo económico (OCDE) o la Unión Europea, dan muestra de la importancia de los cambios socioculturales acaecidos.

A lo largo del presente apartado reflexionaremos someramente sobre éstos y otros cambios para llegar a la descripción de las características actuales de la institución universitaria, centrándonos también con especial interés en las características de su alumnado, haciendo referencia tanto a sus principales necesidades como a sus potencialidades de desarrollo y analizando la influencia de sus estilos de vida en su salud.

Antes de pasar al análisis de estos diferentes aspectos debemos hacer una breve aclaración terminológica: estamos utilizando el término universidad a lo largo de todo el capítulo como sinónimo de educación superior, ya que las descripciones y reflexiones que sobre la universidad se hacen son extensibles a otros tipos de educación superior, y en concreto, en el caso de esta tesis, a los institutos politécnicos existentes en Portugal, ya que en los otros dos países estudiados, España e Italia, la enseñanza superior se limita a los estudios universitarios.

1.1.1. Características actuales de la universidad

Antes de centrarnos en el tema principal de este capítulo, las características y necesidades del alumnado universitario en relación con su salud y su bienestar, abordaremos las características de la universidad en la actualidad y para ello plantearemos a lo largo de esta primera parte del presente capítulo los aspectos más representativos y que con mayor frecuencia se citan al hacer referencia a los principales cambios producidos en el ámbito universitario y que entendemos que de modo más o menos directo tienen repercusión sobre el bienestar de los estudiantes y pueden influir en el desarrollo de la promoción de la salud en la universidad: democratización y diversificación del alumnado, calidad, internacionalización, proyección social, docencia, desarrollo de tecnologías de la información y la comunicación y potenciación de los servicios universitarios.

1.1.1.1. Democratización y diversificación

Como ya hemos señalado, para referirnos a las características actuales de la universidad se hace imprescindible hablar de evolución y de cambio. La principal modificación que la universidad ha experimentado en los últimos años se refiere a la democratización en el acceso a la enseñanza superior, también denominada masificación, por muchos autores aunque a menudo esta denominación es utilizada con connotaciones peyorativas.

La *Declaración Mundial sobre Educación Superior en el siglo XXI* (UNESCO, 1998) destaca la expansión a nivel mundial señalando el aumento de estudiantes entre 1960 (13 millones) y 1995 (82 millones).

Como consecuencia directa de esta expansión se produce también una importante diversificación del alumnado. Al contrario de lo que pasaba en épocas anteriores la gran cantidad de alumnos que en la actualidad, y ya desde hace algunos años, llega a la universidad lo hace con intereses, motivaciones, contextos socioeconómicos de procedencia, aspiraciones, expectativas, capacidades, experiencias previas, etc. muy diferentes.

Algunos ejemplos destacados de esta diversificación, por tanto, son las *diferencias de edad* ya que cada vez acceden a la universidad alumnos que no provienen de manera directa del bachillerato sino a través de otras vías. También hay una importante *diversificación en cuanto al lugar de procedencia* de los alumnos puesto que la universidad está cada vez más globalizada y gracias a programas como las becas Erasmus o Sócrates de los que hablaremos más adelante, es muy habitual encontrarse en las aulas y en las residencias universitarias alumnos de diferentes nacionalidades. Otro importante aspecto en el que existen diversidades, que tienen importantes repercusiones en el modo en que ha de evolucionar la enseñanza universitaria, son tanto *diferencias de background* de los diferentes alumnos, por sus diversos recorridos de formación y experiencias previas a la enseñanza universitaria, como *diferencias* en cuanto a sus *motivaciones* para emprender la formación superior y sus expectativas de futuro.

El mayor número de alumnos que acceden a la universidad, la heterogeneidad de los mismos y las consecuencias que se derivan de estos dos fenómenos supondrán una fuente de enriquecimiento para alumnos, para profesores y para la universidad en general siempre que se produzca la adaptación necesaria a estas nuevas circunstancias que, especialmente para los estudiantes, pueden acentuar la desorientación que los alumnos sienten con respecto a las etapas precedentes de su formación académica.

El *Documento de la Política para el Cambio y el Desarrollo en la Educación Superior* (UNESCO, 1995) señalaba ya como tendencias en la educación la expansión cuantitativa, la diversificación y la restricción económica, a la que nos referiremos más adelante.

Más recientemente y en el contexto nacional el *informe de universidad 2000* (Bricall, J.M. 2000) resalta la importancia dentro de los cambios de la universidad española de la ampliación del número de estudiantes y la diversificación del perfil de los mismos. De forma más pesimista y contundente lo afirma Marcelo, C. (2001:51): "Estas últimas décadas han representado para las

universidades españolas una evolución dramática en la cantidad y calidad de los alumnos que se han ido incorporando a la realización de estudios superiores”

Neave, G. (2001: 20) señala textualmente como principales fuerzas de cambio en la enseñanza superior de Europa occidental las siguientes: “la amplia y persistente demanda de enseñanza superior al haber aumentado el número de estudiantes, y la comercialización (algunos dirían expropiación) de este nivel educativo por quienes pueden pagar, y la urgente necesidad de que todo lo que se enseña tenga un rédito inmediato en ganancias obtenidas”

Tanto en estos aspectos como en los posteriores que trataremos a lo largo del capítulo insistiremos y profundizaremos en la parte empírica de este trabajo a través del estudio de casos.

Cerramos, pues, ahora este apartado señalando que la mayor cantidad de alumnos que acceden a la enseñanza superior y la consiguiente heterogeneidad de los mismos supone sin duda un cambio sustancial al que debe adaptarse la universidad, haciendo, como veremos, un esfuerzo mayor, a través de sus diferentes ámbitos, para conseguir el bienestar físico, psíquico y social de sus estudiantes.

En relación con la promoción de la salud, estos aspectos a los que hemos venido refiriéndonos en este apartado, democratización y diversificación, podrán considerarse como un importante reto, ya que, si los proyectos que se desarrollen en este ámbito consiguen llegar de modo efectivo a la gran cantidad de alumnos presentes en la universidad y se adaptan a su heterogeneidad, podrán repercutir en un amplio número de estudiantes, que a su vez podrán compartir sus conocimientos y tener influencia sobre los grupos sociales y familiares a los que pertenezcan.

1.1.1.2. Calidad

En gran medida como consecuencia de esta democratización, puesto que está superada la etapa de búsqueda de extensión de la educación superior a mayor cantidad de población, es destacable la evolución de la universidad hacia la búsqueda de calidad. Como señala Rosales, C. (2000: 16) “En la medida en que la universidad ha superado la preocupación por facilitar el acceso a los estudios superiores a un creciente número de alumnos, se va haciendo más patente la necesidad de mejora cualitativa de los procesos de enseñanza y aprendizaje”

La preocupación por las cuestiones cualitativas, surge con fuerza en España entre finales de los años 70 y principios de los 80, después de haberse alcanzado cuantitativamente la extensión de la formación que resultaba la principal preocupación en los años anteriores. Dentro del ámbito de la calidad frecuentemente se destacan dos aspectos fundamentales y que a menudo son tratados de modo conjunto: la evaluación y la financiación.

La *evaluación* es uno de los puntos fundamentales que es necesario tratar al aludir a las propuestas de mejora y búsqueda de calidad, ya que como señala Zabalza M.A. (2001: 270) “posiblemente, ni evaluación ni calidad tengan sentido, al menos en educación, si son considerados como piezas independientes una de la otra.”

Este creciente interés y las alusiones a la evaluación se perciben en los últimos años de manera clara en el ámbito de la educación superior y son mayoría los que defienden y alaban este hecho, pero muchos de ellos dejando claro los peligros y limitaciones que puede conllevar como señala Merino, J.V. (2002:33) al afirmar que “hoy parece que la universidad está cediendo parte de su libertad y autonomía ante esta obligación (de rendir cuentas)”

Y es que la evaluación, por su carácter trascendente y complejo, puede perder toda su utilidad y eficacia, e incluso llegar a ser contraproducente si no se hace de ella un adecuado uso. Siguiendo a Rosales, C. y Soto J. (2000: 434-435) podemos señalar las condiciones que debe cumplir la evaluación para que ayude a la mejora:

- Una adecuada combinación de procesos de evaluación interna y externa.
- Un carácter diagnóstico y procesual y no solamente sumativo o de balance.

- Un carácter global/holístico, juntamente con una carácter necesariamente analítica
- Una finalidad última basada en el perfeccionamiento de la institución lo que significa constituir la evaluación como punto de partida para la toma de decisiones a distintos niveles.

Rosales C.(2000:16) señala los motivos que han dado lugar a la existencia de un creciente interés por la evaluación en la enseñanza universitaria: el incremento geométrico de la matrícula de alumnos en un momento de crisis económica general y de reducción de presupuesto, la intensificación de las demandas sociales en relación con la mejora de la formación profesional de los universitarios, la introducción de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación y el cambio sustancial de los conceptos de aprendizaje y formación del alumno.

Vemos también que en la enumeración de estos motivos se engloban los que hemos señalado como principales cambios a los que se ve sometida la enseñanza superior en los últimos años.

La reciente y polémica Ley Orgánica de Universidades (LOU) hace especial hincapié en la evaluación como punto fundamental para la consecución de la calidad señalando, en la exposición de motivos de la misma, cómo

Una de las principales innovaciones de la Ley viene dada por la introducción en el sistema universitario de mecanismos externos de evaluación de su calidad, conforme a criterios objetivos y procedimentales transparentes. Para ello se crea la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación que, de manera independiente, desarrollará la actividad evaluadora propia de sistemas universitarios avanzados y tan necesaria para medir el rendimiento del servicio público de la enseñanza superior y reforzar su calidad, transparencia, cooperación y competitividad” (LOU, Exposición de motivos)

Continúa en esta línea señalando, en el Título V de la evaluación y acreditación, que:

La promoción y la garantía de la calidad de las universidades españolas, en el ámbito nacional e internacional, es un fin esencial de la política universitaria y tiene como objetivos:

- a) La medición del rendimiento del servicio público de la educación superior universitaria y la rendición de cuentas a la sociedad.
- b) La transparencia, la comparación, la cooperación y competitividad de las universidades en el ámbito nacional e internacional.
- c) La mejora de la actividad docente e investigadora y de la gestión de las universidades.
- d) La información a las Administraciones públicas para la toma de decisiones en el ámbito de sus competencias.
- e) La información a la sociedad para fomentar la excelencia y movilidad de estudiantes y profesores. (LOU, Título V, artículo31)

Al hablar de calidad en la enseñanza superior en nuestro contexto nacional es necesario hacer referencia explícita a los dos planes nacionales de evaluación de la calidad: Plan Nacional de Evaluación de la Calidad de las universidades de 1995 y su continuación en el Segundo Plan de 2001. Ambos son considerados por Michavila, F.(2002 :10) como “oasis en el desierto” que en cuanto a evaluación ha padecido nuestro país.

De Miguel, M.(2000:400-402) hace un repaso del primero de estos planes señalando algunas de sus principales características, sus objetivos, propuestas y logros. El Plan Nacional de Evaluación de la Calidad de las universidades, promovido por el Consejo de universidades, está inspirado en la filosofía de apostar “por la opción de la mejora excluyendo, por tanto, su vinculación a procesos de financiación o acreditación administrativa” y “se considera que son las propias instituciones universitarias las que, a través, de la evaluación institucional, deben asumir el protagonismo a la hora de impulsar y desarrollar políticas de calidad que incidan en la mejora tanto de los procesos como de los productos y servicios que éstas ofrecen a la sociedad”

Este mismo autor, (De Miguel, M., 2000:400) señala que se hace hincapié en que “para no caer en la mera burocratización, la normativa que regula dicho Plan insiste reiteradamente en que todo proceso de evaluación institucional que se realice sobre una unidad, servicio u órgano universitario, debe necesariamente tener consecuencias ya que de lo contrario su credibilidad

podría ser cuestionada”. Y estas consecuencias a las que se alude serán principalmente: informar a los gobiernos y las administraciones públicas, informar a los usuarios y a la sociedad y proponer mejoras respecto a la unidad evaluada, porque si no será totalmente inútil.

Las propuestas de mejora señaladas en los diferentes Informes formulados por los Comités del Plan Nacional de Evaluación de la Calidad de las universidades son:

- Propuestas orientadas a promover “buenas prácticas”
- Propuestas que implican innovaciones organizativas
- Propuestas relativas a experiencias prácticas y grupos de innovación
- Mejoras que implican toma de decisiones institucionales
- Mejoras que implican cambios normativos
- Mejoras condicionadas a procesos de financiación

En cuanto a la valoración del plan, según este autor, reconocido especialista en este ámbito, ésta es positiva en referencia a los dos primeros objetivos: “promover la evaluación institucional de la calidad de la universidades” y “elaborar metodologías homogéneas para la evaluación de la calidad integradas en la práctica vigente en la Unión Europea”. Sin embargo, considera escasa la eficacia con respecto al tercero de los objetivos: “proporcionar información objetiva que pueda servir de base para la adopción de decisiones de las distintas organizaciones en el ámbito de su respectiva competencia”. (De Miguel, M., 2000:406-407)

Otro tema que no es posible olvidar al hablar de calidad, aunque a veces la redacción de algunas leyes lo pase por alto, es el de la *financiación* de las universidades. Señalábamos al principio como la “restricción financiera” era junto con la expansión cuantitativa y la diversificación una de las principales tendencias de la educación superior según el *Documento de la política para el cambio y el desarrollo en la educación superior* (UNESCO, 1995). Por tanto, para que la confrontación entre las crecientes exigencias de competitividad, de mejora y de oferta de servicios por una parte y la creciente falta de presupuesto por otra, no se convierta en una contradictoria paradoja será necesario tanto hacer un uso eficaz de los recursos disponibles, y también de aquellos otros que sea posible obtener, como realizar demandas realistas a la universidad.

La situación actual de la universidad española en general, y en particular los casos muy agravados de algunas universidades, es preocupante ya que como señala Michavila, F. (2002:10) la financiación es “deficitaria o escasa, por debajo de los valores medios de la Unión Europea” y, por tanto, continúa este mismo autor, “las estrategias de mejora de calidad serán banales o retóricas si no están acompañadas con un esfuerzo mucho mayor en la dotación de más recursos a las universidades, a la vez que el gobierno exija la eficiencia en su uso”.

También en relación a la financiación de la universidad y sus servicios resulta polémico todo aquello que se refiere a las fuentes de las cuales ha de provenir ésta. Uno de los documentos más controvertidos, pero también más ampliamente citados en nuestro contexto nacional, al referirse a asuntos de financiación universitaria es *El informe de universidad 2000* (Bricall, J.M. 2000) que señala como “El sistema de financiación debe mantener un modelo mixto (público-privado). Las cifras actuales permiten observar que la participación privada en esta financiación es mayor en España que en otros países del entorno europeo. Es recomendable, por tanto, que la participación privada a través de las tasas, por lo menos, no supere el porcentaje actual en el conjunto de los fondos de financiación de las instituciones universitarias.” (Bricall, J.M. 2000: 305).

Hemos hecho hincapié tanto en la calidad como en la evaluación y financiación como partes fundamentales de ésta, pues cuando nos refiramos específicamente a la Promoción de la Salud en la universidad (PSU), en el capítulo III, veremos como éstos resultan ser aspectos fundamentales ya que la PSU es definida reiteradamente como un valor añadido y un factor de calidad. Asimismo la evaluación será fundamental pues además de contribuir a la mejora, a través de los cambios indicados y resultantes de la evaluación continua, supondrá, como veremos, la potencia-

ción y la evidencia de los buenos resultados que la PSU puede producir, en los diferentes niveles (académico, personal, social, etc.), en la mejora de la calidad de la experiencia universitaria de los estudiantes.

Por último, en cuanto a la financiación, veremos como la PSU se adapta a la situación de crisis financiera vivida por las diferentes instituciones ya que supone en mayor medida una reorientación y optimización de los servicios y no nuevas inversiones. Como señala Tsouros, A. (1998), uno de los principales impulsores de la Red Europea de Universidades Promotoras de Salud, consciente del momento de crisis económica que viven las universidades

Un proyecto de Universidad promotora de salud no es, y no debería ser visto, como una especie de actividad de lujo o de moda para ser realizada en tiempos de prosperidad, al contrario, invertir en este tipo de proyectos en tiempos de dificultades financieras puede resultar un extraordinario recurso para planear y promover la salud de los estudiantes y del resto de la comunidad universitaria, para asegurar una atención adecuada a las políticas de equidad y sostenibilidad y para promover un diálogo sano y construir procesos decisionales participativos. (Tsouros, A., 1998:34,35)

1.1.1.3. Internacionalización

En una sociedad cada vez más globalizada y con un mercado laboral cada vez más exigente y competitivo como el que estamos viviendo resulta obvia la necesidad de impulsar la movilidad y los intercambios internacionales. Esta movilidad supondrá un importante valor añadido tanto a nivel profesional como personal que se hará cada vez más imprescindible para una eficaz integración social y laboral.

Diferentes organismos conscientes de este hecho han ideado, desarrollado y apoyado esta movilidad a través de diferentes programas y acuerdos. Señalamos a continuación, de modo sintético, las fechas y programas clave en cuanto a la internacionalización de la enseñanza superior.

En 1987 se crea el programa ERASMUS destinado a fomentar la movilidad entre los estudiantes universitarios y a elevar la calidad de la enseñanza. También en ese año se pone en marcha el programa COMET para mejorar la formación tecnológica avanzada y la colaboración de la universidad con la empresa. Y se crea el programa LINGUA para fomentar el aprendizaje de las lenguas propias de los países comunitarios.

También a nivel europeo a finales de los 80 y principios de los 90 se ponen en marcha otros programas para promocionar a nivel europeo la tecnología (EUROTECNET), la Formación Profesional (PETRA) y la formación de los responsables de la educación (ARION)

En 1995 la Unión Europea crea los programas SOCRATES y LEONARDO, que vendrán a sustituir y mejorar a los anteriores.

- a) El programa SOCRATES, a través de los tres capítulos en los que se divide se ocupa de:
 - Capítulo I: Enseñanza Superior (ERASMUS)
 - Capítulo II: Educación Escolar (COMENIUS)
 - Capítulo III: Acciones transversales (LINGUA, Educación de adultos, educación abierta y a distancia, etc.)

Con todo ello pretende potenciar la cooperación universitaria y el uso de lenguas en la Unión Europea así como la vinculación entre centros educativos de primaria y secundaria.

- b) El programa LEONARDO viene a constituir una síntesis de los programas COMET, PETRA, FORCE y EUROTCNET y se centra de modo especial en la formación profesional.

Además de estos programas de cooperación entre países miembros de la UE también hay otros de colaboración con terceros y, entre ellos, cabe destacar la creación, en 1994, del programa ALFA (América Latina- Formación Académica) que tiene como fin apoyar la cooperación entre América latina y Europa en el campo de la educación superior.

También es importante destacar otras organizaciones o entidades que, de un modo más o menos profundo, se han preocupado de establecer programas de colaboración y cooperación importantes como son la UNESCO, la Organización de Estados Iberoamericanos (OIE) y la Agencia Española de Cooperación internacional (AECI)

Todos estos programas que cada día están más consolidados tienen potencialidades y limitaciones que Zabalza, M.A.(2000) sintetiza en un artículo sobre la cara y cruz de los programas europeos de la formación universitaria del siguiente modo:

Puntos fuertes:

- El valor de la internacionalidad y de la apertura a nuevas perspectivas y retos en los diversos ámbitos profesionales.
- Los programas de intercambio como “experiencias fuertes” en el curriculum de formación de los estudiantes universitarios
- Los programas europeos como recurso para afianzar la denominada “dimensión europea” (basada ésta principalmente en: Conciencia de la identidad europea, conocimientos sobre Europa, conocimientos sobre el proceso de unidad europea, apertura a un estilo de vida transnacional) de los estudiantes universitarios
- Las posibilidades de la doble acreditación y la plusvalía lingüística

Puntos débiles:

- La burocratización y la prioridad de la dimensión administrativa de los intercambios (al menos los europeos)
- La dependencia lingüística de los encuentros
- La desigualdad de acceso (geográfica, económica y social) a los intercambios.

Como consecuencia de estos programas de intercambio y como una necesidad de adaptación a una movilidad e integración profesional efectiva en la Unión Europea surge el concepto de Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que se está perfilando a partir de las declaraciones siguientes, resultantes de las reuniones de ministros europeos: La Sorbona, 1998; Bolonia, 1999; Praga, 2001; Berlín, 2003 y Bergen 2005

Las líneas de actuación básicas del EEES también conocido como convergencia de Bolonia son:

a) El Sistema Europeo de Transferencia de Créditos (ECTS) con el que se pretende homologar los sistemas de créditos en todos los países miembros a través de esta estructura en créditos donde se valorará el tiempo de trabajo total de los estudiantes para superar las materias de los planes de estudio y no sólo las horas de docencia específica de la materia, lo que supondrá una mayor responsabilización, implicación y autonomía de los alumnos en el proceso de enseñanza aprendizaje;

b) La armonización de las titulaciones, que implica que cada uno de los países lleve a cabo reformas legislativas y normativas para alcanzar la homologación de los distintos planes de estudio y así permitir la libre circulación e intercambio de titulados y alumnos en el Espacio Europeo.

c) Los estándares de calidad que permitirán la comparabilidad y reconocimiento de las calificaciones y titulaciones en Europa.

Esta europeización de los estudios superiores pretende facilitar y fomentar la movilidad de los universitarios tanto durante sus estudios como una vez que se hayan graduado y entren en el mercado laboral.

Vemos que tanto la internacionalización precedente, a través de diferentes programas en el que destaca por su amplia difusión y nivel de participación el programa Erasmus, como la más reciente y casi inminente entrada en el EEES que se hará efectiva en 2010, suponen para

los alumnos y para las instituciones universitarias y sus diferentes agentes una adaptación a cambios muy significativos e importantes. En lo que se refiere a los alumnos destacan, por una parte, el amplio abanico de oportunidades y, por otra, un aumento de sus responsabilidades y su autonomía, ya que tienen más opciones y posibilidades para completar su formación estudiando en otros países, para poder escoger en mayor medida la configuración de su currículum y, en general, para realizar un aprendizaje más autónomo pues se valorará todavía más, y de modo formal, el tiempo y el esfuerzo dedicado a dominar las materias y no sólo aquel invertido en horas de clases.

Por todo lo anterior, podemos concluir que éste es un aspecto más, que incide en la necesidad de una mayor orientación y asesoramiento de los alumnos para que las posibilidades que brinda el EEES sean efectivamente un valor añadido en el currículum de los alumnos y no un elemento de malestar y desorientación.

Además, como puede leerse en las *conclusiones del III encuentro de servicios psicológicos y psicopedagógicos universitarios* celebrado en Granada en Junio de 2006 “en el proceso de Bolonia se destaca que la existencia de estos servicios es un indicador de calidad para las universidades y, por tanto, es la oportunidad de consolidar su identidad y funciones”. Asimismo se señala que este proceso “se centra en variables personales y sociales del alumno y en el proceso de enseñanza-aprendizaje” y por tanto “estos servicios deberían diseñarse entorno a este eje” potenciando el aprendizaje autónomo, la planificación de la carrera, etc.

1.1.1.4. Proyección social y cultural de la universidad

Otro de los aspectos que debemos abordar para realizar una escueta caracterización de la enseñanza superior actual es la evolución y particularidades de sus funciones clásicas.

Será en el capítulo siguiente donde nos centraremos concretamente en la promoción de la salud en la universidad y reflexionaremos entonces sobre el modo en el que las distintas funciones tradicionales de la universidad –docencia, investigación y proyección social– pueden contribuir a la promoción de la salud, pero ya en este apartado queremos señalar algunas peculiaridades de la evolución de estas funciones que tendrán especial importancia a la hora de comprender las posibilidades y limitaciones de su papel en la promoción del bienestar de los estudiantes.

Empezaremos por la proyección social y cultural de la universidad.

La preocupación de la universidad por contribuir de diferentes formas al desarrollo de la sociedad en la que se encuentra ubicada ha sido constante y tratada por diversidad de autores.

También varios de los documentos y prescripciones legislativas más importantes ponen de manifiesto este interés por la proyección social de la institución universitaria.

La *Carta Magna de las Universidades Europeas* firmada en Bolonia en 1988 da una gran importancia a la función cultural de la universidad, que ha de ser foro de conocimiento recíproco y de interacción entre las culturas y lo pone de manifiesto a través de los cuatro principios fundamentales que deben sustentar, en el presente y en el futuro, la vocación de la universidad:

1. La Universidad, en el seno de sociedades organizadas de forma diversa debido a las diferentes condiciones geográficas e históricas, es una institución autónoma que, de manera crítica, produce y transmite la cultura por medio de la investigación y la enseñanza.

Para abrirse a las necesidades del mundo contemporáneo, debe lograr, en su esfuerzo de investigación y enseñanza, una independencia moral y científica de todo poder político y económico.

2. En las Universidades, la actividad docente es indisociable de la actividad investigadora, a fin de que la enseñanza siga tanto la evolución de las necesidades como las exigencias de la sociedad y de los conocimientos científicos.
3. La libertad de investigación, de enseñanza y de formación son el principio fundamental de la vida de las Universidades; los poderes públicos y las Universidades, cada uno en su esfera de competencias, deben garantizar y promover el respeto a esta exigencia fundamental.

El rechazo de la intolerancia y el diálogo permanente hacen de la Universidad un lugar de encuentro privilegiado entre profesores, que tienen la capacidad de transmitir el saber y los medios de desarrollarlo mediante la investigación y la innovación, y estudiantes que tienen el derecho, la voluntad y la capacidad de enriquecerse con ello.

4. Depositaria de la tradición del humanismo europeo, pero con la constante preocupación de atender al saber universal, la Universidad, para asumir su misión, ignora toda frontera geográfica o política y afirma la necesidad imperiosa del conocimiento recíproco y de la interacción de las culturas. (Carta Magna de las Universidades Europeas, 1988)

El polémico *informe universidad 2000* destaca “la transmisión de los valores culturales y de convivencia social y la creación y difusión del conocimiento científico y humanístico como cauces para el progreso y la consolidación de las sociedades democráticas” (Bricall, 2000: 139).

La actual LOU (Ley Orgánica de universidades de 2001), casi exactamente del mismo modo que lo hacía la LRU (Ley de Reforma Universitaria de 1983) define

Funciones de la universidad al servicio de la sociedad:

- a) La creación, desarrollo, transmisión y crítica de la ciencia, de la técnica y de la cultura
- b) La preparación para el ejercicio de actividades profesionales que exijan la aplicación de conocimientos y de métodos científicos y para creación artística
- c) La difusión, la valoración y la transferencia del conocimiento al servicio de la cultura, de la calidad de vida, y del desarrollo económico
- d) La difusión del conocimiento y la cultura a través de la extensión universitaria y la formación a lo largo de la vida. (LOU, Título Preliminar, Art. 1.2)

Además de los informes y documentos institucionales son muchos los autores (Fernández Pérez, M., 1989; Calleja, T., 1990, ...) que se han preocupado de las funciones y compromisos de la universidad y en casi todos ellos está presente la reflexión sobre la dualidad de la función de la institución universitaria: científica/ humanística, cultural/ profesional.

No se tratará de elegir entre una opción u otra sino de combinarlas de modo adecuado para obtener de ellas el máximo provecho. Estamos de acuerdo con la conclusión de Merino, J. V. (2002: 47-48) cuando afirma “la universidad puede y debe seguir desempeñando su función cultural y social, sin que ello signifique oposición o merma de la función profesionalizadora y de desarrollo científico y técnico (...) la universidad tratará de formar ciudadanos científicos y cultos”

De modo similar lo explican Mingorance, P. et al. (1993:10-11) cuando señalan el doble compromiso de la universidad: externo (servicio a la sociedad en el desarrollo científico, técnico y cultural) e interno (de selección, formación y promoción del profesorado y coherentemente del alumnado).

Dentro de este compromiso externo, que como hemos visto, cada vez ha de ser más valorado y tenido en cuenta por los diferentes agentes que participan en la universidad, se produce una aproximación de ésta a los problemas y demandas de la sociedad que se hace patente

a través de una amplia serie de manifestaciones como las características de los alumnos, la naturaleza de la investigación, el incremento de las relaciones de cooperación con otras instituciones, la mayor profesionalización de los estudios, la evolución del clima interno de organización y funcionamiento, la introducción en la enseñanza de temas y valores de relevante interés social y la puesta en práctica de métodos y técnicas que fomenten la cooperación. (Rosales, C., 2000:12)

Todos los aspectos señalados hasta aquí ponen de manifiesto el interés creciente de las instituciones de enseñanza superior en la promoción de cuestiones sociales que se hace patente a través de acciones de apoyo al medio ambiente, de cooperación o, como en el caso del que nos ocupamos en esta tesis, de promoción de la salud.

1.1.1.5. *Profesorado universitario*

El papel del docente universitario también ocupa un lugar fundamental en todas las investigaciones sobre la enseñanza superior. Algunos de los aspectos más frecuentemente tratados son:

La doble función del docente universitario, que lo diferencia del profesor en otros niveles, como docente e investigador, de modo que ha de repartir su tiempo entre las clases (prepararlas, desarrollarlas, evaluarlas, atender a tutorías, etc.) y la investigación (búsqueda, publicación, divulgación, etc.)

La falta de formación pedagógica de los docentes universitarios. Son muchos los autores (Mingorance, P. et al., 1993; Gewerc, A. y Montero, L., 1996; Rosales, C., 2000; García Varcárcel, A., 2001;...) que señalan la escasez, falta de continuidad y de adaptación de la formación pedagógica de los docentes universitarios.

Relacionado con la dualidad del rol docente e investigador del profesorado universitario, a la que nos hemos referido anteriormente, destaca también la sobrevaloración de la labor investigadora sobre la labor de docencia, que traerá consecuencias tales como la desmotivación y poca dedicación a las tareas más directamente relacionadas con la docencia a favor de aquellas otras relacionadas con la investigación. Como señala Montero, L (2000: 34) “la investigación suele ser la actividad más valorada, en detrimento, muchas veces, de la actividad de la enseñanza.” Tanto esta sobrevaloración de la investigación frente la docencia como, en general, la desconexión entre ambas repercutirá de modo muy negativo en la calidad de la enseñanza.

Pero a pesar de que dada su importancia muchos de los debates sobre el profesorado se centran en la dualidad de estas dos funciones no son éstas las únicas que han de desarrollar los profesores.

Mateo, J. (1990:324-325) diferencia cuatro ejes de responsabilidad del profesor: el proceso de enseñanza-aprendizaje, la acción tutorial, las actividades de desarrollo profesional y los servicios a la comunidad. Cada una de estas funciones, y las actividades y tareas que ha de cumplir dentro de ellas, tienen su importancia y, por tanto, ninguna ha de ser relegada a favor de otra u otras, para ello es necesaria de modo primordial una adecuada profesionalización del docente universitario. Según este mismo autor ésta se podrá conseguir teniendo en cuenta nuevos aspectos como: el trabajo colectivo, la mayor capacidad organizativa y la diversificación de recursos formativos.

La adquisición o potenciación de estos nuevos aspectos y otras habilidades necesarias para conseguir una mayor profesionalización y, así, un óptimo desempeño de sus muchas y complejas funciones se conseguirá necesariamente con una mayor y mejor formación, aunque como señala Montero, L. (2002:28) resulta “cuestionable la creencia con respecto a su omnipotencia para hacer frente a todas las demandas sociales dirigidas al profesorado”

Esta necesidad de formación del profesorado universitario ha suscitado un importante interés, especialmente en los últimos años, en diferentes autores que coinciden en señalar, además de la importancia en sí de esta formación, la necesidad de que ésta se adapte y contemple las características propias del nivel de enseñanza superior. De modo sintético Carter, L.G.(1991) citado por Mingorance, P. et al. (1993:62) señala las exigencias previas requeridas para un programa formativo para profesores universitarios:

- La implicación profunda en el programa, recompensados por su trabajo e integrados en la estructura de la institución
- El programa debe ofrecer el máximo número de opciones para los estudiantes, es decir, posibilitando tener diferentes experiencias de aprendizaje
- El programa debe garantizar situaciones de calidad
- El currículum debe estar hecho a medida, recoger disciplinas específicas y estar basado en las más recientes investigaciones
- La planificación del programa debe responder a las necesidades de la sociedad

En definitiva, a través de este apartado nos interesa señalar como, cada vez en mayor medida, al docente universitario se le exigen funciones nuevas que completan aquellas más tradicionales de docencia e investigación sobre todo en relación a la tutoría y asesoramiento de los alumnos. Como señalan Castillo, S. y Cabrerizo, J. (2005:191) “Se hace necesario, por tanto, que el rol que viene desempeñando el docente del nivel superior pase de ser un simple transmisor de conocimientos a transformarse en un facilitador, tutor o asesor del estudiante, a fin de que alcance una formación que le prepare para un desenvolvimiento acorde con su proyecto de vida”.

Para que estas nuevas funciones sean realmente efectivas será necesario tener en cuenta aspectos esenciales que muchas veces todavía resultan deficitarios como una mayor formación en estos ámbitos (tutoría, docencia, orientación, etc.) y un reconocimiento en diferentes niveles (administrativo, económico, social, etc.). Siguiendo a Álvarez Pérez, P. y Jiménez Betancort, H.(2003: 31), podemos señalar como principales demandas del profesorado, para poder desempeñar actividades de este tipo, las siguientes: reconocimiento institucional, formación inicial y permanente, infraestructuras y recursos materiales y humanos, tiempo para poder desarrollar de manera adecuada las acciones orientadoras, reducción de la carga docente y ratio adecuada tutor-alumnado.

Específicamente en relación con la promoción de la salud, como veremos en el capítulo III de esta fundamentación teórica, también la función de los docentes será de especial relevancia, puesto que el interés por los distintos temas de salud puede estar presente en los currícula de sus asignaturas tanto de manera tradicional como de modo transversal.

Además, los profesores, dada su cercanía con los alumnos y por tanto el mayor conocimiento de sus problemas y necesidades, podrán desempeñar un importante papel como tutores ayudándoles directamente a resolver sus dudas y problemas o indicándoles a qué servicio pueden dirigirse para solucionarlos de modo más eficaz.

1.1.1.6. Desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación

No podemos concluir este primer apartado del capítulo sin hacer referencia a uno de los factores que en mayor medida ha cambiado y seguirá cambiando la configuración de la enseñanza superior actual.

La era de la información (Castells,M., 1999), como estamos habituados a oír denominar la época en la que vivimos, tiene muchas y muy importantes repercusiones en cada uno de los diferentes ámbitos sociales, laborales, lúdicos, formativos, económicos, etc.

El desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en las universidades, tan necesario como inevitable, tiene grandes potencialidades de abrir un amplio e importante abanico de posibilidades como recurso versátil e innovador. Sin embargo, al igual que sucede en otros ámbitos, es imprescindible una utilización crítica y adaptada de las mismas.

Resulta necesario que se den algunos cambios tanto en las infraestructuras como en la formación de los docentes para que sea realmente útil y eficiente esta introducción y desarrollo de las TIC.

Al hablar de nuevas tecnologías -nombre muy poco apreciado por muchos de los especialistas en el tema, dada su ambigüedad- o de las también denominadas Tecnologías de la Información y la Comunicación, nos estamos refiriendo a un amplio número de recursos, aunque de modo especial a la utilización de Internet y de las redes de ordenadores. Cabero, J. (2000:193) señala que “el paradigma actual de las nuevas tecnologías son las redes informáticas, que nos permiten con la interacción de los ordenadores, ampliar la potencia y la funcionalidad que tienen de modo individual, proporcionándonos no sólo procesar información almacenada en soportes físicos sino también acceder a recursos y servicios prestados por ordenadores situados en lugares remotos”

Como ya hemos señalado, son muchos los cambios que las TIC pueden suponer, y llegarán a hacerlo, en nuestras universidades y conciernen a muy diversos ámbitos, también. A continuación siguiendo a Area, M. (2001:234-237) señalamos los cambios más sustantivos que a nivel pedagógico provoca la utilización de las redes de ordenadores en el ámbito de la educación superior:

- Las redes telemáticas permiten extender los estudios universitarios a colectivos sociales que por distintos motivos no pueden acceder a las aulas
- La red rompe con el monopolio del profesor como fuente principal del conocimiento
- Con Internet, el proceso de aprendizaje universitario no puede consistir en la mera recepción y memorización de los datos recibidos en la clase, sino la permanente búsqueda, análisis y reelaboración de información obtenidas en las redes
- La utilización de las redes de ordenadores en la educación requiere un aumento de la autonomía en el alumnado
- El horario escolar y el espacio de las clases deben ser más flexibles y adaptables a una variedad de situaciones de enseñanza
- Las redes transforman sustantivamente los modos, formas y tiempos de interacción entre docentes y alumnado
- Internet permite y favorece la colaboración entre docentes y estudiantes más allá de los límites físicos y académicos de la universidad a la que pertenecen

Además de la utilización de las redes de ordenadores, el otro importante fenómeno que ofrece un gran número de posibilidades educativas es, sin duda, Internet. El mismo autor (Area, M., 2001:247-248) señala las más importantes:

- a) A través del WWW cualquier centro o docente puede proporcionar el conjunto de materiales didácticos necesarios para que un alumno supere exitosamente el curso o programa en el que se matricule
- b) La comunicación con el tutor correspondiente puede establecerse en tiempo diferido a través de correo electrónico o un foro de noticias, o bien en tiempo real a través de chat, de video-conferencia, o de la pizarra electrónica
- c) El desarrollo acelerado del software y del potencial y velocidad de procesamiento de las máquinas está permitiendo la centralización e integración de estos distintos tipos de comunicación en un único entorno virtual

Hemos visto, pues, que las posibilidades que proporcionan las TIC son muchas, variadas y crecientes, pero para que se desarrollen del modo más correcto y eficaz es necesario que se den algunos presupuestos básicos y de vital importancia como el apoyo y la coordinación desde diferentes estamentos ya que

la cuestión del empleo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en la educación es una decisión de carácter financiero, social y político que implica a organizaciones internacionales, a gobiernos, y a instituciones públicas y privadas, agentes del mundo de la industria, etc. para alcanzar un fortalecimiento de las infraestructuras y de las capacidades y la difusión de las tecnologías en el conjunto de la sociedad. (Fernández Morante, M.C. y Cebreiro, B., 2000:300)

Igualmente relevante es el soporte que se ha de ofrecer a los profesores proporcionándoles la formación y el apoyo adecuado para que se adapten y obtengan el máximo partido de estos nuevos recursos. Sólo de este modo el uso de las TIC pasará a ser para ellos una importante ayuda que permita ahorrar tiempo y ofrezca amplias posibilidades y no una sobrecarga de trabajo.

Otro punto muy importante, que aunque no es consecuencia exclusiva de las TIC sí está muy relacionado con ellas, lo menciona Soete, L. (1996) citado por Cabero, J. (2000:190), haciendo alusión a los diferentes impactos que está causando la incorporación de las TIC al mundo laboral,

señalando cómo esta sociedad está “caracterizada por ser una sociedad del aprendizaje y una sociedad del aprendizaje a lo largo de toda la vida”. Esto inevitablemente nos hace recordar el conocido como *Informe Delors* (UNESCO, 1996), que defiende la necesidad de convertir la universidad en un instrumento para la educación de la persona a lo largo de toda la vida (*life long education*). En dicho informe se destaca que “ya no basta con que cada individuo acumule al comienzo de su vida una reserva de conocimientos a la que podrá recurrir después sin límites. Sobre todo, debe estar en condiciones de aprovechar y utilizar durante toda la vida cada oportunidad que se le presente de actualizar, profundizar y enriquecer ese primer saber y de adaptarse a un mundo en permanente cambio” (Delors, J. et al., 1996: 95).

En la misma línea Stobart, M. (1994:16) señala como “Europa está caminando hacia una educación permanente o a lo largo de la vida y esto implica que se produzca una coordinación entre varios proveedores de educación: formal e informal, vocacional y no vocacional”.

Los diferentes documentos definitorios del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), a los que hemos hecho referencia hacen especial hincapié en señalar la importancia de la educación a lo largo de la vida. De modo claro se recoge, en la *Declaración de Bergen (2005)* “Consideramos que el desarrollo de los marcos nacionales de cualificaciones son una oportunidad para entroncar posteriormente el aprendizaje a lo largo de la vida en la educación superior. Trabajaremos con las instituciones de educación superior y otras, para mejorar el reconocimiento de aprendizajes previos considerando, cuando sea posible, el aprendizaje informal o no-formal para el acceso a, y como un elemento en, los programas de educación superior”.

Las TIC tendrán un papel fundamental, por lo que respecta a los alumnos y en el ámbito que estamos abordando en esta tesis, la promoción de la salud en la universidad, porque pueden ser un importante elemento motivador y que nos permita llegar a un gran número de estudiantes. En muchos casos, además, dadas las características particulares de algunos de los temas que pueden ser abordados dentro de la promoción de la salud (consumo de drogas, sexualidad, problemas psicológicos, etc) nos darán la posibilidad de que la aproximación que realicen los estudiantes a determinados servicios que se ocupen de estos temas sea de modo confidencial o, al menos, de puedan tener un primer contacto o acercamiento de forma anónima. Así, podemos ver cómo diferentes universidades, en la actualidad, en nuestro entorno privilegian estos modos de difundir y de acceder a la información, que ya desde hace algunos años está muy presente en las universidades americanas. Algunos ejemplos significativos se encuentran en las páginas web de las universidades portuguesas de Porto y Minho (www.up.pt, www.uminho.pt).

1.1.1.7. Desarrollo de los servicios universitarios

Será en el Capítulo III de esta fundamentación teórica en el que describiremos de modo detallado las características principales de los servicios universitarios y su desarrollo, pero destacamos ya en este primer capítulo que, en relación con los cambios experimentados por los centros de enseñanza superior en los últimos años, la atención a los estudiantes está cada vez más presente y la oferta de servicios se amplía día a día.

En general existe una clara tendencia a considerar que para conseguir mejorar y elevar la calidad de la universidad, además de insistir en la mejora de los procesos de enseñanza-aprendizaje en todas sus dimensiones, será necesario potenciar los servicios de atención y de apoyo al estudiante, ya que resultarán fundamentales para poder superar muchas de las situaciones propiciadoras de fracaso y, en general, ayudarán a mejorar la experiencia personal y académica de los estudiantes. Como señala Álvarez Pérez, P. y Jiménez Betancort, H.(2003: 15) “existe una estrecha relación [del desarrollo de los servicios universitarios] con la búsqueda y mejora de la calidad”.

Son cada vez más los autores que ponen de relieve la importancia de los servicios de apoyo al estudiante en particular y de los servicios universitarios en general. De modo claro Álvarez, V. et al. (2002:20) destacan que “la calidad de las universidades no reside solamente en la oferta

de enseñanza-aprendizaje que realizan. Una constelación de factores estructurales, organizativos y contextuales están motivando en gran medida la calidad de lo que el profesor oferta en las aulas y en otros escenarios formativos” y, por tanto, la universidad “tiene que disponer de servicios capaces de atender las necesidades de los estudiantes, sean éstas referidas al proceso de su aprendizaje o bien se trate de necesidades personales o referidas a su futuro profesional”. De modo similar González Rueda, G. (2000) en la presentación del libro *Calidad en los servicios universitarios* pone de relieve la importancia de estos servicios señalando que “emergen como un factor de valor añadido y a veces de diferenciación”

Álvarez Pérez, P.R. (2002: 23-24) destaca el hecho de que se haya empezado a tomar conciencia del vacío existente que en cuanto a orientación existe en los niveles de enseñanza superior y de “las importantes contribuciones que podrían hacerse desde este ámbito a la mejora de la formación universitaria” insistiendo en que “actualmente es difícil hablar de una universidad de mayor calidad, sin hacer referencia a una serie de servicios de apoyo al estudiante, que le faciliten el proceso formativo y madurativo”

El desarrollo de los servicios de apoyo al estudiante además de estar ligado, como hemos visto, a la obtención de calidad está también íntimamente relacionado con la búsqueda del desarrollo integral de los alumnos como ponen de relieve las legislaciones de los países que “coinciden en señalar la importancia estratégica de impulsar y operar una educación integral en las instituciones de educación superior” (Castillo, S y Cabrerizo, J ,2005: 191) y “cada vez más se acepta que en la actividad universitaria se debe implicar a la persona en su conjunto, de modo que el paso de las personas por las instituciones de educación superior suponga una experiencia de crecimiento, no sólo intelectual, sino también social, personal, moral...” (Echevarría, B. et al., 1996:207).

En este sentido tiene, como veremos, una importancia fundamental la orientación educativa en la universidad ya que, como señalan Castillo, S. y Cabrerizo, J. (2005: 196) “se configura como una ayuda encaminada a que cada persona, como ser bio-psico-socio-espiritual, alcance su plenitud”. Como parte fundamental de la orientación, y en ciertos casos como forma de puesta en práctica de ésta, tendrá también una gran relevancia la tutoría, ya que como señalan estos mismos autores: “la tutoría por su parte, se integra en la función orientadora; específicamente vinculada con la orientación académica y en relación con cada estudiante, personaliza la orientación al facilitarle la integración de sus procesos de aprendizaje” (Castillo, S. y Cabrerizo, J., 2005: 197)

Veremos a continuación que en relación tanto con la búsqueda de calidad como con el intento de fomentar el desarrollo integral de los alumnos, cada vez es mayor la variedad de servicios que surgen, se refuerzan y amplían sus funciones en las universidades de nuestro contexto.

En la medida que estos servicios van aumentando y consolidándose va creciendo asimismo la preocupación por conseguir una mayor calidad de los mismos en general y de todos sus aspectos definitorios en particular. Siguiendo a Galán Vallejo, M. (2000: 34-35) señalamos de modo sintético los componentes considerados influyentes en la valoración del consumidor sobre la calidad de los servicios:

Fiabilidad: Consistencia en la correcta ejecución de la tarea, precisión y cumplimiento del servicio establecido

Responsabilidad: Disposición positiva del proveedor de servicios

Competencia: Posesión y aplicación adecuada de los conocimientos y habilidades necesarios para ofrecer el servicio

Accesibilidad: La facilidad en la obtención de servicios

Cortesía: Aspectos orientados al respeto y consideración hacia el cliente

Disponibilidad: Actitud del personal orientada al servicio

Comunicación: Saber transmitir la información y saber escuchar al usuario

Credibilidad: Honestidad, confianza y prestigio del que ofrece el servicio

Seguridad: Ausencia de peligro, riesgo o duda.

Conocimiento del consumidor: Empatía y conocimiento de las expectativas de los usuarios sobre el servicio

Tangibilidad: Evidencias físicas del servicio

En el capítulo III (apartado 1.3.2), como ya hemos apuntado, nos ocuparemos de modo detallado de los distintos tipos de servicios universitarios, atendiendo a sus características, sus potencialidades, sus limitaciones y, de modo especial, a sus contribuciones a la promoción de la salud y el bienestar de los estudiantes.

A modo de conclusión de este apartado, siguiendo a Martín, E. et al. (1999:24-25) que hacen referencia a diferentes autores del contexto nacional e internacional (Beard, R. y Hartley, J., 1984; Aparicio, F., 1991;...), exponemos de modo sintético las principales características diferencias de la universidad de hoy a nivel de enseñanza-aprendizaje, que afectan directamente a los estudiantes universitarios y que son propiciadoras del desarrollo de mucha de la investigación educativa actual en la universidad:

- El cada vez mayor número de especialidades y materias que han generado nuevas demandas tanto para profesores como para estudiantes
- Los cambios sociales que han elevado el número de estudiantes que acceden a la enseñanza superior, así como también han generado nuevos perfiles de estudiantes con demandas más variadas
- Los avances en las teorías del aprendizaje y en la tecnología, que han ofrecido nuevos métodos
- El elevado fracaso escolar en términos de abandono y retrasos en la finalización de la carrera
- La falta de motivación e integración de los estudiantes en la vida universitaria, lo que origina un cierto empobrecimiento de sus metas formativas y actividades
- Y, en muchas ocasiones, una formación inapropiada de los universitarios graduados

Las diferentes características definitorias de la universidad actual nos dan la imagen y el perfil de una universidad insertada en un contexto sometido al cambio y a la evolución constante al que ha de adaptarse y hacer frente.

Así, como señala Perinat, A. (2004:156), “se exige una educación superior que alimente las capacidades personales, cognoscitivas y sociales exigidas por el mundo moderno”. Barnett, R. (1997), citado por este mismo autor, va más allá afirmando que “quizá la educación superior debe promover otras formas superiores de competencia. Se necesitan metaaptitudes, es decir, hay que cultivar “aptitudes para cultivar aptitudes”, hay que promover la habilidad de desplegar habilidades. Hemos de aprender, individual y colectivamente, a manejar los cambios, a prever multiplicidad de consecuencias, a vivir en medio del conflicto y la incertidumbre”

De modo similar lo afirma Hargraves, A. (2003 :42) al definir la actual sociedad como la sociedad del conocimiento, que a su vez redefine como una sociedad del aprendizaje, en donde la educación de los diferentes países ha de preocuparse de fomentar “cualidades que conforman un conjunto de virtudes profesionales: creatividad, flexibilidad, resolución de problemas, inventiva, inteligencia colectiva, confianza profesional, asunción de riesgos, mejora continua.”

Todas estas características y los cambios a los que la universidad está haciendo frente deben ser tenidos en cuenta, y en muchos casos aprovechados, para poder desarrollar las iniciativas y programas de promoción de la salud en el contexto universitario, ya que sólo considerando por una parte las limitaciones y fortalezas del sistema universitario actual y por otra las caracterís-

ticas de los estudiantes universitarios hacia quien van dirigidas las iniciativas podrá sacarse el máximo partido de éstas.

1.1.2. Características del alumnado universitario

A pesar de que, como veremos en el capítulo III, la promoción de la salud en la universidad está destinada y afecta a todos los agentes de la institución universitaria y al ambiente mismo que la rodea, en esta tesis nos hemos decantado por estudiar más directamente los efectos potenciales y efectivos de esta promoción sobre el colectivo de los estudiantes universitarios por las razones que ya hemos señalado en la introducción de este trabajo.

En este apartado incidiremos en la caracterización de este colectivo, los estudiantes universitarios, identificando de modo especial los puntos de dificultad en general y aquellos que presentan repercusiones directas sobre la salud en particular, en las diferentes etapas universitarias.

Ésta será una tarea dificultosa ya que como señalan Castillo, S. et al. (2005:175) “el estudiante universitario, por su propia naturaleza de apertura, diversidad y universalidad, no es fácil describirlo de forma homogénea, ni se le puede identificar con perfiles rígidos y uniformes. Sin embargo, en la variedad personal y sociológica se encierra la riqueza de matices psicológicos que cada estudiante manifiesta dentro del marco cultural y socioeconómico del medio en el que se desenvuelven.”

No nos centraremos, por tanto, en realizar clasificaciones del alumnado universitario, sino, en señalar sus principales áreas de dificultad y de cambio y sus rasgos más significativos en relación con sus estilos de vida, así como sus potencialidades de desarrollo personal y académico.

Diversos autores (Días, G. F. y Almeida, M. J. V., 1991; Boronat, J., 2000; Ortiz, L., 2000; De Beni, R. y Rizzato, R., 2003; ...) se han preocupado por señalar la diversidad de problemas que afectan de modo más o menos directo según los casos a muchos de los estudiantes universitarios. Algunos de los más reiteradamente señalados son: dificultades de integración y adaptación al nuevo entorno, falta de adaptación al ritmo de vida universitario, saturación y diversificación del currículum, falta de criterios para elegir la optatividad, escasas expectativas de desarrollo profesional o indefinición e inseguridad de un futuro profesional, desconocimiento o escaso aprovechamiento de la tutoría, cursar estudios no deseados, desengaño motivado porque lo que se está cursando no se corresponde con las expectativas o dificultosas relaciones con la administración educativa.

La autora italiana Torre, E. (2002:26-27) señala, después de una amplia revisión bibliográfica, algunos de los aspectos donde los jóvenes universitarios pueden encontrar una mayor dificultad:

- La decisión de comenzar estudios universitarios, de escoger la facultad, la especialidad, decisiones que no siempre son tomadas por los jóvenes en función de sus exigencias, sus actitudes y sus deseos y que por tanto pueden esconder motivaciones inadecuadas y poco propicias para el éxito académico
- El impacto de un ambiente totalmente diferente de la realidad académica a la que el estudiante estaba habituado, exigencias diferentes, confrontación con nuevas reglas y relaciones con el profesorado muy distintas a las que ellos estaban acostumbrados
- La situación específica de estudio y las modalidades de exámenes que exigen una dedicación continua y totalmente autónoma
- La relación entre autonomía y dependencia: el estudiante universitario se encuentra en una franja de edad que implica, entre otros factores evolutivos, la adquisición de independencia respecto a la familia, pero paradójicamente, su condición exige una mayor dependencia económica de sus padres

- La dificultad de cerrar un ciclo de estudios: el final de los estudios universitarios trae consigo la necesidad de entrar de lleno en la vida adulta y en el mundo del trabajo, consiguiendo finalmente la autonomía económica y afectiva (tan deseada, pero también fuente de ansia y preocupaciones respecto a las propias capacidades)
- La dificultad, para los universitarios que estudian fuera de su casa, de adaptarse a un ambiente diferente y vivir lejos de su familia y amigos

De modo similar, en nuestro contexto nacional, autores como Pozo, C. et al. (1997:139) destacan una serie de variaciones que se producen al entrar en la universidad y que si no son compensadas pueden propiciar el fracaso académico y personal de los alumnos.

- El escaso conocimiento de la realidad con la que se va a encontrar el estudiante en la universidad
- Despersonalización que ocasiona la masificación en los primeros cursos de casi todas las especialidades
- Falta de habilidades sociales y de estrategias específicas para abordar las particularidades de la nueva situación a la que se ha de enfrentar.
- Posible falta de adecuación entre los estudios elegidos y los finalmente cursados

Para poder profundizar mejor en estos aspectos consideramos que la mejor opción será diferenciar cada uno de ellos, y de otros que puedan afectar a la vida del universitario, según las diferentes etapas de su recorrido académico.

La vida de cada uno de los estudiantes en la universidad pasa por diferentes momentos y aunque presenta grandes variaciones, dependiendo del lugar, del tiempo y de la idiosincrasia de los propios estudiantes, hay ciertos momentos que podemos señalar como claves y que se caracterizan por tener, a pesar de estas diferencias, rasgos comunes que los distinguen: el momento de entrada a la universidad, durante los estudios y la finalización de la carrera.

El momento de *entrada a la universidad* establece un cambio muy importante que supone, a su vez, alteraciones en los más diversos planos de la vida del joven universitario.

Para muchos de ellos se trata de vivir fuera de sus casas, en residencias o, para la mayoría en el contexto de las universidades estudiadas en esta tesis, en pisos compartidos con otros estudiantes, adaptándose a los nuevos retos que esto conlleva: posibles problemas de relaciones interpersonales, problemas de soledad y aislamiento, necesidad de realizar tareas domésticas como comida o limpieza, mayor libertad de horarios, de compañías, etc.

El acceso a un nuevo nivel educativo supone un gran cambio que comporta consecuencias a nivel académico e intelectual como: un mayor nivel de exigencia, una atención menos directa y personal por parte de sus profesores, la concentración de asignaturas en cuatrimestres que supone que su tiempo de estudio esté condensado, necesidad de adaptar o adquirir nuevas técnicas o hábitos de estudio, etc.

Son cada vez más las investigaciones que se preocupan por estudiar el importante cambio en los diferentes ámbitos que supone la entrada en la universidad y también, como veremos en el capítulo III, son cada vez más los servicios ofrecidos por la institución universitaria con la intención de facilitar la adaptación de los universitarios y ayudarles a superar con éxito el cambio. Entre estos servicios destacan los programas de orientación y jornadas de puertas abiertas que ofrecen las universidades a los institutos de educación secundaria, la tutorías personalizadas o las materias de nivelación.

Algunos estudiantes deben asumir en esta primera etapa, como consecuencia, en gran medida, de los puntos anteriores, problemas de fracaso académico y/o de desencanto con la elección hecha o con la realidad de estudiar algo que no era lo que querían sino lo que la nota media les permitió.

Una vez que han superado los momentos iniciales, *durante la carrera* podrán perdurar o incluso acrecentarse los problemas anteriormente descritos y además podrán surgir otros nuevos.

Cobran especial importancia aquellos que tienen que ver con diferentes decisiones sobre la configuración de su plan de estudios, con la elección de asignaturas de libre configuración, optativas, especialidad, etc. y en general todas aquellas decisiones que van configurando tanto su currículum académico y profesional como su propia biografía personal.

También tiene importancia en esta etapa la búsqueda y elección de la formación complementaria que irá configurando su perfil profesional, como la elección de las prácticas/practicum o de estancias en el extranjero.

Como ya hemos señalado, tanto este último aspecto como el anterior se harán todavía más patentes en el nuevo modelo de Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)

La integración y participación en la vida universitaria y la elección de actividades de ocio y tiempo libre, aunque deben estar presentes desde el inicio de los estudios, adquirirán cada vez una mayor importancia.

En la fase de *finalización de la carrera* el papel más relevante le corresponde al problema de la búsqueda activa de empleo, pero a éste se unen, como reflejo y consecuencia, otros de carácter más personal, especialmente en momentos como los actuales en que la dificultad para encontrar trabajo, incluso siendo graduado, se ha incrementado enormemente.

Los alumnos, aunque cada vez son ya más conscientes durante su periodo de formación, deben enfrentarse cuando reciben su título a un mundo laboral con importantes tasas de desempleo y de subempleo.

También estarán presentes, cada vez más en un mercado laboral tan competitivo y exigente como el actual, aquellos problemas relacionados con la toma de decisiones relativas a una posible formación complementaria: cursos de postgrado, master, especializaciones, doctorado, etc.

En relación a los servicios propios de esta etapa, veremos, como cada vez son más los esfuerzos y mayor el interés que demuestran las instituciones de enseñanza superior por ofrecer servicios que ayuden a sus alumnos a conseguir la inserción laboral. En los últimos años se observa en este ámbito un auge de servicios destinados a crear, favorecer y desarrollar las habilidades emprendedoras de los universitarios a través de viveros de ideas, concursos, seminarios y otro tipo de incentivos.

De modo resumido el informe de la *Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior* (RESAPES) [red portuguesa de servicios de apoyo psicológico en la enseñanza superior] señala que además de los cambios a nivel académico, con la entrada en la universidad, “la mayoría de los estudiantes universitarios, jóvenes adultos, se enfrentan con una inevitable y compleja crisis de desarrollo en la fase de transición de la adolescencia a la edad adulta, crisis acrecentada por el impacto de un cambio de ambiente, el cual está acompañado de nuevas expectativas y presiones sociales” (RESAPES, 2002:10)

A estos aspectos pueden añadirse, también de modo sintético, según el autor italiano Di Fabio, A. (2003:3) “la adaptación a una realidad formativa menos estructurada y más flexible, la pérdida del grupo de referencia precedente (amigos, coetáneos, compañeros de clase), cambios en la organización del tiempo que ya no estará modulada por los horarios académicos, además de cambio de estilo de vida y de contexto en el caso de los alumnos que no estudian en su lugar de procedencia”

Además de clasificar los problemas y cambios que han de superar los estudiantes en las diferentes etapas también nos parece interesante y clarificadora la distinción aportada por la RESAPES (2002:10) sobre las tareas a las que tendrán que hacer frente los jóvenes a lo largo de su itinerario académico y que pueden dividirse en cuatro grandes ámbitos:

el ámbito académico (engloba adaptaciones constantes a las estrategias de enseñanza/aprendi-

zaje, a los sistemas de evaluación y de estudio), el ámbito social (engloba el desarrollo de patrones de relaciones más maduros con los profesores, compañeros y familiares), el ámbito personal (engloba el desarrollo de un sentido de identidad, una mayor conciencia de sí mismo, y una visión personal del mundo) y el ámbito vocacional (engloba el desarrollo de una identidad vocacional).

Además de las diferentes etapas y ámbitos existen también diversidad de momentos dentro de la vida académica de cada estudiante que pueden ser potenciadores de crisis y vulnerabilidad tales como la época de exámenes o de realización de prácticas (Ramalho, V. y McIntyre, T., 2001)

Antes de concluir este apartado no podemos dejar de tratar uno de los problemas más importantes de la universidad en la actualidad, el fracaso académico entendido como bajo rendimiento, finalización de la carrera en mayor tiempo del previsto, abandonos, etc., puesto que afecta tan directamente a sus estudiantes y que, aunque tiene una mayor incidencia durante los primeros cursos de carrera, en muchas ocasiones se extiende durante años. Las repercusiones de este problema superan lo estrictamente académico con importantes consecuencias psicológicas, sociales y económicas. Como señalan Pozo, C et al.(1997: 138) el fracaso “es algo que no sólo atañe al sujeto que fracasa y a su entorno más cercano, sino a la sociedad en general” .

No resulta fácil encontrar datos concretos y pormenorizados en cuanto a fracaso en nuestras universidades. Pero sí son muchos los autores que señalan este hecho, Álvarez, V et al (2002:20) nos advierten de que

Los indicadores de la evolución de la enseñanza universitaria en nuestro país nos sitúan frente al hecho incontestable en la actualidad que nos sitúa frente a una enseñanza destinada a grandes magnitudes de alumnos y parcialmente ineficaz para la consecución de su misión; así parecen atestiguarlo los considerables porcentajes de abandonos y fracasos académicos, junto con la opinión frecuentemente desfavorable de los estudiantes sobre la calidad de las enseñanzas que reciben.

Además, la prensa a menudo se hace cargo de recordárnoslo: “Sólo el 26% de los universitarios acaba la carrera en el plazo previsto (...) El 28% de los jóvenes universitarios españoles abandonan sus estudios” (*El Mundo*, 14/01/2003).

Según se recoge en el avance estadístico del Consejo Coordinador de Universidades (CCU) de 2004 (*El Mundo*, 7/02/2007) en el curso 2003-2004 el 29,2% de los universitarios que estudiaron licenciaturas emplearon siete o más años para finalizar sus estudios. En las carreras de ciclo corto sólo un 41,6% terminó en el tiempo previsto.

Pero el problema de los abandonos y el fracaso en la universidad no sólo preocupa en nuestro contexto nacional, ya que es un fenómeno con fuertes repercusiones más allá de nuestras fronteras, por ejemplo en países vecinos. Datos similares pueden obtenerse en las universidades de los países en los que nos hemos interesado en la parte empírica de esta tesis. En Italia la situación no es menos preocupante. Como se desprende de los datos del *Comitato nazionale per la valutazione del sistema universitario* [Comité nacional de evaluación del sistema universitario], correspondientes al año académico 1999/2000 citados por el *Centro Studi Investimenti Sociali* (CENSIS) [Centro de estudio de inversiones sociales], el porcentaje de abandono de los nuevos inscritos durante el primer trimestre alcanza el 7,7 %, mientras que el porcentaje de matriculados que no han superado ningún examen durante todo el primer año es del 25,5%. Casi un matriculado de cada cuatro deja la universidad durante el primer año. Y el total de los que tienen varias asignaturas pendientes equivale al 44% de los matriculados.

Los distintos aspectos ligados al fracaso que hemos señalado a lo largo presente apartado y en especial los problemas relacionados con las diferentes etapas universitarias resultan las principales cuestiones que tendrán que tener en cuenta las instituciones universitarias para, a través de la mejora de todos sus ámbitos en general, y de sus servicios en particular, intentar prevenir su aparición y paliar las consecuencias de aquellos que inevitablemente aparezcan y, así, mejorar la experiencia de los alumnos en la universidad.

1.1.2.1. *Estilos de vida y salud de los estudiantes universitarios*

Hemos constatado, pues, que en general la experiencia universitaria constituye una influyente etapa en la vida en la que se produce un cambio importante de progresivo abandono de la etapa de juventud y de entrada en la adultez, con lo que ello supone en cuanto a responsabilidades laborales, sociales y familiares.

Cada uno de estos cambios y de estas nuevas situaciones a las que el alumno ha de enfrentarse tendrán repercusiones en muy diferentes niveles. Siguiendo la línea de este trabajo reflexionaremos ahora sobre los problemas de salud patentes o latentes que pueden crearse, mantenerse o acrecentarse durante esta etapa universitaria.

Nos parece oportuno recordar que, como venimos haciendo a lo largo de toda la investigación, al referirnos a la salud lo hacemos de modo amplio. Siguiendo a la OMS consideramos su triple dimensión de bienestar físico, psíquico y social.

Para realizar cualquier tipo de clasificación o taxonomía sobre los temas de salud que afectan a los jóvenes y están más directamente relacionados con los estudiantes universitarios, resulta inevitable hacer alusión a estudios de universidades estadounidenses, canadienses o inglesas (Tsouros, A. et al., 1998; Beattie, A., 1998; Dooris, M. 2001).

Debemos reconocer de igual modo que, cada vez en mayor medida, en nuestro contexto vemos cómo la preocupación de los distintos servicios y departamentos de diferentes facultades por la salud y su promoción va en aumento. Algunas iniciativas que sirven como ejemplo son la *semana de salud* de la Universidad de Alicante, el servicio de promoción de la salud *el txiringo* de la Universidad de Barcelona o el proyecto de universidad saludable de la Universidad de Navarra. También en el contexto de las universidades de los países vecinos que abordaremos en la parte empírica de esta tesis podemos constatar un creciente interés por estos aspectos a través de diversas iniciativas que se señalan en el estudio de casos.

En las distintas investigaciones y en los proyectos realizados en los centros de enseñanza superior puede apreciarse que las cuestiones relacionadas con la salud en el ámbito de la juventud universitaria son muy variadas. A pesar de ello, nos parece oportuno hacer hincapié en los principales aspectos que más a menudo se tienden a considerar en relación con la salud en la universidad según la literatura especializada en el tema tanto a nivel nacional como internacional (Frojan, M.X. et al. 1997, Peterken, C., 1996; Tsouros et al., 1998; Dooris, M., 2001; Reig, A. et al., 2001; Villar, E. et al., 2001). Estos temas relacionados con la salud de los jóvenes universitarios coinciden, en gran medida, con los hábitos de salud o conductas saludables para la población en general y para los jóvenes y adolescentes en particular que señalan diversos autores (García Martínez, A. et al., 2000, Becoña, E., 2000; Dooris, M., 2001; Flores, M.D. et al., 2003; Banet, E. et al., 2004;...):

– *La práctica de ejercicio físico.* Se destacan los beneficios de la práctica del ejercicio sobre diferentes aspectos de la salud, en especial sobre aquellos que tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares, como señala Haskell, W.L. (1984). Beneficios que repercuten tanto en una buena salud física como en la estabilidad emocional.

Al igual que los demás hábitos, cuanto antes empiece a cultivarse más fácil resultará que se arraigue y mayores serán los beneficios. Los jóvenes, en general, tienen una predisposición muy favorable hacia la práctica del deporte, por lo que será más fácil fomentar en ellos este hábito. Continuar integrando o aprender a integrar el deporte en su tiempo de ocio de manera habitual será importante tanto durante su vida académica como en su futuro ya fuera de la universidad.

La importancia de la práctica de ejercicio físico es doble, ya que además de ser un hábito saludable en sí mismo –algunos estudios como el de Palenzuela, D.L. et al. (1998) demuestran una reducción de ansiedad entre estudiantes universitarios como consecuencia de la práctica de ejercicio físico– es un impulsor de otros hábitos de salud, pues supone una alternativa de ocio saludable.

A pesar de estas evidentes ventajas, la práctica de ejercicio físico no es tan frecuente entre los jóvenes como sería deseable. Las conclusiones de un reciente estudio realizado en la Universidad de Alicante sobre el estado de salud y la calidad de vida de los estudiantes universitarios señalaban el escaso ejercicio que realizan los estudiantes como uno de los datos más preocupantes, ya que “sólo un 37% de los estudiantes realiza la cantidad de ejercicio físico adecuado para su edad” (Reig, A. et al., 2001: 95). Además en este mismo estudio se alerta sobre el sedentarismo de los universitarios, indicando que “cerca del 60% de los estudiantes trabaja (estudia) entre 6 y diez horas al día sentado y alrededor del 75% camina tres o menos kilómetros al día. Ambas cuestiones nos informan de un estilo de vida laboral (estudiantil) marcadamente sedentario; por tanto la actividad física y deportiva sólo puede satisfacerse o encontrarse fuera del estilo de vida ligado a la ocupación principal, como algo extraordinario o del tiempo de ocio” (Reig, A. et al., 2001: 93).

En otros estudios que también se centran en la población universitaria, como el realizado en la Universidad de Girona (Villar, E. et al., 2001), se señalan conclusiones similares, indicando que el 42% de los estudiantes declara no realizar nunca ejercicio físico o hacerlo de modo muy ocasional. En ese mismo estudio se hace alusión además a otras investigaciones, como la de Frojan, M.X. et al. (1997), realizada en la universidad Autónoma de Madrid, o la publicada por *El Mundo* (1/02/2001 suplemento “L’aula”); en ambas se aportan datos todavía más elevados respecto al porcentaje de alumnos que señalan no realizar ejercicio físico nunca o practicarlo de modo muy ocasional, superando en los dos estudios el 50% de los encuestados.

– *La nutrición adecuada.* Se recuerda que dos de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la actualidad, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, se ven influidas, en gran medida, por comportamientos nutricionales inadecuados. Autores como Costa M. y López, E. (1986) recuerdan que las dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesterolemia y la hipertensión, dos importantes factores de riesgo de la enfermedad cardíaca.

Se señala a menudo la poca importancia que, en general, los jóvenes conceden a su dieta. Sin embargo, ésta tiene una relevancia fundamental durante sus estudios, ya que además de contribuir a su salud en general, una dieta equilibrada favorecerá su rendimiento académico. Asimismo, durante la época universitaria, aquellos estudiantes que viven fuera de sus casas adquieren unos hábitos alimentarios propios, que la mayoría de las veces mantendrán en el futuro.

Algunos estudios en nuestro entorno, como el de Moreira, P. (1999), “Modelo alimentar para adolescentes escolares e jovens universitarios”, realizado en la Universidad portuguesa de Minho (Braga), señala como principal conclusión de sus estudios sobre hábitos alimentarios de los universitarios la manifiesta necesidad de contrarrestar y no favorecer desde los centros de educación superior los malos hábitos de alimentación que poseen y desarrollan un importante número de estudiantes.

Relacionado también con este ámbito, no podemos dejar de señalar el problema de los desórdenes alimentarios como la anorexia y la bulimia, que suponen desgraciadamente un importante problema, especialmente entre las jóvenes universitarias.

Un reciente estudio realizado en un total de 11 universidades catalanas, promovido por la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) y con importante difusión en los diferentes medios de comunicación (*El País*, 13/12/2005), señalaba que los trastornos de alimentación afectan al 6,3% de las universitarias y que el 11,4% de las estudiantes entre 18 y 25 años sufre síntomas patológicos relacionados con la alimentación (vómitos inducidos, abuso de diuréticos y laxantes o la práctica de ejercicio físico desmesurada). Porcentajes ambos elevados y preocupantes.

– *La adopción de comportamientos de seguridad:* Se refiere a la necesidad de evitar todo tipo de accidentes, pero de modo especial haciendo hincapié en los accidentes de tráfico.

Para la población diana de nuestro estudio, los jóvenes universitarios, es especialmente importante este tema dado el alto número de jóvenes a los que afecta.

Recientemente, el informe “Jóvenes y conducción: un derecho y una responsabilidad” presentado en 31 de enero de 2007 por la Fundación RACC nos recordaba como los accidentes de tráfico son la mayor causa de muerte para los jóvenes de entre 15 y 29 años de edad, por encima del sida y las drogas.

Otro dato preocupante, señalado por este mismo estudio (RACC, 2007:9), es la escasa mejora en este ámbito, ya que entre el 1995 y 2000, la tasa de mortalidad por accidente de tráfico de los jóvenes en España se ha reducido en 2,27 puntos porcentuales mientras que en otros países de nuestro entorno ha caído de forma mucho más notable. El caso más destacado es el de Portugal, con una reducción de 22 puntos.

La promoción y educación para la salud puede y debe desempeñar un papel fundamental en este ámbito pues, muy a menudo, los accidentes, o al menos la gravedad de las consecuencias derivadas de ellos, podrían evitarse o reducirse si los jóvenes adaptasen y cumpliesen algunas importantes normas de seguridad, como por ejemplo usar casco o no conducir cuando han bebido. Sin embargo, datos como los aportados por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), que revelan que sólo un 17%, de las personas que beben alcohol no conducen nunca después (citado por *El Mundo*, 1/01/2004), nos indican la poca conciencia entre muchos jóvenes de los riesgos que supone una conducción temeraria. En esta misma línea el informe al que hemos hecho referencia en el párrafo anterior señala que:

según los datos de la memoria “Análisis toxicológico. Muertes en accidentes de tráfico. Año 2004” del Ministerio de Justicia, el 41,4% de los jóvenes entre 21 y 30 años fallecidos en accidentes de tráfico en el 2004 dieron alcoholemias positivas. Además, el de los jóvenes es el segmento en el que los niveles de alcohol detectados fueron más elevados (RACC, 2007: 11)

Datos importantes relativos a la seguridad vial de los universitarios son aportados como conclusión de un estudio realizado con estudiantes de la Universidad de Alicante (Reig, A. et al, 2001) y hacen alusión, por una parte, al alto porcentaje de estudiantes que se desplaza habitualmente a la facultad en coche (36,2%) y, por otra, al elevado número de jóvenes que admiten cometer infracciones de tráfico, entre las que destacan la superación de los límites de velocidad (82,4% admite superar los límites) y conducir habiendo abusado del alcohol o acompañar a un conductor que ha bebido excesivamente.

– *Evitar el consumo de drogas:* será necesario tener en cuenta las sustancias ilegales, pero sobre todo insistir muy especialmente en el consumo de aquellas otras legales: *tabaco y alcohol*. Se señalan las graves repercusiones que el uso y abuso de las mismas comporta.

El consumo de drogas se da en muy diferentes edades, pero la etapa de la juventud es una época especialmente sensible. Es cierto que algunos usos se comienzan ya en la adolescencia y cada vez a edades más tempranas, pero muchos consumos se inician o se consolidan siendo jóvenes. Además éstos en su época como universitarios, en muchas ocasiones, tienen un menor control por parte de sus familias, lo cual les permite disfrutar de una mayor libertad, de la que tendrán que saber hacer un buen uso, por lo que todas las actuaciones sobre este ámbito en esta etapa serán fundamentales.

Estamos de acuerdo con Vega, A. (2004) cuando señala la importancia de las actividades preventivas en el ámbito universitario “tanto porque en él abunda la población joven como por su poder de investigación y de formación de profesionales.”

Un estudio realizado recientemente en universidades portuguesas con cerca de 400 estudiantes universitarios (Precioso, J., 2004b) revela que, aunque la mayoría de los estudiantes haya comenzado a fumar durante la enseñanza primaria o secundaria, por tanto en la adolescencia, un porcentaje elevado de estudiantes (cerca del 30%), particularmente de alumnas (34%), empiezan a fumar en la universidad.

Datos muy similares eran aportados por el profesor Elisardo Becoña, psicólogo responsable de la unidad de tabaquismo de la USC, al periódico universitario (*Xornal Universitario*, 25/01/2006)

que señalaba que en torno al 30% de los estudiantes fumadores en la USC han cogido el hábito en la universidad.

En los estudios a los cuales venimos haciendo referencia a lo largo de este apartado, que analizan encuestas realizadas en la Universidad Autónoma de Madrid (Frojan, M.X. et al., 1997), en la Universidad de Girona (Villar, E. et al., 2001) y en la Universidad de Alicante (Reig, A. et al., 2001), se señalan los siguientes porcentajes de fumadores entre la población universitaria: 29%, 36,8% y 48% respectivamente.

En cuanto al alcohol, también hay datos preocupantes en relación a su consumo en la época universitaria. Un estudio comparado del Plan Nacional sobre Drogas (PND) realizado en universidades gallegas y madrileñas sobre el consumo de alcohol por parte de los universitarios revela la importancia de estos consumos por parte de los estudiantes, que en muchas ocasiones se producen dentro del recinto universitario, datos preocupantes sobre todo por ser éste “un fermento de actitudes proclives a la adicción que propician el comportamiento de abuso hacia las drogas por parte de los jóvenes estudiantes y universitarios.”(PND, 2001: 199)

Redondo Martín, S. et al. (2001:30) en un estudio, también reciente, sobre el consumo de alcohol en universitarios realizado en la Universidad de Salamanca hacen referencia a diferentes estudios (Gutiérrez-Fissac J.L., 1995 y Villalbí, J. R. et al., 1995) que “muestran como el colectivo de los universitarios es uno de los grupos de mayor consumo (de alcohol).”

Estos mismos autores, Redondo Martín, S. et al. (2001:35), destacan otro importante aspecto que será necesario tener en cuenta para una mayor comprensión de este problema entre algunos jóvenes y para la propuesta de iniciativas que intenten paliarlo y prevenirlo, que se refiere al “cambio de patrón en el consumo, pasando del patrón Mediterráneo (consumo moderado, diario con el fin de establecer relaciones sociales) a un consumo de fin de semana propio de los países nórdicos (gran cantidad, consumo en días festivos y con la finalidad de diversión)”

En el estudio de la Universidad de Alicante (Reig, A. et al., 2001: 79-81) al que ya hemos hecho referencia se aportan también datos preocupantes en cuanto al consumo de alcohol de este grupo de población, indicando que “el 68% de los estudiantes universitarios son consumidores habituales de bebidas alcohólicas” y que, de entre ellos, “algo más del 8% tienen problemas” con este consumo. Se alerta también en este estudio sobre el alto consumo de “las bebidas de alta graduación”, pues resultan las más consumidas.

Similares características en relación a los jóvenes como consumidores de alcohol señalan Elzo, J. et al. (1992) citados por Vega, A. (1993:176): “Es un bebedor de fin de semana, bebe fuera de las comidas y, sobre todo, por la noche, en muchos casos es un bebedor compulsivo que busca colocarse para empezar la fiesta, utiliza el alcohol como droga «sustitutiva» de las ilegales.”

Recientemente, en el IV Congreso Anual FAD *Sociedad, familia y drogas*, celebrado el 23 de noviembre de 2006 en Valencia, Teresa Cortés, profesora de Universidad de Valencia, afirmaba que, según un estudio realizado por esta universidad y financiado por el Plan Nacional sobre Drogas, la mayoría de los jóvenes españoles participan habitualmente en ‘botellones’, especialmente entre los 15 y 23 años. Según este mismo estudio, la proporción de universitarios que hacen ‘botellón’ es significativamente mayor (80,7%) que la de adolescentes (67,7%).

En cuanto al consumo de cannabis, la droga ilegal más consumida, en el estudio anteriormente citado (Reig, A. et al., 2001) destacan que el 46% de los universitarios encuestados declaran haberlo consumido en alguna ocasión.

La Encuesta Domiciliaria de Consumo de Alcohol y Drogas en España (EDADES) realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) al igual que otras encuestas nacionales e internacionales del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT), aunque no hacen referencia específica a la población universitaria, sí señalan la edad media de inicio de los jóvenes de consumo de las diferentes drogas ilegales situándola en los 20 años para la cocaína (20,6) y el

éxtasis (20,1) y en 18 años para el cannabis (EDADES, 2005:13-15). En el caso de los universitarios, estas edades coinciden con sus primeros cursos en la institución universitaria.

Al hacer referencia al consumo de drogas, y en especial de alcohol, se hace inevitable señalar otros problemas de salud asociados, tales como los accidentes de tráfico –la OMS (1980) nos recuerda que entre el 40 y el 50% de los accidentes de tráfico son motivados por el alcohol–, las conductas violentas –Urosa Sanz, B. (1998) citado por Redondo Martín, S. et al. (2001) señala que el 60% de los autores de homicidios estaban bajo los efectos del alcohol y el 50% de las víctimas también se encontraban bajo estos efectos en el momento del acto homicida–, o las prácticas sexuales de riesgo (Vega, A., 1993:88).

La poca percepción de riesgo asociada a estos consumos es otro aspecto preocupante en relación con el consumo de las diferentes drogas, que se destaca en la Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas realizada por el Ministerio de Sanidad y consumo (EDADES, 2005:18): “se percibe un riesgo relativamente bajo en el consumo habitual de cannabis (77,6%) o tranquilizantes /somníferos (76,2%) así como ante el consumo diario de un paquete de cigarrillos (86%) o de 5 o 6 cañas /copas de bebidas alcohólicas”.

Por último, en este apartado nos parece importante señalar que de modo similar a lo que sucede en relación con la salud sexual, de la que nos ocuparemos a continuación, la juventud, junto con la adolescencia, representa la época más crítica y propensa para sufrir las trágicas consecuencias del uso y abuso de estas sustancias o de las prácticas sexuales de riesgo.

Al hecho de que sea una época crítica debido a la edad se une, en el caso de muchos universitarios, una mayor libertad, pues dejan de vivir bajo la vigilancia y control familiar, se crean nuevos grupos de amigos, deben aprender a distribuir de modo más autónomo su tiempo de ocio y de estudio, etc.

Precioso, J. (2004b:501) de modo conciso y en relación específicamente con el tabaco, pero que podría extenderse a otros consumos y hábitos, señala:

Podemos admitir que la transición desde la enseñanza básica-primaria a la superior constituye un factor de riesgo en relación al consumo de tabaco. Esto se puede explicar por el hecho de que muchos estudiantes empiezan a establecer relaciones, en general con personas de la misma edad (convivencia-endogeneracional), con hábitos que muchas veces difieren de los que poseían antes y que pueden incluir: fumar, beber, consumir drogas ilícitas, tener comportamientos sexuales de riesgo, etc.

Por otro lado, los estudiantes tienen más facilidades para frecuentar locales de ocio, como cafés, bares y discotecas, en los cuales fumar es habitual.

Todos estos factores sociales y ambientales pueden llevar a que muchos estudiantes, que hasta un determinado momento de su vida académica no fumaron, comiencen a hacerlo. La influencia de estos factores se hace notar con particular intensidad en los estudiantes que, en el momento del inicio de la etapa universitaria, abandonan el ambiente familiar; lo cual provoca que estén sujetos de forma más intensa a unas nuevas influencias y a una disminución del control y de la influencia de sus familias.

Vega, A.(2004) haciendo alusión a distintos estudios realizados en relación con el consumo de drogas, y especialmente alcohol, realizados con población universitaria (Zupiria, X., 2000 y Gómez, R. y Gómez, D., 2001) destaca la importancia de las intervenciones de prevención de consumo de drogas en el ámbito universitario, dado que “tiene un sentido especial ya que los universitarios en un futuro próximo pueden ejercer una profunda influencia como colectivo profesional ejemplar, sin dejar de lado las consecuencias que pueda tener este consumo en su formación universitaria y en su desarrollo personal y profesional posterior.”

Creemos que este tipo de justificación, como veremos en el capítulo III de esta tesis, pueden extrapolarse para argumentar la importancia y dar impulso a la implicación de la universidad en la promoción de otros hábitos saludables.

– *La salud sexual*: Considerando la importancia y magnitud del problema del SIDA, dado que “mientras que hasta 2001 la mayoría de los nuevos casos de SIDA en la UE podía atribuirse al

consumo de drogas por vía parenteral, las últimas cifras revelan que el mayor número de casos nuevos puede imputarse ahora a la transmisión heterosexual” (OEDT,2005:1), y que “el riesgo de transmisión heterosexual se está incrementando rápidamente, incluso más que otras categorías de riesgo” (Vega, A. y Lacoste, A.J., 1995:40), es precisamente el SIDA y su contagio uno de los temas fundamentales dentro de este apartado, pero no se olvidan otros importantes, como las demás enfermedades de transmisión sexual o los embarazos no deseados.

Al igual que en el apartado anterior, y en general en todos los demás apartados, hay que señalar la importancia de que las acciones que se desarrollen sobre estos hábitos en la universidad sean la continuación y complemento de otras iniciadas en etapas anteriores de la formación, como las escuelas o institutos.

De acuerdo con los datos aportados por Paez, et al. (1993) citado por Vega, A. y Lacoste, A.J. (1995:177) “la mayoría o un porcentaje muy elevado de jóvenes realiza sus primeras actividades sexuales sin uso de métodos contraceptivos” y, aunque el inicio de las relaciones sexuales varía mucho de unos chicos a otros, según los datos del Instituto de la Juventud (INJUVE, 2002), la media de edad de la primera relación para los chicos es unos meses después de haber cumplido los 17 y para las chicas meses después de cumplir los 18, por lo que no se deberían cerrar los ojos ante el hecho de que muchos jóvenes van a tener su primera relación sexual, o van a continuar teniendo durante su época universitaria, y será sumamente importante que éstas se produzcan del modo más sano y seguro posible, evitando así trágicas consecuencias como la transmisión del VIH.

Algunos estudios realizados con población universitaria evidencian la necesidad de formación sobre estos aspectos por parte de los estudiantes. Es el caso de un estudio llevado a cabo en la universidad de Girona con estudiantes universitarios sobre métodos anticonceptivos (Planes, M., Gras, M.E. y Soto, J., 2002), que pone de manifiesto cómo los jóvenes estudiantes sexualmente activos están más interesados en la prevención de los embarazos no deseados que en evitar infectarse con el SIDA u otras ETS, demostrando así la falta de concienciación sobre la importancia del problema de la transmisión del VIH.

Datos semejantes, y también preocupantes, son recogidos en un reciente estudio realizado por investigadores de la universidad de Cádiz, del que se hacía eco la prensa nacional (*El País* 23/07/2006). En dicho estudio, que refleja los resultados de una encuesta aplicada a 3.573 alumnos de primer ciclo de 38 universidades españolas, se hace alusión a aspectos importantes como la asociación entre promiscuidad y conductas sexuales de riesgo, indicando que “conforme aumenta el número de parejas con las que se ha tenido relaciones, crece el porcentaje de quienes no han utilizado métodos anticonceptivos. Así, mientras que entre quienes sólo han tenido una pareja sexual, el 38% dice haber mantenido relaciones sin usar protección; entre los que dicen haber tenido más de cuatro parejas distintas, el porcentaje se eleva hasta un 82%”. Uno de los apartados de este estudio analiza la educación sexual y muestra, por una parte, el desconocimiento de un porcentaje elevado de estudiantes sobre estos temas, ya que el 19,7% está bastante o totalmente de acuerdo con esta afirmación: “durante la regla una mujer no puede quedar embarazada” y el 10,5% lo está con esta otra: “con el sexo oral no se contagian enfermedades de transmisión sexual”. Por otra parte se destaca también que, a pesar de que un 56,4% de los encuestados considera buena o muy buena la educación sexual recibida, son amplia mayoría los que demandan más formación sobre los diferentes temas de educación sexual: el 94,7% de la muestra dice que “necesita recibir formación sobre el riesgo de embarazo en las distintas prácticas sexuales”; el 97,2% está totalmente de acuerdo con recibir formación sobre el contagio de enfermedades de transmisión sexual y el 96% reconoce que necesita más información sobre métodos anticonceptivos.

Como ya hemos señalado en el apartado anterior, algunas características y hábitos de vida propios de la juventud ayudan enormemente a convertirlo en un especial grupo de riesgo más

expuesto a sufrir estos contagios: falta de experiencia, infravaloración del riesgo, falta de pareja estable, etc.

Estamos de acuerdo con Mann, J. (1988), citado por Vega, A. y Lacoste, A.J. (1995), en que “a falta de una vacuna o cura para la infección causada por el VIH, los componentes más importantes en la lucha de una comunidad contra el SIDA son la información y la educación”.

Creemos, como señala Lameiras Fernández, M. et al. (2002:260), a la luz de los resultados obtenidos en su estudio sobre la evolución de la percepción del riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios españoles, que será importante “incrementar la percepción del riesgo más condicional que supone que los/as jóvenes asuman la asociación que vincula determinadas conductas con determinadas consecuencias negativas”.

En esta misma línea el estudio internacional de Svenson, L.H. et al. (1997) destaca la importancia de tener muy en cuenta los conocimientos, actitudes y creencias de los universitarios sobre el VIH tanto para poner en marcha como para evaluar programas de promoción de la salud en este ámbito.

Además, estos mismo autores (Svenson, L.H. et al.,1997:61) insisten en importantes ideas que, entendemos, han de ser tenidas en cuenta en relación tanto con este tema como con la prevención y promoción de las demás cuestiones relativas a la salud. Por una parte “las habilidades aprendidas para reducir el riesgo de contagio de VIH son transferibles a otros temas de salud y potencian el fortalecimiento de los estudiantes para tener control y responsabilidad sobre sus acciones” y, por otra, “este fortalecimiento combinado con un buen conocimiento y actitudes saludables, permitirá que las habilidades aprendidas sean utilizadas por los estudiantes, también, cuando hayan superado la etapa universitaria”.

Estamos de acuerdo con Dooris, M. (2000) cuando señala que este ámbito de la salud sexual, junto con otros como la prevención de consumos nocivos, resulta especialmente propicio para crear convenios de colaboración con agencias externas, como por ejemplo las unidades de planificación familiar, que pueden, y quieren, desarrollar un papel fundamental en el apoyo a los jóvenes.

— *Salud mental.* Se pondrá especial atención a la promoción de habilidades y actitudes que intenten evitar el estrés, conducta fundamental para la consecución de la salud mental y también física.

La vida del joven estudiante como época de transición hacia la vida adulta, de importante esfuerzo académico que supone fuertes cambios y presiones no está libre de tensiones y, por tanto, resulta necesario que el estudiante sepa asumir éstas de modo saludable.

Diferentes autores se ocupan de analizar y tratar de proponer alternativas al estrés de los estudiantes universitarios y sus perjudiciales consecuencias (Polo, A. al, 1996, Bastos, A. 2000 et al, Pérez San Gregorio, M.A., et al. 2003,...). Estos estudios se dividen básicamente en dos líneas de investigación: a) los que se centran sobre el estrés académico, ya que como señala Polo, A. et al. (1996:171) “el estrés informado por los estudiantes es fundamentalmente de tipo cognitivo. Dicho de otra manera, los alumnos, sobre todo, “piensan” de forma negativa o se preocupan ante determinadas situaciones académicas” y “son las situaciones relacionadas con la sobrecarga académica y la falta de tiempo las que provocan un mayor nivel de estrés por encima incluso de las situaciones de evaluación”; b) los que se refieren al estrés de tipo más personal, ligado a causas de baja autoestima, falta de integración social o de adaptación a un nuevo medio. En el estudio realizado en la universidad de Alicante al que ya hemos hecho referencia (Reig, A et al, 2001) se señala que el 35% de los alumnos encuestados estima que está siempre o a menudo estresado. Se indican como principales fuentes de estrés: las exigencias de las asignaturas de los estudios y los estudios en general y, en menor medida, la falta de relación de los estudios con la realidad, simultanear el trabajo con los estudios y la situación económica.

Existen además otros factores que pueden contribuir a crear situaciones de estrés en los estudiantes. El mercado laboral actual, tan exigente y competitivo, puede repercutir en la inseguridad sobre su futuro profesional, en que opten por estudiar aquello con más salidas laborales y no lo que realmente les motiva o en que sobrecarguen su currículum, ya de por sí extremadamente saturado, con conocimientos extras de idiomas o informática que seguramente le serán exigidos para conseguir un empleo.

Si además a estos problemas o presiones de ámbito más académico y profesional, se unen problemas personales, familiares o afectivos, que como hemos señalado en el apartado anterior, dado el importante cambio al que se enfrentan, no sorprende que se produzcan frecuentemente, resulta evidente que la complejidad de las situaciones puede derivar, en aquéllos especialmente débiles o que no encuentren el apoyo necesario, en problemas psicológicos más o menos graves.

Consideramos necesario destacar, en relación con los distintos aspectos del bienestar psicológico en general y con la satisfacción personal en particular, el papel de la integración social. Como señalan Castro, A y Sánchez, M.P. (2000:91) en su artículo sobre objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios, dado que “son las redes de apoyo personal los factores más relacionados con la satisfacción, entonces todas las intervenciones psicológicas deberán estar encaminadas a ampliar y fortalecer la red de vínculos personales, aspecto a veces olvidado en las orientaciones psicológicas”.

Estamos de acuerdo con Villar, E. et al. (2001:166) cuando concluyen que “cualquier programa de educación para la salud o de intervención sobre los hábitos de los estudiantes tendrá que prestar una especial atención a la problemática afectiva de este colectivo”.

La *Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior* (RESAPES) [red portuguesa de servicios de apoyo psicológico en la enseñanza superior] señala que “la creación y regulación de los centros de consulta psicológica es una estrategia fundamental en la respuesta a los problemas crecientes que se están identificando en relación con la salud mental de esta franja de edad.” (RESAPES, 2002:6)

Desde esta red portuguesa, haciendo referencia a estudios internacionales, se indican los principales problemas mentales a los que se enfrenta la población universitaria, destacando de entre ellos “la depresión como un problema muy común entre la población universitaria” (Vredenburg K. y O’Brien, E. 1988) citado por (RESAPES, 2002:11) y señalando que éstos están creciendo.

Según un importante estudio llevado a cabo en el Reino Unido en 1999 (“Degrees of Disturbance: The New Agenda. The Impact of Increasing Levels of Psychological Disturbance amongst Students in Higher Education”, realizado por la Association for University and College Counselling (AUCS), división de la British Association for Counselling (BAC)) sobre el impacto del aumento de los desórdenes psicológicos en la población de estudiantes de enseñanza superior, “existe consenso general sobre el hecho de que los problemas de salud mental están aumentando entre los jóvenes, comprendiendo enfermedades psiquiátricas, desórdenes en el comportamiento y dificultades psicológicas y sociales, los cuales pueden tener efectos seriamente perniciosos en la capacidad de los estudiantes de proseguir sus estudios adecuadamente”. (RESAPES, 2002:11)

El *National Survey of Counseling Center Directors* de 2001 señala que en los Estados Unidos, en los últimos 10 años, también se ha notado un aumento de problemas psicológicos y psicopatologías graves en los estudiantes universitarios (O’Connor, E., 2001). Este estudio, que implica a 300 instituciones de enseñanza superior, concluye que en los últimos 10 años se verificó un aumento de los problemas de abuso de alcohol y uso de drogas ilícitas, problemas de aprendizaje, desórdenes alimentarios y victimización sexual.

En cuanto a los problemas referidos por los alumnos portugueses, en el dossier de la Red a la que hemos hecho referencia (RESAPES:2002), se destaca como ejemplo el estudio realizado en

la Universidad de Coimbra que arroja los siguientes datos: “las razones de petición de ayuda (a los servicios de apoyo psicológico) han sido, por orden decreciente, las siguientes: rendimiento académico, depresión, auto-estima, variaciones de humor, ansiedades ante los exámenes, motivación ante el estudio y problemas relacionales” (Pereira, A.M.S. et al. 2000, 2001) y se señala que “estos datos son semejantes para todos los servicios de apoyo psicológico a estudiantes de enseñanza superior en Portugal.”

En estudios italianos como el realizado en la Universidad de Padua (De Beni, R y Rizzato, R., 2003) se extraen conclusiones similares, destacándose tres categorías principales que engloban las motivaciones referidas por los estudiantes en su primer contacto con el servicio: problemas internos tales como ansia, depresión, inseguridad o desórdenes alimentarios (señalados por el 48,1%); dificultades académicas, como por ejemplo método de estudio inadecuado, escasa organización o desmotivación (señalados por el 34,30%); y problemas relacionales con la familia, con la pareja o el grupo de iguales (señalados por el 27,30%).

Los autores del dossier portugués al que hemos hecho referencia (RESAPES, 2002) lo concluyen señalando que es necesario que “las autoridades institucionales reconozcan las implicaciones de la extensión del acceso al sistema universitario en la prevalencia de los problemas de salud mental de los jóvenes y que reconozcan su responsabilidad en el desarrollo de políticas que pongan a disposición recursos humanos y financieros para afrontar esta cuestión” (RESAPES, 2002:13).

En las *Conclusiones del III encuentro de servicios psicológicos y psicopedagógicos universitarios* celebrado en Granada en junio de 2006, este hecho es también enfatizado por los profesionales de estos servicios en España.

También en Italia se destaca la importancia de “reforzar los propios servicios de ayuda psicológica a los estudiantes, desarrollando estructuras y servicios adecuados para la promoción del bienestar psicofísico y la inserción social de los estudiantes en la comunidad universitaria” (Trentin, R. y Scacchi, L., 2003:2) y se señala, además, que “la activación de servicios y actividades dirigidas a mejorar los estilos de vida de los estudiantes es también un modo para afrontar el fenómeno del abandono de los estudios. Los estudiantes con crisis, que piden ayuda o que dejan los estudios sin pedirla, a menudo se caracterizan por su inadecuación emotiva y social frente a las demandas complejas del contexto universitario” (Trentin, R. y Scacchi, L., 2003:2)

En este sentido estamos también de acuerdo con Rockwell, K. (1984), Amada, G. (1985) y Talley J.E. y Rockwell, W.J. (1985) citados por (RESAPES, 2002: 6), cuando señala que “además de los problemas académicos, vocacionales o de desarrollo, también las dificultades sociales y personales interfieren, no sólo en la maduración psicosocial, sino en el rendimiento académico y en la tasa de abandonos.”

Por último insistimos, una vez más, en las conexiones de los distintos temas de salud que afectan a los jóvenes entre sí y la influencia de las circunstancias personales en ellos. Como señalan Trentin, R. y Scacchi, L. (2003) muchos de los estudiantes universitarios

han cambiado de ciudad y han dejado los lazos familiares y de amistad para reconstruir una red de relaciones sociales significativas y para reconstruir una red social con valor normativo y afectivo positivo. De este hecho se derivan a menudo dificultades en el estudio, en el estrés y la adopción o intensificación de comportamientos de riesgo (alcohol, tabaco, uso de sustancias, desórdenes del sueño, problemas de alimentación, etc) que seguro contribuirán a disminuir la sensación de bienestar psicofísico de muchos jóvenes, además de constituir una amenaza para su salud futura. Como muestra la literatura sobre la difusión de los comportamientos de riesgo todavía en esta edad se observan distorsiones cognitivas y de valoración como la percepción del “falso consenso” (todos hacen como yo), el sentimiento de invulnerabilidad (a mí esto no me puede suceder), la búsqueda de emociones fuertes, todos ellos procesos con los cuales se justifica racionalmente el acercamiento a situaciones potencialmente peligrosas. (Trentin, R. y Scacchi, L., 2003:2)

1.1.3. Síntesis del capítulo

Hemos comenzado este capítulo realizando un breve recorrido por las características que perfilan los principales cambios a los que se ve sometida la universidad de nuestros días, haciendo hincapié, por una parte, en la democratización de la enseñanza universitaria y en la diversificación del alumnado y, por otra, en las repercusiones que esto tiene, sobre todo, en relación con la búsqueda de la calidad. Hemos destacado dos de los aspectos más importantes a los que se ve sometida la enseñanza superior, la internacionalización, que se hará patente de modo completo con la entrada, en el año 2010, en el Espacio Europeo de Educación Superior, por un lado, y el desarrollo y la consolidación de las tecnologías de la información y la comunicación en los diferentes ámbitos de la vida universitaria, por otro. En relación con ambos aspectos, hemos señalado tanto su importancia y potencialidades como la necesidad de un adecuado apoyo para que se conviertan efectivamente en un valor añadido y no en una sobrecarga y desorientación.

Hemos visto en este capítulo que la entrada en la universidad y la realización de estudios en ella suponen para las personas que se enfrentan a esta situación varios cambios importantes en varios niveles (personal, académico, social, etc.) y en diferentes momentos (al inicio, durante o al final de sus estudios). Hemos destacado aquellos estilos de vida que por diversas razones están más ligados con las conductas relacionadas con la salud de los jóvenes, tales como los consumos nocivos, la práctica de ejercicio físico, los hábitos alimentarios o la seguridad vial, aportando datos relevantes de diferentes investigaciones y trabajos realizados recientemente sobre estos temas en el ámbito universitario.

Ante los cambios que está experimentando la universidad en la actualidad y ante las dificultades que los estudiantes pueden encontrarse en su entrada y recorrido universitario se revela especialmente importante potenciar el desarrollo integral del alumno. La universidad ha de prestar atención no sólo a la evolución y éxito académico de los estudiantes, sino también a su maduración y desarrollo personal. La acumulación de conocimientos no será, en absoluto, suficiente para conseguir no sólo el desarrollo personal idóneo, sino tampoco cualquier tipo de crecimiento profesional en una sociedad y un mercado laboral cambiante que exigen, por una parte una actualización y una renovación constante de la información y el conocimiento y, por otra, gran cantidad y variedad de habilidades sociales y actitudes que permitan y favorezcan el trabajo en equipo, la responsabilidad, la capacidad de toma de decisiones, la autonomía, etc.

Como consecuencia de lo anterior, se hace patente la necesidad de tener en cuenta la trascendencia decisiva que tiene la docencia en el desarrollo de los alumnos y de mejorar su eficacia siempre que sea posible, pero también de considerar la relevancia y la gran influencia de otros aspectos fundamentales en la vida de los universitarios, como son sus actividades de ocio y tiempo libre, las características del ambiente en el que viven, sus relaciones personales y afectivas, etc. Todos los elementos del contexto universitario tendrán una influencia decisiva en el desarrollo de los alumnos. Esto implicará, a su vez, que se demuestre un significativo y creciente interés por los diferentes servicios de apoyo y atención a los estudiantes, entre los que sobresalen, por su relevante papel en la actualidad, aquellos dedicados a la orientación personal, académica y profesional del alumno.

1.2. Promoción de la salud

Como ya hemos mencionado, en este apartado nos centramos en describir y analizar las principales causas y consecuencias del desarrollo y auge del concepto de promoción de salud. Hemos titulado este capítulo *promoción de la salud*, limitando así el concepto genérico de salud ya que, como hemos apuntado, aunque nos detendremos a analizar otros conceptos relacionados más específicos, como los determinantes de salud, la educación para la salud o los estilos de vida saludables, e incluso más amplios como el concepto de salud mismo, nuestra atención se focalizará muy especialmente sobre este concepto de promoción y sobre sus enfoques e implicaciones.

1.2.1. Salud y estilos de vida

Son muchos y variados los trabajos especializados y no tan especializados que dedican su interés al análisis de la evolución de la definición del concepto de salud.

Aunque no nos pararemos en exceso pormenorizando todas las definiciones sí que debemos detenernos en ellas, dado que la concepción actual de salud es sumamente relevante para entender el por qué se está dando en las últimas décadas un valor tan importante al concepto de promoción y prevención y a los factores subjetivos y ambientales dentro de la salud.

1.2.1.1. Definiciones de salud y sus implicaciones

A partir de la década de los 40 y más concretamente en 1946, con la definición propuesta por la OMS, se produjo un importantísimo cambio cualitativo en la concepción de la salud. Hasta ese momento ésta era entendida, y por tanto definida, de modo negativo: como la ausencia de enfermedad. En el artículo 1 del Acta Constitucional de la OMS se pasó a entender de modo positivo como la posesión de bienestar.

“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. (OMS, 1946)

Aunque esta definición, como resulta evidente, supuso un gran avance, también es verdad que no está ni mucho menos libre de críticas.

Siguiendo a diversos autores (López Fernández, L.A. y Aranda Regules, J.M., 1994; Rochon, A., 1996; Fernández González, A et al., 2000) exponemos a continuación estos avances y críticas apreciando así sus implicaciones. Empezamos por los avances que produjo esta nueva definición:

1. Visión positiva de salud superando las concepciones anteriores que la reducían a ausencia de enfermedad.
2. Incorporación de las dimensiones social y psicológica de salud. Dando así una visión más completa e "integral" al concepto.
3. Introducción del carácter subjetivo a la definición y no sólo aspectos objetivos.
4. Concesión de importancia al ambiente y al contexto y por tanto no sólo al individuo.

Por otro lado, las críticas a las que se ha visto expuesta son las siguientes:

1. Identificación de salud con bienestar, lo cual no siempre es cierto pues este no implica necesariamente aquella.
2. Definición como algo estático (*estado*) cuando en realidad es dinámico, cambiante.
3. Carácter utópico debido al término *completo* que es más una declaración de intenciones, una meta que se pretende conseguir que una definición de un término tan cotidiano pero también tan ambiguo como la salud.
4. Carácter poco concreto y más bien abstracto de la definición.
5. Etnocentrismo al no contemplar que las diferentes culturas poseen diferentes modos de interpretar la salud y sus problemas.

Diferentes autores tratan de corregir alguno de estos aspectos aportando nuevas definiciones como las siguientes:

Terris, M. (1980) citado por Salleras, L.(1985:15), evitando el criticado adjetivo de completo por dar carácter utópico a la definición, la define del siguiente modo: "Estado de bienestar físico mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades."

Una de las definiciones más a menudo citadas en diferentes manuales y artículos de educación para la salud es la de Salleras L.(1985:17):"El logro del más alto nivel de bienestar físico, psíquico y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad." Esta definición que pretende impregnar el carácter dinámico propio del término salud.

De Miguel, M. (1985) destaca la importancia de considerar dentro del concepto de salud, las condiciones históricas culturales y sociales, en las que es formulado y/o aceptado por la comunidad en la que está ubicado.

San Martín H. (1985) define salud como plenitud que puede alcanzar el hombre en su proceso de autorrealización y de ser social. Dejando así claro su convencimiento de que cualquier definición de salud ha de ser dinámica.

Barriga, S. (1988) Insiste en la idea de fomentar la autonomía del individuo, y su responsabilidad en defender, mantener y mejorar su salud.

Granizo, C. (1991:29) la define como un medio para la vida que permite un equilibrio dinámico entre la persona y su entorno, es un bien complejo que requiere recursos básicos, información y habilidades personales para poder realizar elecciones saludables y un entorno global (físico y social) que promueva y ofrezca opciones saludables.

En 1998 la OMS en su glosario de términos básicos en Promoción de la salud siguiendo el espíritu de la Carta de Ottawa la define textualmente "no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de

la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas” (OMS, 1998a:11)

Este cambio en las definiciones de salud se corresponde también con el cambio de modelo a la hora de entender y actuar para mantener y mejorar la salud. El cambio desde el modelo biomédico que se centra más en la enfermedad y en la curación y tratamiento de la misma, hacia el modelo biopsicosocial, en el que están presentes los factores ambientales y sociales como parte fundamental, y que fue acuñado por Engel en 1977. Este mismo autor criticaba de modo claro las limitaciones del modelo antiguo:

El modelo biomédico no sólo exige que la enfermedad sea tratada como una entidad independiente del comportamiento social, sino que pretende además que los trastornos del comportamiento sean explicados sobre la base de procesos somáticos (bioquímicos y neuropsicológicos) alterados. De este modo el modelo biomédico abraza tanto el reduccionismo –la perspectiva filosófica, dogmática, en base a la cual los fenómenos complejos derivan en definitiva de un único principio primario– como el dualismo mente-cuerpo, la doctrina que separa lo mental de lo somático (Engel, G.L., 1977. citado por Zani, B y Cicognani, E., 2000:18)

De modo sintético Palacín, M. (2004:48) explica algunas de las importantes implicaciones de la adopción de este modelo:

El modelo biopsicosocial adjudica la misma importancia a los niveles físico, biológico, psicológico y social, formando parte del sistema global y cada uno considerado subsistema del mismo. Cualquier alteración en alguno de los niveles afecta a los otros. (...) El modelo biopsicosocial de la salud introduce el concepto de autorregulación, entendiéndose que cada sistema está orientado a alcanzar un equilibrio en su funcionamiento. Ello coloca al individuo en un papel de agente activo de su propia salud con capacidad para responsabilizarse de ella. Cualquier estrategia de promoción de la salud debe aumentar dicho rol en su disponibilidad para la autorregulación que cada persona debe ejercer en su propia salud global

Otros autores como Polaino-Lorente, A. (1987) habla de dos modelos que determinan también el modo de conceptualizar la salud y que son: el modelo patogénico, que se centra en los problemas de salud tratándolos de modo totalmente descontextualizado, y el modelo salutogénico, que se centra en las condiciones generales implicadas en la salud teniendo en cuenta los factores que la rodean. El modelo salutogénico, explicado de modo clarificador y pionero por Antonovsky en su artículo “The salutogenic model as a theory to guide health promotion” tuvo y tiene una gran influencia en todos los proyectos de promoción de la salud en los diferentes ambientes en general y en la Universidad en particular como veremos en el capítulo III.

Dentro de este apartado introductorio sobre la promoción de la salud nos parece importante realizar una breve mención a los principales hitos en el desarrollo y la evolución de la conceptualización de la salud. Nos estamos refiriendo a las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud de la OMS de las cuales señalamos sus principales aportaciones de modo muy somero. Sobre algunas de ellas, como la de Ottawa, volveremos en capítulos posteriores pues son especialmente significativas para los temas que se tratan en esta investigación.

– 1977, la *30 Asamblea Mundial de Salud* señaló como principal meta de todos los gobiernos y de la OMS la consecución de un grado de salud para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Es la denominada Estrategia de SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 (Resolución WHA 30.43).

– 1978, *Conferencia Internacional sobre atención primaria de Salud de Alma-Ata* (URSS) en la que se declaró la importancia fundamental de la Atención Primaria. En ella se completó la definición de salud dada en 1946 añadiendo que: “El logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de Salud. (OMS, 1978)

– 1981, *34 Asamblea Mundial de Salud* en la que se aprueba la *Estrategia global de Salud para Todos* en la que se indicaron los principios orientadores –el énfasis en la atención primaria, la

participación conjunta de profesionales y población y las colaboraciones intersectoriales- y los medios generales que debían mobilizarse para alcanzar esa meta.

– 1986, *I Conferencia de Promoción de la Salud de Ottawa* (Canadá) Conferencia de especial trascendencia en la promoción de la salud en la que se señalan la importancia del papel de las personas y las organizaciones en la creación de oportunidades y elecciones saludables. Se dan directrices para poder actuar sobre los determinantes de salud en los que profundizaremos, como ya hemos apuntado, en un apartado posterior.

– 1988, *II Conferencia Internacional de Promoción de Salud de Adelaida* (Australia) “Política Sana. Estrategias de acción” en esta conferencia se destaca sobre todo la importancia del compromiso político para conseguir la equidad social. Se defiende la importancia de las políticas saludables desde los diferentes ámbitos de la política desde la local a la internacional.

– 1991, *III Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Sundsvall* (Suecia) en la que de manera especial se incide en la importancia de los ambientes saludables y promotores de salud. Está muy presente el concepto de desarrollo sostenible.

– 1997, *IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de Jakarta* (República de Indonesia). En ésta se adoptó la conocida como declaración de Jakarta en la que se señalan como principales prioridades: La promoción de la responsabilidad social en la salud, el incremento de inversiones en salud, la consolidación y expansión de los recursos que promueven la salud, la consolidación de una infraestructura para promoción de la salud y el incremento de las capacidades de la comunidad y el fortalecimiento (*empowerment*) de los individuos. Este último es entendido como el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y las acciones que afectan a su salud.

– 2000, *V Conferencia Internacional de Promoción de Salud de México*. Se insiste en la importancia de la promoción de la salud para conseguir una mayor equidad y por tanto reducir desigualdades. La educación para la salud y la participación de la comunidad se revelan como fundamentales para la consecución de los objetivos de la promoción.

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

Asimismo en esta carta se señalan los cuatro compromisos clave a favor de la Salud para Todos:

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

1.2.1.2. Estilos de vida saludables

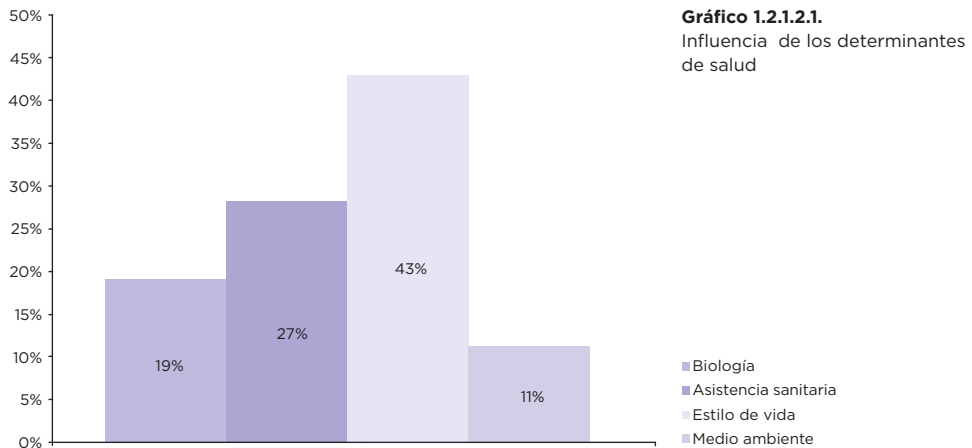
Cuando hablamos de estilos de vida saludables o conductas saludables se hace inevitable citar el informe “Una nueva perspectiva de la Salud de los Canadienses” que el ex ministro de Sanidad canadiense Marc Lalonde, publicó en 1974. Este informe supuso un gran avance al revelar

algunas ideas fundamentales en cuanto a salud que hoy son asumidas como pilares fundamentales a la hora de hablar de promoción de la salud.

El citado informe afirma algo igual de simple que de contundente: que un gran número de muertes prematuras y de incapacidades, ocurridas en su país, podrían ser prevenidas.

Lalonde señala que el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables, llamadas determinantes de salud: El medio ambiente, el estilo de vida, la biología humana y el sistema de asistencia sanitaria.

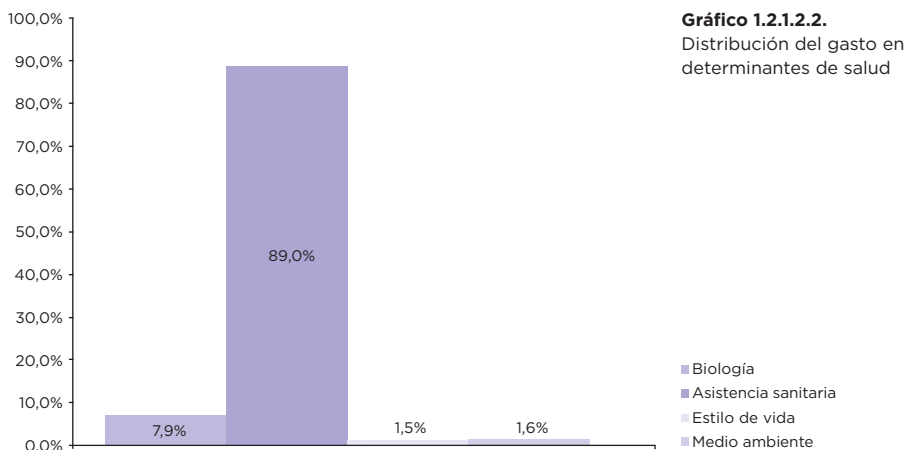
Según este informe la influencia de los determinantes de salud se distribuiría del siguiente modo:



Fuente: Adaptación de Lalonde, M. (1974)..

A la vista de estos datos y la evidente desigualdad de porcentajes de la influencia de los distintos determinantes, una primera e importante reflexión que es posible hacer es la que se refiere al análisis del capital humano y económico que se invierte en cada uno de estos factores.

Este mismo autor en su informe, con el objetivo de dejar patente la desigualdad de inversiones hechas por el gobierno y la proporcionalidad inversa que representa en relación con los porcentajes de las influencias, señala igualmente las proporciones que el estado destina a los diferentes determinantes, y que gráficamente podemos observar a continuación:



Fuente: Adaptación de Lalonde, M. (1974)..

Podemos apreciar por tanto cómo la biología humana (genética) y sobre todo los sistemas de asistencia sanitaria se llevan la parte más importante, aunque, paradójicamente, no sea su porcentaje de influencia en la salud proporcional a las inversiones realizadas. También son destacables lo escasas y costosas que resultan las posibilidades de cambio que se pueden introducir en los determinantes genéticos, a pesar de los esfuerzos realizados, que se contraponen a las posibilidades que se nos brindan en los estilos de vida y el medio ambiente.

Estos cambios en los estilos de vida que se preconizan desde la promoción de la salud son lo que denominamos conductas saludables o conductas orientadas hacia la salud.

La OMS define estilo de vida como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (OMS, 1998a:28) y dentro de ellas se distinguen de modo contrapuesto las *conductas de riesgo* –“forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente” (OMS, 1998a:30)– y las *conductas orientadas hacia la salud* –“cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin.” (OMS, 1998a:19)–.

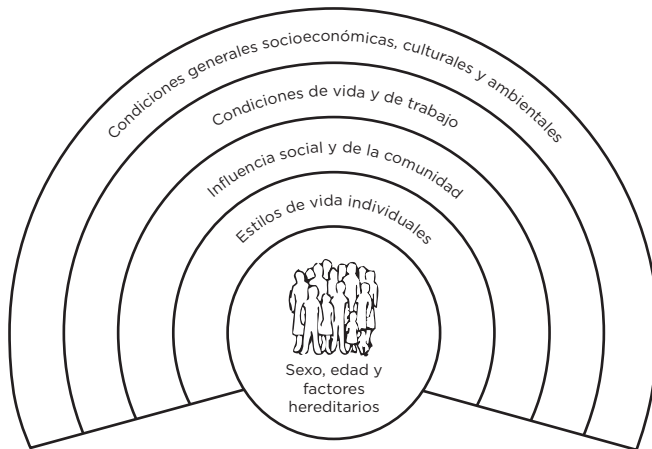
Vemos pues, la relevancia que los estilos de vida tienen para mantener y mejorar la salud, como a menudo nos recuerdan cada vez más campañas publicitarias de organismos oficiales como el Ministerio de Sanidad y Consumo y otros organismos privados como las compañías de seguros sanitarios. No debemos olvidar, sin embargo, la complejidad que supone diseñar y desarrollar programas que intenten modificar y mejorar estos estilos de vida, ya que a menudo se da una visión reduccionista y simplista de ellos con las consiguientes consecuencias negativas que esto supone, principalmente de desaprovechamiento de la efectividad y eficacia potencial de los mismos, por no tomar en consideración los diferentes elementos y aspectos influyentes en ellos

Por otra parte, otro importante y grave aspecto negativo derivado de esta visión simplista es el hecho de culpabilizar en exceso a los ciudadanos de su pérdida de salud, haciéndolos responsables exclusivos del desarrollo de conductas saludables y al mismo tiempo eximiendo de responsabilidades que le son propias a gobiernos y otros agentes que tienen o deberían tener un papel complementario en el desarrollo de conductas saludables por parte de los individuos y las comunidades.

En el gráfico 1.2.1.2.3, citado a menudo por los manuales de promoción de la salud, podemos ver reflejado de modo gráfico la multiplicidad de factores influyentes e influidos por los estilos de vida.

En la representación se ponen de manifiesto la necesidad de considerar los múltiples factores que intervienen en la salud. En el centro están las personas, caracterizadas por el sexo, la edad y los factores hereditarios, y rodeadas a su vez de cuatro variables que influyen en ellas: los estilos de vida individuales (que son entendidos como un conjunto de prácticas y modelos comportamentales duraderos, lo que quiere decir que se mantienen con una cierta coherencia a lo largo del tiempo), las influencias sociales y de la comunidad, las condiciones de vida y de trabajo y las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales.

Gráfico 1.2.1.2.3.
Factores determinantes de la salud



Fuente: Marks, D. (1996:8)

La representación gráfica de estas variables influyentes en la salud deja patente la forma clara en que las distintas variables, se solapan e influyen mutuamente.

Dada, pues, la relevancia y la complejidad de los estilos de vida será necesario desarrollar actuaciones en promoción de la salud que tengan en cuenta todos estos aspectos y las relaciones entre ellos.

Es evidente por tanto que en promoción y educación para la salud será imprescindible tener presente la importancia de los estilos de vida junto con el ambiente. Como señala Zabala, A. (1990:14) citado por Quinza, F. (1995:31) “es necesario aumentar tanto la capacidad de la gente para tener el máximo control sobre sus vidas individuales (autocontrol) como su capacidad para cambiar las relaciones y estructuras sociales en que viven y trabajan.”

En el capítulo anterior (apartado 1.1.2.1) pueden observarse las reflexiones sobre las principales conductas de salud y en general sobre los estilos de vida de los jóvenes universitarios y sus repercusiones.

En el siguiente capítulo (Capítulo III), centrado en la promoción de la salud en la universidad continuaremos señalando y justificando cual es la dimensión e importancia de estas conductas saludables dentro del ámbito universitario y, de modo más detallado, en los diferentes estudios de caso veremos cuales son las iniciativas de las universidades estudiadas para promover cada una de estas conductas saludables.

1.2.2. Prevención y promoción de la salud

A lo largo de las últimas décadas se ha producido una evolución continua desde el tratamiento de las enfermedades hasta llegar a la promoción de la salud pasando por un importantísimo paso intermedio que es el de la prevención.

Dentro de la prevención se distinguen tres tipos que siguiendo a autores como Rochon, A. (1996), Costa, A. y López, M. (2000) y Marqués, F. et al. (2004) podemos caracterizar del siguiente modo:

Prevención primaria aquella que se centra tanto en disminuir los factores de riesgo como en aumentar los factores de protección y va dirigida a la población en general, compuesta por medidas dirigidas a disminuir la incidencia de la enfermedad, es decir, la aparición de nuevos casos.

Prevención secundaria la que se ocupa de la detección precoz de los problemas de salud y de facilitar cambios de conductas que permitan el tratamiento de enfermedades y va dirigida

principalmente a grupos de riesgo, tratando de disminuir la prevalencia, acortando el curso de la enfermedad.

Prevención terciaria dirigida a la prevención de las recaídas de aquellas personas ya enfermas, disminuyendo las secuelas y consecuencias de las enfermedades.

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

Observamos, pues, que la prevención de la enfermedad, abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar las consecuencias una vez establecida. Podemos observar, por tanto, como la prevención en sus distintas formas y momentos siempre se dirige a la enfermedad, evitando que esta aparezca, se desarrolle, se reproduzca o se haga crónica. Sin embargo, y este es el cambio más importante y significativo del paso de prevención a promoción, la promoción se dirige a la salud, se dirige a crear las condiciones para que ésta se desarrolle, se amplíe o se consolide y no sólo a evitar la enfermedad.

Así, no es necesario que el problema de la enfermedad esté presente, de modo patente o latente, para que la promoción actúe, ya que no es sobre ella que lo hará sino sobre las condiciones generales de la vida de las personas para que éstas alcancen cada vez unas cotas más elevadas de calidad.

Rodríguez Marín, J. (1995:26) destaca que la promoción de la salud “supone la instauración y mantenimiento de comportamientos no sólo saludables, sino potenciadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales de la persona”

Pero además de este traslado del objeto de interés de la enfermedad hacia la salud, la promoción con respecto a la prevención supone un importante avance ya que recupera el valor del presente, al definir la salud no sólo como una meta (que es lo que está implícito en el concepto de prevención), sino como un recurso para la vida cotidiana. Y esto implica, como decíamos, por ejemplo que no debemos cuidarnos o adoptar conductas saludables (por ejemplo, hacer ejercicio físico cada día) porque así en el futuro evitaremos problemas graves (padecer un infarto, por ejemplo) sino que lo haremos porque esto nos permitirá disfrutar y tener una mayor calidad de vida ahora y en el futuro.

Siguiendo a San Martín, H. (1985) y coincidiendo con el espíritu de cada uno de los documentos de la OMS, concordamos con la idea de que la salud no es una finalidad, sino un medio para lograr el goce de una vida total e integrada.

Según la OMS (1998a:10) “La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.”

Con esta definición se destaca la importancia de tener en cuenta tanto los factores ambientales como los subjetivos. López Fernández, L.A. y Aranda Regules, J.M. (1994:33), junto con muchos otros autores señalan las dos categorías fundamentales en la promoción de la salud: los *estilos de vida*, de los que hemos hablado en el apartado anterior y las *condiciones de vida* que la OMS define como “el entorno cotidiano de las personas, donde éstas viven, actúan y trabajan (...) son el producto de las circunstancias sociales y económicas y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera de del control inmediato del individuo” (OMS, 1998a: 28)

Como ya hemos apuntado uno de los hitos más importantes en promoción de la salud ha sido la *Conferencia de Ottawa*. En la *Carta de Ottawa* (1986), resultado de esta conferencia en la que se sintetizan las conclusiones de la misma, se define la promoción de la salud como “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (OMS, 1986b:3)

A su vez esta carta propone cinco campos de acción sobre los cuales se deberá actuar para poder conseguir lo dicho anteriormente:

1. *Elaboración de una política pública sana*. Desde la conciencia de que no es suficiente con cuidar la salud para promocionarla se insiste en la necesidad de que en todos los niveles y sectores las decisiones políticas de cualquier tipo, no sólo del ámbito sanitario, tengan en cuenta su influencia y repercusión en la salud.
2. *La creación de entornos que apoyen la salud*. Se pretende dar un enfoque socio-ecológico a la salud que se basa en las relaciones del individuo con su medio. Se destaca la importancia de las condiciones de ocio y trabajo en la consecución de salud de las personas
3. *El fortalecimiento de la acción comunitaria*. Se subraya la importancia de la participación activa que podrá hacer que las personas tengan un control real sobre su propio destino.
4. *El desarrollo de habilidades personales*. A través del desarrollo personal y social que la promoción de la salud proporciona, las personas podrán adquirir un mayor control sobre su salud y sobre el medio ambiente.
5. *La reorientación de los servicios sanitarios*. Se hace hincapié en la necesidad de compartir la responsabilidad de promocionar la salud insistiendo en que esta no ha de ser en absoluto una tarea exclusiva de los servicios y del personal sanitario

Se pretende que dentro de cada uno de estos campos de acción, que hemos descrito, se desarrollen acciones para mejorar las condiciones de salud individual y colectiva.

Más recientemente la OMS (2005) a través de la *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado* reitera la filosofía presentada en Ottawa afirmando que “la promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud.” (OMS, 2005:1)

Como a menudo sucede la implantación de este nuevo concepto y también su arraigo, difusión y extensión tiene una causalidad múltiple y compleja (política, económica, social, etc) en las que están de acuerdo diversos autores (López Fernández, L.A. y Aranda Regules, J.M., 1994; Costa López, 2000;...). Las dos principales causas que son citadas más a menudo y que están muy relacionadas entre sí, son el crecimiento de las tasas de mortalidad y morbilidad como consecuencia de enfermedades crónicas frente a las enfermedades infecciosas y la importancia que se otorga a los hábitos de comportamiento y a los estilos de vida de las personas junto con los factores ambientales para la consecución de una vida saludable.

También ha tenido un papel importante, en el desarrollo de la promoción de la salud, el elevado y creciente coste de los cuidados y tratamientos de salud en la actualidad.

En general la toma de conciencia de que los problemas de salud no dependen tanto, o al menos no dependen solamente, del desarrollo de la tecnología médica sino que es necesario que los ciudadanos tenga una actitud responsable y autónoma en su conducta ha sido la base fundamentante del desarrollo de la promoción de la salud.

Manuel, A. et al.(2000) junto a otros tantos autores señalan diferentes estadísticas de nuestro país que sugieren la necesidad de insistir en mayor medida en las diferentes actividades de promoción de la salud “la elevada tasa de incremento de SIDA (Gandarillas, 1991); el número de accidentes de tráfico (European Communities, 1992); el nivel de consumo de alcohol (Pyorala,

1990); el excesivo consumo de tabaco (Bosanquet, 1992); y el incremento de la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón, tráquea y bronquios (López Abente, 1992) e infartos de miocardio y otras enfermedades cardíacas (OMS, 1992)”

Pero a pesar de que, como vemos, son muchos los factores que nos llevan a acoger con los brazos abiertos la promoción de la salud y las actividades que pueden contribuir a ella como la educación para la salud (EpS), no son pocos los autores que insisten sobre la peligrosidad de los términos de promoción de la salud y EpS o, más bien, sobre la peligrosidad de hacer un mal uso de los mismos y de creer que estos sean la panacea de todos los problemas. Así lo decía claramente en su informe de la 1ª Conferencia Europea sobre Educación para la Salud el director del Instituto Regional de Estudios de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid: “no hay que olvidar que el discurso de la EpS y de la promoción de la misma es uno que se presta bien a las grandes declaraciones de principios, en definitiva, tiene elementos fácilmente incorporables a la retórica política, que puede vaciar a la EpS de su contenido y de su potencial de transformación real de la salud de las gentes.” (Peruga, A. 1988:889). Así como tampoco hay que dejar de plantearse, como hace este mismo autor, si no será solamente que “se están buscando formas de acción supuestamente más baratas sólo por conveniencia de las políticas económicas coyunturales”

Otros autores como Costa, M. y López, E (2000) señalan la ambigüedad y amplitud de los conceptos de promoción y educación para la salud como una importante limitación, que sin embargo ha de ser superada aprovechando y apreciando sus potencialidades como recurso nuevo e innovador, capaz de proporcionar un mayor campo de acción donde poder desarrollar un vasto grupo de proyectos, programas y actividades que sirvan para mejorar la salud de las personas y con ello sus vidas.

1.2.3. Educación para la salud

Aunque ya hemos hecho mención a la educación para la salud (EpS) a lo largo de este segundo capítulo y en especial, debido a su estrecha relación, en el apartado anterior dedicado a la prevención y promoción de la salud, dada su importancia y potencialidades dentro del tema de esta tesis, dedicamos, a continuación, un apartado específico a conocer algunos de sus aspectos más importantes.

La educación para la salud es un concepto fuertemente vinculado a la promoción de la salud y se considera normalmente como un medio para conseguirla. En la literatura solemos encontrarla definida como una de las componentes, como una de las estrategias, como una de las herramientas, etc. de la promoción de la salud.

Pero antes de seguir reflexionando sobre este importante concepto y sobre algunas de las principales aportaciones que a él han hecho destacados autores nos parece conveniente hacer una breve aclaración terminológica. En los diversos manuales sobre educación para la salud es habitual encontrar todavía hoy, aunque más frecuentemente en el pasado, como sinónimos educación para la salud y educación sanitaria. Sin embargo ambas tienen aspectos que las diferencian de modo fundamental. El agente, por ejemplo, que en la primera es un educador y en la segunda un sanitario. También el contenido y el modo de desarrollar una y otra han de ser diferentes. La educación sanitaria, término especialmente usado en décadas pasadas, se ocupa de aspectos puntuales de información sanitaria, mientras la educación para la salud posee un enfoque holístico que considera las diferentes dimensiones contextuales y subjetivas de la persona.

En la actualidad se usa también con frecuencia el término de educación terapéutica entendida como “todo proceso educativo que, dirigido a una población enferma, pretende mejorar su calidad de vida y su bienestar social, a través de una modificación de actitudes, aptitudes y hábitos, en sentido positivo y mejorando el cumplimiento terapéutico” (Marqués, E et al, 2004:33)

Sabiendo, de todos modos, que éstas concepciones de los diferentes términos no son asumidas ni definidas por todos los autores del mismo modo, queremos aclarar que nosotros, a lo largo de este trabajo, emplearemos en todo momento el término de educación para la salud con todos los matices de amplitud y complejidad con los que lo hemos definido, pues es el que nos parece más coherente con los principios asumidos en la concepción de promoción de la salud más actual.

Algunas de las definiciones y caracterizaciones más significativas y frecuentemente citadas de educación para la salud son las siguientes:

Salleras, L (1985:58) lo describe como: “ el proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos “

Green, W.H. et al. (1988:4) define la EpS como “cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta, que conduzcan a la salud”

De modo más completo (Rochon, A. 1991:20) señala que “la educación para la salud supone facilitar la adaptación voluntaria de los comportamientos de los responsables, de los técnicos y de la población a través de experiencias de aprendizaje complementarias que mejoren la salud del individuo o de la colectividad”

La OMS (1998a) en su glosario de términos sobre promoción de la salud, define y aclara el concepto del siguiente modo: “La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la *alfabetización sanitaria*, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de *habilidades personales* que conduzcan a la salud individual y de la *comunidad*” OMS (1998a:13) y continua añadiendo interesantes matizaciones

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la *salud*. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la *salud*, sino también la que se refiere a los *factores de riesgo* y *comportamientos de riesgo*, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. (...) En el pasado, la educación para la salud se empleaba como término que abarcaba una más amplia gama de acciones que incluían la movilización social y la *abogacía* por la salud. Estos métodos están ahora incluidos en el término *promoción de la salud*, y lo que aquí se propone es una definición menos extensa de la *educación para la salud* para distinguir entre estos dos términos. OMS (1998a:14)

Vemos pues como la EpS puede ser entendida de modos diferentes con más o menos amplitud en los destinatarios, en los contenidos, en la metodología, en los recursos, etc. según cual sea el enfoque escogido.

A continuación señalamos una sencilla, pero útil y clarificadora, taxonomía realizada por el *Dutch Health Education Centre* (1990:9) según la cual en la educación para la salud es posible distinguir tres enfoques que pueden actuar de modo separado o conjuntamente:

a) *La educación para la salud como un instrumento de prevención*: El énfasis se pone en las actividades de prevención. La idea en la que se basa esta visión es la de que si la gente esta informada actuará de modo consecuente con los conocimientos que posee.

b) *La educación para la salud como una responsabilidad de cada uno*. El énfasis se pone en ofrecer alternativas y estimular el proceso de toma de decisiones de forma autónoma.

c) *La educación para la salud como una parte integral de la política de salud*. En este enfoque se considera que la disponibilidad de conocimientos y la posibilidad de tomar nuestras propias decisiones son necesarias pero no suficientes para la efectividad de la educación para la salud.

Junto con estas condiciones es imprescindible que tengamos unas estructuras de cuidado y apoyo de la salud adecuadas donde realizar nuestras elecciones.

Como apuntábamos, ésta es una clasificación escueta, pero que nos muestra ya cuales son los aspectos que se tienen presentes en los diferentes modelos.

A continuación siguiendo a Hendry, L. et al (1995) citados por Zani, B. y Cicognani, E. (2000:190) hacemos referencia a una clasificación más completa y con interesantes aportaciones en cada uno de los modelos:

1. El modelo basado en proporcionar información

Éste ha sido durante muchos años el modelo dominante ya que se adapta a la definición biomédica de salud, entendida como ausencia de enfermedad y centrada en aspectos físicos. Es conocido también como enfoque “preventivo” o “modelo médico” puesto que es utilizado frecuentemente en el contexto sanitario, aunque también en muchos contextos educativos formales ya que se centra en los cambios de comportamiento a nivel individual.

Este modelo está basado en la idea de que existe una relación directa y unívoca entre conocimiento y comportamiento, de tal modo que serán los conocimientos acerca de la salud, y más concretamente el conocimiento sobre los beneficios o prejuicios de ciertos comportamientos los que nos harán decantarnos por unos u otros. Así, este modelo entiende que la base de los cambios de comportamiento se encuentra en la siguiente secuencia unilineal:

Conocimiento → Actitud → Comportamiento.

Con mayor información se aumentan y mejoran los conocimientos, gracias a éstos se modificarán las actitudes y creencias, lo que llevará a modificar el comportamiento y por tanto a mejorar la salud.

Este modelo ha sido tachado por varios autores de ser, en ciertos aspectos, simplista y como tal reduccionista. Está claro que no es sólo el conocimiento el que produce cambios en la actitudes sino que hay otros muchos factores, sociales y económicos, por ejemplo, que también estarán muy presentes a la hora de dirigir nuestros cambios tanto actitudinales como comportamentales. Pensemos, por ejemplo, en el caso del tabaco, son hoy pocos los que desconocen los efectos perjudiciales de este hábito y, sin embargo, las cifras de nuevos fumadores sigue aumentando.

2. El modelo centrado en la persona o de desarrollo personal

Este enfoque ha obtenido un reconocimiento creciente en los últimos años sobre todo por destacar el importante papel que las creencias y las experiencias personales juegan a la hora de intentar modificar los comportamientos relacionados con la salud

En este modelo adquiere un rol fundamental el desarrollo de las capacidades decisionales. Se asume también que reforzando la autoestima y la confianza en sí mismos, los individuos se encontrarán en una posición mejor para tomar decisiones positivas sobre su propia salud y para desarrollar habilidades para actuar en consecuencia. En este modelo se trata, por tanto, de reforzar la autonomía, la asertividad, las capacidades decisionales y todo tipo de habilidades que permitan a las personas ser más independientes y autónomas.

A pesar de que se sigue considerando, desde este enfoque, la importancia de aumentar el conocimiento, al contrario de lo que sucede en el modelo anterior, el educador no es visto como el experto y el depositario del conocimiento, sino como un orientador que ayuda a que los sujetos reconozcan sus propias potencialidades.

Todas éstas características que definen el modelo y que derivan en que se enfatice la naturaleza voluntaria de los cambios lo han hecho, a pesar de su complejidad, muy popular en los contextos educativos

3. Los modelos de desarrollo de la comunidad.

Estos modelos se caracterizan principalmente por intentar implicar a un grupo en el diseño y la estructuración de su propia educación, partiendo de un tema o una necesidad que el propio grupo identifique como problemática. Estos grupos se proyectan en analizar de modo crítico los programas y servicios existentes para intentar mejorarlos o incluso para proponer otros alternativos.

Este tipo de modelos que incluyen muchos aspectos del modelo anterior, pero a menudo se focalizan en la búsqueda de soluciones colectivas, reciben contribuciones importantes de grupos como el movimiento de las mujeres, homosexuales, etc.

El papel del educador en este enfoque es especialmente complejo ya que se debe centrar en crear las condiciones y buscar los recursos adecuados para favorecer la participación de los individuos en el grupo evitando crear dependencias.

Aunque podemos apreciar que en ambas taxonomías los modelos representan una progresión en el sentido histórico, ya que los últimos han evolucionado en el intento de superar algunos límites de los precedentes, en lo que respecta a la relativa eficacia, no existe un modelo mejor en absoluto, sino que cada uno de los modelos será más adecuado según la población a la que vaya dirigido, el contexto y el contenido de la educación.

Es posible concluir, por tanto, tomando como base la evolución de los diferentes modelos, que para conseguir la eficacia de los programas de EpS, será necesario tener en cuenta tanto los diferentes aspectos contextuales como los diversos aspectos presentes en el aprendizaje: Aspectos cognitivos (informaciones y explicaciones), aspectos afectivos (actitudes y sentimientos) y aspectos comportamentales (habilidades)

Dentro de estos aspectos del aprendizaje es necesario insistir en la importancia de que los tres estén presentes y lo estén tomándolos todos ellos de manera muy amplia y no sólo restringidos a aspectos sanitarios, aunque se trate de educación para la salud, para que contribuyan a facilitar la toma de decisiones de modo autónomo y responsable.

Vemos, pues, que la dimensión educativa, más allá de la puramente médica tendrá un papel fundamental, como es lógico, dentro de la EpS. Siguiendo a Rochon, A. (1996) podemos señalar como bases de la educación para la salud los siguientes cuatro bloques: las ciencias de la salud, las ciencias de la conducta o del comportamiento, las ciencias de la educación y las ciencias de la comunicación. Todas estas ciencias, actuando de modo coordinado y complementario conseguirán la pretendida mejora de la salud.

De modo muy breve a continuación, antes de finalizar este apartado hacemos referencia a la comunicación para la salud, un concepto fundamental, que en alguna ocasión, sobre todo en estos últimos años, ha sido utilizado como sinónimo de EpS, aunque en realidad aquella sea una estrategia utilizada por ésta.

La OMS (1998a:19) define comunicación para la salud concretamente como “una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones importantes en la agenda pública”

Bucchi, M. et al. (2003:172) señalan, después de haber analizado una amplia revisión de la literatura publicada sobre el tema, los factores que pueden contribuir a realizar una buena campaña de información o comunicación de la salud:

- *Capacidad de la campaña de intervenir sobre la percepción del tema por parte del público.* Es muy importante planificar la intervención comunicativa sobre la base de un conocimiento cuidado de las percepciones y las motivaciones iniciales con las cuales el público destinatario de la campaña se aproxima al tema y de los elementos que pueden obstaculizar la adopción de determinados comportamientos.

- *Capacidad de favorecer la identificación.* Si la campaña presenta situaciones verosímiles que el sujeto tiene altas probabilidades de encontrarse en su vida cotidiana, tendrá mas facilidad para extraer por sí mismo las conclusiones necesarias
- *Utilización de comunicadores creíbles.* Este concepto de la credibilidad es bastante relativo y subjetivo y no esta claro cuando es más creíble un médico o un científico o un cantante famoso.
- *Anticipación y capacidad de rebatir posibles argumentaciones contrarias.* Esto puede ayudar al sujeto a resistir eventuales mensajes contrastantes y presiones en sentido contrario de los grupos sociales de referencia para él.

La consideración de todos estos aspectos resultará fundamental para desarrollar con éxito programas de educación y promoción de la salud en general y, como veremos en el capítulo III, en la universidad en particular.

También en el Capítulo III, y a lo largo de la parte empírica, nos centraremos, con más detalle, en señalar tanto las posibilidades como las limitaciones de la EpS en la universidad que, después de todo lo que hemos visto en este apartado, podemos afirmar que está muy lejos de ser solamente el nombre de una asignatura a impartir y puede tener, por el contrario, y así la hemos querido entender nosotros, un sentido integral muy amplio que la convierte en una útil herramienta para conseguir los objetivos, ya señalados, de la promoción de la salud.

Antes de cerrar este apartado hacemos referencia al modelo PROCEDE-PROCEED (Green, L. W. y Krauter, M.W.,1999), - El nombre responde a las iniciales en inglés de los principales conceptos en los que se basa PROCEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*); PROCEED (*Policy, Regulatory, Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*) - ya que este modelo multidimensional resulta uno de los más citados en toda la literatura especializada en temas de promoción de la salud y sirve además, en gran medida, para concluir y poner en relación los aspectos más relevantes tratados en este apartado que ahora concluimos.

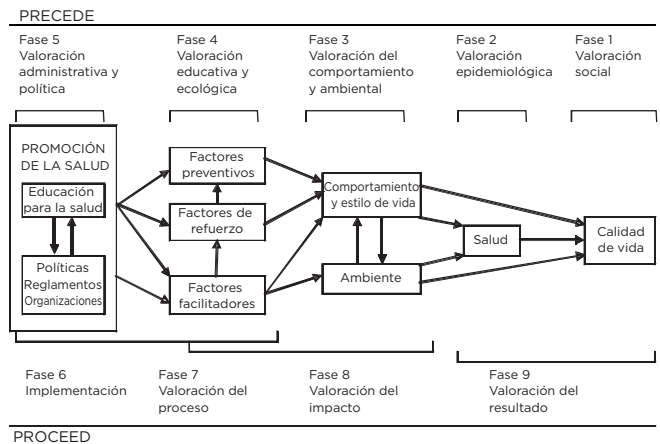


Gráfico 1.2.3.1.
Modelo PRECEDE-PROCEED

Fuente: Green L. W. y Krauter, M. W. (1999:152).

La formulación inicial de este modelo (PRECEDE) ha sido realizada al principio de los años 70 y en ella, como vemos en su representación gráfica, se hace hincapié de modo particular en la dimensión más educativa. Ha sido modificada posteriormente, a finales de los 80, añadiéndole la componente PRECEED en la que se reconoce la necesidad de que los programas de promoción de la salud vayan más allá de los enfoques educativos tradicionales.

Este modelo tiene en cuenta la multiplicidad y complejidad de factores influyentes en la salud y en la calidad de vida e insiste en el hecho de que éstos sean valorados antes de poner en marcha los programas de promoción de salud

El término PRECEDE además de ser el acrónimo de las iniciales en inglés que hemos indicado ha sido elegido ya que indica el sentido del modelo que trata de diagnosticar y evaluar los determinantes y los diferentes aspectos que *preceden* a la salud antes de desarrollar cualquier tipo de intervención de promoción de la misma. Las diferentes fases que componen este modelo se centran, por tanto, en la evaluación de estos aspectos fundamentales:

Fase 1: Evaluación social y análisis situacional

Se centra en el análisis detallado tanto de las percepciones de la población sobre las problemáticas relativas a la calidad de vida y la salud como de los problemas específicos, medidos objetivamente, más importantes para la salud y la calidad de vida de la población general

En esta fase es primordial la participación activa de toda la comunidad.

Fase 2: *Evaluación epidemiológica*

Se trata de determinar los problemas de la salud, medidos de manera objetiva, de una determinada población diana, utilizando instrumentos de investigación epidemiológica.

Fase 3: *Evaluación comportamental y ambiental.*

Se trata de identificar aquellos factores del comportamiento de la persona o del ambiente en el que vive que podrían tener relación con los problemas de salud indicados en la fase anterior.

Fase 4: *Evaluación educativa y ecológica*

En esta fase se trata de examinar los diferentes factores psicológicos, sociales y ambientales que se asocian al comportamiento. Esta gran variedad de factores se divide en tres categorías diferentes:

Factores que predisponen: todos aquellos factores que facilitan o dificultan el comportamiento y la motivación para modificarlo. Se incluyen procesos psicológicos, conocimientos, actitudes, creencias, predisposición genética, experiencias previas y factores sociodemográficos.

Factores facilitadores: son los factores que facilitan la ejecución de una acción por parte de los individuos y las organizaciones. Se incluyen las habilidades, las leyes, los recursos o las barreras que pueden ayudar u obstaculizar los cambios comportamentales y ambientales deseados

Factores que refuerzan: son las consecuencias de las acciones que determinan que el sujeto reciba un feedback positivo (o negativo) y por tanto se produzca un mantenimiento del comportamiento. Se incluyen, pues, el apoyo social (por parte de la familia, profesores, coetáneos), beneficios sociales, beneficios percibidos, beneficios físicos, etc.

Fase 5: *Evaluación administrativa y política*

En esta fase se comienza a convertir la evaluación realizada en las fases precedentes en un programa operativo. La evaluación administrativa se centra en el análisis de los recursos demandados para la implementación de los métodos y de las estrategias educativas propuestas. La evaluación política trata de verificar si el programa educativo es coherente con las metas y la cultura general de la organización.

Completando el análisis de este modelo en el componente PROCEED se distinguen cuatro fases diferentes:

Fase 6: *Implementación.*

En esta fase se realiza la conversión de los objetivos del programa en acciones concretas, centrando el interés en el control de la calidad de todo el proceso.

Fase 7: *Evaluación del proceso.*

Se centra en la identificación de los problemas surgidos durante la fase anterior y permite efectuar los cambios o ajustes necesarios antes de que sea demasiado tarde.

Fase 8: *Evaluación del impacto.*

Mide los efectos inmediatos del programa, o de alguno de sus aspectos, sobre los comportamientos diana (o sobre alguno o todos los factores influyentes) o sobre los factores ambientales relevantes.

Fase 9: *Evaluación del resultado.*

En esta última fase se centra el interés sobre el estado de salud y sobre los indicadores de la calidad de vida que habían sido identificados en la primera fase del modelo.

Por último, para cerrar este apartado abordaremos la EpS en el contexto educativo obligatorio, aunque hablaremos de ella con más detenimiento en el apartado siguiente al hacer referencia a las *Escuelas Promotoras de Salud* como uno de los principales exponentes de la promoción de la salud en el entorno.

Tanto en España como en Italia y Portugal la EpS fue introducida en las escuelas por respectivas leyes de educación entorno a los años 90 (En España en 1990 con la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo, en Italia en 1989 con la Ley de Educación y en Portugal en 1986 con la Ley General del Sistema Educativo)

Su implantación se produjo en estos tres países como un contenido transversal obligatorio que habría de desarrollarse principalmente en las materias de ciencias naturales y sociales y la educación física.

En cuanto al enfoque que se da al tratamiento de la EpS en la escuela siguiendo a Martín Rivas, D. (2002: 231) podemos afirmar que “la evolución de la Educación para la Salud en la Escuela en Europa pasa de una fase sanitaria-higienista- biologicista, que va desde su comienzo en la década de los años cincuenta hasta mediados de la década de los setenta, con un enfoque dirigido hacia la enfermedad y su prevención, a otra salubrista que comienza a mediados de los años setenta y continua en la actualidad, con un enfoque hacia la salud y su promoción.”

Por su carácter transversal y no obligatorio, ha sido tratada de diferentes modos según el interés y la sensibilidad de los diferentes profesores y equipos directivos de los centros. Por esta razón se le ha dado más o menos importancia según los centros, pero globalmente podemos afirmar que son muchas las experiencias desarrolladas en nuestro contexto en relación a la EpS.

Los contenidos que de manera general suelen ser tratados por los diferentes países de la Unión Europea son los siguientes (COMISION DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, 1991,citado por Martín Rivas, D., 2002:194)

1. Cuidado de la salud personal, incluida la higiene personal y salud dental.
2. Salud mental y emocional, incluidas las relaciones personales y humanas, la convivencia y la educación sexual.
3. Educación sobre nutrición-alimentación sana.
4. Uso y abuso de sustancias que crean hábito, legales como tabaco y alcohol o ilegales.
5. Medio ambiente y salud.
6. Educación sobre seguridad y prevención de accidentes, incluidos los primeros auxilios.
7. Educación del consumidor.
8. Atención sanitaria comunitaria y su utilización, como recurrir a las instalaciones de atención sanitaria y a su personal.
9. Vida familiar, a veces incluida en la educación sexual.
10. Prevención y control de las enfermedades.

En concreto, dentro de los países de los que nos ocupamos en esta tesis ha destacado el interés por los siguientes temas (informe técnico comisión europea, 1991 citado por Martín Rivas, D. 2002:199):

En España: la alimentación y nutrición, la educación familiar y sexual, las toxicomanías, la higiene personal, el medio ambiente, las enfermedades (infecciosas y otras), el crecimiento y desarrollo, la salud mental y la actividad y ocio

En Italia: la alimentación y nutrición, la educación familiar y sexual, la seguridad, prevención de accidentes y primeros auxilios, las toxicomanías, la higiene personal, tabaco, alcohol, el medio ambiente, servicios sanitarios, relaciones personales y humanas y conocimiento de nuestro cuerpo

En Portugal: la alimentación y nutrición, la seguridad, prevención de accidentes y primeros auxilios, la higiene personal, el medio ambiente, prevención del cáncer y la actividad y ocio.

De modo concreto destaca en Italia el papel de los *Centro de Informazione e Consulenza* (CIC) [centros de información y consulta] creados en los centros educativos a partir del año 1998 (*Direttiva ministeriale n.463* del 26 de noviembre de 1998) y que funcionan como un servicio de apoyo a los estudiantes y a toda la organización del centro educativo a través de “la facilitación de la comunicación entre el centro, los servicios sanitarios, los entes locales y el voluntariado, para ofrecer a los jóvenes, a sus familias y al cuerpo docente informaciones, formación, orientación, apoyo y ayuda en relación con la prevención de los problemas de salud ligados a la adolescencia” (Mariani, U, 2001:31)

Destacamos el hecho de que la universidad, en estos tres países a los que hemos hecho alusión, tiene muy poca influencia en el desarrollo de la EpS en las escuelas ya que no colabora, por ejemplo, en la elaboración de recursos materiales para éstas, como si sucede en otros países europeos como Alemania.

Por último en cuanto a la formación inicial y permanente en EpS de los profesores de primaria en estos mismos países, depende en gran medida de las distintas universidades de cada uno de ellos siendo así obligatoria por ejemplo en algunas escuelas de magisterio en España, como es el caso de Salamanca, pero optativas en otras como Santiago de Compostela.

En líneas generales, aunque como ya hemos apuntado profundizaremos sobre este tema en el capítulo III de esta tesis, podemos afirmar, siguiendo los últimos informes del Ministerio de Sanidad y Consumo español, que “en la educación universitaria, la promoción y educación para la salud tienen una importancia curricular bastante “pobre” donde la hay, o no existe en diplomaturas donde debería haberla, en definitiva poca trascendencia curricular de la promoción y educación para la salud en los Planes de Estudio Universitarios.” (MSC, 2004:30)

1.2.4. Promoción de la salud en el entorno

Antes de centrarnos de lleno en los diferentes aspectos de este interesante enfoque, es necesario hacer una breve aclaración terminológica. Dado que el concepto deriva del término inglés *setting for health* o *health promoting setting*, no hay, lógicamente, una única traducción posible y podemos encontrarnos como sinónimos contexto, ambiente, entorno o escenario, todas ellas traducción del término inglés *setting*.

La propuesta de traducción que en España se ha hecho a través de la Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud de Ministerio de Sanidad y Consumo de *setting for health*, es la de *escenarios para la salud* y ha sido definida del siguiente modo: “El lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan a la salud y el bienestar.” (OMS,1998a:30)

En el mismo documento, traducción del glosario de promoción de salud presentado por la OMS en 1998 se detallan, con más profundidad, cuales son las características propias y las potencialidades en la mejora de la salud de un escenario:

Un escenario es también el lugar donde las personas usan y moldean activamente el entorno, creando o resolviendo problemas relacionados con la *salud*. Los escenarios normalmente pueden identificarse por tener unos límites físicos, una serie de personas con papeles definidos, y una estructura organizativa.

Las acciones para promover la salud a través de distintos escenarios, pueden adoptar muchas formas diferentes, que a menudo consisten en algún tipo de modificación organizativa, incluido el cambio del entorno físico, de la estructura de la organización, de la administración y de la gestión. Los escenarios también se pueden utilizar para promover la *salud* llegando a las personas que trabajan en ellos, usándolos para acceder a los servicios, y haciendo que interaccionen con la *comunidad*. Como ejemplos de escenarios se pueden citar los centros de enseñanza, los lugares de trabajo, los hospitales, las poblaciones y las ciudades. (OMS,1998a:30)

1.2.4.1. Características del enfoque de promoción de la salud en el entorno

El enfoque de salud en el ambiente surgió en los años 80. Desde esa época ha ido creciendo con mucha fuerza y consolidándose como una de las mejores opciones de puesta en práctica efectiva de promoción de salud a través de diferentes proyectos que han obtenido un amplio reconocimiento como es el caso de las Ciudades saludables, que analizaremos en el siguiente apartado.

Aunque con anterioridad algunas iniciativas de la OMS, que hemos descrito con detenimiento en el capítulo I, como la *Estrategia de Salud para todos en el año 2000 (1977)*, que pone énfasis en la equidad, la participación pública, la colaboración intersectorial o como la *declaración de Alma-Ata (1978)* en la que se propone una visión de la asistencia sanitaria primaria que integra los intereses de la sanidad pública, de la población y del ambiente, hayan sido influyentes, el documento que ha inspirado de modo más determinante este enfoque de *salud en el entorno* ha sido la *Carta de Ottawa (OMS, 1986b)* ya que ésta reivindica que se centre la atención sobre el ambiente afirmando que “la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa así mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.” (OMS, 1986b:3)

Algunos años más tarde la misma OMS (1991), reforzando lo anterior, señalaba que “para el año 2000, todos los lugares de vida y actividad social, tales como las ciudades, escuelas, lugares de trabajo, comunidades y hogares deberían proporcionar amplias oportunidades de promoción de la salud”. Éstos son sólo algunos ejemplos ya que, de manera más o menos directa, son muchos los documentos de la OMS, y de otras organizaciones e instituciones de promoción de la salud, en los que es posible ver reflejado este enfoque. Recientemente en la Carta de Bangkok (2005) podemos leer que para poder seguir alcanzando logros en promoción de la salud será necesario que desde los diferentes ámbitos se actúe para:

- *Abogar* por la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad,
- *Invertir* en políticas, medidas e infraestructura sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud
- *Crear capacidad* para el desarrollo de políticas, el liderazgo, las prácticas de promoción de la salud, la transferencia de conocimientos y la investigación y la alfabetización sanitaria
- *Establecer normas reguladoras y leyes* que garanticen un alto grado de protección frente a posibles daños y la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas

- *Asociarse y establecer alianzas* con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles.

Podemos observar como se reconoce el gran potencial, y se concede una importante responsabilidad, a las organizaciones, instituciones, centros de trabajo o cualquier lugar organizado, escenario o entorno, en la labor de mejora de la salud.

Hemos señalado la importancia de estos documentos, pero han sido muchos los factores que han desencadenado el nacimiento y desarrollo de este enfoque y están muy relacionados con muchos de los que hemos analizado en los distintos apartados de este capítulo.

Siguiendo a Dooris, M. et al. (1998) de modo esquemático podemos señalar como orígenes y desarrollo de este enfoque de promoción de la salud en el contexto los siguientes:

En sus orígenes tienen un papel fundamental tanto la idea, que como ya hemos señalado se encuentra evidenciada en la carta de Ottawa, de que la salud no es de modo primordial el resultado de la intervención médica sino el producto socio-ecológico de la interacción compleja de factores sociales, políticos, económicos, ambientales, genéticos y comportamentales, como las aportaciones de numerosos investigadores interesados, no tanto en evitar la enfermedad, sino en crear salud, lo que Antonovsky (1996) ha llamado investigación sobre la “salutogénesis” y a la que también hemos hecho referencia en el apartado 1.2.1.1

Esta atención a la creación de ambientes que promuevan la salud ha sido reforzada con la publicación de diversos documentos por parte de la Oficina Regional Europea de la OMS durante finales de los 80 y principios de los 90 y reafirmada ulteriormente por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el ambiente y desarrollo de 1992 y la resultante “Agenda 21”, que ha puesto de manifiesto la convergencia del desarrollo sostenible y de las acciones promotoras de salud.

Por tanto, teniendo en cuenta todo lo anterior, siguiendo a estos mismos autores Dooris, M et al. (1998:25-27), podemos señalar como principios en los que se basa esta estrategia de promoción de salud los siguientes:

- Una comprensión holística y socio-ecológica de la salud: una visión que toma en consideración la interacción dinámica de los factores personales y los factores ambientales, entendidos en su sentido más amplio, como determinantes de salud
- La concentración de la atención en la población, la política y los ambientes: centrándose en la construcción y elección de políticas que potencien la creación de ambientes favorables para las comunidades
- La equidad y la justicia social: el empeño en dar igualdad de oportunidades y hacer valer los derechos humanos
- La sostenibilidad: la salud depende de los recursos globales que la sostienen, así que las diferentes organizaciones tendrán que intentar un desarrollo sostenible ambiental y social, teniendo en cuenta cual es el impacto de sus políticas y acciones sobre las personas y el ambiente
- La participación de la comunidad: haciendo valer y defendiendo sus derechos y necesidades y participando de modo activo en todas las fases del proceso de promoción de salud
- La adquisición de habilidades y de poder: los individuos de las diferentes comunidades deben tener la posibilidad de controlar sus propias vidas y cambiar los aspectos que consideren necesarios
- La cooperación: aprovechando el apoyo recíproco, construir una colaboración interdisciplinar, interdepartamental e intersectorial.
- El consenso y la mediación: las organizaciones se caracterizan por tener intereses divergentes y por eso será tan importante que se favorezcan nuevos modos de tomar decisiones

que den prioridad al proceso de cambio, a la solución del conflicto y a la construcción de consenso, más que a la consulta simbólica y al ejercicio del poder.

- El patrocinio y divulgación: la capacidad y la responsabilidad de las organizaciones de patrocinar y divulgar públicamente las cuestiones de sanidad pública deben ser conocidas y desarrolladas.
- Los ambientes como sistemas sociales: que se caracterizan por una particular cultura organizativa, una estructura, funciones, normas y valores compartidos, en la cual las personas viven, trabajan, aprenden, aman y pasan el tiempo libre y en la cual la salud debe entrar a través de puntos de acceso prioritarios.
- Las acciones integradas sostenibles: activando mecanismos que aseguren que el impacto vaya más allá de la duración del proyecto, a través de acciones integradas en programas o proyectos ya existentes.
- Los ambientes como parte de un ecosistema interdependiente: ya que muchos ambientes están relacionados entre ellos y a su vez forman parte de un ecosistema más amplio e interdependiente.

Como ya hemos señalado, son muchos los movimientos y cambios sociales que han fortalecido el desarrollo del movimiento de promoción de la salud en el entorno. El hecho, al que hemos aludido en el apartado 1.2.2, de que los ámbitos de promoción de la salud hayan ido creciendo a lo largo de los años, tiene un papel fundamental. El primer paso fue considerar que la salud debía ir más allá del ámbito sanitario y por tanto no sólo estar presente en los centros de salud y hospitales sino en las escuelas y demás centros educativos. Hoy en día, y cada vez en mayor medida, se considera que estos dos ámbitos, el sanitario y el educativo, tienen un papel fundamental, pero el radio de acción de la promoción de la salud debe ampliarse todavía más y, siempre que sea posible de modo conjunto e interdisciplinar, debe estar presente en los diferentes ámbitos que influyen de modo directo en la calidad de vida de las personas: la comunidad, la política, el trabajo, el ocio, etc.

Siguiendo a Ewles, L. y Simnet I. (1999) citado por Zani, B y Cicognani, E., (2000:180-181) podemos señalar como principales ámbitos de promoción de la salud los siguientes:

- Programas de educación para la salud (Se trata de oportunidades que se ofrecen a las personas para que reciban información sobre la salud y modifiquen voluntariamente su propio comportamiento)
- Servicios sanitarios de tipo preventivo (Servicios sanitarios que realizan actividades de prevención)
- Trabajo en la comunidad (Se refiere al trabajo con diferentes grupos como aquellos de autoayuda)
- Desarrollo organizativo (Se trata de implementar y desarrollar programas de promoción de la salud dentro de las organizaciones, para el beneficio de los trabajadores y de los clientes o usuarios)
- Políticas públicas sanas (Engloba el ámbito de la salud pública)
- Medidas sobre la salud ambiental (Trata de conseguir un ambiente físico más favorable para la salud)
- Actividades económicas y reguladoras (Se ocupa de acciones políticas y educativas dirigidas a los políticos y gestores, que pretenden favorecer los cambios legislativos)

El hecho de que la promoción de la salud en el entorno se viese tan claramente influida por una orientación ecológica ha permitido importantes progresos y ha conseguido subsanar carencias de otros enfoques anteriores. Dentro de ella, siguiendo a Green, L.W. y Kreuter, M.W. (1999:23-24)

podemos señalar cuatro aspectos que han proporcionado contribuciones importantes, que otros enfoques infravaloran o incluso obvian.

- a) Advierte sobre los riesgos de la tendencia de intentar modificar los pequeños sistemas sin considerar y prever, antes de la intervención, las consecuencias sobre los sistemas más amplios (ejemplos de ello son las consecuencias de los cambios en los hábitos alimentarios sobre los sistemas agrícolas o ganaderos). Dada la estrecha interrelación entre los sistemas, el no considerar los potenciales efectos imprevistos puede perjudicar la eficacia de las intervenciones
- b) Sostiene que el funcionamiento está mediado por la interacción comportamiento-ambiente, lo cual tiene dos implicaciones, por una parte el ambiente controla y pone límites al comportamiento que se produce dentro de él y por otra las modificaciones de las variables ambientales tienen como consecuencia la modificación del comportamiento.
- c) Indica la necesidad de tener clara la especificidad del ambiente y el hecho de que una misma persona se comporte de modo diferente en ambientes diferentes. Esto tendrá una gran importancia ya que la eficacia de un método de promoción de la salud dependerá siempre de su adaptación y de su idoneidad respecto a las características de las personas, del problema de salud de que se trate y del ambiente en el cual deba ser aplicado. Esto justifica que se ponga como centro de las intervenciones de promoción de la salud a las comunidades y no a las personas individualmente.
- d) Llama la atención sobre la oportunidad de desarrollar intervenciones intersectoriales. Dada la complejidad y la interdependencia existente entre los elementos que componen la red ecológica, se necesitan intervenciones dirigidas a niveles diferentes.

Son, todos éstos, importantes aspectos que si no son tenidos en cuenta podrán hacer fracasar los distintos proyectos que se propongan en el ámbito de la promoción de la salud ya que no permitirán alcanzar los resultados deseados o incluso llegarán a ser contraproducentes al hacer que se obtengan resultados contrarios a los pretendidos.

Por último, resumimos a continuación las principales contribuciones y ventajas del desarrollo de este movimiento de promoción de la salud en el entorno y en las comunidades y de todos aquellos que tengan en cuenta los principios de una orientación ecológica:

Pueden alcanzar a muchas más personas que las intervenciones individuales; cuentan con mayor número de recursos y medios ya que pueden tener acceso a todos aquellos propios de las instituciones y organismos públicos, y muchas veces también privados; tienen mayores probabilidades de ejercer y hacer valer sus derechos ya que al actuar de modo conjunto y organizado sumarán fuerzas para defender intereses comunes; actúan desde y sobre diferentes ambientes y, como hemos visto en el apartado 1.2.3, en relación al modelo PROCEED, intervienen sobre los tres tipos de determinantes del comportamiento citados por Green, L.W. y Kreuter, M.W (1999): factores de predisposición, facilitadores y de refuerzo, haciendo, así, que su efectividad y eficiencia sea mayor.

Todas estas ventajas han hecho que, a pesar de su complejidad, éste sea uno de los enfoques con mayor auge dentro de la promoción de la salud.

Además, los proyectos emprendidos en este sentido obtienen importantes resultados con un impacto muy satisfactorio sobre toda la comunidad tanto a nivel humano como económico.

Uno de los ejemplos emblemáticos, y que más a menudo se citan, dada su amplitud y buenos resultados, dentro de este ámbito de promoción de la salud en el ambiente es el realizado en *North Karelia* (Finlandia) para el control de los factores de riesgo cardiovascular. En dicho proyecto se han combinado diferentes intervenciones, en ámbitos diversos, como: el compromiso de los servicios de salud, un programa de control de la hipertensión, entrenamiento del personal, distribución de material impreso, selección y formación de líderes en la comunidad, programas en el lugar de trabajo, programas de televisión, competencias para dejar de fumar, competencias

entre comunidades para bajar el colesterol promedio, colaboración con productores de alimentos y supermercados, políticas y legislación anti tabaco y concepción de un nuevo modelo de cambios de conductas.

Tomando como ejemplo este proyecto a menudo se habla también de las repercusiones a nivel económico, pues a pesar de ser un proyecto evidentemente muy costoso, dados todos los ámbitos en los que se deseaba intervenir y la gran cantidad de medios y recursos utilizados, estos gastos tuvieron una buena rentabilidad social y económica, considerando el ahorro en pensiones, tratamientos, rehabilitación y una mayor productividad como señalan Engleman, S.R. y Forbes J.F. (1986)

A continuación veremos el primer y más conocido ejemplo de promoción de salud en el entorno: las Ciudades sanas o saludables.

1.2.4.2. Ciudades saludables

El movimiento de Ciudades saludables de la OMS ha nacido en los años 80 como expresión de la necesidad de aplicar la *Estrategia de Salud para Todos* y los principios de Promoción de la Salud en el ámbito local adoptados por la *Carta de Ottawa* (1986).

Una de las definiciones más citadas de ciudad saludable es la dada por Hancock, T y Duhl, L.J. (1986): “Una ciudad saludable es aquella que de forma continua está mejorando su ambiente físico y social y potenciando aquellos recursos comunitarios que permiten a la población realizar todas las funciones de la vida y autodesarrollarse hasta su potencial máximo desde una perspectiva de apoyo mutuo”. Una idea sencilla que tiene, sin embargo, importantes e interesantes repercusiones, ya que como señala Ashton, J. (1987:24): “el concepto implica que las ciudades sean lugares en los que se potencien las experiencias y las posibilidades de sus habitantes encaminadas a jugar un papel decisivo en referencia a su salud”. Siguiendo a este mismo autor (Ashton, J., 1987) señalamos a continuación los cinco elementos más importantes del proyecto:

1. La formulación de conceptos que conduzcan a la adopción de planes de salud activos para las ciudades
2. El desarrollo de modelos adecuados de actuación en la práctica. Ello supone diferentes puntos de actuación para alcanzar una ciudad sana dependiendo de los propios objetivos de salud de las ciudades. Pueden variar entre acciones ambientales o programas diseñados para apoyar cambios de estilo de vida e ilustrarán los principios de promoción de la salud
3. Monitorización e investigación sobre la efectividad de los modelos de actividades en la salud de las ciudades
4. Intercambio de ideas y experiencias entre las ciudades colaboradoras y otras ciudades interesadas
5. Apoyo mutuo, colaboración y aprendizaje entre las ciudades europeas

En estos aspectos clave vemos reflejado el espíritu y los diversos rasgos definitorios del enfoque de salud en el ambiente, pero de entre todos estos rasgos destacan dos aspectos importantes: la evaluación que ha de ser profunda y rigurosa para permitir la mejora y mostrar evidencias de la efectividad y la colaboración que ha de producirse entre los diferentes niveles y sectores.

Tsouros A, G, director del centro de la OMS para la salud urbana y coordinador del proyecto de Ciudades saludables, en su artículo “Desde la ciudad sana a la universidad sana: desarrollo del proyecto y construcción de redes” expone los cuatro aspectos clave del proceso de desarrollo de los proyectos *Ciudades sanas*.

Asegurar el compromiso político: dando el liderazgo necesario, la legitimización, la dirección y los recursos para el proyecto.

Favorecer la visibilidad de la salud: promoviendo un amplio reconocimiento y evaluación de los principales desafíos que afectan a la salud en la ciudad y de los factores económicos, físicos y sociales que le influyen.

Promover cambios institucionales: apoyando y estableciendo colaboraciones intersectoriales, modernizando las estructuras y los procesos de la sanidad pública y promoviendo la participación activa de la comunidad.

Desarrollar acciones innovadoras para la salud: como promover la equidad y la sostenibilidad, redirigir las necesidades sanitarias de los ancianos y las mujeres, movilizar acciones para combatir la contaminación ambiental y los accidentes y desarrollar políticas comunitarias para la salud y proyectos sanitarios integrados. (Tsouros A, G., 1998:14)

Siguiendo a Maceiras, L. et al. (1997:5-6) podemos señalar como objetivos específicos de este proyecto de *Ciudades saludables* los siguientes:

- Asumir por consenso en pleno municipal las líneas directrices del programa. Es necesario el compromiso político municipal de adscripción al Proyecto.
- Elaborar el diagnóstico de situación. Uno de los elementos básicos para la realización de este diagnóstico es la participación comunitaria, por lo tanto la clave del mismo será la Encuesta de Salud, que nos permitirá conocer las *necesidades sentidas* por la comunidad.
- Elaborar el Plan de Salud del Municipio. Se dotará a la ciudad de un plan de actuación a la medida, que sirva de base y de marco para la promoción de la salud.
- Llevar a cabo en el municipio la estrategia que dimana del Plan de Salud.
- Fomentar en el ayuntamiento la intersectorialidad entre las diversas comisiones sectoriales del mismo (sanidad, educación, consumo, medio ambiente, urbanismo y obras públicas, tráfico y transporte, servicios sociales, juventud, deportes, cultura, participación ciudadana, etc.)
- Canalizar las demandas del municipio, fomentando la intersectorialidad entre las diversas instituciones implicadas (universidad, colegios profesionales, centros de salud, hospitales, asociaciones ciudadanas: de vecinos, culturales, juveniles, etc., organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación, etc.). Es necesario crear un amplio debate público.
- Realizar el seguimiento y evaluación de las actividades.
- Asegurar los recursos económicos necesarios para desarrollar el Proyecto.
- Designar un responsable político y un responsable técnico que coordinen y dinamicen todas las actividades del Proyecto en el municipio, garantizando el interés y la viabilidad de sus objetivos.
- Crear la estructura de participación comunitaria necesaria, con el fin de dinamizar la resolución de los problemas que existan.
- Informar al resto de las ciudades de la Red sobre el desarrollo del Proyecto con el objeto de intercambiar experiencias para elevar el nivel salud en las ciudades.

Como ya hemos esbozado en la introducción, y como veremos más detalladamente en el siguiente capítulo, son muchos los puntos en los que basta hacer pequeñas adaptaciones para poder extender las claves y los objetivos de la *ciudad saludable* a los de una *Universidad promotora de salud*.

De hecho, es dentro de este movimiento de *Ciudades saludables* donde surgen más directamente las *Universidades promotoras de salud*. Desde algunas universidades en las que ya se han puesto en marcha programas de este tipo se pone de relieve la importancia de las contribuciones recíprocas que la universidad y la ciudad pueden hacer a favor de la promoción de la salud. Peterken C. (1998) profesora de la Universidad de Portsmouth (Inglaterra) en su artículo “La universidad sana dentro de la ciudad sana” señala que las colaboraciones con los diversos agentes

de las administraciones locales pueden ser muy útiles y fructíferas para desarrollar proyectos complejos dentro de una universidad que indudablemente forma parte del ambiente en el que se encuentra ubicada, y por tanto se ve influida y a su vez influye en diferentes aspectos.

Siguiendo las indicaciones de Tsouros, A.G. et al (1998:122) en el informe publicado por la OMS como guía para las *Universidades promotoras de salud*, podemos señalar que el enfoque de promoción de la salud en el contexto tiene el potencial de incrementar la contribución de las universidades a la salud y de aumentar también su valor de los siguientes modos:

- Las universidades son grandes instituciones en las que mucha gente vive y experimenta muchos aspectos de su vida: aprende, trabaja, se socializa y goza de su tiempo libre; en muchos casos la gente utiliza una amplia variedad de servicios (alojamientos, comedores, transportes). Por eso dentro de las universidades se esconde un enorme potencial para proteger la salud y promover el bienestar de los estudiantes, docentes y resto del personal de la universidad y de la comunidad entera, que puede ser desarrollado a través de sus políticas y prácticas.
- Las universidades tienen un gran número de estudiantes que son o serán profesionales y políticos, con capacidad potencial de cambiar las condiciones que influyen en la salud de los demás. Desarrollando conjuntamente currícula e investigación, las universidades pueden incrementar el conocimiento y el compromiso con la salud de un amplio número de personas capacitadas y formadas en un enorme abanico de disciplinas
- Como ostentadoras de un papel principal dentro de la comunidad, las universidades gozan de la oportunidad de establecer ejemplos de buenas prácticas en relación a la promoción de la salud y pueden utilizar su influencia para favorecer la salud comunitaria a nivel local, nacional e internacional.

Es por esto, continúan estos mismos autores, que las universidades, pueden potencialmente aportar una contribución al incremento de salud en tres áreas diferentes:

- Creando condiciones saludables en los ambientes de trabajo, de aprendizaje y de vida, tanto para los estudiantes como para el resto de la comunidad universitaria
- Fomentando actitudes favorables hacia los temas relacionados con la salud en la enseñanza y la investigación
- Desarrollando colaboraciones para la promoción de la salud en las que se implique a toda la comunidad. (Tsouros A, G. et al.,2000:123),

Señalan, también, cómo las universidades que se implican en proyectos de promoción de la salud pueden obtener muchos beneficios incluyendo mejoras en la imagen pública, en el carácter de la universidad como institución, en el bienestar de los estudiantes y del resto de la comunidad universitaria y en las condiciones de vida y trabajo.

En este mismo informe promovido por la OMS, Asthon, J.(2000:8) señala los cinco parámetros que será importante tener en cuenta para desarrollar proyectos dentro de las universidades como escenarios o lugares organizados:

La demografía:

Será necesario conocer a la población que pasa su tiempo en el lugar considerado -sus características, sus opiniones sobre salud, sus valores culturales y los factores de riesgo-. Sin una base de conocimiento demográfico, es difícil afrontar las necesidades de salud con eficacia y eficiencia.

Las edificaciones:

Muchas personas pasan una gran parte de su tiempo dentro o entre los edificios. Las construcciones pueden influir sobre la salud y el bienestar a través de factores como la accesibilidad, la calidad del aire, el consumo de energía, el uso apropiado de materiales o la estética.

La cultura organizativa:

Para ser eficaces, los proyectos basados en los escenarios o lugares deben entender, trabajar con, y cuando sea necesario, intentar cambiar los valores culturales de las instituciones.

Los aspectos sanitarios:

Como el resto de los lugares, las universidades tienen problemas específicos de salud que afectan a su población y que por tanto son el principal centro de atención para el trabajo de promoción de la salud. Algunos ejemplos son la contracepción, los accidentes, el abuso de sustancias y el estrés.

Las relaciones con la comunidad:

La relación de la universidad con la propia comunidad es un componente esencial del proyecto. Será importante responder a las siguientes preguntas sobre cual es este tipo de relación de la universidad ¿está situada allí como un espacio que es posible visitar sin ninguna relación con la propia comunidad o por el contrario forma parte integrante de la propia comunidad? ¿Es un recurso para ella?

Como ya hemos señalado al principio de este apartado, la *Red de ciudades saludables* nació como un pequeño proyecto, pero hoy en día tiene adheridas más de 600 ciudades, y el número de municipios que tratan de adoptar los principios de este movimiento es creciente.

De todas estas ciudades que se encuentran participando dentro del proyecto, por diferentes razones sociales, políticas o económicas, no todas lo hacen con el mismo nivel de implicación y compromiso. Por ello podemos distinguir tres grupos diferentes de elementos operativos o redes dentro del proyecto Ciudades Sanas en Europa:

Red de las Ciudades Proyecto OMS

Esta red comprende en la actualidad unas 70 ciudades que mantienen el compromiso de desarrollar un enfoque complejo para alcanzar los objetivos del proyecto, el cual incluye un proceso decisional común, un intercambio de experiencias, control y evaluación sistemáticas.

Redes nacionales y regionales de ciudades sanas

Estas redes unen ciudades que, aunque están comprometidas con el proyecto, no están necesariamente obligadas a desarrollar todos sus aspectos. Estas redes facilitan el intercambio de informaciones y el patrocinio nacional y apoyan a las ciudades miembro a través de iniciativas formativas, consultas profesionales y paquetes informativos.

Planos operativos en varias ciudades

Los planos operativos de varias ciudades son llevados a cabo por subredes de ciudades que trabajan conjuntamente sobre cuestiones específicas de interés común. Existen planos operativos para los accidentes, para las agendas 21 locales, para el SIDA, para el alcohol, para la actividad física, para la nutrición, para las mujeres, para la droga y para el tabaco. Las ciudades que participan en alguno de los planos operativos deben respetar totalmente los principios y objetivos del proyecto Ciudades Sanas.

Las ciudades que hemos elegido para nuestro estudio, Viana do Castelo (Portugal), Turín (Italia) y Santiago de Compostela (España) se encuentran dentro del segundo grupo, perteneciendo respectivamente a la *Rede portuguesa de cidades saudáveis* desde el año 1999, a la *Rete italiana de città sane* desde 2004 y a la *Red española de ciudades saludables* desde el año 2005.

Nos hemos detenido con especial atención en las *Ciudades saludables* por la relevancia que, como ya hemos señalado, tienen para el movimiento de *Universidades promotoras de salud*, pero existen también otros importantes proyectos de salud basada en el entorno o el contexto, como los *Hospitales saludables* o la *Salud laboral*, que han influido e influyen todavía en las *Universidades promotoras de salud*. Hay, sin embargo otro gran movimiento, también impulsado de

modo muy activo desde la OMS, que ha influido y tiene muchas características en común con las universidades y es el de *Red de escuelas promotoras de salud*.

1.2.4.3. Escuelas promotoras de salud

La *Red europea de escuelas promotoras de salud* surge en 1992 como iniciativa de la OMS, acogiendo a más de 40 países.

La promoción de la salud en las escuelas “tiene como objetivo el lograr estilos de vida saludables para la totalidad de la población escolarizada, desarrollando ambientes de apoyo directamente relacionados con la promoción de la salud. Ofrece oportunidades y requiere compromisos para proporcionar un ambiente saludable y seguro a nivel social y físico.” (OMS,1993 citado por Naidoo, J. y Wills, J. (2000:281).

Un movimiento, por tanto, que se basa en sencillos principios, pero que pretende ambiciosas metas como demuestran sus objetivos:

- Favorecer modos de vida sanos y ofrecer al alumnado y al profesorado opciones, a la vez realistas y atractivas, en materia de salud
- Definir objetivos claros de promoción de la salud y de seguridad para el conjunto de la comunidad escolar
- Ofrecer un marco de trabajo y de estudio dirigido a la promoción de la salud, donde se tengan en cuenta:
 - Las condiciones del edificio escolar
 - Las condiciones de los espacios deportivos y de recreo
 - Los comedores escolares
 - Los aspectos de seguridad de los accesos, etc.
- Desarrollar el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud
- Posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico y social, y la adquisición de una imagen positiva de sí mismos en todo el alumnado
- Favorecer buenas relaciones entre todos los miembros de la comunidad escolar y de ésta con su entorno
- Integrar de forma coherente la Educación para la Salud en el Proyecto Curricular, utilizando metodologías que fomenten la participación del alumnado en el proceso educativo
- Proporcionar a los alumnos y alumnas los conocimientos y habilidades indispensables para adoptar decisiones responsables en cuanto a su salud personal o que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad de su entorno
- Identificar y utilizar los recursos existentes en la sociedad para desarrollar acciones en favor de la promoción de la salud
- Ampliar el concepto de los servicios de salud escolar para hacer de ellos un recurso educativo que ayude a la comunidad escolar a utilizar adecuadamente el sistema sanitario

Vemos, pues, como son muchos los aspectos y recursos de la escuela como institución que pueden promover la salud. Naidoo, J y Wills, J. (2000:287) destacan “el contexto físico; la naturaleza de las relaciones de los diferentes agentes de la escuela; la relación mutua con la comunidad; la calidad del proceso de enseñanza aprendizaje; los sistemas de disciplina, atención y ayuda y el carácter general de la escuela.”

Se trata de aprovechar estos aspectos, de desarrollar sus potencialidades, para así convertirlos en centros de promoción de salud. Según los autores Young, I. y Williams, T. (1989:32), un centro promotor de salud es el que:

- Considera todos los aspectos de la vida del centro educativo y sus relaciones con la comunidad
- Se basa en un modelo de salud que incluye la interacción de los aspectos físicos, mentales, sociales y ambientales
- Se centra en la participación activa de los alumnos con una serie de métodos variados para desarrollar destreza
- Reconoce una amplia gama de influencias sobre la salud de los alumnos-as e intenta tomar en consideración sus actitudes, valores y creencias
- Reconoce que muchas destrezas y procesos básicos son comunes a todos los temas de salud y que estos deberían programarse como parte del currículo
- Considera que la autoestima y que la autonomía personal son fundamentales para la promoción de una buena salud
- Da gran importancia al entorno físico del centro, así como al efecto psicológico directo que tiene sobre profesores, personal no docente y alumnos
- Considera la promoción de la salud en la escuela como algo muy importante para todas las personas que conviven en ella
- Reconoce el papel ejemplarizante del personal docente
- Sabe que el apoyo y la cooperación de los padres y madres es esencial para una *Escuela promotora de salud*
- Tiene una visión amplia de los servicios de salud escolar, que incluye la prevención y los exámenes de salud, pero también la participación activa en el desarrollo del currículum de EpS. Además, da a los alumnos la posibilidad de hacerse más conscientes como consumidores de servicios médicos

Sólo cuando una escuela, a través de su equipo directivo y de todos sus agentes, se compromete y se empeña en cumplir todos estos requisitos y poner en práctica políticas y acciones que tengan en cuenta el bienestar y la salud de sus alumnos y de la comunidad en general, se podrá unir a la *Red de escuelas promotoras de salud*.

De modo sintético la OMS (1993) señala los 12 criterios para una *Escuela promotora de salud*:

- a) Promoción activa de la autoestima de todos los alumnos demostrando que cada uno puede aportar su contribución a la vida de la escuela
- b) Desarrollo de buenas relaciones entre los docentes y los alumnos y entre los mismos alumnos en la cotidianidad de la escuela
- c) Clarificación de los objetivos sociales de la escuela tanto para los alumnos como para los docentes
- d) Posibilidad de desafíos estimulantes para todos los alumnos a través de una amplia variedad de actividades
- e) Uso de cada oportunidad para mejorar el ambiente físico de la escuela
- f) Desarrollo de buenas relaciones entre la escuela, el hogar y la comunidad
- g) Desarrollo de buenas relaciones entre las escuelas primarias y secundarias con el fin de planear un coherente currículum de promoción de la salud
- h) Promoción activa de la salud y del bienestar de la escuela y los docentes
- i) Importancia del papel de los docentes en los temas relacionados con la salud
- j) Importancia del papel complementario de los comedores de la escuela (si los hay) para un currículum de educación para la salud

- k) Creación de una estructura de servicios especializados en el asesoramiento y apoyo en la educación para la salud
- l) Potenciación de la misma estructura de servicios para que desarrolle una función activa en el desarrollo del curriculum de educación para la salud y no solo de chequeos médicos rutinarios (OMS, 1993)

Podemos señalar algunos aspectos importantes que se extraen de estos criterios como el hecho de que fomenten el trabajo colaborativo, la cooperación de los distintos departamentos y de éstos con el resto de los agentes de la comunidad, poniendo especial énfasis y atención en fortalecer las colaboraciones con la familia.

La relevancia que se concede al ambiente tanto físico como psicosocial en el desarrollo de los programas.

La importancia que se concede a los servicios, en especial a aquellos de comedor, como promotores de la salud más allá del propio curriculum.

Y, por último, como consecuencia de todo lo anterior, el enfoque interdisciplinar que se da a la promoción de la salud, que no se centra en un ámbito o una asignatura determinada, sino que está presente e impregna cada una de las dimensiones presentes en la propia escuela y en todo lo que la rodea y le influye.

Por tanto, podemos afirmar, que las ventajas de adoptar los principios propios de una *Escuela promotora de salud* son muchas y con una gran repercusión en muy diferentes ámbitos. De modo breve y claro en la resolución de la *I Conferencia de escuelas promotoras de salud* celebrada en Tesalónica (Grecia) en 1997 se afirmaba que “las escuelas promotoras de salud son una inversión en educación, salud y democracia”.

En general podemos definir como *Escuela promotora de salud* a aquella que trabaja y se esfuerza de modo conjunto a través de todos sus agentes y servicios para mejorar la calidad de vida y el bienestar de sus alumnos y por extensión también de sus trabajadores e incluso del resto de la comunidad local y global.

Al igual que hemos afirmado en relación con las *Ciudades saludables*, también dentro de los objetivos y características de una *Escuela promotora de salud* hay gran cantidad de aspectos que es posible aplicar a la educación superior, puesto que, aunque es en etapas anteriores, de infancia y de adolescencia, cuando se crean y desarrollan actitudes y comportamientos para una vida más o menos saludable según los casos, muchos de estos comportamientos y de estas actitudes se consolidarán durante la época universitaria.

1.2.5. Síntesis del capítulo

A lo largo de este II capítulo hemos realizado un análisis de los factores más importantes e influyentes en el desarrollo del concepto de promoción de la salud, así como de sus principales consecuencias, limitaciones y potencialidades.

En el primer apartado hemos analizado *la evolución del concepto de salud* hacia un *sentido positivo*, que busca bienestar y no sólo ausencia de enfermedad, *e integral*, que contempla los aspectos subjetivos y los ámbitos psicológico y social además del físico. Hemos destacado los hitos más importantes que han influido en la evolución y confirmación de estos rasgos en el concepto de salud y hemos analizado también la repercusión que este nuevo modo de concebir y entender la salud ha supuesto en las maneras de actuar a la hora de intentar mantener o mejorar ésta.

Hemos visto las consecuencias de la *identificación de los estilos de vida saludables como uno de los determinantes más influyentes* en la consecución, mantenimiento y mejora de la salud.

Como consecuencia tanto de ésta nueva concepción de salud, más amplia y positiva, que se entiende como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”(OMS, 1946), como de la constatación de la determinante y creciente influencia

de los estilos de vida y los comportamientos en la aparición y desarrollo de muchas de las más graves enfermedades que se producen actualmente en los países desarrollados se deriva la necesidad de concederle una mayor importancia a los proyectos y programas de prevención y promoción de la salud, frente a aquellos de carácter curativo y paliativo, que han sido desarrollados tradicionalmente en los ámbitos relativos a la salud.

Dentro del concepto de promoción de la salud hemos analizado la presión de algunos factores que lo han hecho crecer, como son el aumento de las denominadas enfermedades de la civilización, en las que tendrán un papel fundamental los estilos de vida, o el siempre creciente y difícilmente sostenible gasto en salud pública experimentado por la mayoría de los gobiernos occidentales.

Hemos realizado un recorrido por los pasos anteriores que han centrado, y centran todavía el interés de las actuaciones en el ámbito de la salud: el tratamiento y la prevención en sus diferentes fases y momentos (primaria, secundaria y terciaria). Se señalan los principales cambios que supone la evolución de la prevención hacia la promoción, como son la centralidad de la salud frente a la enfermedad y del presente frente al futuro, ya que no se tratará de evitar o paliar la enfermedad en el futuro sino de conseguir o mejorar la salud en el presente.

Hemos abordado la educación para la salud (EpS) como principal estrategia de la promoción de la Salud. La Eps es considerada uno de los instrumentos más útiles y eficaces para la consecución de los fines perseguidos por los programas, proyectos y actividades de prevención, promoción y desarrollo de la salud. Se destaca la necesidad, para incrementar su efectividad, de que actúe de modo conjunto sobre los conocimientos, las actitudes y los comportamientos, lo que implica que han de proporcionarse, desarrollarse y promoverse tanto informaciones como habilidades y valores, para intentar conseguir que los individuos y las comunidades sean más capaces de decidir libremente y escoger las opciones más saludables en su vida cotidiana.

Hemos destacado la importancia concedida tanto al ambiente (físico, social, laboral, etc) como al desarrollo de la acción comunitaria y la participación activa en la consecución de condiciones de vida más saludables.

Finalmente, hemos concluido este capítulo analizando la relevancia que ha adquirido la promoción de la salud en los ambientes en los que las personas desarrollan su vida cotidianamente, tales como las ciudades, las escuelas o las universidades.

A través de todos estos aspectos tratados en los diferentes apartados hemos intentado dar una visión general de cuáles han sido los gérmenes, las raíces, el abono y los frutos de la promoción de la salud.

1.3. Promoción de la salud en la universidad

En el primer capítulo, de esta parte teórica que ahora concluimos, nos hemos ocupado de modo general de los principales cambios que afectan al ámbito universitario y de modo especial de las necesidades e intereses de los estudiantes universitarios. En el segundo hemos tratado los conceptos fundamentales y la evolución de la promoción de salud así como los principales enfoques que se están desarrollando en la actualidad en ella.

En este tercer capítulo, retomando las aportaciones de los anteriores, nos centramos en los orígenes, características, ámbitos y repercusiones de la promoción de la salud en la universidad. Nos ocuparemos también de los diferentes tipos de servicios que desde la universidad se les ofrecen a los estudiantes para intentar cubrir sus intereses y paliar sus necesidades.

1.3.1. Universidades promotoras de salud (Ups)

Después de haber descrito y analizado, en el capítulo precedente, algunos de los más importantes ejemplos de promoción de la salud en el entorno nos ocupamos ahora de las universidades que, como lugares donde se produce una importante y variada actividad laboral, social y cultural, resultarán idóneos para proponer un enfoque de este tipo.

Como señalan Reig, A et al. (2001), en su informe sobre la calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios, la idea de *Universidad promotora de salud* no es nueva y citando a O'Donell, T. y Gray, G.(1993) y Peterken,C. (1996) destacan que "las instituciones de enseñanza superior se han comprometido desde hace tiempo en la promoción de la salud y del bienestar de los estudiantes. Lo nuevo, no obstante, consiste en un nuevo marco con una nueva metodología de trabajo." (Reig, A et al.,2001: 17)

El profesor Mariano Giacchi, coordinador del Centro de investigación sobre educación y promoción de la salud de la universidad de Siena (Italia) cita, en la introducción a la edición italiana del informe/guía de la OMS (2004) sobre Ups, al que hemos aludido en el apartado anterior y que, dada su importancia, utilizaremos también como guía de este capítulo, el modo claro y decidido en el que Tsouros, A.G.(1998:13) define las Ups:

El concepto de Universidad saludable significa mucho más que ejecutar intervenciones de educación sanitaria y de promoción de la salud para los estudiantes y para el personal. Significa integrar la salud en la cultura, en los procesos y en las políticas universitarias. Significa comprender y tratar la salud en un modo diferente y desarrollar un cuadro de acción que una factores como el fortalecimiento del poder de acción de los individuos (empowerment), el diálogo, la elección y la participación, con el objetivo de favorecer la equidad, sostenibilidad y ambientes de vida, de trabajo y de aprendizaje favorables para la salud.

Las universidades pueden potencialmente transformarse en un modelo de lugar que promueve la salud, pues tienen las capacidades intelectuales, las habilidades, la autoridad y la credibilidad necesaria para alcanzar este propósito. Las universidades son además un valiosísimo recurso para la comunidad en la cual se encuentran. Invertir en universidades saludables es, sobre todo, una inversión para el futuro (...) Las universidades –con su peculiar cultura, su posición en la sociedad y su entramado de habilidades, que resulta único– ofrecen un terreno ideal de prueba para aplicar, evaluar y desarrollar ulteriormente la promoción de la salud.

Podemos destacar, ya en esta primera definición, una de las principales y más reiteradas ventajas de la promoción de la salud en la universidad: sus influencias favorables no recaerán sólo sobre los más directamente afectados por sus políticas y acciones, que son los estudiantes y el personal docente y no docente, sino que su radio de acción tiene posibilidades de ampliarse mucho más afectando también a la comunidad en la que la universidad se encuentra ubicada y a la sociedad en general.

Se trata de dar vida, efectivamente, a todas esas grandes ideas y propósitos que se describen en las declaraciones universales y las cartas resultantes de las Conferencias internacionales de promoción de la salud.

En el prólogo de la mencionada guía sobre *Universidades saludables*, Booth, B. y Ritchie, B. (1998:iii-iv) señalan que la clave de cualquier iniciativa de promoción de la salud en la universidad es el compromiso total para aceptar y entender la salud sostenible dentro de la organización en su conjunto, lo que significa que:

- Las universidades, siendo grandes e importantes instituciones pueden comprometerse para mejorar la salud dentro de su propia cultura organizativa, en su estructura y sus prácticas, creando ambientes de vida, de aprendizaje y de trabajo que sean promotores de salud
- Las universidades como lugares que proporcionan empleo a un amplio número de personas, pueden promover el bienestar de sus trabajadores a través de una gestión y política apropiada
- Como centros de creación, de aprendizaje e investigación las universidades, potencialmente, pueden desarrollar, sintetizar y aplicar investigación y conocimiento en relación con la salud
- Las universidades, dado su papel educativo de las futuras generaciones, tienen la potencialidad de hacer desarrollar la capacidad de análisis crítico de la salud sostenible y un sentido de responsabilidad personal y comunitaria que influirán ampliamente sobre la sociedad
- Como ambientes organizados dentro de los cuales los estudiantes desarrollan procesos de independencia, las universidades tienen tanto la responsabilidad como el potencial de conseguir un desarrollo personal y social saludable de sus alumnos
- Las universidades como recurso y agente en las comunidades locales, nacionales y globales ostentan un papel crucial como mediadores y promotores de una política pública saludable y sostenible (Booth, B. y Ritchie, B., 1998)

Vemos, a través de los aspectos clave, como se recalca la variedad y diversidad de dimensiones en las que la promoción de la salud estará presente en la universidad, ya que ésta, además del tradicional papel de centro educativo de investigación y docencia, desempeña funciones como centro de trabajo, como centro en el que se proporcionan diferentes servicios, etc.

Se indican, también mediante estos aspectos clave, las potencialidades de la promoción de la salud en la universidad, potencialidades que veremos con más detalle a continuación y que podrán desarrollarse efectivamente cuando se unan esfuerzos y se trabaje para el cumplimiento tanto de las metas como de los objetivos propios de las UpS y que Dooris, M. (1998:106) señala de modo conciso.

Metas:

- Integrar en la estructura, procesos y cultura universitaria un compromiso de cara a la salud, así como desarrollar el potencial de la universidad como agente promotor de salud
- Promover la salud, el bienestar y la calidad de vida universitaria de los estudiantes, de los profesores, del personal de administración y servicios, y de la comunidad general

Objetivos:

- Integrar un empeño y una visión de la salud dentro de los planes y de las políticas universitarias
- Desarrollar un concepto de universidad como lugar de trabajo saludable y de apoyo
- Apoyar el desarrollo saludable, personal y social, de los estudiantes universitarios
- Crear ambientes promotores de salud y ambientes físicos que funcionen como recursos de apoyo
- Incrementar el conocimiento, el compromiso y la comprensión entre departamentos y centros universitarios hacia una promoción de la salud multidisciplinar
- Apoyar el concepto de promoción de salud sostenible en la comunidad general.

Siguiendo esta misma línea, recientemente, en el *II Congreso internacional de Universidades promotoras de salud*, celebrado en Edmonton (Canadá) en octubre de 2005 se han propuesto los siguientes objetivos:

- Modelar a nivel institucional una cultura de promoción de la salud y un entorno laboral, de vida y de aprendizaje, sostenible.
- Actuar para mejorar el ambiente de trabajo, de aprendizaje y de vida de todos los estudiantes y del resto de la comunidad universitaria.
- Permitir y apoyar a los individuos para que vivan una vida útil y productiva con elecciones de estilos de vida saludables.
- Mejorar los servicios de salud para los estudiantes y para el resto de la comunidad universitaria.
- Fomentar que los estudiantes y el resto de la comunidad universitaria asuman responsabilidades en su propia salud y bienestar
- Dar apoyo a los alumnos para que participen en la vida institucional, defendiendo la promoción de la salud.
- Formar a los estudiantes como ciudadanos comprometidos con la promoción de la salud en las comunidades u organizaciones a las que pertenezcan.
- Apoyar la promoción de la salud dentro de la comunidad a nivel local, nacional y global. (*Carta de Edmonton para universidades e instituciones de educación superior promotoras de la salud*, 2005:2)

Antes de seguir señalando los diversos aspectos fundamentales propios de los proyectos de salud en la universidad, para poder entender mejor su origen y evolución, hay algunos hitos, que conviene destacar. Como ya hemos apuntado, las raíces de este movimiento son amplias, y como suele suceder con todas las raíces están entrelazadas: hemos señalado la *Carta de Ottawa* (1986) por su valor simbólico de pionera en considerar la relevancia del ambiente, pero las demás cartas

resultantes de las conferencias mundiales de la promoción de la salud posteriores hasta la de Bangkok (2005) han tenido un papel importante pues señalan aspectos tan relevantes como la participación y el fortalecimiento de los individuos y de la comunidad.

En la *Carta de Edmonton para universidades e instituciones de educación superior promotoras de la salud* se señalan “Los objetivos de desarrollo del milenio” (OMS, 2000a) y la “Civil Society Initiative” (OMS, 2001b) como documentos clave ya que determinan el papel y las responsabilidades que potencialmente pueden cumplir las instituciones de educación superior.

En Europa, el primer impulso de estas acciones se centra en el Reino Unido. Tsouros, A.G. (1998) señala los dos eventos más importantes en relación a la promoción de la salud en la universidad desarrollados en Europa: En 1996 la *I Conferencia internacional sobre universidades promotoras de salud* celebrada en Lancaster y en 1997 un encuentro de la OMS para fijar criterios y estrategias para una nueva *Red europea de universidades promotoras de salud*. A partir de las conclusiones extraídas de estos dos eventos, de los resultados de los proyectos de promoción de salud desarrollados en la Universidad de Lancaster y la Universidad Central de Lancashire y de las experiencias obtenidas en otros proyectos de promoción de salud en el contexto, especialmente los de *Ciudades saludables*, *Escuelas promotoras de salud* y *Hospitales saludables*, Tsouros, A.G. y otros colaboradores, en 1998, han publicado, con el apoyo de la Oficina regional europea de la OMS, un importante manual sobre las UpS bajo el título de *Health Promoting Universities: Concept, experience and framework for action*, al que ya hemos aludido y en el que se pueden encontrar algunas de las referencias más importantes y más citadas en relación a la promoción de la salud en la universidad.

A nivel intercontinental destacan la *Conferencia Pan-Americana de Universidades Promotoras de Salud*, celebrada en Santiago de Chile en 2003 y la posterior *II Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de Salud* desarrollada en 2005 en Edmonton (Canadá) y que ha dado como resultado la *Carta de Edmonton para universidades e instituciones de educación superior promotoras de la salud* a la que también ya hemos hecho referencia.

En el contexto donde se centra el estudio empírico de esta tesis, España, Italia y Portugal, el desarrollo de promoción de salud en la enseñanza superior, está todavía dando sus primeros pasos, aunque se percibe un interés creciente por este tema por parte de diferentes universidades.

En España destaca el proyecto “Universidad Saludable” de la Universidad de Navarra y el interés mostrado por otras universidades, como la de Alicante, con el estudio presentado por Reig, A. et al. (2002) sobre calidad de vida y salud de sus estudiantes, pero, como señala García Martínez, A. (2004:12) “se constata la necesidad de avanzar en la ampliación del campo de actuación educativa para la salud a los niveles superiores de la educación dado su impacto social global, teniendo en cuenta que, en España, aquella se centra especialmente en los niveles primario y secundario de la enseñanza”. Por lo que se refiere a la Universidad de Santiago de Compostela, al igual que en las de Turín y Viana, nos centraremos en su relación e implicaciones en la promoción de la salud en la parte empírica de este trabajo.

En Portugal, como veremos a través del estudio de caso del *Instituto Politécnico de Viana do Castelo* (IPVC), se demuestra un fuerte interés por la promoción de la salud en los centros de educación superior, sobre todo, a través de los gabinetes de apoyo al estudiante y de las acciones que estos desarrollan con especial atención a las actividades de apoyo psicopedagógico y de promoción de hábitos de vida saludables.

En Italia, lo veremos a través del estudio de caso de la *Università degli Studi di Torino*, hay también un creciente interés por la promoción de la salud en la universidad. Un ejemplo de este interés se refleja en la traducción del manual de la OMS sobre UpS al que hemos hecho mención y que se pretende sirva de guía para desarrollar proyectos de este tipo en la diferentes universidades transalpinas. La educación para la salud, presente en los currícula de diferentes titulaciones tiene también, como veremos, un peso relevante en la labor de promoción de salud en las facultades.

tades, al igual que algunos importantes servicios centrados en el apoyo personal y académico al estudiante como el *counseling* y el *tutorato*.

Además, algunas universidades desarrollan proyectos específicos de educación o promoción de la salud. De entre ellas destaca la Universidad de Padua que ha puesto en marcha, a través de su servicio de *counseling*, un proyecto de educación para la salud. Este interesante proyecto encuentra justificación en diferentes documentos relevantes como el *Piano Sanitario Nazionale* [Plan nacional de salud] en el que “se señala la importancia de la promoción de la salud y se hace especial hincapié en la identificación y el control de los factores de riesgo y de los comportamientos que favorecen la aparición de patologías” y como el *Community Action Programme on Health Promotion* (1996/2000) aprobado por el Parlamento Europeo,

en el que se auspicia que la promoción de la salud pueda convertirse en un componente esencial de la actividad curricular de cualquier comunidad, y en especial de aquellas educativas, presentando la siguiente articulación:

- Aclarar la finalidad social de la educación (escuela, universidad, etc) e ilustrar sus potencialidades en la promoción de la salud
- Promover el sentido de responsabilidad en la salud del individuo, de la familia y de la comunidad.
- Promover la autoestima del estudiante mejorando su capacidad para expresar su potencial físico, psíquico y social.
- Ofrecer un currículum coherente de educación para la salud
- Proponer una gama realista y atrayente de elecciones positivas para la salud, con la finalidad de potenciar estilos de vida saludables. (Trentin, R. y Scacchi, L., 2003:1)

Como ya hemos señalado, en la segunda parte de este trabajo, a través del estudio de casos desarrollado en las universidades seleccionadas, nos centraremos en analizar el papel de la promoción de la salud. Sin embargo, en esta primera parte de fundamentación utilizaremos los estudios realizados en universidades con una mayor tradición en el campo de la promoción de la salud en la educación superior para mostrar de modo sintético y gráfico algunos de los principales elementos y factores que deberán ser tomados en consideración en el diseño y desarrollo de programas de UpS.

Estas orientaciones generales pioneras tienen un importante valor y de ellas deben ser tenidos en cuenta aquellos aspectos interesantes que puedan ser transferibles a nuestro contexto, pero siempre considerando la necesidad de realizar pertinentes adaptaciones.

Dooris, M. (2001:6) en la descripción del estudio de caso sobre la Universidad Central de Lancashire, una de las pioneras en adoptar proyectos de promoción de la salud, señala gráficamente del siguiente modo las áreas prioritarias en las que tendrán que actuar los planes y políticas universitarias para la promoción de la salud.

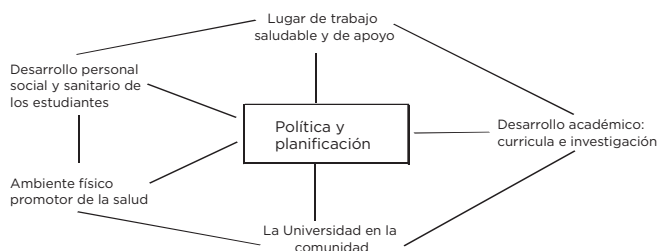


Gráfico 1.3.1.1.
Áreas prioritarias de los proyectos de promoción de la salud en la universidad

Fuente: Dooris, M. (2001:16).

De modo más completo Beattie, A. (1998), en la descripción del estudio de caso del otro centro pionero en promoción de salud, el College de St. Martín en Lancaster, elabora una completa

tabla que será de utilidad para poder realizar el análisis estructural y la planificación estratégica de la promoción de la salud en la universidad.

Tanto la tabla 1.3.1.1 como el gráfico 1.3.1.1 evidencian de modo claro y gráfico uno de los principios de la promoción de la salud en la universidad, la intersectorialidad y su carácter holístico. Vemos cómo la promoción de la salud está presente, o debe intentar estarlo, de modo activo en cada uno de los grandes ámbitos de los que se ocupa la universidad.

Tabla 1.3.1.1. Cuadro de Beattie sobre la Universidad promotora de la salud

	Cursos	Servicios	Infraestructuras	Políticas
Información sobre la salud y consejos de comportamiento individual	Debates, películas y seminarios sobre los riesgos sanitarios como el estrés, el tabaco y VIH/SIDA	Exposiciones, eventos e informaciones sobre temas relativos a la salud de actualidad	Espacio y recursos para la educación sanitaria y la acción preventiva	Políticas internas del campus sobre comportamientos individuales de riesgo como el tabaco, el estrés y la seguridad
Consulta personal para apoyar el control de la vida y los propios cambios	Discusiones y debates sobre la presión de los coetáneos y sobre las habilidades sociales en cuestiones relativas a la salud como el sexo, VIH, drogas...	Oportunidades y apoyo para el autocontrol y la auto-ayuda.	Infraestructuras para la autoayuda y las actividades de grupo	Políticas para apoyar al personal que debe adaptarse a nuevos roles y códigos como los relacionados con el tabaco
Acción administrativa para la salud con la intención de reformar los sistemas de reglamento	Encargos y proyectos que exploren y definan el perfil sanitario de la universidad	Canales para el intercambio de informaciones	Gráficos, etiquetas, correo y otros modos para apoyar la idea de un campus de salud	Políticas y reglas universitarias sobre la salud bien definidas y pactadas con los estudiantes y el personal.
Desarrollo de la comunidad en la salud para identificar un terreno común y facilitar la acción conjunta	Programas de educación para la salud para adultos y para la comunidad local y no local	Encuentros, forum, ferias y otros eventos para abrir el debate y la formulación de decisiones sobre una agenda para la salud que tenga en cuenta a la universidad	Disposiciones para una utilización doble y múltiple del espacio y de los recursos: ¿una universidad saludable es una universidad abierta?	Estructuras explícitas y abiertas a la formulación de políticas sobre la salud como aspecto de la calidad de vida

Fuente: Beattie, A. (1998:47).

En la investigación:

Despertar y/o aumentar el interés de la investigación por los muchos y variados campos ligados a la salud será uno de los más importantes logros que intentará alcanzarse en una *Universidad promotora de salud*.

Para que esto sea posible será necesario transmitir una visión holística y positiva de la salud. Esta visión conseguirá dejar claro que no todas las investigaciones relevantes para la salud han de llevar la etiqueta de sanitaria o médica, sino que desde muy diferentes campos pueden hacerse contribuciones útiles y necesarias a la investigación sobre salud.

La universidad además posee unas características privilegiadas en cuanto a medios materiales, humanos y tecnológicos para poder desarrollar importantes investigaciones en el ámbito de la salud.

Otra importante ventaja de la universidad reside en el hecho de reunir a diferentes profesionales y departamentos de áreas variadas que podrán trabajar de modo conjunto e interdisciplinar sobre los diferentes ámbitos de la salud para conseguir mayores logros.

En la docencia:

Del mismo modo que hemos señalado en referencia a la investigación, también en relación con la docencia los temas ligados con la salud pueden estar presentes en muchos de los diferentes currícula de cada una de las titulaciones y no sólo reducirse a aquellas licenciaturas o diplomaturas del ámbito más puramente sanitario como son medicina o enfermería.

La educación para la salud tendrá un papel fundamental, especialmente, en los currícula de los futuros profesores y maestros, que deberían estar formados en este ámbito para poder así transmitir sus conocimientos y habilidades a sus futuros alumnos. Sin embargo, como señala el Ministerio de Salud y Consumo a través de su informe *Formación en promoción y educación para la salud* (MSC,2004:30) a pesar de esta necesidad hay importantes lagunas en este ámbito: "Actualmente, en las licenciaturas y diplomaturas relacionadas con las Ciencias Sociales, especialmente las Ciencias de la Salud y la Educación, los contenidos curriculares relacionados con la promoción y educación para la salud, no se contemplan en todas ellas, siendo, en la mayoría de los casos, asignaturas optativas o contenidos dispersos en otras asignaturas de ámbito más general."

Por último, uno de los modos más útiles e interesantes de introducir la promoción y la educación para la salud en las facultades es, como señalan autores como Rosales, C. (2000) o Precioso, J. (2004b), como contenidos transversales de modo análogo a como se hace en etapas educativas anteriores.

En los servicios universitarios:

Los servicios universitarios, dada su variedad, sus amplios radios de acción, su modo de trabajar a través de proyectos y su potencial dinamismo, representan uno de los ámbitos con mayores posibilidades para la promoción de la salud.

Debido a las muchas funciones que cumplen las universidades se ha hecho necesario que ofrezcan una gran cantidad de servicios para satisfacer las necesidades e intereses de los estudiantes en particular y de toda la comunidad universitaria en general.

Los servicios generales de apoyo a la vida estudiantil como transportes, comedores o residencias tendrán la potencialidad de desarrollar un papel relevante en la promoción de la salud ya que podrán contribuir a fomentar hábitos saludables en relación a temas tan importantes como la alimentación o el ejercicio físico.

Otro importante grupo de servicios que desempeñan un rol fundamental son los servicios relacionados con el ocio y el tiempo libre. Éstos se ocupan de todos aquellos ámbitos que no están cubiertos por las funciones principales de la universidad, investigación y docencia, convirtiéndose en espacios donde los alumnos pueden desarrollar, encontrar o demostrar sus talentos, practicar y disfrutar sus aficiones y sobre todo ocupar de modo saludable su tiempo libre. La universidad, de modo especial a través de sus servicios deportivos, culturales y, cada vez con más fuerza, a través de los servicios de voluntariado universitario, consigue ofrecer a sus alumnos y al resto de la comunidad universitaria importantes e interesantes alternativas de ocio y de desarrollo personal.

Por último, dentro de este ámbito, no podemos olvidar otro gran grupo de servicios que representa una de las mayores oportunidades de mejora de la calidad de vida y del bienestar de los estudiantes universitarios a través de la mejora de la calidad de su experiencia personal y académica en la universidad: los servicios de apoyo, orientación e información al alumnado. Estos servicios, que como analizaremos en el apartado siguiente, pueden centrarse en el ámbito académico, personal o profesional, y que, como hemos comprobado en el estudio de casos que forma la parte empírica de esta investigación, toman forma y desarrollan importantes proyectos a través de gabinetes, áreas, centros o departamentos diferentes, cumplen una importante función, dando apoyo a los estudiantes en estos tres ámbitos diferentes, donde, inevitablemente, a los jóvenes se les presentarán problemas, pues se enfrentan a experiencias, en general, muy distintas a las que han vivido anteriormente.

Como se señalan diversos autores, (Tavares, J., Santiago, R., Taveira, M.C., Lencastre, L. y Gonçalves, F., 2000) citados por RESAPES (2002:9), "existe una correlación positiva entre la percepción del grado de adaptación a la institución de enseñanza superior y el éxito académico objetivo." Por tanto "se destaca la importancia de la implementación de programas de inter-

vención dirigidos tanto a la adquisición de competencias académicas que posibiliten abordar el estudio de modo más eficiente, como al desarrollo personal y vocacional de los estudiantes.”

De hecho “en los últimos años en toda Europa se ha asistido a un progresivo aumento de los servicios para los estudiantes universitarios” dado que “se considera que tales servicios pueden ayudar de modo concreto en la disminución del riesgo de fracaso” (Fulcheri, A. et al., 2003:6). Este mismo autor (Fulcheri, A., 2003:5) citando a Bell, E. (1994) señala que “la presencia de servicios a los estudiantes contribuyendo a la reducción del fracaso y de los abandonos, aumenta el prestigio de la institución”

En el estudio de casos que conforma la parte empírica de esta investigación, en relación con todos estos ámbitos de actuación que ahora estamos señalando nos hemos centrado, de modo especial, en los servicios universitarios dada su diversidad y sus potencialidades.

Hemos constatado que no se trata sólo de ir más allá del análisis de los servicios sanitarios y de la asignatura de educación para la salud, y que no llegará con que extendamos nuestra atención a otros servicios directamente relacionados con la salud como los comedores, las instalaciones deportivas o los gabinetes de apoyo psicológico, ya que como hemos visto, en nuestros estudio de casos, proyectos, planes y servicios que aparentemente tienen una relación menos directa con la salud como el área de cultura de la USC, el comité de defensa de igualdad de oportunidades en Turín o los servicios de voluntariado internacional del *Instituto Politécnico de Viana do Castelo* son, potencial y efectivamente, modos y vehículos de promoción de salud en la universidad, entendida siempre de ese modo holístico y positivo en que la hemos definido en los apartados anteriores de esta fundamentación.

En la proyección social:

La universidad, como parte de la comunidad tendrá un papel fundamental y podrá aprovechar su posición privilegiada de reconocimiento y prestigio social para proponerse como ejemplo de buenas prácticas y como impulsora y catalizadora de proyectos de mejora de la salud.

Asimismo los centros de educación superior podrán aprovechar, a través de colaboraciones y convenios tanto con organismos públicos (tales como los servicios de administración local o provincial, los centros de información juvenil, los centros de planificación familiar, los programas de deportes, etc.) como con fundaciones privadas u organismos sociales que se ocupan de promoción de la salud, los recursos, los medios y las experiencias ya diseñadas y consolidadas que éstos organismos o fundaciones le ofrezcan y propongan.

En las políticas universitarias:

La autonomía que la universidad posee puede ser aprovechada para fomentar políticas saludables y sostenibles que se interesen por la mejora de la calidad de vida tanto de los estudiantes como del resto de la comunidad universitaria y general.

Las políticas podrán ser promotoras de salud teniendo presentes, como estamos viendo, los distintos ámbitos universitarios y no sólo aquellos más directamente relacionados con aspectos tradicionales de investigación y docencia, donde también representarán un papel muy importante fomentando el interés académico hacia la promoción de la salud en los distintos departamentos y facultades, sino a través de ámbitos relacionados con los servicios como los transportes, los comedores o, por ejemplo, como en la actualidad se está haciendo en la mayoría de las facultades españolas, con políticas dirigidas a la prevención y deshabitación del tabaquismo.

En el ambiente:

Por último, una universidad que pretenda ser promotora de salud, y que por tanto trabaje y encamine sus esfuerzos para alcanzar resultados en todos los apartados anteriores, estará en condiciones de ofrecer un ambiente de trabajo, un entorno físico y un contexto social que facilite el desarrollo personal, que resulte agradable y que sea sostenible, lo que en definitiva significará que será un ambiente promotor de salud y calidad de vida.

Además de esta intersectorialidad, que hemos señalado como uno de los rasgos definitorios y también una de las ventajas de la promoción de la salud en la universidad, hay otra importante característica que también se señala a menudo como uno de los aspectos más positivos de estos proyectos: su proyección en el futuro.

Como señalan Abercrombie, N. et al. (1998:51):

La universidad representa un ambiente en el cual los estudiantes no sólo son formalmente instruidos, sino que crecen también en el plano personal y social en un momento importante en sus vidas. Este crecimiento tiene efectos profundos no sólo durante el período de estudios sino sobre el resto de sus vidas (en las elecciones que realizarán, en sus valores, sus prioridades y sus trabajos, en sus vidas familiares y en la comunidad en la que vivirán).

La universidad, como puente entre la adolescencia y la vida adulta, entre la vida estudiantil y la vida laboral, tiene un importante papel para intentar fomentar las responsabilidades profesionales, personales, familiares, civiles, etc. de sus estudiantes. Una vez más, el carácter intersectorial de la promoción de la salud, hará que ésta esté presente en todos estos ámbitos. Por tanto los beneficios podrán extenderse, no sólo a lo largo del tiempo, sino que los estudiantes en el futuro podrán fomentar estos hábitos saludables en el lugar de trabajo, en su vida familiar, en su vida social, etc haciendo que los beneficios repercutan sobre un elevado número de personas.

Hemos visto, hasta ahora, las ventajas y las potencialidades de la promoción de la salud de la universidad, pero resulta evidente que la complejidad y la ambición de los proyectos que hemos descrito hasta el momento presentarán también importantes limitaciones a la hora de plantearlos o ponerlos en práctica.

Señalamos, a continuación, algunas de las principales limitaciones de la promoción de la salud en la universidad y, siguiendo las indicaciones y reflexiones de diferentes expertos, con experiencia en el desarrollo de proyectos en este ámbito (Peterken, C., 1998; Dooris, M., 2001; Stock, C. 2005) proponemos posibles soluciones y alternativas para intentar superarlas.

Normalmente, se alude en primer lugar a las limitaciones financieras. La situación actual de crisis y recortes financieros en los centros de enseñanza superior es señalada reiteradamente en diferentes medios y podría hacernos pensar que, por tanto, ésta será una de las más importantes constricciones. Un análisis más profundo de las propuestas de promoción de la salud en la universidad pone de relieve, sin embargo, que los esfuerzos que éstas precisan para ser puestas en marcha no son en gran medida económicos, pues no necesitan la adquisición de grandes recursos, medios o instalaciones, o la puesta en marcha de nuevos servicios, sino que requieren la adaptación, la revisión, la reconversión, la optimización o la mejora de los ya existentes.

En este sentido afirma Tsourous, A. G. (1998:34,35) “un proyecto de Universidad promotora de salud no es y no debería ser visto, como una especie de actividad de lujo o de moda para ser realizada en tiempos de prosperidad, al contrario, invertir en este tipo de proyectos en tiempos de dificultades financieras puede resultar un extraordinario recurso para planear y promover la salud de los estudiantes y del resto de la comunidad universitaria, para asegurar una atención adecuada a las políticas de equidad y sostenibilidad y para promover un diálogo sano y construir procesos decisionales participativos.”

Un argumento análogo al anterior podemos utilizar para justificar la superación de las posibles limitaciones estructurales ya que estos proyectos no tratarán de construir nuevas estructuras sino de reorientar las que ya existen para hacerlas más saludables cuando sea preciso.

Más importantes resultan, sin embargo las limitaciones de tipo cultural, pues, como hemos señalado, los principales cambios que supone una *Universidad promotora de salud* con respecto a una universidad tradicional, son justamente cambios en la cultura. Recordemos que hemos señalado como primera meta de promoción de la salud en la universidad la integración del compromiso de cara a la salud en la estructura, en los procesos y en la cultura universitaria, lo que

supone un cambio cultural que implicará comprender y aceptar los beneficios de la promoción de la salud.

En una institución tan grande, compleja, organizada y burocratizada como es la universidad conseguir que se produzcan efectivamente, y no sólo de modo superficial o aparente, estos cambios no resultará sencillo. Sin embargo, siguiendo las indicaciones señaladas, como resultado de su experiencia, por diversos autores (Peterken, C. 1996; Dowding, G. y Thompson, J.; 1998, Dooris, M. 2001), si se consigue seguir algunos importantes pasos la tarea resultará menos difícil y los pretendidos cambios empezarán a ser visibles. Estos pasos a los que se hace referencia tienen que ver con tres aspectos diferentes:

Buscar evidencias de los cambios y mejoras conseguidos. Los proyectos de promoción de la salud en general, y aquellos que se desarrollan en la universidad en particular, ofrecen, como sucede con los programas de prevención, en gran medida, resultados a largo plazo, y esto aunque, como hemos señalado, resultará muy positivo pues hará que los jóvenes estudiantes obtengan beneficios a lo largo de toda su vida y no sólo durante el período universitario, tiene también consecuencias negativas por lo desmotivador que puede resultar no comprobar los resultados del propio esfuerzo. Este hecho podría ser paliado tanto a través de una evaluación continua y rigurosa que ponga de relieve los resultados obtenidos, como con la proposición, en el diseño de los programas y proyectos de promoción de la salud, de algunos objetivos que muestren la efectividad de los mismos y puedan ser cumplidos a corto plazo.

Integrar, y no añadir, los proyectos de promoción de la salud en otros proyectos o actividades ya existentes y consolidados, ya que si no serán vistos como una sobrecarga de trabajo. Como ya hemos señalado, en la mayoría de los casos para que los ambientes sean saludables, para que los servicios promocionen la salud, para que la investigación y la docencia se ocupen de temas de salud, etc. no es necesario que docentes, investigadores, responsables o técnicos sobrecarguen sus ya sobrecargadas tareas y funciones, sino que tendrán que impregnar éstas de una nueva visión, que tenga presente la importancia de la salud, haciendo para esto los cambios oportunos. Transmitir con claridad este mensaje será primordial para evitar el rechazo y las reticencias por parte de muchos agentes fundamentales en el desarrollo de estos programas en la universidad.

Fomentar la investigación sobre necesidades e intereses del alumnado. Una importante limitación que a menudo es señalada por diferentes autores (Peterken, C., 1998; Stock, C. 2005;...) es la escasez y poca profundidad de los datos obtenidos sobre las necesidades, intereses, calidad de vida y otras características propias del estudiantado universitario. La mayoría de las estadísticas realizadas sobre jóvenes universitarios son de tipo cuantitativo (edades, lugar de procedencia, número de alumnos, número de abandonos, etc.), pero existe poca investigación cualitativa que será de enorme importancia para poder conocer a fondo las necesidades e intereses del alumnado, para conseguir, con ellas como base, proponer y desarrollar proyectos que puedan satisfacerlas.

1.3.2. Servicios universitarios

Hemos visto en el apartado anterior que son muchos y muy diferentes los ámbitos y ambientes universitarios desde los cuales es posible mejorar la calidad de la universidad en general y fomentar la promoción de la salud en particular.

En este apartado nos centraremos en el ámbito de los servicios universitarios, y con especial interés en aquellos dedicados a la orientación y apoyo de los estudiantes.

Hemos visto también en apartados precedentes (apartado 1.2.1.7) que las características y los cambios producidos en la institución universitaria han propiciado un continuo y creciente desarrollo en la difusión y proliferación de los servicios que la universidad ofrece.

Reflexionamos ahora sobre las principales características de estos servicios para poder, posteriormente, analizar como contribuyen o pueden contribuir a la promoción de la salud.

Comenzamos, siguiendo las conclusiones del encuentro de profesores universitarios organizado por el Grupo de Investigación Comparada de Sevilla (GIECSE), la Sociedad Española de Educación Comparada (SEEC) y la Universidad de Sevilla sobre *Los servicios al estudiante en las universidades españolas*, celebrado en Sevilla en octubre de 2003, mostrando una sintética clasificación de los servicios presentes en las universidades, teniendo siempre en consideración que dependiendo de cada universidad concreta habrá una mayor presencia de unos u otros:

- Servicios de apoyo a la vida académica:
 - Bibliotecas
 - Servicios informáticos
 - Servicios reprográficos
 - Servicios de soporte a la participación estudiantil
 - Servicios de soporte psicopedagógico
 - Servicios de incorporación del estudiante al mundo del trabajo
 - Servicios de apoyo a la formación académica en otras universidades
 - Servicios de idiomas al estudiante
 - Servicios al estudiante extranjero
- Servicios de soporte económico a los estudiantes:
 - Becas
 - Colaboraciones puntuales dentro de la universidad
- Servicios de soporte a la vida universitaria:
 - Alojamiento
 - Transporte
 - Comedor
 - Seguros
- Servicios de soporte al voluntariado:
 - Servicios de cooperación internacional
 - Servicios para los programas sociales
- Servicios de ocio y tiempo libre:
 - Servicios deportivos
 - Servicios culturales
- Otros servicios
 - Servicios de soporte para estudiantes presos
 - Servicios de soporte para estudiantes con minusvalías
 - Servicios de asistencia religiosa.

Existen, obviamente, otros tipos de servicios y, sobre todo, otras muchas maneras de clasificarlos atendiendo a diferentes criterios. Por su sencillez destacamos, a modo de ejemplo, la clasificación aportada por Galán Vallejo, M. (2000:22) que divide los servicios de la siguiente manera:

Servicios básicos: la docencia y la investigación

Servicios periféricos: en los que distingue a su vez los *asociados* como aquellos que forman parte indisoluble del servicio básico (bibliotecas, laboratorios, etc.) y los *complementarios*, que

a pesar de no resultar necesarios se incorporan al paquete de servicios con el fin de mejorarlo (servicios culturales, deportivos, asistenciales, etc.)

En las diferentes universidades podemos encontrar clasificaciones diferentes de los diversos servicios que son ofrecidos. Estas clasificaciones suelen contener en casi todos los casos un apartado dedicado a *servicios de apoyo a la docencia y a la investigación, servicios de asistencia a la comunidad universitaria* (en algunos casos a estos servicios se les une también los de relaciones con la sociedad) y *otros servicios de interés* que pueden presentar muy diferentes nombres según las instituciones (de apoyo y asesoramiento al gobierno de la universidad, de administración, etc.)

Sin menospreciar la importancia que cada uno de los diferentes servicios puede tener para el desarrollo completo y la maduración del estudiante que la universidad pretende, nos ocupamos a continuación de los cuatro tipos de servicios que hemos seleccionado para su análisis a lo largo del estudio de casos que forman la parte empírica de esta tesis. Dada la imposibilidad de centrarnos con rigor en todos los servicios universitarios hemos escogido aquellos que presentaban una mayor relación y vinculación, potencial o efectiva, con la promoción de la salud en la universidad. Estos servicios son:

- Servicios de apoyo y orientación al estudiante (tutorías, apoyo psicológico, oficinas de información, etc)
- Servicios relacionados con el ocio y tiempo libre (servicios deportivos y culturales)
- Servicios de apoyo al voluntariado (oficinas de voluntariado, agencias de cooperación)
- Servicios de soporte a la vida universitaria (comedores y residencias)

Como ya hemos apuntado, será en la parte empírica de esta tesis, a través del desarrollo del estudio de casos, cuando trataremos detalladamente, a través de los instrumentos utilizados en dicho estudio (entrevistas, análisis de documentos y cuestionarios), las características de los servicios de las distintas universidades que se estudian, pero en esta parte teórica vamos a identificar y reflexionar sobre algunos de los principales rasgos de cada uno de estos servicios.

1.3.2.1. Servicios de apoyo y orientación al estudiante

Empezaremos abordando los servicios que se ocupan de la orientación universitaria, pues son éstos unos de los servicios más importantes y a los que se le está prestando cada vez una mayor atención. Dedicaremos a ellos un mayor espacio dado su importancia y la diversidad de subservicios que engloba

Resulta patente el considerable esfuerzo que se está realizando en los últimos años por introducir los servicios de orientación de modo profundo y generalizado en nuestro contexto nacional. Sin embargo diversos autores como Apodaca, P. y Lobato, C. (1997:15) nos recuerdan que “en nuestras universidades, la orientación es una asignatura pendiente” y “aún no ha sido reconocida su dimensión fundamental y su conexión con la calidad de la educación”. Como explican Álvarez Rojo, V. y Lázaro, A. (2002:21) “carecemos en nuestras universidades de una tradición de oferta de servicios a los estudiantes. Hasta fechas recientes los servicios disponibles para los estudiantes en la mayoría de las universidades se referían a temas administrativos, de organización de prácticas en empresas o de tratamiento psicológico individualizado”

Los motivos que han propiciado esta falta de tradición en nuestro país son diversos, Martín, E. et al. (1999: 102) señalan que “el estudiante universitario ha sido concebido tradicionalmente como el único responsable de su aprendizaje, y más concretamente, su voluntad y dedicación, con lo cual el éxito o el fracaso se debía a una decisión personal” limitando así “el desarrollo de sistemas de ayuda al estudiante”.

La mayoría de los autores están de acuerdo en señalar la coincidencia en el tiempo del interés por la calidad y de las propuestas de mejora de los servicios de apoyo al estudiante.

Un claro ejemplo de la asociación de calidad y servicios está presente en el *informe universidad 2000* (Bricall, J.M., 2000) en el que se insiste a lo largo de varios apartados en la necesidad de apoyo y asesoramiento a los estudiantes universitarios.

En la legislación de nuestro país referente al ámbito universitario, sin embargo, los servicios de orientación y apoyo al estudiantado han estado siempre bastante olvidados e incluso la reciente Ley de Orgánica de Universidades (LOU, 2001) hace solamente una vaga referencia a la orientación, pero no a cómo ha de ser desarrollada. Señalamos a continuación los dos puntos donde podemos encontrar referencias a este tema, que se encuentran dentro del apartado referido a los derechos y deberes a los estudiantes:

- “La orientación e información por la universidad sobre las actividades de la misma que le afectan.
- El asesoramiento y asistencia por parte de profesores y tutores del modo que se determine.” (LOU, Título octavo, art. 46)

En Italia, sin embargo, la Ley de Reforma universitaria (L341/90) es más explícita concediendo al *tutorato* [tutoría] la responsabilidad de contribuir a paliar las elevadas y preocupantes cifras de fracasos y abandonos universitarios. Además desde 1995 la Conferencia de rectores de las universidades italianas ha mostrado un especial empeño en delinear las bases para que las diferentes universidades pudiesen activar y gestionar tanto la tutoría como la orientación.

Antes de adentrarnos en la caracterización de los servicios de orientación queremos dejar claro que cuando nos referimos a estos servicios, tanto en la parte empírica como teórica, lo hacemos en toda su amplitud considerando, como más adelante ampliaremos, sus diferentes vertientes:

- Orientación Personal: (apoyo y asesoramiento psicológico, etc.)
- Orientación académica: (tutorías, etc.)
- Orientación Profesional (servicios de apoyo al empleo, etc.)

Para no hacer excesiva la extensión de este trabajo exponemos a continuación de modo sintético las principales características, metas y objetivos, ámbitos de actuación, funciones, tareas, limitaciones y posibilidades de mejora de la orientación universitaria:

Del mismo modo que sucede en relación con otros aspectos del panorama educativo, el desarrollo de la orientación a nivel mundial ha sido muy desigual. A menudo se subrayan las importantes diferencias entre el sistema norteamericano y el europeo. Pero también dentro de los sistemas europeos existen diferencias muy significativas. Repetto, E. et al. (2000: 47-48) citando los resultados de un importante estudio coordinado por la Asociación europea de la orientación en educación superior Forum Européene de l’Orientation Académique (FEDORA) sobre los servicios de orientación en la educación superior en la Unión Europea (Watts, A.G. y Van Esbroeck, R., 1999) señala los rasgos generales de la orientación en la Unión Europea:

- Diversos países prestan mayor atención a la orientación académica, sobre todo en el acceso a la enseñanza superior y durante los primeros cursos (Bélgica, Dinamarca, Finlandia y Alemania)
- Los servicios de orientación profesional tienen una larga tradición en países como Irlanda y Reino Unido (y aunque también proporcionan orientación académica, está menos profesionalizada), y en los demás países se están desarrollando en mayor o menor medida.
- En Francia los servicios de Información y Orientación Universitarios (SCUIO), proporcionan orientación tanto académica como profesional, desde antes del acceso a la universidad hasta el final de los estudios, incluidas tareas de colocación que también se realizan en servicios separados

- La orientación personal y la atención psicológica están muy desarrolladas en diversos países, mientras que en otros es aun incipiente (Grecia, Italia), si bien está aumentando considerablemente. En ciertos casos son servicios de la comunidad en general (Austria, Dinamarca), mientras que en otros están dentro de las instituciones de enseñanza superior (Finlandia, Irlanda, Holanda, Reino Unido). En Alemania, los servicios de orientación generales se centran en la atención psicológica y en la orientación académica. También las Asociaciones Estudiantiles proporcionan servicios de orientación personal y social.
- Mientras que el sistema tutorial (atención más personalizada y orientación por parte del profesorado) se está introduciendo en diversos países, en el Reino Unido, donde existe una larga tradición del mismo, está en cuestión este sistema básicamente por cuestiones de recursos económicos.
- Puede decirse que en general los servicios de orientación están más consolidados en los países del norte de Europa, pero se están desarrollando rápidamente en los del sur (particularmente en Italia y en España). Pero incluso donde están más desarrollados, no existe un enfoque holístico e integrador predominando la mayor atención a unos aspectos que otros (en algunos casos la orientación académica y en otros la profesional), si bien se observa una tendencia progresiva a tener en cuenta todas las facetas.

Hemos esbozado en la introducción de este apartado como el fin o meta última de los servicios de orientación y apoyo al estudiante es conseguir mejorar la situación personal, social, académica y profesional del estudiante universitario.

Siguiendo a Rodríguez, A. (2002:179-180) podemos señalar de, modo claro y sintético, como las tres metas establecidas tradicionalmente y desarrolladas a través de sus correspondientes objetivos las siguientes:

- *Autoconocimiento y relaciones interpersonales.* Fomento de todas aquellas competencias y habilidades que permitan un mayor y mejor desarrollo e integración personal y social.
 - Los objetivos que se señalan para conseguirla son:
 - Afrontar la problemática personal
 - Fomentar sentimientos de autoestima y expectativa de logro
 - Identificar los propios intereses
 - Valorar la importancia del crecimiento y cambio
 - Conocer la influencia de un autoconcepto positivo
 - Adquirir destrezas de interacción con los demás
- *Exploración y planificación de la carrera.* El estímulo de las capacidades de recogida, selección y tratamiento de la información de modo crítico, así como el desarrollo de capacidad de toma de decisiones.

Los objetivos que se derivan son:

 - Conocer las diferentes ocupaciones y los cambios de roles masculinos y femeninos
 - Tomar conciencia de las interrelaciones de los diferentes roles de vida
 - Conocer el mundo del trabajo y sus relaciones
 - Valorar el trabajo como fuente de satisfacción personal y servicio a la sociedad
 - Comprender el proceso de planificación de carrera
 - Adquirir destrezas de toma de decisiones
 - Capacitar para afrontar la planificación de carrera
- *Desarrollo educativo y ocupacional:* Desarrollo de conocimientos, actitudes y valores que ayuden y orienten la configuración del curriculum formativo.

Se traduce en los siguientes objetivos:

- Conocer los beneficios que los logros educativos proporcionan a las oportunidades de carrera
- Comprender las relaciones entre trabajo y aprendizaje
- Obtener información relativa a las oportunidades de desarrollo académico y profesional
- Desarrollar destrezas para localizar, comprender y utilizar la información tanto académica como profesional
- Desarrollar procedimientos para buscar, conseguir y conservar el trabajo
- Comprender como el trabajo se relaciona con las necesidades y funciones de la sociedad
- Valorar la importancia de los itinerarios formativos para el desarrollo de la carrera
- Compaginar la formación cultural con la formación general.

Podemos observar, a través de estos distintos objetivos, cómo dentro de la función orientadora son considerados tres planos, que son, a su vez, los tres ámbitos a los que hemos hecho alusión en la introducción de este apartado al hablar de las distintas vertientes de los servicios de orientación:

Personal, la dedicación que las universidades prestan a este tipo de orientación es muy variada. Es conocido por todos la mayor importancia que se concede a este tipo de orientación en el mundo anglosajón. También son muy diferentes los modos de desarrollarla, desde las consultas personalizadas individuales hasta campañas generales.

Profesional, que suele ser de ayuda y apoyo en la búsqueda de empleo al finalizar la carrera. También puede estar presente no solamente cuando los alumnos acaban la carrera, sino durante toda ella para proporcionarles una ayuda eficaz a la hora de ir formando su curriculum de modo que sea más competitivo en el momento de buscar empleo.

Académico, ésta es una de las más tratadas en casi todas las universidades, sin embargo, la profundidad con la que se aborda varía mucho de unas a otras y va desde actividades más puramente informativas de trámites administrativos como la matrícula o la elección de la libre configuración a programas específicos de técnicas de estudio o tutorías.

De modo gráfico y claro Watts, A.G. y Van Esbroeck, R. (1999) muestran un modelo que clarifica el papel de los diferentes servicios de orientación al estudiante universitario.

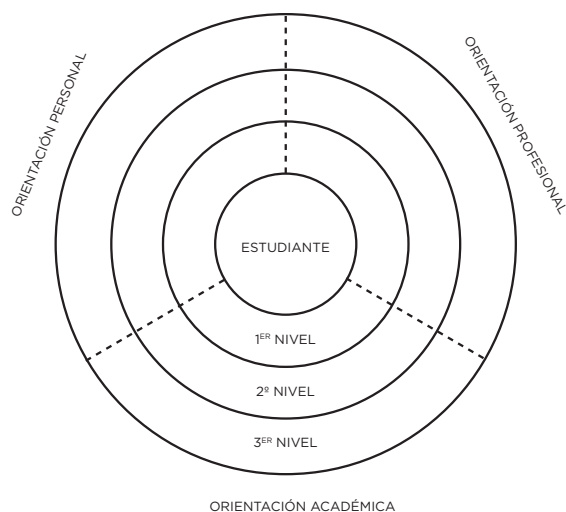


Gráfico 1.3.2.1.1.

Estructura analítica derivada de un modelo holístico de orientación centrada en el estudiante

Fuente: Watts, A. G. y Van Esbroeck, R. (1999:23)

En cuanto a los aspectos en los cuales se centran estos servicios se distinguen los tres siguientes que, aunque no de modo rígido, podrían asociarse con lo que anteriormente hemos denominado orientación académica, orientación profesional y orientación personal.

Orientación académica: ayuda en la elección de las diferentes opciones formativas, apoyo en el aprendizaje y en los problemas de estudio.

Orientación profesional: ayuda en las elecciones profesionales y en la inserción en el mundo laboral.

Orientación personal: apoyo en los problemas personales, de relaciones y sociales.

En lo que se refiere a los distintos niveles de actuación se distinguen los siguientes:

Primer nivel: cuando el servicio forma parte de la función didáctica formal

Segundo nivel: cuando el servicio está relacionado con la función didáctica formal, pero tiene un cierto grado de especialización

Tercer nivel: cuando el servicio está separado de la función didáctica formal y el apoyo es ofrecido por especialistas.

Aunque ésta suele ser la forma más habitual de presentar los ámbitos de actuación de la orientación hay otros muchos modos de hacerlo.

Campoy Aranda, T y Pantoja Vallejo, A (2000) después de una amplia revisión bibliográfica añaden a estos planos más clásicos, otros dos:

Los servicios de orientación para la carrera que se refieren a aquellos que “abarcan aspectos tanto académicos como profesionales, relacionados con la planificación, el ajuste entre personalidad/tareas a desempeñar y el desarrollo del proyecto profesional” (Campoy Aranda, T. y Pantoja Vallejo, A , 2000:23)

Los servicios de salud y asistenciales “formados por contenidos que aluden tanto a la salud en general, servicio sanitario y adicciones que afectan a los estudiantes, además asistenciales como vivienda, alimentación asesoramiento jurídico y tiempo libre” (Campoy Aranda, T. y Pantoja Vallejo, A ,2000:24)

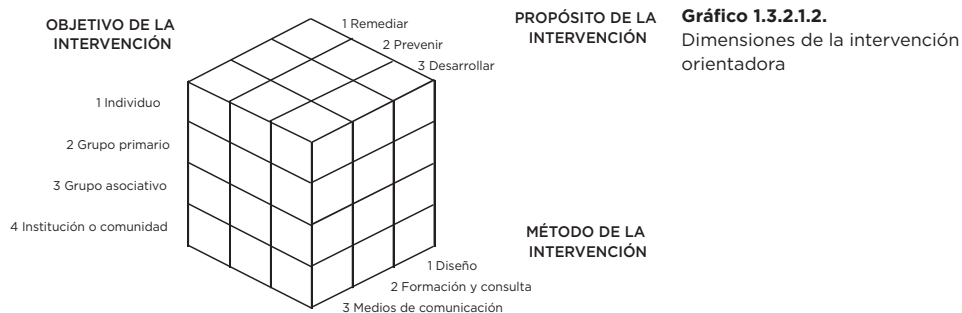
Resulta también interesante la clasificación aportada por Bisquerra, R. (1998:12), que de modo esquemático presenta propuestas de orientación según áreas.

Tabla 1.3.2.1.2. Propuestas de orientación según áreas

Aprendizaje	Atención a la diversidad	Orientación académica y profesional	Prevención y desarrollo personal
a) Estudio y organización del tiempo en la universidad	a) Apoyo a los inmigrantes	a) Toma de decisiones	a) Habilidades sociales
b) Preparación de los exámenes	b) Atención a los fracasados	b) Elección de itinerarios	b) Educación emocional
	c) Atención a los estudiantes en riesgo de abandono	c) Relaciones entre titulaciones y empleo	c) Salud: Tabaquismo, drogodependencias, SIDA, etc
	d) Apoyo a los discapacitados	d) Estrategias de búsqueda de empleo	

Fuente: Bisquerra, R. (1998:12).

En cuanto a las funciones de la orientación o del orientador en muchos de los textos que se ocupan de este tema (Sanz Oro, R., 1987; Álvarez Rojo, V., 1994,...) es habitual encontrar referencias más o menos explícitas al modelo conceptual tridimensional de Morrill, W.H. Oetting, J.C. y Hurst, E.R. (1974), que reproducimos a continuación ya que representa de modo claro y sintético las diferentes dimensiones de la intervención orientadora.



Fuente: Morrill, W. H., Oetting, J. C. y Hurst, E. R. (1974).

Las tareas que han de realizar los servicios de orientación, como cabe suponer después de haber señalado la complejidad y variedad de las funciones que ha de desempeñar, de las metas que pretende alcanzar y de los ámbitos que debe cubrir, serán muchas y muy variadas.

Watts, A.G. et al (1999) en el informe de FEDORA, al que ya hemos aludido, señalan 21 tipos de tareas diferentes que Rosales, C. (2001a: 281-282) agrupa de modo sintético en las siguientes cinco:

- 1) Organización y control de la orientación en términos generales
- 2) Recogida, organización y difusión de la información
- 3) Orientación individual
- 4) Orientación grupal
- 5) Ubicación del alumno en programas de formación y empleo

En el intento de cubrir estas tareas, la orientación puede no alcanzar todo el éxito que sería deseable debido a algunas limitaciones o aspectos negativos que pueden estar presentes como los siguientes:

— El carácter paliativo y no preventivo que muchas veces caracteriza las intervenciones orientadoras con consecuencias a nivel personal, pero también económico y social realmente nefastas. Tenemos abundantes ejemplos de fracasos y abandonos que podrían evitarse si el apoyo llegase antes y no sólo cuando ya se produce el problema

— La desconexión entre los diferentes tipos de orientación cuando, en realidad, muchos de los problemas que pueden padecer los estudiantes requerirán un apoyo combinado de ellas pues no se limitan específicamente a un sólo ámbito como es el caso de la reciprocidad de los problemas académicos y personales

— La descoordinación entre los diferentes agentes encargados de prestar apoyo e información al estudiante de un modo más o menos explícito como pueden ser los profesores, los técnicos de los servicios administrativos, el vicerrectorado de estudiantes, etc.

— La sobrevaloración de las funciones prescriptiva e informativa frente a otras formativas y potenciadoras

— Falta de recursos de diferentes tipos (intelectuales, económicos, personales) debido a la escasa tradición de este tipo de servicios

Ante la situación anteriormente descrita y dada la importancia que, como hemos reiteradamente señalado, tienen o pueden llegar a tener los servicios de orientación parece lógico proponer algunas modificaciones posibles. Rosales, C. (2001a:285-286) señala los siguientes aspectos que son susceptibles de mejora:

1. Potenciar los servicios generales de orientación, que incidirán fundamentalmente en cuestiones relativas a:
 - La elección de determinadas carreras y especialidades
 - La ubicación de alumnos en el campus correspondiente, facilitando su vida en el mismo, especialmente en el caso de alumnos pertenecientes a otras comunidades o países.
 - La cumplimentación de todo tipo de requisitos administrativos desde la matrícula a la gestión de ayudas, la realización de programas intercampus...
2. Establecer servicios de orientación en cada Centro o Facultad que hagan posible la asistencia orientadora a los alumnos en los planos académico y profesional relativos a cada titulación, facilitando la atención personal adaptada.
3. Los profesionales responsables de los servicios de orientación en todos sus niveles no deberían ser solamente administrativos, sino también y sobre todo a nivel de los centros o facultades, en los que se intensifica la atención personal, pedagogos y psicólogos específicamente preparados para el ejercicio de la orientación a nivel universitario.
4. La atención orientadora en la universidad se debería caracterizar por notas como la continuidad, la planificación, la prevención y la colaboración.

Después de habernos referido de modo general a la orientación señalamos ahora someramente algunos tipos de orientación específica sobre la cual, como ya hemos apuntado, profundizaremos en el estudio de casos de la parte empírica de esta tesis: servicios de apoyo psicológico y servicios de tutoría. Hay, como hemos señalado, otros muchos tipos de servicios, en especial aquellos de orientación profesional (de inserción laboral, búsqueda activa de empleo, fomento de las capacidades emprendedoras y el auto empleo) que resultaría también interesante estudiar, pero ello sobrepasaría los límites de este trabajo.

a) Servicios de apoyo psicológico y psicopedagógico

A pesar de que, como hemos señalado al principio de este apartado, estos servicios cuentan con escasa tradición en las universidades del sur de Europa, se aprecia en los últimos años un creciente desarrollo de los mismos.

Las denominaciones de estos servicios en los distintos países estudiados son diferentes (*counseling*, *aconselhamento psicologico*, tratamiento psicológico, etc.) y también el tipo de actividades que desarrollan (de prevención, de tratamiento, de promoción, etc.). Asimismo, dentro de un mismo país veremos que la implantación del servicio varía mucho entre unas universidades y otras.

Hay, sin embargo, muchas características definitorias comunes en los tres países en cuanto al desarrollo de los servicios de apoyo psicológico y psicopedagógico como se extrae de los distintos documentos que, de modo reciente, se han escrito en relación a este ámbito en cada uno de los países (algunos ejemplos son: en España las *Conclusiones del III encuentro de servicios psicológicos y psicopedagógicos universitarios* celebrado en Granada del 8 al 10 de junio de 2006, en Portugal el informe *A situação dos Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior em Portugal. Ano de 2002* realizado a través de la *Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior* (RESAPES) y en Italia las *actas del I Congreso nacional sobre counseling universitario* celebrado en Turín el 7 y 8 de febrero de 2002 (Fulcheri, M. (ed.), 2003).

Estos aspectos comunes que se destacan en los documentos de los tres países son los siguientes: la importancia efectiva del papel preventivo de este tipo de servicios y la necesidad de seguir potenciando éste, la relevancia y necesidad de atender a los alumnos desde el primer momento de su entrada en la universidad, la diversidad de estructuras y de líneas de actuación así como la conveniencia de crear redes y colaboraciones entre los servicios de las distintas universidades y entre éstos y otros presentes en la comunidad en la que la universidad se sitúa, la necesidad y utilidad de este tipo de servicios y la falta de apoyo institucional a nivel económico,

logístico y de recursos humanos y la importancia de realizar evaluación y análisis de las necesidades psicológicas y psicopedagógicas de la comunidad universitaria.

En general, estos servicios son de creación reciente en las universidades de los países estudiados. De los datos de la encuesta nacional realizada para el encuentro nacional de las universidades españolas al que hemos hecho referencia en el párrafo anterior se desprende que el 77% de los servicios lleva funcionando menos de 10 años.

En Portugal “la creación y regulación de los servicios psicológico se encuadra en el espíritu de la *Resolução da Assembleia da República nº71/2000* del 7 de Noviembre”. (RESAPES, 2002:6)

En Italia “el progresivo aumento del fracaso académico ha llevado a que, entre finales de los años 80 y principios de los 90, se prestase una atención cada vez mayor a los problemas emocionales y a las necesidades de los estudiantes universitarios” (Fulcheri, M. 2003b: 5). En sus inicios todos los servicios de apoyo al estudiante han estado unidos e, incluso, ha habido bastante confusión entorno a a quién correspondía su puesta en marcha y desarrollo, dependiendo en gran medida del voluntarismo de algunos profesionales; sin embargo, estos servicios se han ido progresivamente diferenciando y regulando, gracias “a la reflexión producida a nivel normativo que progresivamente ha llevado a la formalización de las actividades de *tutorato* [tutoría] y *orientamento* [orientación] dentro del sistema de educación superior italiano” (Fulcheri, M. 2003b: 6)

Por tanto aunque en el caso de las universidades del sur de Europa el desarrollo de estos servicios fue mucho más tardío que en Estados Unidos (años 40) o en Inglaterra (años 60), la base de éste fue similar: “el aumento explosivo de la población universitaria, la preocupación creciente por parte de los investigadores, educadores y políticos por el bienestar psicosocial, la salud y el desarrollo holístico de los estudiantes universitarios” (RESAPES, 2002:8)

Estos servicios, como hemos apuntado, realizarán diversidad de funciones pero esencialmente se ocuparán de la “promoción de bienestar del estudiante, condición esencial en los procesos de aprendizaje y para el éxito académico” (RESAPES, 2002:8)

La evaluación del trabajo de intervención de estos servicios, ha sido objeto de investigación empírica en Portugal “revelando claramente los efectos positivos de las intervenciones tanto a nivel de promoción del bienestar psicológico y desarrollo personal de los estudiantes, como a nivel de la promoción de su rendimiento académico” como señala la RESAPES (2002:13) citando a distintos autores (Azevedo, M., Dias, G.F. y Conceição, N., 2000; Dias, G.F., 1988, 1994/95, 1999; Dias, G.F. y Almeida, M. J. V., 1991; Gonçalves, I., 1997; Welling, H. y Silva, S., 2000).

Entre las principales funciones de estos servicios siguiendo a diferentes autores especialistas en este ámbito (Amada, G., 1985; May, R., 1999;...) podemos destacar las siguientes:

- Apoyar el proceso educativo y el éxito académico de los estudiantes
- Promover el desarrollo personal y prevenir comportamientos de riesgo
- Trabajar con el sistema institucional global, por ejemplo, discutiendo con los profesores la situación de estudiantes que les preocupan, dando apoyo en la resolución de situaciones conflictivas en residencias universitarias, etc.
- Promover la reflexión sobre la práctica pedagógica y las metodologías de enseñanza-aprendizaje

Estos servicios pueden desempeñar un papel significativo en el desarrollo académico, social y emocional de los alumnos.

Como señala Di Fabio, A. (2003:5) estos servicios se tendrán que configurar “como un ámbito en donde el estudiante podrá tener la posibilidad de reflexionar sobre sí mismo en una perspectiva de crecimiento y de evolución madurativa, de conciencia de sus recursos y de sus puntos fuertes”.

Las problemáticas abordadas, señalan los estudios portugueses, “van desde las políticas y procedimientos académicos a las competencias y actitudes hacia el estudio, las estrategias de gestión del tiempo, el desarrollo de competencias de comunicación y de relación, el pluralismo cultural, la reducción del estrés, la salud y el bienestar, la exploración vocacional, la preparación para la inserción en el mercado de trabajo, el establecimiento de objetivos de vida, la motivación, el desarrollo personal y/o los problemas psicopatológicos.” (RESAPES,2002:14)

b) *Servicios de tutoría*

Son muchas e importantes las funciones que puede desempeñar la tutoría. Y más concretamente los diferentes tipos de tutoría. Aunque será en la parte empírica de este trabajo en donde señalaremos con más detenimiento el desarrollo de estos diferentes tipos de tutoría y analizaremos algunos factores importantes de ésta, sobre todo en Italia y en España, queremos introducir en este apartado algunas de sus características más importantes.

Ésta tiene, en la actualidad, un papel fundamental de asesoramiento, formación, información, acompañamiento que se hace imprescindible para que los estudiantes puedan desarrollar con éxito su paso por la universidad y puedan conocer y aprovechar todas las posibilidades que la universidad les ofrece

Las opciones de intervención tutorial son muy variadas y todas ellas tienen su importancia y utilidad que muchas veces se ve potenciada si actúan de modo coordinado. Siguiendo a Lázaro, A. (1997:80-81) podemos señalar de modo sintético las siguientes opciones:

- a) La función tutorial burocrática y funcionarial: el profesor que ejerce como tutor se limita a cumplir con las disposiciones legales promulgadas, relativas a la atención de alumnos. Es el tipo de tutoría más frecuente y extendida, pero resulta poco efectiva.
- b) La función tutorial académica: ceñida al ámbito estrictamente académico, con información relativa a la formación académica del estudiante.
- c) La función tutorial docente: se asume la función tutorial como una especie de forma de docencia que se puede presentar en dos alternativas: pequeño grupo y tutoría entre iguales (peer-tutoring). Es frecuente en los centros docentes sajones.

Este mismo autor hace hincapié en otro tipo de tutorías que a pesar de estar poco extendidas en nuestras universidades españolas tienen gran importancia:

- La tutoría entre iguales: entre compañeros, utilizada con éxito en diferentes universidades extranjeras y que podría ser adaptada a nuestro contexto como opción ante los problemas de masificación y diversificación de estudiantes.
- La tutoría personalizada: el profesor ofrece ayuda u orientación relativa al ámbito personal o al campo profesional. Propia también de centros sajones e introducida en el contexto nacional, inicialmente, en las universidades privadas.

En la actualidad, lo veremos con detenimiento en la parte empírica, se desarrollan cada vez más tipos de tutoría. Destacaremos en el caso español las tutorías personalizadas y el apoyo tutorial extraordinario.

Resulta especialmente relevante, y así lo veremos en el estudio de caso correspondiente, el desarrollo del *tutorato* [tutoría] en la universidad italiana que fue creada como principal estrategia para combatir el alto fracaso y abandono presentes en las instituciones de enseñanza superior de ese país.

El desarrollo de esta tutoría italiana ha tomado formas muy diferentes en las distintas universidades del país. Algunos de los ejemplos más significativos son el desarrollado por la facultad de psicología de la Universidad *La Sapienza* de Roma (Torre, E., 2004) o la del campus biomédico también en Roma (Binetti, P. y Alloni, R., 2004).

En el primero de estos proyectos (Torre, E., 2004:108) las actividades tutoriales propuestas desarrollan funciones de atención, información, orientación, apoyo y recogida de datos de los estudiantes en las siguientes áreas:

Área didáctica: con intervenciones de apoyo y clarificación respecto a los procesos de aprendizaje, organización del tiempo, métodos y estilos individuales de aprendizaje, planificación de la preparación de exámenes, etc.

Área formativa: con clarificaciones y definiciones de los objetivos y de las metas formativas de los itinerarios de profesionalización (oferta formativa extra-académica, adquisición de competencias transversales, etc.)

Área profesional: con orientaciones estructuradas sobre las temáticas de la profesionalización, del conocimiento del mercado de trabajo, etc.

Área personal: con atención y apoyo a las problemáticas de naturaleza personal que intervienen e implican al sujeto en su relación con el mundo universitario, promoción de una red de relaciones sociales, etc.

En el proyecto del campus biomédico de Roma (Binetti, P. y Alloni, R., 2004) se proponen cuatro tipos diferentes de tutoría que han servido de base para la implantación de las tutorías en otras universidades italianas:

Tutoría cognitiva: (1 tutor cada 10 estudiantes) se basa en el método de resolución de problemas (*problem based solving*). Los problemas ligados a un caso simulado o a un paciente se presentan a un pequeño grupo de estudiantes, a los cuales se les pide que resuelvan el problema a través de un proceso de aprendizaje activo bajo la supervisión de un tutor.

Tutoría clínica: (1 tutor cada 3 estudiantes) se aplica sobre todo en el ámbito de las actividades de prácticas, para relacionar la metodología clínica con la metodología de estudio.

Tutoría personal: (1 tutor para cada estudiante) se ayuda al estudiante a gestionar los problemas relacionados con el estudio, a mejorar la comprensión de los temas que han resultado poco claros, a promover momentos de estudio en los cuales se profundiza en cuestiones que interesan a uno o más estudiantes y se favorece la creación de grupos de estudio.

Tutoría de aula: (1 tutor cada 50 u 80 estudiantes) El tutor, en este caso, es mediador entre docente y estudiantes durante las lecciones magistrales tradicionales. Participa a nivel de organización del curso y de programación con los docentes, facilita la preparación de materiales didácticos, etc. Tiene la tarea de recoger todos los datos necesarios para evaluar las sesiones de clase y el proceso de estudio personal de los estudiantes, su comprensión de los temas, su asimilación, el grado de integración y colaboración de los estudiantes entre ellos, etc.

Los cuatro modelos se complementan recíprocamente.

A continuación, de modo más breve, nos ocupamos del resto de los servicios que serán analizados en el estudio de casos; hay que tener en cuenta que son muy escasos los estudios que pueden consultarse sobre la relación de estos servicios con la promoción de la salud y el bienestar de los estudiantes e, incluso, sobre los rasgos y características de los propios servicios.

1.3.2.2. Servicios relacionados con el ocio y el tiempo libre

En este apartado nos referimos de modo especial a aquellos servicios que se ocupan de las acciones deportivas y culturales.

Veremos, en la parte empírica, como dentro de estos servicios existen importantes diferencias, pero al igual que sucede con el resto de servicios, todos ellos son descritos e identificados como una importante aportación a la calidad de la institución.

Analizaremos las diferencias que existen entre unas universidades y otras en lo que se refiere a su denominación y también en relación a la profundización de los diferentes aspectos. Com-

probaremos que este mayor interés en unos ámbitos y no otros se verá influido y reflejará, en muchos casos, la cultura y tradiciones del entorno.

Otra importante diferencia entre los distintos servicios se ve reflejada, en las actividades culturales, en el modo más o menos activo en el que éstas son propuestas a los estudiantes y éstos participen en ellas (por ejemplo asistiendo a una obra de teatro o representándola como actores).

En las actividades deportivas veremos que existen deferencias de profesionalización en los diversos deportes y de participación competitiva entre unas universidades y otras.

Destaca, de modo especial en algunos países como el caso de Portugal, el papel que las asociaciones de estudiantes están desarrollando en este ámbito, promoviendo, organizando y difundiendo actividades tanto deportivas como culturales.

Concluimos el apartado destacando las principales potencialidades y ventajas del desarrollo y la potenciación de este tipo de actividades por parte de la universidad en relación con el bienestar y la promoción de la salud de los universitarios:

Las actividades relacionadas con el ocio y tiempo libre que la universidad ofrece a sus estudiantes, y de modo especial el deporte, constituyen en sí mismas actividades saludables que pueden contribuir a mejorar la salud y el bienestar. Además como hemos señalado en otros apartados en relación al ejercicio físico (apartado 1.1.2.1), los hábitos deportivos propiciarán a su vez otras conductas saludables como moderar la cantidad de alcohol o evitar el consumo del tabaco. Constituyen de hecho un modo de ocio saludable para los estudiantes que es difícil de obtener cuando no se vincula a alguno de estos ámbitos deportivos o culturales.

Será muy importante que ambos hábitos se introduzcan de modo profundo en las rutinas de los estudiantes de modo que mejoren su experiencia universitaria, pero también que se mantengan en el futuro cuando terminen su carrera.

Estamos de acuerdo con Vega, A. (1993:14) cuando señala que “el tiempo libre suele ser considerado como un tiempo de peligro para el consumo de drogas, sobre todo cuando de adolescentes y jóvenes se trata. Sin embargo, el tiempo libre, los compañeros, la diversión, pueden y deben convertirse en lugares de crecimiento educativo.” En este sentido, los servicios que se ocupan de modo más o menos directo del ocio y tiempo libre de los estudiantes desempeñarán un importante papel proponiendo actividades a los estudiantes y consiguiendo que éstos se impliquen en ellas. Puesto que como señala Vega, A. (1993:175) “se constata que, en muchas ocasiones, el consumo de drogas, sobre todo del alcohol, está asociado al tiempo libre. En este sentido, habría que ofrecer alternativas coherentes con las necesidades que parece cubrir”.

La práctica de actividades deportivas y culturales, además, podrá contribuir al pretendido desarrollo integral de los alumnos ya que favorecerá que puedan desarrollar sus habilidades y talentos.

Por último, aunque no menos importante, destacamos el papel integrador de estas actividades. Tanto de integración social de los alumnos ya que este tipo de actividades deportivas y culturales, sobre todo cuando se realizan de modo activo, suelen desarrollarse en equipo y proporcionan la oportunidad de conocer nuevas personas y de sentirse parte de un grupo.

Por otro lado ayudarán a los alumnos a integrarse en la institución universitaria sintiéndose parte de ella.

1.3.2.3. Servicios de apoyo al voluntariado

La gran mayoría de las universidades españolas tienen en funcionamiento diferentes tipos de actividades solidarias, que son coordinadas y promocionadas por diferentes centros, organismos, oficinas o fundaciones propias de la universidad. Estos han sido creados en su mayoría entre finales de los noventa y principios del dos mil.

En relación con el desarrollo de estos servicios es necesario desatacar algunos documentos que dan idea de la importancia que está cobrando este ámbito en la universidad española. Siguiendo a Arias, S. y Simón, A. (2004) podemos señalar como los más importantes dentro del desarrollo y evolución del sector del voluntariado en el ámbito universitario los siguientes:

En Septiembre de 2000 la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE) aprueba el documento *Estrategia de Cooperación Universitaria al Desarrollo* en el que se establece el tipo de actividades de cooperación al desarrollo que desde la universidad pueden realizarse a partir de la docencia y la investigación y se sistematiza el modo de desarrollarlas. Insistiendo de manera especial en el papel activo que las universidades deben desenvolver y en la importancia de las colaboraciones con los diferentes organismos y asociaciones.

Se señalan como principales funciones de cooperación al desarrollo que pueden ser promovidas por las universidades aquellas que se engloban en los siguientes bloques: formación y educación, compartir experiencias compartiendo recursos, incidencia del entorno social, investigación para el desarrollo y transferencia de tecnología.

En el año 2001 (año internacional del voluntariado) la CRUE aprueba el documento que completa el anterior *Universidad: compromiso social y voluntariado* en el que se estructuran las estrategias a seguir respecto a la docencia, la investigación y la sensibilización dentro de la comunidad universitaria. En este documento la Conferencia manifiesta que "la universidad debe asumir un papel protagonista en los procesos de desarrollo humano, explorando y llevando a la práctica nuevas estrategias destinadas a conseguir una sociedad más justa y participativa a través del voluntariado, la cooperación y el trabajo del Tercer Sector" (CRUE, 2001)

Se insiste en que las universidades deben intentar conseguir los objetivos propios de todas aquellas organizaciones solidarias y específicamente se señalan:

- Lucha contra la pobreza, la injusticia y la discriminación en todos sus aspectos
- La defensa de los derechos humanos, muy especialmente de los colectivos más desfavorecidos
- La defensa de la salud y educación para todos y todas
- Respeto a las diferencias individuales y grupales
- El respeto al medio ambiente y a su protección en un marco de desarrollo equilibrado

Se señala asimismo el modo a través del cual la universidad debe contribuir a que estos objetivos sean alcanzados "tanto desde su base estructural, desarrollando estrategias de acción a través de docencia e investigación de calidad y comprometidas, cuyos resultados reviertan a la sociedad que les financia, como desde su base organizativa, creando estructuras de gestión del voluntariado y otras acciones solidarias" (CRUE, 2001)

El *Plan estatal de voluntariado 2001-2004*, que ha sido elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS) señala, en una de sus líneas estratégicas denominada "Consolidación de la acción voluntaria en el ámbito educativo", algunos de los modos en los que desde el ámbito de la universidad se puede consolidar el voluntariado:

- Creación, en las Universidades, de programas específicos, oficinas o agencias de promoción del voluntariado dedicadas a la sensibilización de la comunidad universitaria, al apoyo de las ONG que desarrollan su trabajo en los campus, y a la coordinación con aquellas instancias que, por su cercanía geográfica o similitud de intereses, puedan ofrecer recursos, experiencias o modelos enriquecedores para los proyectos de la propia Universidad.(art 3.11)
- Desarrollo de campañas de sensibilización de la comunidad universitaria hacia la participación social, la colaboración ciudadana y la construcción, en los alumnos, de un espíritu crítico y solidario que contribuya, en el futuro, a un ejercicio profesional más responsable y justo. (art 3.12)

- Impulso a la creación, en el marco universitario, de fondos documentales, bases de datos, hemerotecas, repertorios de investigaciones, y, en general, de cualquier tipo de documento de carácter nacional e internacional que pueda contener información significativa para profundizar en la reflexión y el conocimiento del voluntariado en sus diferentes campos de acción. (art 3.13)
- Apoyo a la realización de investigaciones, estadísticas, tesis doctorales, trabajos tutelados o tesinas en materia de ONG y voluntariado. (art 3.14)
- Consolidación de los estudios universitarios sobre aspectos económicos, sociales o jurídicos del Tercer Sector, sean asignaturas y materias comprendidas en las titulaciones relacionadas con la salud, la educación o el trabajo social, sean estudios de postgrado y másters, sean seminarios y cursos de verano. (art 3.15)
- Apoyo, desde las Universidades, a la plena incorporación de las ONG al ámbito universitario, mediante la facilitación de recursos económicos, materiales o humanos, el asesoramiento por parte del profesorado a las ONG en cuestiones técnicas relacionadas con su práctica docente, la ejecución de proyectos sociales en el campus universitario o proyectos de voluntariado y cooperación en otros ámbitos, o bien mediante la difusión de las necesidades de voluntarios en las ONG. (art 3.16)
- Intensificación de las relaciones entre los diferentes campus universitarios, de la cooperación con los Ayuntamientos de las localidades en que se encuentran o de las ONG que trabajan en esos municipios, y la colaboración con Administraciones Públicas y entidades privadas con el fin de favorecer la realización de proyectos conjuntos y el intercambio de conocimientos y prácticas en materia de voluntariado universitario. (art 3.17)

A partir del año 2001, en el que se celebró el *V congreso estatal de voluntariado*, se reserva un área de trabajo de dichos congresos para tratar y desarrollar comunicaciones sobre la vinculación entre la universidad y la cooperación. El último congreso estatal celebrado en 2005 en Granada dedicaba una de sus áreas específicamente al papel de la universidad en el ámbito del voluntariado.

Vemos también cómo en la información de las distintas universidades, que se obtiene, por ejemplo, a través de sus páginas web, está muy presente este ámbito poniendo de relieve su importancia en la promoción de la universidad.

Un factor que ha contribuido sin duda a dar una mayor visibilidad al fenómeno del voluntariado universitario ha sido el desgraciado accidente del *Prestige*. Éste tuvo como consecuencia colateral positiva el mostrar el espíritu solidario de los universitarios y la capacidad de coordinación, gestión y canalización de las instituciones universitarias en este ámbito.

Dentro del voluntariado universitario son muchos los aspectos que despiertan un interés creciente. Señalamos a continuación de modo esquemático aquellos más importantes:

El primero de estos aspectos es el tipo de actividades realizadas. Se distinguen principalmente tres tipos de actividades diferentes, dentro de cada una de las cuales se engloban otras muchas.

Actividades de cooperación al desarrollo, en las que se encuadran todas aquellas actividades dirigidas, de un modo más o menos directo, a colaboraciones con países en vías de desarrollo. Son muchas, en la actualidad, las universidades españolas que desarrollan programas de este tipo. Destacan programas como los de cooperación con Nicaragua de la Universidad de Alcalá o las Jornadas de solidaridad y cooperación con Marruecos de la Universidad Politécnica de Cataluña. En Portugal está todavía más extendido este tipo de voluntariado, sobre todo por las colaboraciones existentes entre este país y los países africanos de lengua portuguesa.

Actividades de voluntariado, que son realizadas en el entorno más próximo y que pueden desarrollarse en ámbitos muy diversos, destacando: medio ambiente, tercera edad, infancia, educación y cultura, drogodependencias.

Actividades relacionadas con la discapacidad, entre las que destacan las de acompañamiento a discapacitados dentro de la universidad. Algunas universidades crean sus propios servicios y programas que van más allá del acompañamiento. En Portugal estos servicios están todavía poco extendidos, siendo de carácter puntual, mientras que en Italia funcionan independientemente de los servicios de voluntariado pero de modo muy efectivo.

Otro aspecto muy reciente, aunque con un auge cada vez mayor, es la investigación sobre estos aspectos, que desempeñará un papel fundamental para la verdadera consolidación de este tercer sector en la enseñanza superior. Además la universidad, por sus privilegiadas características, sobre todo a nivel de recursos humanos y materiales, podrá realizar importantes contribuciones a la potenciación de la cooperación. Las áreas temáticas en las que se desarrolla la investigación desde las diferentes estructuras de la universidad vinculadas al voluntariado son muy diversas: derechos humanos, salud, cooperación, inmigración, etc.

Otros aspectos que resultan clave y que se derivan de modo directo de la Ley 6/1996, de 15 de enero, del Voluntariado son los que se refieren al derecho y al deber de formación de los voluntarios; concretamente se destaca el derecho de “recibir tanto, con carácter inicial como permanente, la información, formación, orientación, apoyo y, en su caso, medios materiales necesarios para el ejercicio de las funciones que se les asignen ” (art. 6) y al deber de “participar en las tareas formativas previstas por la organización de modo concreto para las actividades y funciones confiadas, así como las que con carácter permanente se precisen para mantener la calidad de los servicios que presten” (art. 7). En los diferentes servicios de voluntariado se proyectan y desarrollan actividades de formación de voluntarios. Profundizaremos, en la parte empírica de este trabajo, en cómo este aspecto cumple una doble misión, ya que además de contribuir a la formación de los estudiantes completando su bagaje cultural con aspectos de interés como el medio ambiente, el desarrollo sostenible, la cooperación internacional o la gestión de proyectos, es un aspecto motivador para los universitarios, pues aunque no reciben ningún tipo de reconocimiento académico por su labor de voluntarios sí reciben créditos por su formación en este ámbito, por lo que muchos alumnos se animan a aproximarse al voluntariado atraídos por la formación y los créditos que de ella obtienen.

También se aprecia en las distintas universidades una creciente sensibilidad hacia uno de los derechos promulgados por la ley a la que hemos hecho referencia, que se refiere a “obtener el respeto y reconocimiento por el valor social de su contribución” (art.6), ya que se observan cada vez más premios, menciones y actos de diferentes tipos en los que participan los más altos representantes de los distintos organismos con el fin de contribuir a un mayor reconocimiento de los voluntarios y de las acciones desarrolladas por ellos.

Otro aspecto que no podemos dejar de señalar en este apartado dedicado al voluntariado universitario, es la importancia de las colaboraciones y convenios con otras instituciones, como administraciones públicas, organismos oficiales u ONGs y asociaciones, ya que contribuyen a fomentar la proyección social de la universidad.

Por todo lo anterior, puede destacarse la importancia fundamental del voluntariado universitario, no sólo como acto solidario y de cooperación, que en sí mismo tiene un gran valor, sino también por su relevancia en el desarrollo integral de los estudiantes y en la mejora de su experiencia académica y personal en la universidad.

Por último, señalamos un aspecto que consideramos crucial y sobre el que todavía hay poco estudiado, pero que resulta de gran interés: las aportaciones del voluntariado en los diferentes ámbitos. En estudios recientes (Oficina de Voluntariado USC, 2006) se destacan: el *ámbito académico*, en especial porque ayuda a descubrir nuevos campos de conocimiento, el *ámbito profesional*, ya que ayuda, entre otras cosas, a desarrollar una mayor capacidad ante los problemas

y a trabajar en equipo; y el *ámbito personal*, pues produce un importante crecimiento personal, desarrollo de habilidades sociales, etc.

En Portugal las actividades de voluntariado en las universidades son promovidas desde el *Instituto de Solidariedade e Cooperação Universitaria* (ISU), Organización No Gubernamental para el Desarrollo (ONGD) que fue creada en 1989 y que cuenta con sedes en Lisboa, Faro, Gaia y Viana do Castelo.

Desde este Instituto se fomenta el desarrollo de actividades siguiendo cuatro grandes líneas de acción que son: voluntariado, cooperación para el desarrollo, interculturalidad e intervención social y comunitaria.

En relación con el *voluntariado* se desarrollan o apoyan las siguientes acciones: formación de voluntarios, integración en programas de voluntariado, servicio de voluntariado europeo, formación en gestión de programas de voluntariado, producción de material pedagógico, sensibilización hacia el voluntariado y asesoría a instituciones con programas de voluntariado

Dentro de la *cooperación para el desarrollo* se apoyan las siguientes acciones, principalmente, aunque no exclusivamente, en países de lengua portuguesa, como Guinea-Bissau, Angola, Cabo Verde o Mozambique: la educación a través de programas de formación y de la creación de bibliotecas, el asociacionismo juvenil, el desarrollo comunitario, los microcréditos, la infancia en situación de riesgo, la formación profesional (sobre todo con cursos relacionados con la agricultura) y el voluntariado para la cooperación.

Para la *promoción de la interculturalidad*, el ISU centra sus esfuerzos en las siguientes acciones: acompañamiento y ayuda a estudiantes africanos, apoyo en el retorno profesional a los países de origen y promoción del voluntariado.

Por último, el ISU en relación con la *intervención social y comunitaria* se centra en las siguientes acciones: apoyo escolar, orientación e inserción profesional, mediación social y comunitaria, dinamización de redes locales y sectoriales para fomentar el empleo, formación profesional, apoyo psico-pedagógico, apoyo para el conocimiento y la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación.

En Italia la situación del voluntariado es totalmente dependiente del *Servizio civile* y posee unas características propias particulares que hemos descrito detalladamente en el apartado correspondiente a los servicios de voluntariado de la Universidad de Turín.

Señalamos ahora, sin embargo, uno de los aspectos más importantes dentro del *Servizio civile* en la universidad y que lo diferencia de otras formas de voluntariado en los casos anteriores: el reconocimiento de créditos de libre configuración por las actividades voluntarias desarrolladas.

En el año 2004 el Ministerio de Educación italiano ha propuesto, a través de la promulgación de una circular (*Circolare 9 luglio 2004: "riconoscimento di crediti formativi universitari a coloro che svolgono il servizio civile - 1.64/2001"*), el reconocimiento de créditos a los estudiantes universitarios que realicen este servicio.

Basándose en esta circular, las universidades podrán reconocer créditos por las distintas actividades que se realicen durante el periodo de servicio.

Aunque el reconocimiento de estos créditos depende individualmente de los rectorados de las distintas universidades, la administración educativa propone algunas indicaciones para evitar disparidad de tratamiento en casos análogos presentados en diferentes universidades. Dicha circular señala textualmente que "dado que el *Servizio civile* tiene una duración de un año que requiere un empeño de 1200 horas en total e incluye un curso de formación obligatorio de al menos 80 horas, 30 de las cuales con contenidos de carácter general y las restantes con contenidos específicos y técnicos, siempre que el alumno lo solicite, los rectorados podrán valorar, en el ámbito de su propia autonomía, el servicio civil desarrollado con un máximo de 9 créditos considerados como de libre configuración" (MIUR, 2004).

Aunque ya las hemos esbozado, insistiremos, en la parte empírica de este trabajo, en las diferencias existentes entre los tres países objeto de estudio en cuanto al desarrollo de las funciones del voluntariado y su puesta en práctica.

1.3.2.4. Servicios de apoyo a la vida universitaria

Cuando abordemos estos servicios, en la parte empírica del trabajo, nos centraremos de modo especial en los comedores y residencias universitarias.

A pesar de la importancia de estos servicios en la vida de los universitarios y de que están presentes de modo claro y evidente como un factor de calidad dentro de las distintas universidades, son muy pocos los estudios que se ocupan de abordar las repercusiones de los mismos, así como sus potencialidades.

No sucede lo mismo en las universidades anglosajonas, donde el concepto de residencia está más desarrollado y tiene repercusiones más importantes.

Siguiendo a López Santos, A. et al (1995:103) podemos señalar algunos de los principales aspectos que han de considerarse en relación a la calidad de las residencias de estudiantes: servicios in situ que eviten desplazamientos continuos de los estudiantes y dificulten su concentración en el estudio; condiciones medioambientales; el equipamiento y la ubicación.

En relación con los aspectos más ligados con la salud y el bienestar de los estudiantes tanto los comedores como las residencias desarrollaran un papel fundamental, puesto que ambos tendrán una influencia importante en los hábitos de vida de los universitarios.

A nivel nacional son, sin embargo, muy puntuales los estudios que se ocupan de estos aspectos y, en general, del análisis en profundidad de las características de estos servicios. Algunos ejemplos, en relación con los comedores, son estudios específicos sobre la calidad higiénico-sanitaria de los alimentos servidos en comedores universitarios (Mora Ventura, M. T. et al. 1997) o sobre la adecuación de los menús a las recomendaciones dietéticas (González Carnero J et al., 2002).

Analizaremos en la parte empírica cómo algunos países de nuestro contexto potencian este papel de dichos servicios y así veremos que en los comedores universitarios portugueses desarrolla sus funciones entre otros profesionales una nutricionista.

Constataremos también que las residencias universitarias intentan ampliar en gran medida sus servicios internos para conseguir una mayor integración de los nuevos matriculados y un óptimo aprovechamiento de la etapa universitaria del resto de los alumnos organizando diversidad de actividades deportivas, culturales, etc

Como hemos apuntado, las universidades norteamericanas e inglesas, dado su sistema de campus, muestran, sin embargo, una mayor tradición en el estudio de los aspectos relacionados con la influencia de las residencias universitarias en los estilos de vida de los estudiantes. Así podemos destacar el papel de la *College Alcohol Study* de la *Harvard School of Public Health* (Boston) que lleva más de una década estudiando y publicando interesantes artículos sobre el consumo abusivo de alcohol y sus consecuencias y características en los campus universitarios. Algunos de sus estudios (Wechsler H. et al., 2003) se centran específicamente en analizar la influencia de las características de las residencias universitarias en los hábitos y consumos de sus residentes y afirman que los estudiantes universitarios que están en residencias donde el consumo de alcohol y tabaco está prohibido son menos proclives a abusar del alcohol y a sufrir sus consecuencias.

1.3.3. Síntesis del capítulo

En el capítulo que ahora concluimos y que cierra la fundamentación teórica de esta tesis, hemos visto las importantes posibilidades de los proyectos de *Universidades promotoras de salud* (UpS).

Tomando como base las conclusiones aportadas por los dos capítulos precedentes, hemos aprovechado la descripción del movimiento de UpS y algunos proyectos desarrollados siguiendo sus principios para destacar y analizar las oportunidades que los centros de educación superior, por sus especiales características, su multiplicidad de funciones y su posición privilegiada, presentan para promocionar la salud de sus estudiantes, del resto de la comunidad universitaria y de la comunidad general en la que se encuentran ubicados.

Hemos prestado especial atención a los diferentes ámbitos universitarios (investigación, docencia, servicios, proyección social, ambiente físico, social y laboral y políticas universitarias) a través de los cuales será posible promover la salud de los estudiantes de modos diferentes, consiguiendo de esa manera mejorar la calidad de la experiencia académica y personal de los mismos.

Como conclusión del primer apartado hemos destacado las principales consideraciones que, sobre la base de las experiencias realizadas en UpS, será necesario tener en cuenta para superar las posibles limitaciones existentes y mejorar los resultados que se pueden obtener en una universidad que se preocupe por la salud, el bienestar y la calidad de vida de sus estudiantes, sus trabajadores y la comunidad local y global. Hemos destacado la necesidad y oportunidad de la evaluación continua y en profundidad, la integración de los programas de promoción de salud en otros ya existentes, la reorientación y optimización de los servicios, las instalaciones, etc. y la promoción de la investigación cualitativa sobre características del alumnado universitario.

En la segunda parte del capítulo nos hemos ocupado de los servicios universitarios como uno de los principales ámbitos a través del cual será posible promover la salud de los estudiantes y mejorar su calidad de vida. Hemos destacado cómo los servicios generales que la universidad les proporciona, y en particular aquellos de orientación y apoyo, determinarán en gran medida el modo en que los estudiantes enfrenten y superen los cambios y las dificultades que se puedan producir durante su etapa universitaria.

Después de realizar una somera clasificación de los servicios presentes en la actualidad en la mayoría de las universidades, hemos abordado aquellos elegidos para nuestro estudio por su mayor relación con la promoción de la salud de los estudiantes y con la mejora de su bienestar: servicios de apoyo y orientación a los estudiantes, servicios relacionados con el ocio y el tiempo libre, servicios de soporte al voluntariado y servicios de apoyo a la vida universitaria. Hemos esbozado a lo largo del capítulo algunas de las principales diferencias entre los servicios de los diferentes países, que serán ampliamente tratadas a lo largo del estudio de casos que se presentan a continuación, en la parte empírica de esta tesis.