
Promoción de la salud, cambios sociales, desarrollo de la Salud Pública

M T García Jiménez

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

Cuando abordamos la tarea de Educar para la Salud a un colectivo, solemos sentir la tentación, sobre todo al principio, de considerar que lo principal es formar sobre nuevas áreas de conocimiento, generalmente son descripciones anatómicas y fisiológicas y que paradójicamente se refieren predominantemente a la **enfermedad** porque se tiene una intuición tan antigua como la propia tarea, según la cual conocer las malas consecuencias de la enfermedad actuará como una acción preventiva. Así se ponen en juego factores etiológicos por los cuales el comportamiento se va acomodando según lo lejos que se perciba el riesgo. El que aprende éste va generando mecanismos mentales de defensa que en general le distancian de un tema que le desagrada.

Por tanto, tenemos que conseguir enseñar en positivo, y sugerir actuaciones fáciles y agradables, Lúdicas en la mayor medida que seamos capaces, proponiendo actividades prácticas que fragmenten el conocimiento teórico en trocitos y que consigan convertirse en “inclusores”.

Entendemos por **inclusor** una actividad práctica, ya sea realizada por el sujeto que aprende, como si ésta la realiza en enseñante, una visita, un coloquio, un audiovisual comentado, la foto de un personaje famoso o algo escrito por él, también una nota de prensa, “una historia de vida”, un álbum familiar, una exposición de objetos tradicionales de una zona, una recopilación gastronómica típica y tantas otras cosas que se nos sirvan para incluir en la mente un concepto nuevo **pero esencial** para el aprendizaje y sobre todo rescatarlo con facilidad del archivo mental, es decir, para recordarlo.

Pero todo esto pasa por el terreno de las emociones, sólo así se puede conseguir un **aprendizaje cooperativo**. Cooperativo con quien enseña y con el resto de los miembros del grupo. Así pensar en el esfuerzo que han hecho algunas personas para conocer la base del conocimiento que hoy nos ayuda o nos

protege, constatar la dificultad para establecer nuevas vías de actuación, facilitan el aprecio de ese saber y estimular el deseo de emularlo y aprovecharlo facilitarán la tarea a quien aprende.

Ejemplificándonos a nosotros mismos hacemos a continuación una revisión histórica de algunos hitos decisivos para la aparición, demanda, evolución, consolidación, abandono y resurrección del concepto de Educación para la Salud. Se quedarán hechos y personajes decisivos pero *cuando más compromiso personal hay en una idea, más selectiva es la memoria al escoger a los actores principales que han intervenido en la tarea colectiva y han llenado de contenido lo personal.*

Entre *Educación para la Salud* y Educación Sanitaria hay un matiz de objetivo, la primera *nos quiere señalar un camino que va dando instrumentos para elegir un estilo de vida saludable*, considerando siempre unas condiciones personales y sociales de partida. Nos señala una tendencia que enseña a escoger en general lo más favorable de lo que hay, dentro de lo que se puede y con lo que se sabe a día de hoy.

Educación Sanitaria, tiene un matiz de instrucción, de información en temas concretos para que el que aprende siga la línea que se le propone. Esta idea como “empoderamiento” se puede enmascarar con expresiones acuñadas con estilos más directivos que los europeos en general y los mediterráneos en particular. En general ocultan una intención de ofrecer un cauce estrecho, según el cual el que aprende, elige un camino, generalmente el único que le fue propuesto, y lo peor es que se hace con la creencia de estar escogiendo. Cuando los poderosos enseñan a los menos poderosos *se da uno de los peores casos de colonialismo* en caso de que ocurra entre países distintos o de *adoctrinamiento y supeditación* dentro del mismo país.

Tiene pues una importancia especial la Metodología escogida y ésta a su vez es matizada por los Esti-

los del Profesor, por tanto las posibilidades de puesta en escena son infinitas y a menudo pueden ser valiosísimas las más inexpertas si consiguen empatar con el grupo, si conectan con él.

Necesitamos más jornadas para comunicarnos nuestras maneras de hacer, nuestras búsquedas, nuestros recursos, sin olvidar que esto facilita la aproximación entre profesionales, **la satisfacción íntima cuando hay reconocimiento de la tarea y esta no conseguirá sus fines sin afecto, por tanto necesita una implicación especial que es difícil fingir.**

Quienes no quieran moverse en este terreno es mejor que se dediquen a los trabajos, que impliquen técnicas cuantitativas o analíticas, con constantes bioquímicas radiológicas o bioestadísticas objetivables que nos adviertan como evolucionan los problemas de salud. Tareas respetables y necesarias sobre todo cuando la Promoción y Educación para la Salud no han conseguido sus fines.

Examinamos a continuación algunos sucesos que fueron favorecedores o detractores de la tarea que nos ocupa para tratar de sacar enseñanzas que, por cierto, van a coincidir con algunos de nuestros preconceptos según la Acción y Experiencia de cada uno.

En el último tercio del siglo XIX y en el primero del XX, el desarrollo industrial determinó en la población europea y norteamericana unos importantes cambios en las condiciones laborales que se tradujeron en nuevos estilos de vida.

La población, predominantemente rural, emigraba hacia núcleos de población donde encontraba nuevos puestos de trabajo asalariado, dejando atrás una economía de autosuficiencia con severas dificultades para adquirir cualquier objeto ajeno a la producción propia. La vida en el campo, aunque mísera tenía algunas ventajas, como la posibilidad de tener cubiertas, aún por los mínimos, los requerimientos calóricos, tener un techo, pertenecer a un grupo de referencia en el que tenía gran importancia la familia y el vecindario que ayudaba a criar los niños colectivamente cuando los padres estaban trabajando, **y en el que los deficientes y los indigentes eran atendidos también por un sistema informal de manera colectiva.**

Por el contrario, en el nuevo medio ciudadano, al que emigraban, se encontraban hacinamiento y desarraigo social. Se construyeron asentamientos obreros en los que se les cobraba por vivir y esto había de ser restado de los exiguos sueldos, por lo que se llegaba a soluciones de ahorro como el denominado "cama caliente", según el cual obreros de distintos turnos utilizaban la misma habitación y cama, en espacios escasos, en los que habría un patio común al que se

lanzaban las excretas y del que se obtenía agua potable de una fuente de dudosa seguridad.

Cualquier brote infeccioso en un medio rural con viviendas diseminadas no habría tenido las consecuencias que este hacinamiento causaba ante el tifus, cólera, tuberculosis, gripe, etc., que se convertían rápidamente en epidemias.

Contra esta situación reaccionaron inicialmente ciertos movimientos obreros, anarquistas principalmente, que encontraron en sus demandas la receptividad de algunos, desde luego escasos, sanitarios y docentes.

La idea era demandar información y educación que previniese ciertas enfermedades. Cuando estas llegaban era muy difícil atajarlas porque requería la aplicación de medicamentos, regímenes alimenticios variados y abundantes o condiciones higiénicas personales o de la vivienda imposibles de conseguir.

Siempre hubo médicos que, por sentido humanitario y por una concepción muy especial de su profesión, atendían gratuitamente a estos grupos humanos. Nuestras ciudades guardan colectivamente su memoria en los nombres de algunas calles, seguro que de forma incompleta, pero a pesar de estos extraordinarios profesionales no era fácil conseguir ni los productos ni las condiciones antes mencionadas. Decididamente, **la cuestión era cómo aprender a no enfermar**, porque una vez que se enfermaba era muy difícil hacer reversible la situación.

En los Ateneos Obreros empezaron a aparecer aspectos formales de Educación para la Salud, como charlas y clases de tono preventivo, y algunas actividades no formales de seguro interés sanitario como grupos excursionistas y senderistas. En este ambiente cundieron también corrientes naturistas y vegeterianas que contribuyen a conformar el Higienismo.

Es interesante resaltar que en estas actividades estuvieron comprometidos sanitarios y docentes, que trabajaron codo a codo en sus proyectos de mejora de la calidad de vida de la población. **Esta colaboración que parece prioritaria al alumbrar el siglo XXI, está siendo sin embargo muy difícil de conseguir.**

En nuestro país uno de los primeros hechos determinantes es la "Cuestión Universitaria" en 1876 que condicionó la creación de la Institución Libre de Enseñanza (I.L.E.) dirigida por Francisco Giner de los Ríos con la colaboración de su hermano Hermenegildo, Gumersindo de Azcárate y otras figuras relevantes. Al principio comenzó a funcionar como centro de estudios universitarios principalmente de postgrado y de segunda enseñanza pero pronto incluyó los estudios primarios. Se pretendió una educación integral, sin atender al esquema de premios ni

castigos, con coeducación, ejercicio físico en el centro escolar, paseos al aire libre y con un estilo de enseñanza que hoy se podría incluir sin temor en el rótulo “enseñanza por descubrimiento”.

Con el tiempo, una consecuencia de esta Institución sería el Museo de Instrucción Primaria de Madrid, después Museo Pedagógico Nacional, fundado en 1882. Tenía por objetivo el desarrollo corporal del niño, dirigido por M.B. Cossío, muy influido por Edmond Cossinet del Museo homónimo de París.

Este Museo comenzó a organizar las Colonias Escolares de vacaciones en 1887, que habían comenzado en 1854 en Dinamarca y que Bión impulsó fuertemente desde Suiza con una idea más moderna en 1876. Pronto se extenderían por toda España hasta 1937.

El sistema educativo español no tenía recursos suficientes para generalizar las colonias, y éstas fueron gestionadas por diversas entidades, algunas educativas laicas como la propia I.L.E., otras religiosas o sociedades filantrópicas como las Sociedades Económicas de Amigos del País con esquemas totalmente caritativos. Se calcula que en la Segunda República 12.000 niños y jóvenes asistieron a las colonias. Estas experiencias fueron bien acogidas por médicos, el magisterio y la sociedad en general.

La finalidad era proporcionar un medio ambiente sano y favorable para los niños. Según Bión “se pretendía el cultivo del cuerpo, la educación intelectual y la formación moral de los niños”, al mismo tiempo que se les alejaba de unas viviendas insanas, sin ventilación, sin iluminación y en las que el hacinamiento y la falta de higiene junto con la escasa alimentación creaban los factores determinante de multitud de enfermedades y minusvalías. La mortalidad infantil era en esos momentos en España semejante a la de Egipto o Rumania. En estas colonias se seguía atendiendo a la enseñanza de los niños con una dimensión lúdica y práctica, incluyendo destrezas sobre el aseo profundo de la vivienda, de la ropa y del propio cuerpo. Se hacía una revisión médica de los escolares al inicio de las colonias, cumplimentando una ficha antropológica, se diseñaban las dietas con gran detalle aunque según se quejaban los médicos que abordaron la tarea, no había estudios científicos sobre la población infantil española y acometían su trabajo por un método empírico que hoy parece más que razonable.

Se aprendía a filtrar y hervir el agua de bebida y se adquirían otra serie de conocimientos favorables para la salud, sin olvidar juegos, salidas, bailes, manualidades y una larga serie de actividades que algunos de los puntos de la actual carta para la Promoción de Salud de Ottawa recogerían con facilidad, representando

un verdadero hito en cuanto a Educación para la Salud de la población infantil y juvenil puesto que llegaron a admitir jóvenes, frecuentemente en coeducación hasta los 18 años, tal como se puede constatar en una película que poseemos en la actualidad, rodada en 1932 por Ángeles Ferrer, hija de Rosa Sensat, en la Colonia “Can Surell” de la Generalitat de Cataluña, en el Montseny.

En 1882 se celebró en Madrid el Congreso Pedagógico, en el que se discutieron las claves de la enseñanza gratuita o de pago, libre u obligatoria, laica o religiosa, y cuestiones muy importantes como el Método Intuitivo, basado en las teorías de Fröebel y otras referentes a la formación del profesorado. En 1992 hubo otro en Barcelona donde se habló de la “escuela maternal”.

Al acabar el siglo nos encontramos consideraciones pedagógicas que asumen la defensa de un enfoque integral de lo educativo, incluyendo el ejercicio físico, aire libre, paseos, juegos, y se encuentran con tibios avances en la atención social, la higiene y el deseo de la “armonía” entre las distintas clases sociales. Cossío habla de como **en estas actividades se fomenta la camaradería, la solidaridad, el respeto a los otros, el trabajo en equipo y les confiere efectos pedagógicos, morales, preventivos y terapéuticos**. No parecía mal programa y sus espacios ampliaban el aula con el campo, el parque, la montaña, la playa... **En la raíz estaba el pensamiento russoniano de la naturaleza como orden natural que iguala a las personas**.

Repasamos a continuación otras efemérides que contribuyen a favorecer la Educación en general y la EpS en particular.

En 1901 Decroly funda en Ucle, Bélgica, el Instituto para Niños Irregulares.

En 1901 Ferrer y Guardia crea la Escuela Moderna.

En 1906 funda en París la Liga Internacional para la Educación Racional del Infante.

En 1905 se funda la Escuela Horaciana con coeducación.

En 1907 María Montessori funda en Roma “La casa dei Bambini”, que tendrá gran influencia en nuestro país, principalmente en centros de acogida de niños abandonados como la Maternidad de Barcelona y centros preescolares.

En 1910 Kerschensteiner crea las “Arbeitschule” (Escuelas de Trabajo) que se denominaría Escuela Activa.

En 1910 Manuel Núñez de Arenas funda en Madrid La Escuela Nueva.

En 1911 la Junta para Ampliación de Estudios, nacida por influencia de la ILE, sustentada por el Estado y dirigida por Ramón y Cajal, promueve salidas para

que enseñantes no universitarios se formen en el extranjero. Entre ellos es enviada Rosa Sensat, que conoce así el método Decroly, Montessori y la experiencia de la Waldschule (Escuela de Bosque) en Dresde (Alemania), por lo que en 1914 en Barcelona fomenta y dirige la “Escuela del Bosque” de Montjuich, que es otra importantísima referencia al hablar de experiencias de Educación para la Salud. Las clases se realizaban al aire libre, salvo en días muy inclementes, en que se hacían en barracones. Se seguía el lema de Graucher, que pedía para las Escuelas al Aire Libre **“doble ración de aire, doble de alimento y media de trabajo”**. A pesar de esto último, el nivel alcanzado por las alumnas fue superior al de la enseñanza convencional.

En 1903 se celebra en Barcelona un Congreso de Higiene Escolar y en el mismo año se aplica en la Maternidad de esa ciudad, por primera vez, el Método Montessori. En 1916 se desarrollaría con esta experiencia el Curso Internacional Montessori. En 1917 se da a esta Doctora la Cátedra de Pedagogía y en 1918 la Diputación de la misma ciudad crea el Laboratorio y Seminario de Pedagogía, cuya dirección es encargada también a ella, que esgrimirá como lema “el juego como ejercicio pedagógico” para desarrollar el cuerpo y tender a la salud integral de los niños.

En 1916 Dewey publica *Democracia y Educación* en Estados Unidos. En relación con este título apuntamos que en **los programas escolares de EpS de Dinamarca, el tema Salud y Democracia se ha escogido como prioritario en la actualidad.**

En 1917 Morgan y Patterson fundan la Moray Park School en Dalton.

En 1918 el ministro Alba aprueba la creación del Instituto Escuela de Madrid, que representa otra referencia importantísima en el impulso a las actividades a las que nos estamos refiriendo. En sus programas aparecen muchos contenidos de Educación para la Salud, dentro de las Ciencias Naturales y en asignaturas como Fisiología e Higiene. En esta última hay Reglas de Higiene Individual y Social que estarían incluidas en lo que hoy reconocemos como Prevención y Promoción de la Salud. Se utilizan textos como *La Salud, una lanza en pro de una Pedagogía Biológica*, de Luis Subirana de la Universidad Central, y *La Salud por la Instrucción*, del mismo autor.

En 1918 el colectivo de la Escuela Nueva elabora las Bases de un Programa de Instrucción Pública como ponencia de enseñanza del Partido Socialista en el Congreso.

En 1920 Makarenko comienza sus experiencias en la URSS.

En 1922 se funda la Escuela de Mar de Barcelona, dirigida por Pere Vergés, con una estructura seme-

jante a la del Bosque, pero dirigida a niños con problemas de salud relacionados con el esqueleto, especialmente raquitismo. Se destruyó en un bombardeo en 1938.

En 1923 Piaget publica una de sus primeras investigaciones sobre el lenguaje de los niños.

En 1926 Freinet inicia el movimiento de la Imprenta en la Escuela.

En 1931 se crea el Instituto Escuela de Barcelona. En el mismo año se crean las Misiones Pedagógicas como Patronato, que hasta 1935 crearon 5.000 bibliotecas en diversos pueblos de España, además de realizar multitud de actividades culturales en el Medio Rural.

En paralelo hay otros hechos vinculados con la salud e incluso con un matiz educativo, pero no para escolares como la “Gota de leche” para promover la lactancia materna y los buenos hábitos de higiene para el niño y la madre y con grandes oportunidades de adquisición de ajuar para los niños. Esta experiencia que fue fundada por el Doctor Ulecia se extendió por varias ciudades y aún se conserva el magnífico edificio de Gijón en el que se pueden leer mensajes en bellos mosaicos que hoy se nos antojan retrógados en torno a temas como el control de la natalidad.

El auge de los Ateneos obreros iba mejorando la cultura de la clase obrera y a menudo recibían enseñanzas nocturnas al estilo del pionero “Salón Toimbee” en Londres.

Muchos profesores universitarios, algunos médicos famosos daban conferencias los domingos por las mañanas dirigidas a mujeres que trataban sobre puericultura, higiene personal, de la vivienda y la alimentación.

Se iba desarrollando el paradigma ecológico con Excursionismo, Senderismo, Naturismo y cundieron corrientes como el Vegetarianismo precanonizado especialmente por grupos anarquistas.

Así se promovieron las salidas de campo para formar a los maestros, con asistencia de catedráticos como el insigne botánico Pio Font i Quer. En el otro medio, el de los obreros, encontramos excursiones dominicales a Cercedilla organizadas por el Partido Socialista para familias.

Hemos querido recoger hechos que nos parecen relevantes para el proceso de configuración de la EpS en este periodo, vinculándolo a los cambios sociales, sanitarios y educativos.

A partir de este momento, después de la Guerra Civil, en nuestro país se sucede una fase de enseñanza estática, muy dirigida y uniformante, que rompe con la mayoría de ensayos prometedores anteriormente aludidos, aunque lógicamente algunas de las

personas que participaron en ellos, procurarían una cierta aproximación a sus experiencias anteriores a lo largo de su carrera docente. Un caso representativo es Ángeles Ferrer Sensat, hija de Rosa Sensat, que participó como profesora en el proyecto del Instituto Escuela del Parque de la Ciudadela de Barcelona y en la postguerra fundó un Patronato para tratar de reproducir la experiencia anterior, pero resistió poco tiempo y tuvo que continuar su carrera en la enseñanza pública como Catedrática de Bachillerato, animando un Seminario para Profesores de Ciencias Naturales, y contribuyendo a la formación de nuevos profesores en el CAP. Otro caso distinguido es el de Jimena Menéndez Pidal que aplicó en lo posible sus conocimientos anteriores en un centro privado, el Colegio Estudio de Madrid.

A pesar de los éxitos en Prevención que iba consiguiendo la Promoción de Salud, mediante su principal instrumento, la Educación para la Salud, en la postguerra española este recurso decisivo para la Salud Pública tuvo un frenazo relegándose casi al olvido.

Podríamos interpretar que el nuevo orden político no coincidía con el estilo empleado en el proceso descrito pero había también otros factores, fundamentalmente económicos.

Si en los países que representaba la meta a la que queríamos llegar hubiese prosperado mucho la Educación Sanitaria habríamos entrado en ella “de segundas” antes o después como ocurrió en otros campos, pero los países hegemónicos, después de la Segunda Guerra Mundial, los que dirigían la economía del mundo, decidieron que la Promoción de Salud era un recurso muy lento, estaba bien para países pobres, pero no para países desarrollados, para éstos bastaba con adquirir sueros, vacunas, antibióticos y quirófanos. Esos deberían ser los elementos esenciales en una nueva Salud Pública. Probablemente esta propuesta la hacían los países que habían ganado la citada guerra y que estaban dispuestos a vender todo eso a los demás, incluso metodología de aplicación, formación de profesionales y desde luego instrumental.

El final de la Guerra del Vietnam dio una “vuelta de tuerca” a este axioma admitido rompiendo el equilibrio, y de la necesidad de tener materiales como única respuesta para mejorar la salud se pasó a buscar instrumentos que trabajasen con los individuos en el terreno de las emociones.

Los jóvenes del país más rico de la tierra habían sido enviados a un lugar con unas situaciones extremas, calor axfianante, insectos dañinos, alimentos desconocidos, población hostil como no podía ser de

otra forma, angustia, distancias de todas sus referencias afectivas y un solo consuelo, las drogas baratas y fáciles de conseguir. Los que volvieron de esa guerra decidieron explicar al mundo su decepción y su rebeldía por haber sido enviados y por la hostilidad que encontraron a la vuelta.

Ese momento histórico coincidió con bastante proximidad en el tiempo con otros movimientos de contestación juvenil como el Mayo francés, los movimientos estudiantiles de Méjico, y España no quedó fuera. La respuesta generacional fue recogida por el Movimiento “Hippy” que tuvo a su favor la Metodología de distribución del mensaje. Se hacía en grandes reuniones y cantando.

Las redes comerciales de la droga, que no habían abandonado a sus clientes y habían vuelto con ellos, verían agrandarse su campo de influencia con este movimiento crítico ante la cultura de represión establecida y **que incluía en sus canciones el estímulo por adentrarse en los nuevos estilos de vida.**

Otros hechos económicos que desencadenaron cambios sociales, con la posibilidad de conseguir bienes materiales insospechados poco tiempo antes, hicieron ver con indulgencias muchos cambios en los estilos de vida como los horarios de convivencia familiar, o los nuevos roles sociales y tuvieron “distráida” a la población con los nuevos éxitos materiales conseguidos en una carrera que parecía no tener fin para obtener nuevos bienes que se empezaban a ver como imprescindibles en un nuevo orden social.

La familia que temía principalmente la iniciación de sus jóvenes en la heroína permitió con indulgencia la iniciación en otros usos horarios, el consumo abusivo de otras sustancias y la iniciación precoz en comportamientos de riesgo, principalmente en la sexualidad y en la conducción, porque “algo había que permitirles para que no se drogasen y/o se marchasen de casa”. *También se observaba que los puntos de diversión se alejaban más del medio familiar y las horas de convivencia de los distintos grupos generacionales de la familia se reducían excluyendo a los mayores.*

Así los principales factores de riesgo para adolescentes y jóvenes son:

- a) Adicción al consumo de sustancias y de objetos (evitemos la denominación de drogas y el calificativo de legales e ilegales para poder incluir sin discusiones desde el alcohol, tabaco, drogas de síntesis, cocaína, heroína). Añadimos en esta punto adicción al juego y ciberadicción más recientemente.
- b) Muy relacionada con el apartado anterior está la iniciación precoz en las prácticas sexuales de riesgo, de las que se derivan...

- Embarazos en la adolescencia.
 - Enfermedades de transmisión sexual y de estas, aunque el SIDA es la más temida, no es la única y hay otras muy problemáticas y van en aumento.
- c) También relacionada con el apartado primero está el capítulo de los accidentes, especialmente los de tráfico. Pero en el grupo comprendido entre los 16 y 18 años hay un subgrupo que ha ingresado en el medio laboral legalmente o como subempleo y en-grosa día a día las listas de accidentes laborales.
- d) Falta incluir a este triste repertorio los trastornos del comportamiento alimentario, anorexia/bulimia, que algo tienen que ver con los nuevos estilos de vida, porque la epidemiología nos dice que hace 20 años apenas se conocían.
- e) Cerraríamos el listado añadiendo la violencia juvenil y comportamientos antisociales.

Si se aceptase que esos son los principales riesgos de salud de lo mejor que tiene cualquier grupo social, **sus jóvenes**, habría que admitir que no tenemos un suero, ni vacuna, ni antibiótico, ni quirófano para tratarlos y por eso los países más ricos de la tierra, Estados Unidos, Canadá, los Nórdicos, que fueron los primeros en advertir esos nuevos patrones de salud/enfermedad, celebraron en 1986 la Conferencia de Ottawa de Promoción de Salud y en ella acordaron cinco puntos para conseguirla.

1. Aumentar la capacidad para el crecimiento personal y no el “empoderamiento” como han interpretado interesadamente algunos países, principalmente anglosajones.
2. Crear ambientes favorables, incluso en situaciones desfavorables, con espacios para la ilusión y el deseo de emergencia.
3. Aumentar la participación de la comunidad mediante el desarrollo de los dos puntos anteriores, sobre todo con la Técnica de los Líderes Pares y el trabajo de los Grupos de Ayuda Mutua. Ambas técnicas trabajando en paralelo pueden multiplicar los resultados con los mismos esfuerzos.
4. Reorientar los Servicios de Salud, con la visión anterior cualquiera admitiría que son nuevos recursos de salud: un polideportivo, también los espacios deportivos y lúdicos de los centros escolares (hay que abrir los centros escolares hasta la noche y los fines de semana para que los adolescentes los usen como “Cuarto de Estar”), un Centro de Día para Mayores, una Biblioteca abierta los fines de semana, un coro, un grupo de teatro y tantos otros ejemplos posibles.

5. El último punto es hacer políticas públicas sanas. Nos corresponde si estamos formados y aceptamos la necesidad de los cuatro puntos anteriores actuar como ciudadanos al votar ciertas propuestas.

Por tanto no se puede abordar un proceso de formación para prevenir riesgos para la salud, sin proponer un método barato, pero esforzado, la Educación para la Salud. Analizar por qué se detuvo tantos años, defendernos de las corrientes que vuelven a decir que es un método lento, ineficaz y para pobres. Entender que no hay ninguna profesión que se debe quedar fuera y que muchas veces estemos haciendo Promoción de Salud aunque no lo llamemos así y por el contrario **puede que hagamos “contrapromoción” en un marco asistencial establecido, por la forma, indiferente poco colaboradora con otros profesionales y realizada sin compromiso.**

En el caso de que queramos desarrollar un curso de Educación para la Salud multidisciplinar.

Es estimulante oír desde el primer momento de un curso que sin adquirir muchos conocimientos nuevos, una buena administración de los que se tiene en un marco de ilusión puede dar buenos resultados, pero trataremos de que se consigan algunos nuevos y pretendemos aportar otras vías metodológicas de explorar los conocimientos antiguos pero de forma sencilla. No conocemos grandes fórmulas.

El peor terreno de las Deficiencias es el de la Inequidad. Las desigualdades en Salud, en Educación en Oportunidades para el Desarrollo Personal, dan paso a mayores deficiencias biológicas. Hay pues que caracterizar los grupos Vulnerables y/o Desfavorecidos.

- Familias desestructuradas.
- Jóvenes a riesgo.
- Inmigrantes.
- Mujeres separadas con niños a su cargo, sin ayuda de quien fue su pareja.
- Ancianos.
- Drogadictos.
- Presos y exconvictos.
- Algunos grupos de inmigrantes.
- Ciertas minorías étnicas. Etc...

En cada uno de ellos hay que caracterizar a los miembros y establecer grupos multidisciplinarios de sanitarios, docentes y trabajadores sociales, principalmente que ofrezcan recursos y sean apoyados por todos los demás profesionales de la comunidad, porque en esta tarea, por acción u omisión, todos estamos implicados.

Es interesante mencionar esta posibilidad el primer día en que comenzamos un curso. Si queremos favorecer que el último cuando se hable de aplicación del mismo haya agrupaciones multidisciplinares.

Terminaremos esta primera unidad estimulando valores positivos en todo el proceso de nuestro trabajo:

- La importancia de la familia, incluso las desestructuradas.
- La amistad, la solidaridad.
- La necesidad de pertenencia a un grupo de referencia.
- El aprendizaje mediante modelos positivos. Los grupos de afectados que cuentan sus historias de vida (p.e. jóvenes que tuvieron accidentes de tráfico que cambiaron sus vidas y explican su experiencia a otros jóvenes).
- Los grupos de ayuda mutua.
- Personas con deficiencias que han sido y son personajes de éxito para su vida y la de los demás.

EL RECONOCIMIENTO DE LA POSICIÓN PROPIA. EXPECTATIVAS ANTE EL CURSO

Sugerimos hacer la presentación individual de los miembros del grupo en este momento con un sencillo protocolo, nombre y apellidos, profesión, centro de trabajo, función en el mismo y también les pedimos que digan si tienen experiencia en Promoción de Salud. Quizás alguno que nos conteste afirmativamente no lo hubiera hecho sin la reflexión previa de como entendemos la P.S. También se le pregunta a cada miembro qué espera del curso para su tarea diaria y aplicamos una técnica cualitativa, no sólo para recoger estos datos que representan sus objetivos sino como experiencias a continuación para asumir, incluso, objetivos de otros.

Las técnicas cualitativas son procedimientos de investigación social que, en algunos casos, utilizan metodología grupal para su desarrollo: porque permiten hacer aflorar los datos y opiniones que, sobre su realidad social, tienen los participantes, analizar posibles causas de problemas, determinar las prioridades de las necesidades, conocer las posibles soluciones y prioridades para su ejecución, conocer los motivos y criterios en las decisiones, conocer los indicadores de la cultura de los grupos en relación al tema propuesto.

Así, según Soler, P. (1990):

“Todas las opiniones son consideradas. Nada se da por sobreentendido. Se investiga desde la flexibilidad. Las personas y los grupos son ob-

servados como un todo. Tanto cuentan las opiniones como el marco de referencia de quienes la emiten. La exploración se hace desde el plano humanístico. Interesa lo que las personas “hacen” y “por qué” lo hacen. Pero tenemos que admitir que cuenta más el investigador y su estilo que el método y las reglas.”

La metodología cualitativa en la conducción de grupos de formación.

Una de las condiciones inherentes al profesorado de grupos de formación nace directamente del hecho de que su actuación se desarrolle en el seno de un grupo cuyas características pueden y deben ser consideradas desde una óptica de oportunidades al servicio de los objetivos formativos.

Existen brillantes profesionales en el campo de la formación que adoptan el papel de conferenciantes. Esto sitúa al alumnado en una posición predominantemente pasiva con respecto a los contenidos académicos. Los métodos didácticos y la actitud del docente modelan la estructura social de la clase y, con ello, afectan a la experiencia humana de quienes allí se encuentran. Por eso, para bien o para mal, influye mucho la calidad metodológica del docente, incluso con independencia del contenido científico que posea.

En el área de la formación la metodología cualitativa permite potenciar algunas acciones complementando su capacidad para hacer aflorar información de carácter humanista, con la influencia que sus aplicaciones producen en los participantes, como grupo y como individuos, motivando la atención y la implicación en el curso.

Personas, que no se conocían, van a encontrarse, agruparse e interinfluirse durante el tiempo de vida del grupo, o sea del curso. Incluso algunas personas pueden mantener más adelante este contacto, lo cual, en casos como éste, tienen gran importancia porque queremos reforzar el trabajo multidisciplinar.

La técnica que recomendamos para estos fines es la Dinámica de Expectativas.

La Dinámica de Expectativas es una adaptación de la técnica del Grupo Nominal. Un profesor que conozca la variedad de interrogantes y de deseos concretos que con respecto al programa puedan tener sus nuevos alumnos, tiene la posibilidad de aclarar dudas, e introducir pequeños cambios y ajustes en lo que se propone realizar.

Los participantes van a aflorar motivaciones extrínsecas (obtener un certificado, ausentarse del puesto laboral, etc.) e intrínsecas (mejorar su formación, hacer mejor la tarea diaria...).

Sólo se formula una pregunta. Se puede fijar aún más el nivel de concreción rogándoles que eviten generalidades del tipo: “nuevas experiencias”, “conocimientos generales del tema”, etc.

Tiene que haber una Reflexión Silenciosa. Se desarrolla esta fase del trabajo, por tanto, sin interacción, pues de producirse anularía muchas de las aportaciones personales o, peor aun, los comentarios de algunos influirían en los demás.

De acuerdo con Pineault, R. et al. (1994) los procesos psicosociales afectan de manera diferente a los individuos en lo que supone la generación de ideas y lo que es la evaluación de las mismas. Por lo tanto debe acudir a procedimientos diferentes cuando lo que se busca es una información que no debe ser afectada por la opinión de otras personas, que cuando se pretende dar un valor o prioridad a las diferentes ideas enunciadas en un grupo.

Por tanto en esta fase cada alumno anotará en una hoja dos o tres expectativas que respondan a la pregunta formulada. Cada alumno lee sus respuestas y el conductor de la dinámica las anota en un rotafolio de forma clara pero sin ocupar más de una línea por expectativa. Cuando algún enunciado sea igual o muy parecido a otro ya anotado, con el acuerdo del grupo, se dará por recogido y así se irán simplificando las propuestas, incluso se pueden agrupar por categorías más generales.

En este momento el profesor aclarará a los participantes que lo que han escrito desde sus asientos era un producto individual que al pasar al rotafolio y someterse a una “organización” se ha convertido en un producto colectivo sobre el que trabajar.

Se pide ahora a los alumnos que formen grupos (el número de integrantes estará relacionado con el número total de participantes, debería haber un mínimo de tres, y a partir de seis se dificulta mucho la discusión), que, a la vista de las anotaciones expuestas, escojan una o dos que les parezcan interesantes (no tienen necesariamente que coincidir con las que cada uno ha enunciado). La tarea consiste en que cada persona comente a los otros miembros de su pequeño grupo la elección que ha hecho y los motivos por los que las han elegido. Se concede un tiempo breve para que en todos los grupos completen sus rondas de comentarios, aproximadamente de quince minutos.

A continuación se explica al grupo que cada participante sólo puede emitir tres votos, con el mismo peso los tres, y es libre de votar a cualquiera de las expectativas que figuran en el rotafolio. El profesor va anotando al lado de cada categoría la suma total de votos obtenida y, al concluir, le asigna la numeración

ordinal que le ha correspondido (1º a la más votada, 2º a la que le sigue, y así sucesivamente).

El conductor del grupo leerá los resultados ordinalmente señalando el número de votos que cada expectativa ha recibido y el profesor conductor de la dinámica debe señalar que ese resultado es un producto del grupo.

Conviene conservar los paneles empleados en esta técnica para volver a exponerlos el último día del curso. Esto permite justificar al final que las expectativas se han cumplido, recordando en qué sesiones.

Un segundo aspecto es que se facilita al alumno la adaptación emocional a lo que, en general, le va a caer esperar, disminuyendo así las probabilidades de aparición de la experiencia individual de frustración.

EL DESPLAZAMIENTO DE ESA POSICIÓN A UN ESCENARIO MULTIDISCIPLINAR

Al terminar la fase anterior conviene recopilar en alto las fases de este proceso y recordar que todas las opiniones han sido recogidas y que unas expectativas que fueron enunciadas por algunos asistentes han sido escogidas como propias por un numeroso grupo para un trabajo cooperativo en un proceso corto de aprendizaje y va a favorecer propuestas multidisciplinares. Es un proceso de verdadera Interacción de Enseñanza Aprendizaje.

Es el momento de decir que el curso, en parte, tiene un “currículum cerrado” y en parte un “currículum abierto”. Es decir, no podemos poner temas o profesores nuevos, desde ese punto de vista es cerrado, pero podemos pedirles a algunos profesores orientaciones, alusiones, recursos o bibliografía según intereses específicos manifestados el primer día. Desde ese planteamiento es un “currículum abierto”.

Esto nos ayuda a explicar más fácilmente qué es y qué no es el curso y también a adaptarnos en lo posible a la composición del Grupo (muy variable en general y aquí radica una de las dificultades de diseñarle “a priori”) y a sus intereses. No podremos abordar todas las expectativas, pero decirlo al principio, razonar la imposibilidad de abordar tanta cantidad y variedad de contenidos, exponer los criterios para una determinada elección, reduce la agresividad del que no siente atendido sus principales intereses y además le permite estar más receptivo para acoger cosas que no estaba buscando. Un grupo que ha empezado a expresarse en alto es más fácil que mantenga este estilo ante situaciones negativas, lo cual nos va a permitir subsanarlas o paliarlas.

PROPUESTA DE APLICACIONES

Necesariamente tiene que ser el último día para que se hayan desarrollado todos los temas y se hayan escuchado los más diversos planteamientos por parte del profesorado y en los coloquios también de los compañeros.

Este punto también merece un comentario. Es necesario hacer los horarios, es decir, pautar los tiempos contando con un espacio para coloquio. Ni todos los profesores lo respetan porque algunos necesitan siempre más tiempo dada la gran importancia de su tema, ni todos los alumnos siguen las reglas del juego interviniendo durante el desarrollo de la clase sin que los profesores hayan ofrecido esa posibilidad.

Existe también el riesgo del alumno locuaz, e incluso que cope el coloquio. Alargarlo es no cumplir el horario de las clases siguientes. Olvidar las inquietudes es un error didáctico. A veces incluso hay tiempo, pero los alumnos están cansados y prefieren terminar más pronto. A las 14,30 hay menos dudas que a las 11,30 después del desayuno.

Parecería interesante desmontar esta actividad última en dos, una desarrollada en la mitad del curso, en la que se plantearán posibilidades de aplicación del mismo a la Tarea Diaria según lo escuchado hasta entonces. En este momento el director, al menos uno si hay dos o el coordinador tiene que suplir en parte a los otros profesores, por eso es tan importante que esté presente durante el desarrollo del mismo. En esta dinámica intermedia tenemos que hacer algo que si no obligatoriamente tiene que aparecer el último día y es distribuir en grupos a los alumnos de forma que, a ser posible, en todos estén representadas las diferentes profesiones de los asistentes aunque de alguna haya más de un miembro.

Si el pequeño grupo propone un trabajo posible relacionado con algún tema en el que potencialmente intervendrían todos los miembros con diferentes profesiones es el prelude de la propuesta final de un trabajo de aplicación.

Si no ha existido esa dinámica de grupo a mitad del curso, recomendamos que al menos exista al final con las sugerencias antes propuestas. Una vez estén establecidos los grupos y recogiendo éstos las sugerencias con ayuda de un coordinador para cada uno que finalmente actúe como portavoz.

REALIZACIÓN DE UN TRABAJO PRÁCTICO.

Les comentamos algunos requisitos y les hacemos algunas sugerencias.

- a) Podrá realizarse con otro miembro del curso pero tiene que tener una parte totalmente individual y genuina.
- b) Implicará obligatoriamente una intervención con población. No puede ser solo teórico.
- c) Habrá que enviar una propuesta de trabajo a la dirección del curso con arreglo a un protocolo acordado (Grupo Diana, objetivos, lugar de realización, contenidos y metodología propuesta, así como esbozar alguna previsión de evaluación).

EXPOSICIÓN ANTE EL GRUPO EN UN SEMINARIO CONJUNTO

El trabajo se presentaría por escrito y oralmente y debería ser una de las actividades que más provechosas pueden resultar del curso.

La propuesta que hacemos está funcionando en la Escuela Nacional de Sanidad para muchos productos docentes, la exponemos porque concretarlo permite mejor su discusión y eventualmente la aceptación total o parcial, pero no pretendemos que éste sea el modelo aceptado, sin embargo sí creemos que debería haber un trabajo práctico para obtener el Certificado Final.

Pocas cosas permiten fijar mejor las ideas que el rechazo a otras que parecen errores. Esto ya nos parece una contribución y la mayor sería *favorecer un estado de opinión sobre la importancia que tiene la motivación al inicio del curso, la sensibilización, el aflorar expectativas y el verbalizar aspectos positivos y negativos, incluso la evolución personal a lo largo del mismo.*

Estamos interesados en contrastar y ayudar a la elaboración de un modelo aceptable, no sólo para este curso sino para otros que implique de manera esencial el posicionamiento personal y la contribución afectiva de los asistentes, por ejemplo los que se refieren a Promoción de Salud en personas con deficiencias en los que también estamos empeñados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boletín de la Institución Libre de Enseñanza (1877-1936). Madrid. Cosano.
2. García MT, López C y Nájera P. (1988). Taller de Biología para la Salud. Colección Documentos y materiales de trabajo. Bachillerato de Ciencias de la Naturaleza. MEC.

3. Giner de los Ríos F (1992). El espíritu de la Educación en la Institución del Libro de Enseñanza. En Estudios sobre educación. Obras Completas Giner de los Ríos, Tomo VII, 1953. Madrid: Imprenta Clásica Española.
4. Los objetivos de la salud para todos (1986). Edición Española. O.M.S. Ministerio de Sanidad y Consumo.
5. Pineault R et al. "La planificación sanitaria". E. Masson, 1994.
6. Puelles M (1986). Educación e Ideología en la España Contemporánea. Barcelona: Labor.
7. Soler P. "La investigación motivacional en marketing". E. Deusto, 1990.

CORRESPONDENCIA

M^a Teresa García Jiménez
Jefe de Servicio de Educación Sanitaria
Escuela Nacional de Sanidad
Instituto de Salud Carlos III