



Taller
EDUCACIÓN PARA LA SALUD
EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Moderadora:

Matilde Riquelme Pérez

Pediatra, CSU La Chopera I, Alcobendas, Madrid.

Ponente/monitora:

■ Begoña Domínguez Aurrecoechea

Pediatra, CS Otero, Oviedo, Asturias.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Riquelme Pérez M. Educación para la salud escolar. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 185-6.



Educación para la salud escolar

Matilde Riquelme Pérez

Pediatra, CSU La Chopera I, Alcobendas, Madrid.

mriquelme.gapmo5@salud.madrid.org

La práctica profesional de la promoción de la salud obtuvo su primer reconocimiento internacional con la carta de Ottawa de 1986.

La carta definía la promoción de la salud como: "El proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud".

Según la OMS, la educación para la salud puede definirse desde dos vertientes. Por una parte, consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y la protección de la salud. Por otro lado, la educación para la salud contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud.

De ahí que los principales escenarios de intervención son los centros de enseñanza y los servicios de salud, especialmente Atención Primaria.

La educación para la salud es una poderosa herramienta para el quehacer profesional en Atención Primaria, ya que dentro de los servicios de salud es el que ocupa el lugar más cercano a la ciudadanía. Se trata de un instrumento que sirve tanto para la cura y la rehabilitación como para la prevención y la promoción de la salud.

Por su parte los centros de enseñanza, junto con la familia, desempeñan un papel clave en la configuración de la conducta y los valores sociales de los niños y adolescentes. La tarea esencial de los centros de enseñanza consiste en crear habilidades educativas y conocimientos base, equipándolos para que vivan de forma creativa en un mundo cambiante y proporcionándoles una base de competencia que puedan desplegar válidamente.

Sin embargo, la capacidad de cada estudiante para aprender con eficacia depende en gran medida de su estado de salud.

Existe un volumen considerable de evidencia que demuestra que la mala salud inhibe el aprendizaje. Hay estudios que indican una relación entre la mala salud y el rendimiento escolar de los estudiantes, las conductas orientadas a la educación (asistencia al centro, disciplina, actividades extraescolares) y las actitudes de los estudiantes.

Pero aunque los centros de enseñanza constituyen el vehículo principal en la creación de las competencias de sus estudiantes, en su estado de salud influyen de manera considerable factores externos al centro como son la familia, los medios de comunicación, las presiones del grupo y los determinantes biológicos. Es necesario que las intervenciones en el área de salud escolar se desarrollen en este contexto.

Numerosos estudios realizados en las dos últimas décadas evidencian que las intervenciones de promo-

ción de la salud basada en los centros de enseñanza son eficaces cuando transmiten conocimiento, desarrollan habilidades y apoyan la toma de decisiones que se traducen en una conducta positiva orientada a la salud.

Esta evidencia sugiere que las intervenciones son más eficaces si:

- Están orientadas a resultados cognitivos y sociales junto con un cambio de conducta.
- Los programas son de amplio alcance, relacionando al centro de enseñanza con los organismos y sectores encargados de la salud.
- La intervención es considerable, abarca varios años escolares y guarda relación con cambios del desarrollo social y cognitivo de los niños y adolescentes.
- Se presta una atención adecuada a crear capacidad a través de la formación de los profesores y la provisión de recursos.

En conclusión, las actividades de promoción de la salud escolar bien planificadas y establecidas realizarán una aportación considerable a la reducción de problemas sociales ahora y en un futuro. Esto es así especialmente si dichos programas se sustentan y apoyan la tarea básica de los centros de enseñanza y si están bien conectados con los padres y la comunidad local.



Taller EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Moderadora:

Matilde Riquelme Pérez

Pediatra, CSU La Chopera I, Alcobendas, Madrid.

Ponente/monitora:

■ Begoña Domínguez Aurrecoechea

Pediatra, CS Otero, Oviedo, Asturias.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Domínguez Aurrecoechea B. Educación para la salud en el ámbito escolar. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 187-200.



Educación para la salud en el ámbito escolar

Begoña Domínguez Aurrecoechea

Pediatra, CS Otero, Oviedo, Asturias.

beegoña.dominguez@sespa.princast.es

RESUMEN

El informe Lalonde (ministro de sanidad canadiense en 1974) clarificó el papel de los diferentes determinantes de la salud: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y el sistema sanitario¹ y su influencia sobre la reducción de la mortalidad² de manera que la atribuible a los estilos de vida es de cerca del 50% en tanto que el porcentaje correspondiente a los sistemas sanitarios es de un 10%. El paso de los años no ha modificado sustancialmente los recursos económicos destinados a cada determinante, distribuyéndose cerca del 90% al sistema de atención sanitaria y menos del 3% a los estilos de vida. La Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y prevención de la Obesidad (NAOS) y la nueva ley de 2006 acerca de las medidas sanitarias frente al tabaquismo ¿serán unas luces entre las sombras?

La educación para la salud (EPS) ha de formar parte fundamental de la educación integral de las personas y el objetivo de ésta es no sólo transmitir información sino aportar a la población el entrenamiento y las habilidades que le permitan escoger, entre las diferentes ofertas, la más saludable.

El objetivo del taller es estimular y potenciar el trabajo en EPS en el ámbito escolar desde la pediatría de Atención Primaria (AP). Constará de una introducción breve, resumen de la ponencia y trabajos en pequeños

grupos, desarrollando de manera práctica dos modelos de intervenciones educativas: un proyecto de EPS y el taller de alimentación. ¿Cómo comemos? Se incluye un anexo en el que se han recopilado algunos conceptos, legislación y recursos en relación con el tema.

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO ESCOLAR

¿Por qué la educación para la salud (EPS) en la escuela?

Los principales problemas de salud de los países desarrollados se derivan de los estilos de vida y están relacionados con la alimentación y la nutrición; la salud mental, los accidentes, el ejercicio físico, el tabaco, el alcohol y las drogas: Entre el 17 y el 22% de los adolescentes menores de 18 años padecen problemas de desarrollo, emocionales y de conducta. La mitad de las muertes del mundo industrializado son el resultado de la enfermedad cardiovascular, que es la primera causa de muerte y discapacidad en Europa. La Organización Mundial de la Salud indica que tres millones de personas mueren anualmente a causa del tabaco. La obesidad, la diabetes tipo 2 y diversos tipos de cáncer aumentan su prevalencia en los últimos años. En la actualidad una de cada siete muertes prematuras está relacionada con las lesiones producidas en los accidentes e intoxicaciones. Es preciso modificar estos estilos de vida para alcanzar mejoras en la salud de la población. La tradicional atención a los pacientes desde las consultas, cuya meta fundamental es la curación de la enfermedad, ha demostrado no ser un método eficaz para conseguirlo. La educación para la salud persigue que la población desee estar sana, sepa y haga lo que pueda, individual y colectivamente, para mantener la salud; con este enfoque, se muestra a priori como un instrumento más eficaz para la creación y mantenimiento de hábitos saludables.

Los centros escolares ejercen un influjo decisivo en el futuro estilo de vida del individuo a través de la socialización secundaria o formal; desempeñan un papel importante en la configuración de la conducta y los valores sociales de los jóvenes; a ellos acude la totalidad de los niños durante al menos 10 años. La escuela ha sido con-

siderada siempre como un sector estratégico para mejorar las conductas relacionadas con la salud³. La EPS ha estado siempre presente en la escuela a través de la higiene, la alimentación y la nutrición. De forma consciente o inconsciente, el medio escolar ha impartido estos conocimientos pero la Ley General de Educación (LOGSE) (ver anexo) da un paso más y establece las enseñanzas mínimas en EPS en los diferentes niveles planteando los siguientes objetivos:

- Para la etapa de primaria (6 a 12 años): conocer y apreciar el propio cuerpo y contribuir a su desarrollo aceptando hábitos de salud y bienestar valorando las repercusiones de determinadas conductas sobre la salud y la calidad de vida.
- Para la etapa de secundaria obligatoria (12 a 16 años): conocer y comprender los aspectos básicos del funcionamiento del propio cuerpo y de las consecuencias para la salud individual y colectiva de los actos y las decisiones personales y valorar los beneficios que suponen los hábitos del ejercicio físico, de la higiene y de una alimentación equilibrada, así como llevar una vida sana.
- La EPS se desarrollará de manera transversal en las diferentes materias escolares.
- Se enfocará la EPS teniendo en cuenta el entorno en sus dimensiones físicas, psíquicas y sociales.

El desarrollo de proyectos de educación para la salud surgidos al amparo del convenio entre el Ministro de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación y Ciencia en mayo de 1989 (ver anexo) con participación de profesionales sanitarios⁴ permite mejorar los conocimientos de los profesores aportándoles seguridad para desarrollar los temas en las aulas. Favorece la relación y la comunicación entre profesores, alumnos, padres y profesionales de la sanidad. Introduce nuevos métodos de trabajo que favorecen la autoestima fundamentalmente de los colectivos con mayores dificultades de aprendizaje. Mejora los conocimientos sobre salud de todos los colectivos implicados y favorece la práctica de hábitos saludables.

¿Sos eficaces los proyectos de EPS?

En 1996 se llevó a cabo un amplio estudio para valorar la implantación de la EPS en la enseñanza secundaria obligatoria (12-16 años) en España y se constataron los siguientes hechos⁵:

- La implantación de la EPS era escasa en los centros educativos de secundaria.
- La coordinación con los servicios de salud y otros de carácter comunitario era muy baja.
- El grupo de intervención tenía una mayor autoestima y presentaba con más frecuencia hábitos saludables que el de no intervención.
- El grupo de intervención estaba mejor informado respecto a las drogas pero no existían diferencias entre los grupos respecto a su consumo.

En el anexo adjunto se exponen también evaluaciones de la Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud y del Plan Nacional sobre drogas.

LA EVIDENCIA DE LA EFICACIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD⁶

La Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud elaboró con ayuda financiera de la Comisión Europea un documento que trata de responder a la siguiente pregunta: ¿cuál es la evidencia de que la promoción de la salud funciona y constituye una estrategia eficaz en la salud pública? Este informe es producto del trabajo que durante un año un comité de expertos en promoción de la salud de Europa, Canadá, Estados Unidos y Australia realizó valorando la eficacia de las actividades relacionadas con la promoción de la salud realizadas en los últimos 20 años. La medición de la eficacia de la promoción de la salud tiene una característica fundamental y es que debe transcurrir un tiempo antes de que los efectos de un entramado de estrategias y procesos de promoción de la salud coherentes y relacionados comiencen a mostrar resultados que se puedan

medir. Don Nutbeam, profesor de Salud Pública de la Universidad de Sydney, insta a que se “vea más allá del proceso de ensayos clínicos aleatorios”; a corto plazo es diferente el resultado de la cirugía de *bypass* coronario del que pueda esperarse de la aplicación de un programa educativo destinado a ayudar a un conjunto de personas a mejorar su conocimiento y habilidades para adoptar un estilo de vida saludable; a largo plazo ambos tienen por objeto reducir el impacto de la enfermedad cardíaca coronaria. El líder internacional en materia de experiencia en promoción de la salud es Canadá. Una de las intervenciones más cuidadosamente documentada ha tenido lugar en Carelia del Norte (Finlandia) donde la mortalidad cardiovascular ha experimentado un descenso del 73% desde 1972. Un programa de prevención de accidentes sueco dirigido a toda la comunidad redujo los accidentes domésticos en un 27%.

La evidencia de la promoción de la salud desde los centros escolares⁶

La evidencia que ofrecen numerosos estudios realizados en las dos últimas décadas sugiere que las intervenciones de promoción de la salud basadas en los centros de enseñanza pueden ser eficaces porque transmiten conocimiento, desarrollan habilidades y apoyan la adopción de elecciones que se traducen en una conducta positiva orientada a la salud.

Las intervenciones de EPS en los centros escolares son más eficaces si

- Están orientadas a resultados cognitivos y sociales como prioridad junto con un cambio de conducta.
- Los programas son de amplio alcance y holísticos relacionando el centro de enseñanza con los organismos y sectores encargados de la salud.
- La intervención es considerable, abarca varios años escolares y guarda relación con cambios en el desarrollo social y cognitivo de los jóvenes.

- Se presta una atención adecuada a crear capacidad a través de la formación de los profesores y la provisión de recursos.

Características de los programas que han fracasado

- Programas que se desarrollan en respuesta a una crisis percibida puntual (especialmente si vienen acompañadas de tácticas y discursos alarmistas).
- Una amplia participación del centro de enseñanza, espasmódica y carente de coordinación.
- Programas basados en gran medida en portavoces y recursos externos con poca implicación de la plantilla del centro de enseñanza.
- Poca o ninguna inversión en la formación de los profesores y en la entrega de recursos de apoyo.

Evidencia y el entorno

Existe un volumen considerable de evidencia que indica que el entorno escolar es un factor de la mayor importancia en la promoción de la salud escolar teniendo en cuenta sus tres componentes principales: entorno físico: mobiliario, iluminación, edificio, áreas recreativas y deportivas, servicios de comedor⁷; entorno psico-social: las relaciones entre los profesores y los estudiantes y entre los propios estudiantes así como el carácter del centro y los valores y tradiciones que lo sostienen⁸; la estructura organizativa: la infraestructura, administración y procesos de implantación, los presupuestos y los enfoques de programación⁹.

Evidencia y servicios de salud

La literatura sugiere que la implicación de los servicios sanitarios en los centros de enseñanza tiene éxito solamente en el marco de programas de promoción de la salud escolar, asociados a un programa escolar total y cuando el trabajo de los profesionales sanitarios está subordinado a la labor del profesor y es complementario de ésta¹⁰.

Evidencia y alimentación y nutrición

Los estudiantes consumen la mayor parte de su ingesta diaria de alimentos fuera del centro. Las familias y los medios influyen más en las elecciones alimentarias de los estudiantes que el centro de enseñanza. Las intervenciones son más eficaces si además de proporcionar una adecuada educación nutricional, se dirigen al desarrollo de las competencias para comprar y preparar alimentos y los propios centros ofrecen en los comedores escolares alimentos sanos.

Evidencia y actividad física

Existe evidencia considerable que indica que existe una asociación positiva entre la actividad física regular y el rendimiento académico¹¹. Asimismo, hay evidencia concluyente que indica que las intervenciones dirigidas a la actividad física redundan en resultados positivos cognitivos, sociales, conductuales y en algunos casos biológicos.

Las intervenciones dirigidas a la actividad física son eficaces si

- La intervención es integrada y de amplio alcance; dedica tiempo del plan de estudios a la actividad física; las políticas alientan la participación y existe colaboración con los proveedores locales de deportes.
- Si el personal que dirige el programa ha sido convenientemente formado.
- Se asigna tiempo suficiente (no menos de 60-80 minutos por semana) y existen instalaciones y recursos de calidad.

Evidencia y drogas

El Banco Mundial estima que la carga económica del tabaco se sitúa en torno a los 200.000 millones de dólares anuales. La orientación de muchas intervenciones ha consistido en prevenir o retrasar la experiencia con las drogas y su iniciación. La mayoría de los estudios se con-

centra en el alcohol y el tabaco e informa por lo general sobre los factores: conocimiento, actitudes, intenciones y consumo. El grupo PrevInfad de la AEPap ofrece en su página web www.aepap.org una revisión sistemática con clasificación de la evidencia.

Foxcroft¹² publica una revisión sistemática en la Biblioteca Cochrane en la que enfatiza la eficacia de programas de prevención como el *Life Skills Training* (ver anexo).

Factores clave que caracterizan los programas eficaces en el área de las drogas

- Diseño sólido y riguroso basado en una teoría adecuada.
- Una orientación al desarrollo de habilidades genéricas, como habilidades de comunicación, y específicas, como habilidades para rechazar droga.
- Sesiones de seguimiento.
- Asignación de un tiempo considerable en el plan de estudios.

Las intervenciones de promoción de la salud bien diseñadas e implantadas en el campo de las drogas alcanzarán objetivos educativos y adquisición de habilidades pero apenas tendrán un efecto modesto en objetivos conductuales retrasando la mayoría de las veces el comienzo del consumo y obteniendo una reducción a corto plazo en algunos consumidores.

CONCLUSIONES DE LA EVIDENCIA

Los centros de enseñanza son lugares donde las intervenciones de promoción de la salud son rentables. La eficacia y la sostenibilidad de las intervenciones se rigen por la estrecha relación que existe entre las intervenciones de promoción de la salud y la tarea esencial de los centros de enseñanza en el desarrollo de las habilidades educativas y la base de conocimiento de los jóvenes. No se puede esperar que los centros de ense-

ñanza solucionen los problemas de salud y sociales aisladamente sin tener en cuenta otras formas de actuación de salud pública.

LOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LA EPS EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Los pediatras de AP son responsables de proporcionar a la población una atención integral y continuada desde el momento del nacimiento hasta el final de la adolescencia y el objetivo central de sus actividades es lograr para los niños, los adolescentes y sus familias el mayor grado de bienestar y salud posible; también asumen como obligación demandar de las autoridades sanitarias responsables cualquier acción general o concreta con este fin, supervisar el desarrollo de éstas; potenciar la capacitación del entorno familiar en autocuidado y uso correcto de todos los recursos disponibles en la comunidad y adquieren el compromiso de promover el interés de todos los colectivos relacionados con la salud infantil y proporcionar a éstos una formación técnica adecuada¹³, pero este colectivo, cuya implicación con la educación para la salud individual en la práctica diaria desde las consultas es evidente, no ha tenido ni tiene en la actualidad el papel que teóricamente le corresponde en esta parcela que tanta relevancia está demostrando en el mantenimiento y la promoción de la salud integral del niño.

Modelos de intervenciones educativas con participación de pediatras de AP en el momento actual

Las intervenciones educativas en las que está implicado este colectivo pueden resumirse en:

- Intervenciones puntuales que generalmente responden a demandas de la comunidad escolar; profesores o padres ante problemas generales o específicos generados por presión social o de los medios de comunicación; son las más frecuentes.
- Intervenciones de forma más sistematizada a demanda de los profesores para satisfacer generalmente lagunas de información o conocimientos de la comunidad escolar; detectadas por los

enseñantes en el desarrollo de un programa de salud escolar:

- Intervenciones desde el sector sanitario que ofrece su colaboración puntual ante un problema concreto relacionado con la salud.
- Participación activa y conjunta con la comunidad escolar en un programa o proyecto de EPS.
- Participación en programas de EPS de Escuelas Promotoras de Salud.
- Participación en redes estructuradas de educación y promoción como planes municipales o comunitarios de prevención de drogodependencias o "ciudades saludables".

De todas ellas, sólo la participación en proyectos de EPS conjuntos (profesionales de la enseñanza y de la salud) destinados a la comunidad escolar y mantenidos en el tiempo o la participación en redes han demostrado su eficacia.

Posibles causas de la escasa implicación

- La falta de formación y motivación que se inicia con el pregrado se mantiene durante el período MIR de la especialidad y no se resuelve con la formación continuada.
- Falta de tiempo y recursos.
- Escaso apoyo institucional tanto desde el sector educativo como desde el sanitario.

Propuestas de intervención educativa que deben desarrollar los pediatras de AP

La promoción de la salud no puede ser considerada como una serie de acciones encaminadas únicamente hacia el individuo. Las actividades dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables, basadas exclusivamente en estrategias orientadas en los cambios de comportamien-

tos individuales, tienen el peligro de culpabilizar a las personas de sus posibles ausencias de salud, de tratar la enfermedad como el resultado de un fracaso personal dejando de lado los riesgos del entorno e ignorando la conexión existente entre los comportamientos individuales y las normas y estímulos sociales.

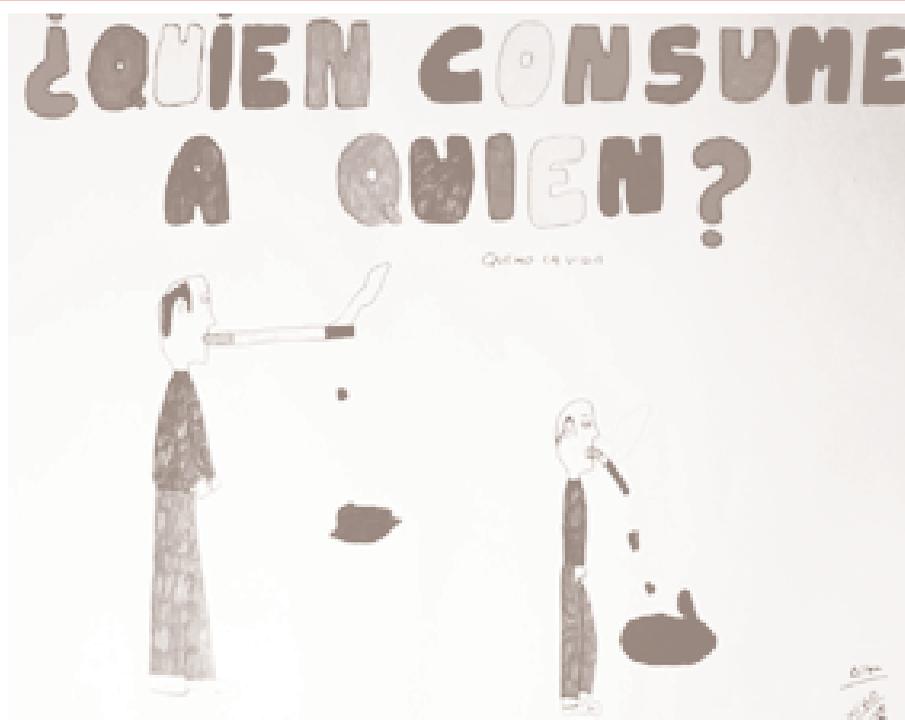
Es preciso abordar la EPS de manera integral teniendo en cuenta el medio ambiente en sus dimensiones físicas, químicas, sociales, culturales y económicas.

A la luz de la evidencia las intervenciones más adecuadas serán las incluidas en proyectos de EPS escolar:

En proyectos realizados siguiendo las convocatorias anuales de las diferentes comunidades autónomas (ver anexo) o, en todo caso, en intervenciones programadas y sistematizadas mantenidas en el tiempo en las que el papel de los pediatras será fundamentalmente de:

- Participación en la elaboración del diagnóstico de salud del centro escolar y su entorno, lo que permitiría priorizar los temas que se van a incluir en las actividades educativas.
- Apoyo a los profesores y de forma específica participando en su formación; serán asesores de los equipos educativos aportando contenidos actualizados y relevantes en las programaciones.
- Intervenciones educativas directas con los padres y madres según programa elaborado de acuerdo con los profesores tomando parte directa y activa en la implicación de las familias en la adopción de hábitos y creación de entornos saludables.
- De forma puntual se realizarán refuerzos y apoyos al profesorado destinados directamente a la población escolar.
- De manera coordinada y conjunta los profesionales sanitarios y profesores, con la participación de toda la comunidad escolar; buscarán la implicación de las autoridades locales y estatales en el esta-

Figura 1. Cartel realizado por un chico en un programa EPS.



blecimiento de políticas saludables que permitan mejorar los estilos de vida y la salud del conjunto de la población.

Los profesores son los responsables del trabajo y las actividades en las aulas (figura 1).

Es preciso recordar que las intervenciones puntuales y esporádicas ajenas a proyectos globales han demostrado no ser eficaces.

Requisitos necesarios para mejorar la situación actual

Requisito imprescindible para poder abordar esta tarea es la formación previa. Ya en 1982, el séptimo programa general de trabajo de la OMS¹⁴ establece pautas sobre las estrategias y metas y pide a los Estados miembro que tengan en cuenta al decidir sus actividades de salud, entre otras cosas, lo siguiente: "El personal adiestrado es un componente fundamental

de la infraestructura de salud. Las personas pueden crear instituciones pero las instituciones no pueden funcionar sin personas. Si no se dispone del tipo adecuado de personal adiestrado, los demás recursos del sistema de salud se desaprovechan en parte, cuando no del todo". La motivación y la existencia de políticas saludables favorecerán la participación de los profesionales de la salud en la EPS en el ámbito escolar (tabla I).

CONCLUSIONES

El objetivo no es sólo cambiar las conductas sino también que los niños y sus familias adquieran una conciencia individual sobre la responsabilidad propia en relación con su estado de salud, sean capaces de detectar las deficiencias y actuar individual y colectivamente para modificarlas. Los pediatras de AP parten de una posición privilegiada; deberían ser capaces de dotarse de los recursos necesarios para abordar esta tarea.

Tabla I. Limitaciones e intervenciones favorecedoras de la EPS en la escuela

Limitaciones	Intervenciones favorecedoras desde el sector sanitario
<p>Del método</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eficaz a medio o largo plazo • Dependencia de intervención holística • Dificultad de medición de resultados • Limitaciones de los profesionales responsables <p>Factores socioculturales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechazo al cambio • Dificultades de participación • Papel de la publicidad y los media <p>Factores económicos y políticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entornos no saludables • Falta de recursos • Políticas no saludables 	<p>Motivación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre programas eficaces • Reuniones específicas con profesores • Fomentar la figura del coordinador de EPS del área de salud <p>Formación</p> <ul style="list-style-type: none"> • En educación para la salud • En técnicas de comunicación • Trabajo en grupos <p>Aumento de recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuar el número de tarjetas sanitarias • Valoración en cartera de servicios • Políticas saludables

Bibliografía

1. Lalonde MA. New perspective on the health of Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services; 1974.
2. Dever G. An epidemiological model for health policy analysis. Soc Ind Res. 1976;2:453-66.
3. Laporte J. La educación para la salud en la escuela, una responsabilidad compartida. Jano. 1998;35 (Supl): S11-2.
4. Domínguez Aurrecochea B, González I, Fernández A, Alonso JC. Un programa de EPS en la escuela. Tres años. A tu Salud. 1996;15-16:15-20.
5. Merino Merino B. Presente y futuro de la educación para la salud en la escuela. Pediatr Integral (Madr). 2000; (Supl 3):S55-9.
6. The evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. ECSC-EC-EAEC- Bruselas Luxemburgo. 1999;115-24.
7. St Leger LH. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health: a review of the claims and evidence. Health Educ Res. 1999;14:51-69.
8. Northfield J, St Leger LH, Marshall B, Sheehan M, Maher S, Carlile R. Commonwealth Department of Health and Family Services and the Australian Health Promoting Schools Association, Sydney. School Based Health Promotion Across Australia: Background Briefing Report. 1998; N° 1.
9. Stears D, Holland J, Parsons C. Investment opportunities for health promotion in schools in Wales: a valuation of assets. Cardiff Health Promotion Wales. 1998.
10. Went S. A healthy start-holistic approaches to health promotion in school communities. Melbourne: Monash University; 1992. p. 150-7.
11. World Health Organization. The Status of School Health. Geneva: WHO; 1996.
12. Foxcroft DR, Ireland D, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 3. Art. No.: CD003024. DOI:10.1002/14651858.CD003024.
13. Atención Sanitaria a la infancia y adolescencia en Asturias. Situación actual y propuestas de mejora. Informe de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria. Oviedo 2001. [Fecha de consulta 25 jun 2006]. Disponible en www.aepap.org/asturiana/
14. Organización Mundial de la Salud. Séptimo programa general de trabajo para el período 1984-1989. Ginebra: Serie Salud para todos.

ANEXO TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Conceptos

La educación para la salud (EPS) se define comúnmente como "cualquier combinación de actividades, de información y educación que lleve a una situación en la que la población desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite". No ha de limitarse a transmitir información sino que ha de aportar a la población el entrenamiento y las habilidades precisas que le permitan escoger entre las diferentes ofertas la más saludable. La conferencia de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud plantea que la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención es la primera de ocho actividades fundamentales en la Atención Primaria de salud.

Promoción de la salud: "Es el proceso dirigido a capacitar a la población para controlar y mejorar su nivel de salud." Toda intervención de promoción de la salud (OMS) debe reunir las siguientes condiciones:

- Estar dirigida a las personas como colectivo más que a las personas individualmente.
- Actuar sobre las causas que propician la pérdida de salud.
- Afrontar el problema bajo diferentes perspectivas: educativa, informativa, campañas, legislación.
- Participación de la comunidad.
- Priorizar el trabajo de los profesionales de Atención Primaria.

Proyectos de educación para la salud en la escuela

El término "proyecto" designa el conjunto de actividades articuladas entre sí y que pueden producir los cam-

bios necesarios para satisfacer las necesidades detectadas. Cada proyecto será individual pero en general se puede establecer un guión con los elementos básicos de un proyecto de EPS²:

1. Análisis de las necesidades de salud del centro y del entorno: detectadas por todos los colectivos implicados: profesores, padres, niños, profesionales sanitarios y del ámbito social y comunitario.
2. Objetivos generales y específicos: selección y secuenciación de contenidos.
3. Población diana: a la que va destinado el proyecto pudiendo dirigirse al conjunto del centro escolar o a parte de éste.
4. Metodología: constitución del grupo de trabajo coordinador del proyecto, organización del trabajo con los alumnos, las familias, los centros sanitarios, las instituciones y entidades colaboradoras.
5. Actividades: planificadas según cronogramas; se incluirán las destinadas a formación de los profesionales implicados en el desarrollo del proyecto.
6. Evaluación: inicial, de seguimiento o proceso y final.
7. Recursos y duración del proyecto.

Programas de educación para la salud en el ámbito escolar

Son un conjunto de actividades encaminadas a un objetivo concreto; en la práctica se aplica este término a programas centrados en un problema específico y que constan de materiales didácticos para los profesores y los alumnos. De entre los actualmente en vigor, en España cabe destacar los destinados a la prevención de drogodependencias como:

- **La aventura de la vida:** destinado a la prevención de drogodependencias y el desarrollo de habilidades para la vida en educación primaria.

- **El cine en la enseñanza**, para educación secundaria.
- **Programa Pipes:** Plan Integral de Prevención Escolar: los materiales de trabajo son de la FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción) y parte de ellos han sido cedidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
- **El programa Órdago** es una adaptación realizada por EDEX del original canadiense titulado PAVOT. Está dotado de materiales de trabajo para el profesor, el alumno, la familia y la comunidad; incluye también cuestionarios de evaluación, está destinado a niños de 1.º a 4.º de la ESO con libros específicos para cada curso escolar; su objetivo es la prevención del consumo de drogas; parte de un modelo de salud pública en el que el agente agresor serían las drogas; expone cómo aumentar las resistencias del individuo y mejorar las condiciones ambientales.
- **Programa: Entrenamiento en habilidades de vida³:** es una adaptación realizada por un grupo de investigadores de la Universidad de Santiago de Compostela del programa de J. G. Botvin del Life Skills Training desarrollado en la Universidad de Cornell; se trata de un programa de prevención de drogodependencias dirigido a alumnos de 6.º de primaria; trabaja el desarrollo de las habilidades para resolver problemas eficazmente y tomar decisiones responsables; el equipo que realizó la evaluación es el mismo grupo responsable de su adaptación.
- **El Observatorio Español sobre Drogas⁴** ha recogido de los planes autonómicos de drogas información relativa a la aplicación de programas de prevención escolar durante el curso académico 1998-1999.

Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS)⁵

Orígenes: la creación de una red de escuelas promotoras de salud surgió a propuesta de expertos en salud

y educación, de responsables políticos, investigadores y educadores en el marco de encuentros y conferencias organizadas por la Comisión de la Unión Europea (CUE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Europa (CE).

El Estado español se adhirió al proyecto en marzo de 1993 trabajando coordinadamente ambos sectores (educativo y sanitario)

Concepto de escuela saludable: la escuela saludable pretende facilitar la adopción por toda la comunidad educativa de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud.

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, teniendo en cuenta las condiciones del edificio, espacios deportivos y de recreo, los comedores escolares, mobiliario, aspectos de seguridad y accesos.
- Desarrollar el sentido de la 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 por parte del alumnado.
- Favorecer buenas relaciones entre los miembros de la comunidad educativa.

Proporcionar a los alumnos los conocimientos y las habilidades indispensables para adoptar decisiones responsables en cuanto a su salud y la seguridad de su entorno.

- Realizar acciones a favor de la promoción de la salud.
- Ampliar la concepción de los servicios de salud escolar para hacer de ellos un recurso educativo que ayude a la comunidad a utilizar adecuadamente el sistema sanitario.

Centro coordinador: actualmente en España el centro coordinador es el Centro de Apoyo y Coordinación Nacional de la REEPS, quien da el visto bueno a los centros para su integración como miembros de la red; está ubicado en el Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE) de la Dirección General de Educación del Ministerio de Educación y Ciencia. Existen además comisiones de coordinación autonómicas que integran los sectores educativo y sanitario y son responsables de la selección de los centros educativos de su propia comunidad que deseen integrarse en la red.

Criterios de inclusión en la red: cada Estado miembro evalúa los programas de promoción y educación de la salud de las escuelas que soliciten su participación.

Requisitos mínimos necesarios: deberán establecer un programa de escuela saludable de una duración mínima de tres años y entre los requisitos para pertenecer a la red figura la participación de profesionales sociosanitarios de la zona de salud.

Participantes: el número de centros que participó en España en el período 1995-98 fue de 85. En los cursos escolares 2000-2003 se sumaron otros 82 nuevos centros.

Evaluación del primer período: la resolución de la conferencia celebrada en Salónica en 1997⁶ plantea que todos los niños y jóvenes de Europa tienen el derecho y han de tener la posibilidad de estudiar en una escuela promotora de la salud y hacen referencia a la necesidad de responsabilidad compartida entre los Ministerios de Educación y Sanidad.

Evaluación del segundo período: la agenda Egmond⁷ para tratar sobre el progreso conseguido, se celebró en

2002 en Egmond aan Zee (Holanda) una conferencia con la participación de 45 países europeos que dio como resultado la creación de una agenda que hace hincapié en la necesidad de trabajar en algunos aspectos:

- **Las condiciones previas:** deberá partirse de un correcto y completo análisis de la situación local sin olvidar las experiencias válidas externas, la necesidad de una adecuada base teórica y una asociación intersectorial así como la búsqueda de recursos sostenibles no influenciados por los cambios políticos principales.
- **La programación:** los contenidos y objetivos del programa deben trazarse a largo plazo; es fundamental la formación de profesores; las iniciativas con éxito en escuelas promotoras de salud han desarrollado extensos programas educativos para profesores, formadores y profesionales sanitarios. La capacitación del personal y la provisión de oportunidades para el desarrollo profesional se han mostrado como estrategias eficaces.
- **La evaluación:** se ha comprobado que la evaluación que teóricamente acompaña a los programas fundamentados proporciona la evidencia de la eficacia y tiene influencia en el éxito del desarrollo de una política sostenible de salud escolar.

LEGISLACIÓN Y NORMATIVAS INSTITUCIONALES

La Constitución española en su artículo 43 ordena a los poderes públicos "fomentar la educación sanitaria" e introduce en su articulado mandatos y recomendaciones para la promoción de la salud⁸.

La Ley General de Sanidad de 1986, siguiendo estos mandatos, desarrolla en sus artículos la necesidad e importancia de la educación y promoción de la salud⁹.

La LOGSE (Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo)¹⁰ introduce la educación para la sa-

lud como tema transversal en las diferentes áreas en el currículo de los centros escolares¹¹; posteriores reales decretos¹² desarrollan la ley y establecen las enseñanzas mínimas en los diferentes niveles.

La Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud: el Ministerio de Sanidad y Consumo es miembro nacional constituyente de ella desde hace más de 50 años.

El convenio entre el Ministro de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Educación y Ciencia en mayo de 1989 supone el primer impulso importante que se da a la EPS en la escuela; pone en marcha tres programas: formación del profesorado, elaboración de materiales didácticos y desarrollo de proyectos piloto con la colaboración de los centros escolares y los equipos de Atención Primaria; crea las figuras de coordinadores provinciales del Ministerio de Educación y Ciencia de EPS y coordinadores de áreas o zonas básicas de salud entre el personal sanitario; se destinan recursos económicos a formación de los profesionales y se establecen las convocatorias de concursos de proyectos de EPS en centros escolares¹³, con carácter anual, que resuelven las comisiones creadas al respecto. Este convenio y sus correspondientes en las diferentes comunidades autónomas siguen aún vigentes.

La Organización Mundial de la Salud en 1977 estableció las recomendaciones de "Salud para todos en el año 2000" y recientemente ha hecho la propuesta de **Salud para todos en el siglo XXI con los Objetivos de Salud para los jóvenes para el año 2020**¹⁴:

1. Los niños y los adolescentes deberán contar con mejores aptitudes útiles para la vida y ser capaces de tomar las decisiones más sanas.
2. Las tasas de mortalidad y discapacidad de los jóvenes derivadas de actos violentos y de accidentes se deberán reducir en al menos un 50%.
3. El porcentaje de jóvenes implicados en formas de conducta peligrosa tales como el consumo de drogas se deberá reducir de forma sustancial.

4. La incidencia de los embarazos en adolescentes se deberá reducir; al menos, en una tercera parte.

La estrategia nacional sobre drogas¹⁵: el **Plan de acción 2005-2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo** informa de que cada año más de 20.000 personas mueren prematuramente como consecuencia del consumo excesivo de alcohol, en los últimos 10 años ha aumentado el número de ingresos hospitalarios por psicosis producidas por drogas en un 103%. El plan cuyo horizonte de ejecución es el período 2005-2008 se estructura en torno a seis grandes ejes de actuación: la coordinación, la prevención y sensibilización, la atención Integral, la mejora del conocimiento, la reducción de la oferta y la cooperación internacional.

La ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo¹⁶ del Ministerio de Sanidad y Consumo de diciembre de 2006 regula la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco e introduce una nueva perspectiva en la prevención del tabaquismo.

La Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)¹⁷ del Ministerio de Sanidad y Consumo, con el lema "Invertir la tendencia de la obesidad", incluye seis convenios firmados con las organizaciones que representan a las industrias de alimentación y distribución y establece un nuevo enfoque multidisciplinar; condición que ya ha demostrado favorecer la eficacia de las intervenciones en EPS; será necesaria la inversión de los recursos precisos para su desarrollo.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁸ de marzo 2006 plantea como estrategia respecto a la salud y hábitos de vida la necesidad de analizar la efectividad de la estrategias de promoción de la salud y de prevención primaria y la elaboración de recomendaciones preventivas periódicas sobre los estilos de vida y proponer campañas y actividades educativas de ámbito comunitario.

ALGUNOS RECURSOS DE INTERÉS

Resulta absolutamente imposible pormenorizar los recursos existentes por lo que sólo se citan algunos de ámbito nacional que permiten iniciar y seguir las búsquedas sobre la promoción y educación para la salud en general y sobre cualquier tema acerca del que los profesionales sanitarios crean necesario abordar una intervención educativa.

El Centro de Investigación y Documentación Educativa del Ministerio de Educación (CIDE)¹⁹ recopila de forma sistematizada parte de la bibliografía publicada de interés para la EPS en la escuela.

La guía SARES: Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud se publica desde el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón; se edita desde 1997 y ofrece de forma sistematizada los recursos y materiales existentes de información y documentación general en promoción de la salud²⁰.

A tu salud: revista de educación para la salud: www.alezeia.org

Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud (SIPES): es un recurso *on-line* realizado en el marco del Consejo Interterritorial cuyos promotores son la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo y las Unidades de Promoción de la Salud de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades y Ciudades Autónomas; cuenta con el apoyo técnico de la Subdirección General

de Tecnologías de la Información. Su finalidad principal es el intercambio de información y buenas prácticas en promoción de la salud. De reciente creación, está operativo desde 2006 y accesible en: <http://sipes.msc.es>.

La encuesta bianual a estudiantes entre 14 y 18 años del Plan Nacional sobre Drogas²¹ permite observar la evolución en el tiempo (1994-1996-1998-2000) de los comportamientos de los jóvenes frente a las drogas. En la encuesta participaron 22.031 escolares, el universo es de 2.102.119. Los datos de 2000 informan de que el 76% ha tomado bebidas alcohólicas y las consume habitualmente el 58%, más de la mitad sólo en los fines de semana; el 34,4% ha probado el tabaco y el 30,5% fuma habitualmente y de ellos el 70% diariamente; el 31,2% ha probado el cannabis y lo consume habitualmente el 19,4%. Comparando los resultados de 1994, 1996, 1998 y 2000 se observa que descienden un 12% los bebedores habituales y aumentan un 10% los escolares abstemios. Aumentan en un 9% los escolares que han probado el cannabis y se ha estabilizado la edad de inicio en el consumo de tabaco (13,2 años); alcohol (13,6 años) y cannabis (14,8 años).

Complementaria de esta información es la aportada por el documento **“Estrategia nacional sobre drogas: Plan de acción 2005-2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo”²²** en el que se observa que en los chicos entre 14 y 18 años los consumos durante los últimos 12 meses de cannabis aumentaron de 25,7% en el año 1998 a 36,6% en el 2004 y el de cocaína pasó de 4,5% en 1998 a 7,2% en 2004. La edad de inicio del consumo de alcohol se mantuvo sin diferencias entre 1998 (13,8%) y 2004 (13,7%).

Bibliografía

1. XXXVI Asamblea Mundial de la Salud (1983).
2. Rochón A. Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Masson; 1991.
3. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio español sobre drogas. Informe 2: indicadores de prevención. [Fecha de consulta 31 ago 2006]. Disponible en www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2.pdf#search=%22Observatorio%20espa%C3%Blol%20sobre%20drogas.%20Informe%20%20%3A%20indicadores%20de%20prevenci%C3%B3n%22
4. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio español sobre drogas. Informe n.º 4: Implantación y cobertura de los programas de prevención escolar. Madrid: Ministerio del Interior; 2001.
5. Red Europea de Escuelas promotoras de salud. La escuela promotora de salud. [Fecha de consulta 20 jun 2006]. Disponible en www.mec.es/programas-europeos/jsp/plantilla.jsp
6. Primera conferencia de la Red Europea de Escuelas promotoras de salud "La escuela promotora de salud-una inversión en educación, salud y democracia" Salónica-Halkidiki, Grecia, mayo de 1997.
7. Documentación presentada al Seminario Regional para coordinadores de proyectos pedagógicos de educación para la salud. Asturias; junio 2003. [Fecha de consulta 20 jul 2006]. Disponible en www.mecd.es/cide/espanol/innovacion/reeps/publicaciones/fondodocumental/documentosreeps/files/agendaegmond.pdf#search=%22La%20agenda%20Egmond%22
8. Constitución Española 1978. Arts. 41, 43, 45, 48, 49, 50, 51, 148 y 149.
9. Boletín Oficial del Estado. Ley General de Sanidad, 14/1986. BOE Número 120; 29 de abril de 1986.
10. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo, 1/1990; BOE Número 238; 4 de octubre de 1990.
11. Transversales. Ministerio de Educación y Ciencia. Secretaría de Estado de Educación. 1992
12. Boletín Oficial del Estado Real Decreto 1.333/1991 de 6 septiembre por el que se establece el currículo de la Educación Infantil. BOE número 216. 9 de septiembre de 1991.
13. Boletín Oficial del Estado. Orden de 27 de abril de 1992 del Ministerio de Educación y Ciencia: 11674. BOE Número 123. 22 de mayo de 1992.
14. Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el siglo XXI. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999. p. 32-36 y 124.
15. Estrategia Nacional sobre Drogas. Plan de acción 2005-2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Fecha de consulta 22 jun 2006]. Disponible en www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf
16. La Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo Ley 21/2001 BOE 309. [Fecha de consulta 22 jun 2006]. Disponible en www.msc.es/novedades/docs/disposicionesGenerales
17. La Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). Madrid 2005. [Fecha de consulta 22 jun 2006]. Disponible en www.aesa.msc.es/aesa/web/AesaPageServer
18. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. [Fecha de consulta 25 jun 2006]. Disponible en www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm.
19. CIDE: Centro de Investigación y Documentación Educativa del Ministerio de Educación. [Fecha de consulta 22 jun 2006]. Disponible en www.mec.es/cide/
20. Guía SARES 2004: Recursos de Información y documentación en Promoción de Salud. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón: Sección de Educación para la salud; 2004.
21. Observatorio español sobre drogas. Encuesta sobre drogas a la población escolar 2000. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Fecha de consulta 22 jun 2006]. Disponible en www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2000.pdf
22. Estrategia Nacional sobre drogas. Plan de acción 2005-2008. Ministerio de Sanidad y Consumo [Fecha de consulta 22 junio 2006]. Disponible en www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf