

# ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN LA ESCUELA

## LITERACY IN HEALTH AT THE SCHOOL

Valentín Gavidia Catalán<sup>1,a</sup> 

<sup>1</sup>Universitat de València, España

<sup>a</sup>[valentin.gavidia@uv.es](mailto:valentin.gavidia@uv.es)

Recibido: 18/09/2021; Aceptado: 06/10/2021

### Resumen

La idea de Alfabetización en Salud está formada por dos términos que se encuentran en continua evolución: Alfabetización y Salud, lo que nos da pistas para entender la complejidad del concepto. La Alfabetización ha pasado de entenderse como algo básico, la capacidad de leer y escribir, a poder expresar e intercambiar pensamientos, técnicas, sentimientos, usando leguajes variados. La Salud ha evolucionado desde una visión individual a entenderla de forma comunitaria en la que el medio ambiente tiene una gran relevancia. Esto ha significado un cambio importante en la Educación para la Salud en la Escuela, dejando de lado el uso de la información para obtener cambios de conducta, a introducir la investigación de los factores que intervienen en los comportamientos, para que el alumnado pueda tomar decisiones libres e informadas, al tiempo que se procura influir en el entorno para que sean más fáciles de adoptar las más saludables.

**Palabras clave:** Alfabetización en Salud; Educación para la Salud; Comportamientos; Salud escolar.

### Abstract

The idea of Health Literacy comprises two terms that are in continuous evolution: Literacy and Health, which gives us clues to understand the complexity of the concept. Literacy has gone from being understood as something basic, the ability to read and write, to being able to express and exchange thoughts, techniques, feelings, using various languages. Health has evolved from an individual vision to a community understanding in which the environment has a great relevance. This has meant an important change in Education for Health at School. The use of information to obtain changes in behaviour has been leaved aside to introduce research into the factors that intervene in behaviours, so that students can make free and informed decisions. At the same time, it is tried to influence the environment so that those decisions that are healthy are easier to adopt.

**Keywords:** Literacy in Health; Education for Health; behaviours; scholar Health.

## 1. ALFABETIZACIÓN EN SALUD

La salud siempre ha ocupado un lugar importante en la sociedad, prueba de ello son las prácticas y sacrificios que hechiceros y sacerdotes realizaban para protegerla o restaurarla. A medida que las sociedades se han consolidado, estas actividades se han hecho más complejas y se han incardinado en la escuela.

En los antiguos sistemas de educación se enseñaba religión y se transmitían las tradiciones sociales y culturales entre las que se encontraban las relacionadas con la protección de la salud. En principio, estos sistemas dependían de la Iglesia, pero poco a poco comienzan a ser cuestión de Estado y pasan a ser controlados por los gobiernos. Cuando la Salud Pública adquiere identidad encuentra la Escuela como lugar idóneo para transmitir las prácticas higiénicas. Es el embrión de la Educación Sanitaria.

Henry Linville y otros (1909), ya sugieren que en los cursos de biología se debe incluir la higiene, la sexualidad, los efectos del alcohol y de los narcóticos, la prevención de enfermedades, etc., es decir, aspectos relacionados con la salud. Pero el término de “alfabetización en salud” continúa proviniendo del campo de la Sanidad. Esta afirmación la basamos en que: a) lo da a conocer Simonds en 1974 abogando por la necesidad de que en las escuelas se impartan conocimientos sobre salud de la misma forma que se hace sobre Historia o Ciencia; b) es un tema en auge en la literatura biomédica (Montesi, 2017) y c) el énfasis se pone en la información tanto sobre salud como sobre los servicios y sistemas sanitarios, de forma que desde esta perspectiva se entiende que una escasa alfabetización en salud se traduce en un inadecuado uso de los servicios sanitarios, un incremento de los gastos y en un empeoramiento general de la salud de los individuos, algo que se desea evitar precisamente desde los organismos encargados de la Salud Pública (Gavidia et al., 2019).

Existen muchas definiciones sobre Alfabetización en Salud, pero el denominador común a todas ellas es la capacidad individual para asimilar e integrar información sobre salud y poder tomar decisiones apropiadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la describe como “las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud” (Organización Mundial de la Salud, Glosario. 1998).

No obstante, esta idea evoluciona, se hace más compleja, adquiere nuevas dimensiones y se incardina en el mundo educativo en donde prima el aprendizaje sobre la enseñanza y tan importante es el resultado obtenido como el camino recorrido. De hecho, Juvinyà-Canal et al. (2018) señalan que la alfabetización para la salud es algo más que información pues atiende “al conocimiento, la motivación y las capacidades individuales para entender y acceder a información, expresar opiniones y tomar decisiones relacionadas con la promoción y el mantenimiento de la salud, siendo aplicable en diferentes contextos, entornos y a lo largo de toda la vida”. Indican así mismo dos perspectivas distintas y complementarias: la clínica, que refleja las competencias de las personas para moverse en el entorno personal y sanitario, y la social (que las autoras citadas denominan de salud pública), que incluye la adquisición de las competencias para intervenir en el entorno familiar, laboral y comunitario.

Aunque el concepto de alfabetización nos puede transportar a una idea de mínimos, pues una persona alfabetizada es la que sabe leer y escribir, algo fundamental e indispensable pero que constituye un primer grado de formación, el concepto de alfabetización alude, no solo a la capacidad de leer, hablar y escribir con sentido, sino también de expresar ideas, sentimientos, elaborar conceptos, comprender mensajes e intercambiar información. En este sentido, podemos decir que la alfabetización en salud se concreta en la adquisición de los aprendizajes necesarios y el desarrollo de las capacidades útiles para mantener un nivel óptimo de salud personal y comunitario.

El término alfabetización en Salud alude tanto al proceso como al resultado de la realización de las actividades de enseñanza y aprendizaje de la Salud. Por tanto, es la consecuencia de la Educación para la Salud que debe significar “un incremento de los conocimientos, una mayor motivación y el logro de competencias específicas para acceder, entender y utilizar la

información de manera que promueva y mantenga una buena salud” (Nutbeam, 2009) a lo que debemos añadir, salud tanto personal como comunitaria. Abundando en esta idea, el Consorcio Europeo sobre Alfabetización para la Salud indica que:

Conlleva el conocimiento, la motivación y las competencias para acceder, comprender y aplicar la información en temas de salud, con el fin de hacer valoraciones y tomar decisiones en lo concerniente a temas cotidianos de salud, prevención de enfermedades y fomento de la salud, con la intención de mantener o mejorar la calidad de vida en el transcurso de ésta (Sorensen, et al., 2012).

De forma que podemos concluir diciendo que la alfabetización en salud proviene, por un lado, del campo de la salud pública al procurar que todos los ciudadanos mejoren su calidad de vida a través de los conocimientos y de las acciones curativas, preventivas y promotoras; pero por otro lado, se realiza desde una perspectiva educadora, con la metodología adecuada para abordar la problemática personal y del entorno, obtener aprendizajes, generar actitudes, y desarrollar responsable y voluntariamente comportamientos positivos relacionados con la salud (Gavidia et al., 2019).

Para que una persona esté alfabetizada en salud debe haber incrementado las competencias necesarias para gestionar su propia salud, saber pedir ayuda cuando sea necesario, responder adecuadamente a las situaciones cotidianas que se le presentan, reconocer los factores de riesgo e intervenir en la mejora de la calidad de vida colectiva.

Llegados a este punto, se requiere establecer el significado de Salud para establecer las verdaderas dimensiones de la Alfabetización en salud.

## 2. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD

La salud es un tema frecuente en nuestras conversaciones, aunque es la idea de enfermedad la que prima. No obstante, formamos un binomio salud-enfermedad en el que un concepto se encuentra en función del otro y ambos son complementarios. Es importante que realicemos una reflexión sobre ellos, pues nos ayudará a concretar el significado de la Alfabetización en Salud y a construir el edificio de la Educación para la Salud (Fortuny y Gallego, 1988). En nuestro análisis observaremos como el concepto dominante es el de la enfermedad y a partir de él construimos el de salud. La evolución de la enfermedad hace que cambie la idea de salud. A lo largo del tiempo la sociedad ha modificado la forma de enfermar y el tipo de enfermedades que adquiere y en consonancia ha cambiado la idea de salud y la forma de mantenerla. Podemos señalar cinco momentos clave de cambio de paradigma en la enfermedad que suponen cinco categorías o niveles de complejidad en la idea de salud (Gavidia, 1998):

1ª categoría: **la ausencia de enfermedad**. El concepto de salud es un concepto vivido, pero no construido. Forma parte de nuestra vida y no reflexionamos sobre él. Solo lo hacemos cuando la perdemos, es decir, cuando aparece la enfermedad, a la que sí que damos importancia pues la hemos padecido alguna vez y sabemos lo que significa. La idea de salud no la cuestionamos y la concebimos en función de lo que nos resulta significativo y ello es la enfermedad. En los albores de nuestra sociedad los principales agentes causantes de las enfermedades eran físicos (la piedra, la flecha, la caída, la dentellada). Más adelante, nos fijamos en los agentes químicos que la producían: los alimentos que ingeríamos, o dejábamos de hacerlo, puesto en evidencia en los grandes viajes y la escasez de vitaminas durante el trayecto. A comienzo del siglo XIX, se pone de manifiesto la importancia de los agentes biológicos en la causa de la enfermedad: los microbios que estudiaba Pasteur, Koch y otros. Había que evitar el efecto de estos agentes (físicos, químicos y biológicos) en nuestro organismo y en su

consecución obteníamos la Salud. La salud, pues era “la ausencia de enfermedades e invalideces”.

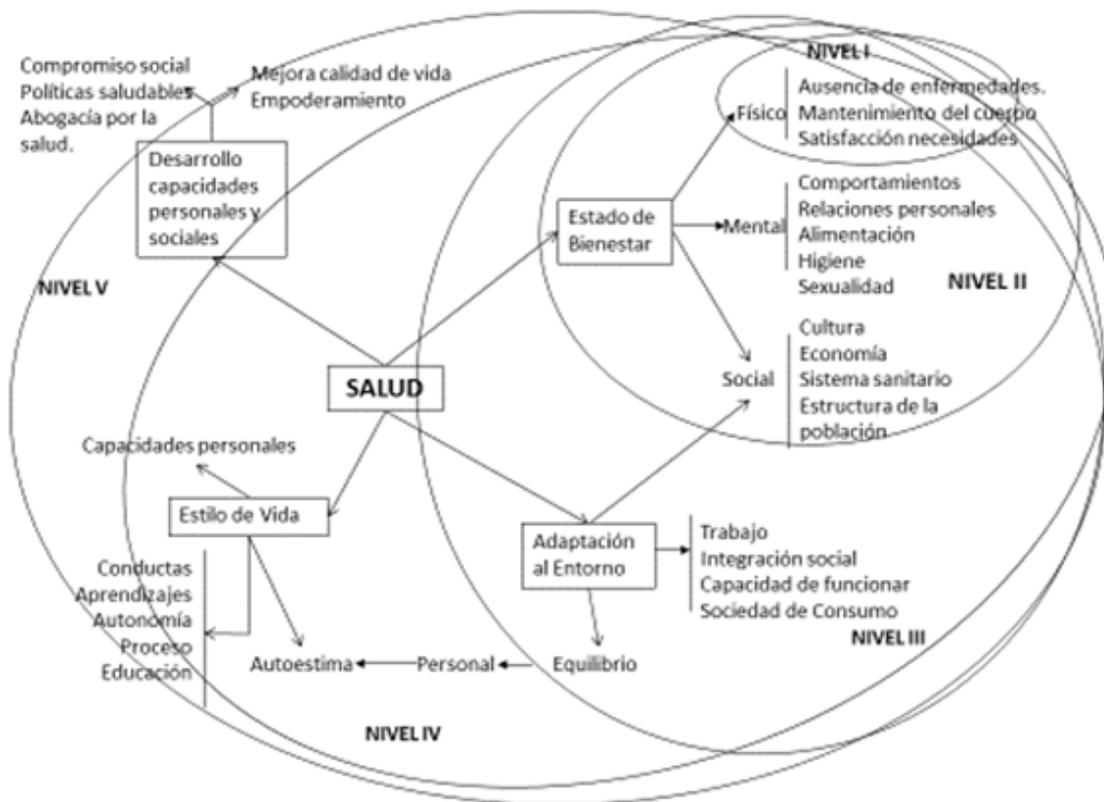
2ª categoría: **la idea de Bienestar**. A comienzos del siglo XX y con los estudios de Freud, Erikson etc., tomamos conciencia de las enfermedades psicosomáticas, depresión, ansiedad, determinadas conductas alimentarias, etc. A los agentes productores de enfermedad, físicos, químicos, biológicos, añadimos los mentales. Se modifican los agentes causantes de la enfermedad y en consecuencia la idea de salud. Así, la OMS, en su Carta Constitucional (1948), presenta la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición incluye a la dimensión física o biológica, la psíquica y social. Así, una persona está sana no sólo por su bienestar físico, sino también por la vida de relación que desarrolle.

3ª categoría: **la atención al Medio Ambiente**. En la segunda mitad del siglo XX cobran relevancia las enfermedades cuyo origen es ambiental, debido a la contaminación del aire, agua suelo, alimentos. Es un elemento más a añadir como agente causante de enfermedad. La importancia del medio ambiente se pone en evidencia con los movimientos ecologistas y la publicación de la Primavera Silenciosa de Raquel Carson en 1962. El microbiólogo y ambientalista Dubos señala en 1959 que la salud es “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio”. Es la situación de equilibrio entre el individuo y su entorno, de forma que cuando éste se altera se produce una crisis que puede dar lugar a la enfermedad si no somos capaces de adaptarnos a las nuevas circunstancias. Indica que el elemento esencial de la enfermedad no reside en la infección, sino en los estímulos, ambientales y sociales, que alteran la resistencia y rompen el equilibrio.

4ª categoría: **el estilo de vida**. Con la segunda mitad del siglo XX más adelantada, observamos que las principales causas de muerte en las sociedades avanzadas son los problemas cardiovasculares, SIDA, accidentes de tráfico, enfermedades pulmonares, obesidad, etc. que podemos denominar como enfermedades conductuales ya que son derivadas de una determinada forma de vida: sedentarismo, estrés, mala alimentación, consumo de sustancias, etc. En consecuencia, el concepto de salud se amplía y el Congreso de Médicos y Biólogos de lengua catalana de Perpignan (1978) señala como salud “aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa”, haciendo énfasis en la manera de vivir. Así, en esta concepción, la salud posee una visión claramente comportamental y es la propia persona, por las decisiones que adopta sobre sus comportamientos, la responsable de su propia salud.

5ª categoría: **La implicación social**. A los elementos físico-químicas-biológicos, mentales-psicológicos, ambientales y conductuales como causas de enfermedades, añadimos la vertiente social, el uso de los recursos que la sociedad destina en la mejora de la calidad de vida, entendiendo que son múltiples los factores que intervienen en ella. Las decisiones personales no son asépticas, sino que vienen influidas por el entorno. Si son muchas y entrelazadas las causas de la enfermedad, son muchas e interrelacionadas las causas que conforman la salud de la población. Esto significa la necesidad de generar espacios y circunstancias favorecedoras de vida que faciliten la salud de todos, pues tratar de estar sano en un mundo enfermo y que produce la enfermedad es un camino equivocado. Estar sano va ligado a la salud del conjunto y ya no es una cuestión individual, sino una tarea colectiva. La Oficina Regional para Europa de la OMS en 1984 señala: “la salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”. Considera la salud como un recurso para la vida, pero no como el objeto de la misma. No vivimos para tener salud, sino que tenemos salud para vivir mejor.

Figura 1. Construcción del concepto de Salud en función de los cinco niveles.



Fuente: elaboración propia

Estas cinco categorías de pensamiento del binomio enfermedad-salud dan lugar a cinco niveles de salud. Cada nivel recoge el significado de los inferiores por lo que a medida que ascendemos, aumenta la riqueza conceptual del mismo, su complejidad, conformando el edificio de lo que entendemos por salud. Esta idea viene representada en la figura 1 en la que cada círculo representa uno de los niveles de salud.

### 3. LOS NIVELES DE SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA

La idea de que el concepto de salud, con sus cinco categorías y niveles, lo vamos reconstruyendo a partir de nuestra experiencia personal y de los cambios que se producen en nuestro alrededor lo podemos observar en estos tiempos de pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2.

En un primer momento, cuando se dio la voz de alarma acerca del peligro que suponía la existencia del virus productor de la enfermedad y con ella el confinamiento domiciliario, nos entró una especie de hipocondría controlando nuestras constantes vitales por si acaso contraíamos la enfermedad: vigilábamos la temperatura, la respiración, el cansancio... Importaba que todo nuestro cuerpo funcionara bien, que no encontráramos síntomas de una enfermedad que podía ser grave y que desconocíamos. Estábamos en el Nivel 1.

Más adelante, conocimos la genética y el comportamiento de este virus y empezamos a desarrollar medidas de protección específicas: mascarillas, distancias de seguridad, lavado de manos... dejamos de lado baldear los suelos, el cambio continuo de ropa, los guantes, etc. porque ya sabíamos la forma más frecuente de contagio. Desarrollamos una necesaria visión

preventiva de la salud: nos encontrábamos en el Nivel 2.

Durante el tiempo que duró el confinamiento fuimos testigos del cambio que se dio en la naturaleza: los niveles de contaminación bajaron, las aves revoloteaban por nuestras plazas, el aire era más respirable, nos llegaban videos del baile de delfines y ballenas cercanos a los puertos. Vimos que la Naturaleza se revitalizaba y sentimos que nosotros formábamos parte de ella. Pero hemos construido una naturaleza que ya no es tanto física como virtual, lo que nos ha permitido mantener el contacto con familiares y amigos y proteger de esta forma nuestra salud mental. El ambiente, físico o virtual, es un importante factor determinante de nuestra salud que hay que proteger. Es el Nivel 3.

En estos momentos tenemos las vacunas y el objetivo es la inoculación de este principio estimulante de nuestras defensas frente al virus. Con ella será más difícil contraer la enfermedad y si lo hacemos será más leve, pero esto no evitará que podamos transmitir el virus, por lo que, aún vacunados, debemos continuar con las medidas de protección. La visión de salud comunitaria se impone al señalar la necesidad de conseguir la “inmunidad de rebaño” incluso por nuestra propia salud individual. La idea de salud se amplía a realizar conductas que no contagien, a pensar en los demás. Nos encontramos en el Nivel 4.

Desde el primer pensamiento de salud que tuvimos como algo individual, que preocupaba a cada uno de nosotros personalmente, se ha ampliado a la necesaria visión ambiental y social. Del no contagiarse, pasamos a no contagiar y a proteger nuestro entorno. Al final, la persona es un ser social, que vive y se desarrolla en comunidad. Y así, ya no basta con evitar los contagios, no es suficiente no transmitir la enfermedad, debemos intervenir en nuestro entorno y tratar de producir salud. Este es el último y más complejo de los niveles de salud, el reto que tenemos: que cada cual haga lo que considere más adecuado para que mejore la calidad de vida de las personas que forman su comunidad, desde la exigencia de coordinación a las autoridades, la puesta en práctica de medidas preventivas (vacunas, mascarillas, control de reuniones masivas, etc.) a la atención de las necesidades del colectivo donde vivimos para mejorar su calidad de vida.

#### 4. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

Los diferentes niveles del concepto de salud significan distintas sensibilidades que posibilitan, unas mejor que otras, el desarrollo de la Educación para la Salud en la Escuela. De la misma forma que encontramos cinco categorías en el concepto actual de salud, podemos observar cinco formas diferentes de concebir su educación (Gavidia, 2013):

Nivel 1, modelo **Informativo**. Hemos visto que la categoría de salud más presente es la ausencia de enfermedad, que todo funcione bien, cargada de una visión muy biologicista o medicalizada. Su educación se centra en la información y en la transmisión de conocimientos, lo que representa la consideración de temas como la anatomía y fisiología, constitución del cuerpo humano, el funcionamiento de los órganos y los problemas asociados.

Nivel 2, modelo: **Preventivo**. La categoría de salud más presente es la idea de bienestar lo que significa que su enseñanza, a las cuestiones anteriores de anatomía y fisiología, se le añaden temas de higiene y prevención como vacunación, accidentes, higiene bucodental, adicciones, alimentación, etc. Se ofrece información que las personas deben conocer acerca de determinados comportamientos necesarios para mantener la salud y prevenir la enfermedad: lavarse los dientes, no fumar, no beber, hacer deporte, llevar una buena alimentación, etc., pero en este nivel no pasamos de la información y de considerar al alumnado como un sujeto pasivo que la recibe, el cual suponemos que cambiará de opinión y de conducta ante la información

que se le ofrece.

Nivel 3, modelo **Ambientalista**. Hemos visto que en este nivel de salud, ésta no proviene del individuo, sino que viene de fuera, y no se limita al ambiente físico, sino que abarca también al medio social. En correspondencia, en su estudio se tratarán los factores ambientales que afectan a la salud de las personas, como la contaminación del suelo, del aire, del agua, de los alimentos, las viviendas, saneamientos, servicios, etc., más que inducir a determinadas conductas. Al mismo tiempo, se tendrán en cuenta otros aspectos del “exterior” como los medios de comunicación, la publicidad, la moda, el consumo, el ocio, las condiciones de trabajo, etc.

Nivel 4º, modelo **Desarrollo personal**. La categoría más presente es el estilo de vida por lo que las acciones escolares se centran en procurar el desarrollo de habilidades y recursos en el alumnado no sólo para evitar contraer enfermedades sino para adquirir niveles de calidad de vida cada vez más altos. Este modelo tiene una visión diferente al 2º nivel, pues ya no se trata sólo de ampliar conocimientos sino de adquirir conductas saludables. Sabemos que ofrecer información sobre conductas pensando que así se modifican comportamientos es una estrategia ineficaz. Es imprescindible incidir en la generación de actitudes. Ahora bien, la idea de convertir la Educación para la Salud en un conjunto de experiencias dirigidas a que las personas adopten determinadas pautas de comportamiento es tachada de manipuladora (Jensen, 1995) y se señala la necesidad de que sea el propio individuo quien voluntariamente adopte decisiones respecto a sus formas de vivir. Al recoger el pensamiento de la libertad personal, las estrategias de enseñanza cambian dirigiéndose a desarrollar las capacidades para la toma de decisiones. En este sentido, la American Public Health Association (1973) define a la Educación para la Salud como “el conjunto de procesos que incrementan las habilidades de la población para tomar decisiones informadas que afecten a su bienestar personal, social, familiar y comunitario”.

Nivel 5º modelo **Desarrollo Personal y Social**. La categoría de salud presente en este nivel es la implicación social y la intervención sobre el medio, y responde a la idea de que la Educación para la salud es un instrumento de la Promoción de Salud (OMS. Ottawa, 1986). En este modelo la persona no es un individuo aislado, sino que forma parte de una comunidad y de un entorno, por lo que hay que incidir tanto en las conductas personales como en las acciones tendentes a modificar los ambientes de manera que faciliten la adopción de esas conductas. En este sentido, se procura la creación o modificación de entornos donde las opciones saludables sean más fáciles de asumir y donde se puedan generar nuevas creencias, actitudes, conductas y valores.

Para desarrollar este 5º nivel conviene participar en acciones comunitarias dirigidas a la transformación de ambientes. Pero estas acciones también deben ir destinada a conseguir compromisos políticos encaminados a crear condiciones de vida que conduzcan a la salud. En ello consiste la **abogacía para la salud**, en agrupar acciones destinadas a conseguir determinadas políticas de salud, que apoyen objetivos o programas de salud promovidos también desde la escuela. También significa, entre otras actuaciones, poner en marcha proyectos de Aprendizaje en Servicio (APS), que combinen el proceso de aprendizaje con un servicio a la comunidad al abordar un problema comunitario. Su realización comienza planteando al alumnado problemas de investigación de interés personal o social, que posibiliten el desarrollo del pensamiento crítico, la adquisición de habilidades, la generación de actitudes, el trabajo colaborativo y en equipo, la toma de decisiones y, al final, la intervención sobre el problema de estudio al difundir los resultados y conclusiones (Figura 2).

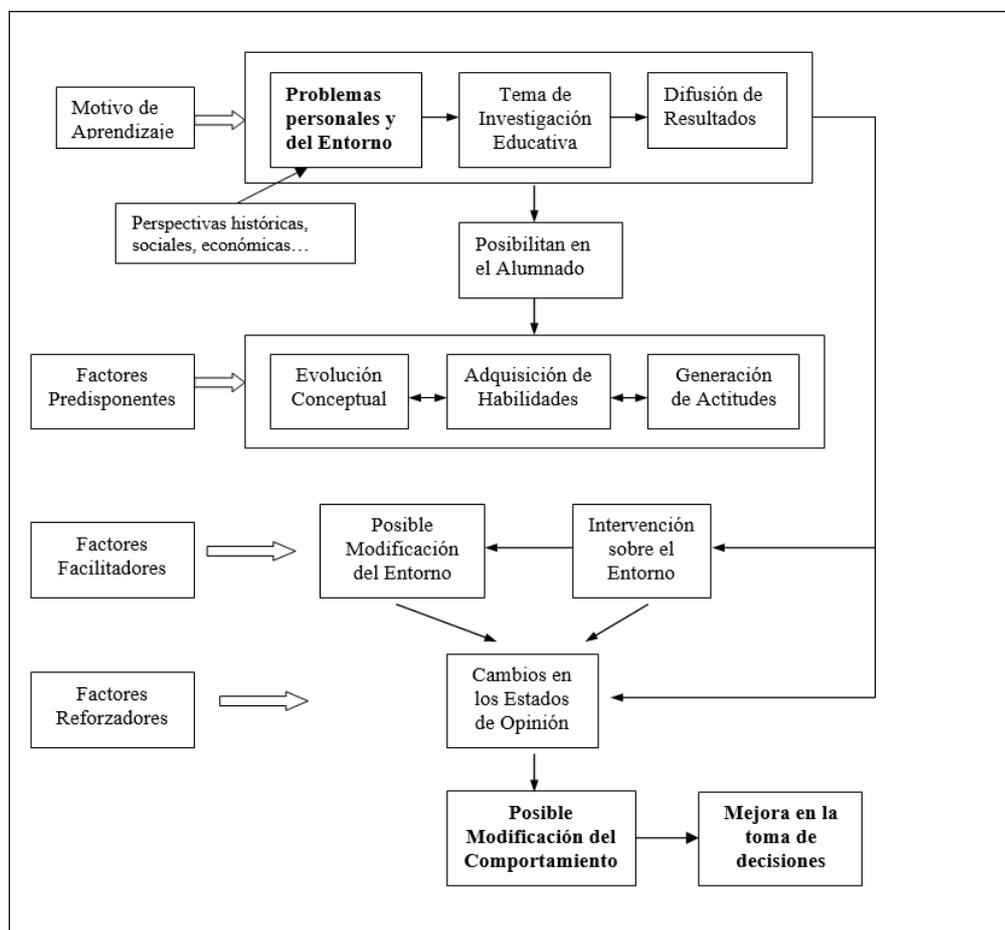
De esta forma, el alumnado se involucra en las necesidades reales de su entorno con la

finalidad de mejorarlo y al examinar fórmulas de éxito para materializar su trabajo, busca sinergias, lo que significa concretar la abogacía para la salud: Contacta con padres, familiares y amigos para que se hagan eco de sus inquietudes, conecta con los medios de comunicación para difundir sus resultados, desarrolla fórmulas de comunicación atractivas, se reúne con las administraciones para que se hagan eco de la problemática estudiada y de sus propuestas de mejora, es decir, busca todos los Activos de Salud existentes que puedan ser útiles para conseguir sus objetivos (Morgan et al., 2010). Esta actuación del alumnado hace que se convierta en agente promotor de salud, que aprenda cuestiones trascendentes al mismo tiempo que hace un servicio a la comunidad y que se transforme, él mismo, en un Activo de Salud (Pérez-Wilson et al., 2020).

La acción docente en este nivel no se concentra sobre los cambios de comportamiento, sino que se dirige también hacia el entorno y hacia la presión ambiental que existe sobre determinadas conductas (fumar, beber, comida basura, sexualidad, etc.), participando en la creación de estados de opinión y procurando la transformación de los ambientes para que sean más humanos y saludables.

El reto principal no es cambiar el comportamiento del alumnado, sino capacitarlo para que se convierta en dueño de su propia vida en el sentido más amplio, que adopte sus decisiones con suficiente información, con la máxima libertad, conociendo la responsabilidad de sus actos y que intervengan, en las medidas de sus posibilidades, en la generación de entornos saludables. Que sea generador de salud (Antonovsky, 1996).

Figura 2. La intervención sobre el entorno en la Educación para la Salud.



Fuente: elaboración propia.

## 5. BUENAS PRACTICAS PARA LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN LA ESCUELA

Para llevar a cabo la Alfabetización en Salud en la Escuela podemos diferenciar tres escenarios de actuación: el aula, el centro escolar y el entorno donde éste se ubica (Gavidia, 2013).

**¿Cómo actuar en el aula?** La salud debe estar presente en los contenidos y procedimientos que se traten en las aulas, pero sobre todo en las actitudes que se generan. Esto significa desarrollar competencias de forma que, al mismo tiempo que se tratan conceptos relacionados con la salud, se generan las habilidades necesarias para poder llevar a cabo determinados comportamientos, teniendo presente los aspectos siguientes:

- La información puede incrementar el conocimiento, pero rara vez influye por sí sola en la conducta. Sin embargo, es importante no centrarse en los cambios de conducta. A los conocimientos y habilidades se debe incorporar la comprensión de las dificultades de dichos cambios.
- Se procura la adquisición de conceptos, habilidades, actitudes y predisposiciones con la intención que se generen ciertas conductas, lo que significa el desarrollo de competencias en salud, pero sabiendo que el comportamiento es una decisión personal, sobre la que influyen factores externos a considerar.
- Se potencia la autoestima, la generación de sentimientos y la capacidad de tomar decisiones informadas sobre el estilo de vida.
- Se desarrolla las capacidades para identificar los factores de riesgo, se asocia el riesgo al daño y se reconocen las raíces de la enfermedad y del malestar.
- Se procura mejorar la resistencia personal frente a la presión social.
- Se evitan las situaciones amenazantes y no se usa el castigo como instrumento de enseñanza, ni los exámenes como arma de castigo, al contrario, se consideran como una situación de aprendizaje.
- Se utiliza una metodología didáctica en la que el alumnado es el protagonista de su aprendizaje, basada en el análisis de situaciones problemáticas que le afecten directamente y con trascendencia social, de forma que desarrolle su pensamiento crítico.
- Las programaciones didácticas suscitan a alumnos y alumnas a realizar actuaciones de manera individual y colectiva que mejoren la calidad de vida.
- En las clases de Biología se tienen en cuenta los cinco niveles de la Salud y de la Educación para la Salud. En el Nivel 1º la dificultad de comprender la pluricelularidad del cuerpo humano y la coordinación de todas sus células, tejidos y órganos. En el nivel 2º las enfermedades y problemas de salud derivados de conductas inapropiadas. En el nivel 3º se analiza el entorno identificando las causas que propician comportamientos inadecuados. Se inicia el paso de una salud personal a una comunitaria. En el nivel 4º se procura la adquisición de las habilidades necesarias para realizar las conductas apropiadas relativas a la salud. En el nivel 5º se actúa sobre el entorno para modificar las condiciones que dificulten la puesta en práctica de las decisiones tomadas relativas a la salud.

**¿Cómo actuar en el Centro escolar?** La Educación para la Salud es una materia transversal por lo que debe formar parte de las diversas materias que componen el currículo. Ello representa un trabajo en equipo del profesorado para la concreción de los objetivos, de las actividades de aprendizaje y del cuidado del propio centro, en el que podemos diferenciar los aspectos siguientes (Gavidia, 2001):

- Atención a las infraestructuras del centro para que sea cómodo y agradable, tanto para el profesorado como para el alumnado: eliminación de barreras arquitectónicas, sillas y mesas ergonómicas y en buen estado, armarios y percheros adecuados al tamaño de quienes las usan, árboles y arbustos en el patio, macetas con plantas en las aulas, lavabos y aseos limpios y con espejos, papel higiénico, jabón, toallas o secadores, adecuada iluminación, calefacción y ventilación, etc.
- Se tiene en cuenta el “clima” que se genera y a las relaciones personales que se establecen, procurando la participación del alumnado en la creación de dichos ambientes. Las políticas del centro (reglamentos y prácticas) pueden contribuir a hacer fáciles los comportamientos saludables y a maximizar la salud del alumnado.
- Se elaboran proyectos que poseen enfoques globales y acciones duraderas, con objetivos alcanzables y medibles, usando en la evaluación indicadores de calidad, cualitativos y cuantitativos, orientados a resultados educativos (pensamiento creativo, toma de decisiones, relaciones personales, ampliación de conocimientos, etc.) más que a cambios de conductas, aunque sin olvidarlas. En ellos se fomentan las actividades deportivas y culturales que faciliten las relaciones, se combate la violencia, se atiende a la diversidad.
- Se facilitan vehículos de expresión para todas las personas que viven el centro (tablones de anuncios, revistas, participación en los órganos colegiados, etc.), de forma que se pueden emitir opiniones, sentimientos, ideas, que colaboren en el buen gobierno de la institución.
- Existe sensibilidad a las señales emitidas por el alumnado, a veces no expresadas verbalmente por su incapacidad de exponer sus propias necesidades, y se tratan adecuadamente incluyéndolas en el currículo escolar.
- Las decisiones cotidianas se traducen en una visión crítica y solidaria con el medio (elección del tipo de papel, posibilidades de reciclado, grado de utilización de la corriente eléctrica, del agua, etc.).
- Se reconoce el papel ejemplarizante del profesorado y del personal no docente, lo que obliga a éstos a cuidar determinadas conductas, especialmente durante su estancia en el centro.
- Se promocionan ciertos hábitos de vida procurando hacer fáciles los comportamientos saludables (alimentación equilibrada en el comedor, posibilidad de higiene bucodental después de las comidas; ducha después del ejercicio físico, etc.).
- Se dispone de orientación psicopedagógica para atender a todo el alumnado.
- Se realizan revisiones de salud y las vacunaciones necesarias para una acción preventiva, que se contextualizan dentro de las actividades de enseñanza-aprendizaje de forma que no aparezcan como un elemento anecdótico.
- Se utiliza el currículo oculto como una vía de transmisión de actitudes y valores, que se hacen explícitos para que también el alumnado contribuya en su desarrollo.

**¿Cómo actuar en el entorno del centro?** Es el más complejo escenario y se lleva a cabo sabiendo que en las cuestiones de salud influyen más los factores externos al centro (familia, medios de comunicación, ambiente socioeconómico, presiones de grupo, etc.) que la propia escuela, de ahí la importancia de realizar actuaciones fuera del recinto escolar que posibiliten un cambio de ciertas condiciones ambientales y, en especial, de la valoración social de determinados comportamientos. Esto significa generar salud y se puede obtener a través de (Rodes y Gavidia, 1998; Gavidia, 2001):

- La realización de proyectos de trabajo respecto a centros de interés, problemas de salud, que sean sentidos y relevantes para el alumnado y para la sociedad, en los que se trabaje su historia y evolución, sus causas, efectos, sus perspectivas socio-económicas, etc., de manera que se contribuya a consolidar las políticas saludables instituidas por la administración.
- Las actuaciones de los proyectos de Aprendizaje-Servicio se procura que no queden entre las cuatro paredes de las aulas y puedan llegar al resto de la comunidad, a través de las familias, de los medios de comunicación, de los servicios de los Ayuntamientos, etc.
- Participar en **proyectos comunitarios** que son iniciativas de la Administración y tienen repercusión social. De esta forma, la escuela no vive de espaldas a la realidad y contribuye a reforzar la acción comunitaria, posibilitando una mayor penetración de los mensajes. Además, las intervenciones escolares entre el alumnado son más eficaces cuando vienen acompañadas de medidas estructurales, de ahí la colaboración con agentes sociales
- Propiciar que los alumnos y las alumnas sean **agentes activos de salud** al tratar de difundir ellos mismos informaciones, actitudes y pautas de conducta. El hecho de que el alumnado cobre protagonismo, tanto en las acciones que se llevan a cabo en la escuela como fuera de ella, no sólo desarrolla las actitudes y recursos individuales, sino que contribuye a crear un ambiente social donde los mensajes saludables son mejor recibidos.
- Se constituye la Comisión escolar de salud donde participa el profesorado, alumnado, personal no docente, familias, representantes municipales, personal sanitario y demás agentes sociales implicados. Es una buena manera de que la escuela se convierta en un Centro difusor de Salud.
- Al difundir conocimientos de salud a través del alumnado, se tienen en cuenta los comportamientos de riesgos de los adultos y se procura desarrollar la sensibilidad y atención hacia las necesidades de los hijos, propios y ajenos (Ferrari, 1991).
- Se busca la creación de redes de comunicación y el intercambio de experiencias con otros centros.

Entendemos que **no son buenas prácticas** para alfabetizar en Salud:

- No ofrecer oportunidades al alumnado de hablar sobre sus sentimientos y creencias
- Realizar proyectos puntuales que responden a una crisis percibida, poco duraderos, y excesivamente específicos, con una participación del centro de enseñanza amplia pero espasmódica y carente de coordinación.

- Proyectos basados en personas expertas ajenas al mundo educativo, con actuaciones meramente informativas y con intervenciones tendentes exclusivamente a cambios de conducta.
- Una asignación de tiempo en el plan de estudios escasa, por debajo de 30-40 horas al año.
- No implicar a la familia, a los iguales y al resto de la comunidad.

No actuar sobre el entorno y sobre las dificultades en adoptar opiniones y conductas saludables.

## 6. CONCLUSIÓN

Una máxima que podemos aplicar a la Alfabetización en Salud es que “estamos sanos por lo que hacemos y no por lo que sabemos”, pero hay que saber ejercer la libertad de tomar decisiones sobre nuestros comportamientos sabiendo que están mediatizados por factores externos. Así pues, siendo importante la ampliación de conocimientos y la adquisición de habilidades, es más trascendente la adopción de conductas saludables. El problema reside en la dificultad de adoptar estas conductas y en entender que la salud no solo es una cuestión personal sino también comunitaria.

El intento de cambiar actitudes y comportamientos centrándose únicamente en el individuo, sin tener en cuenta las muchas influencias provenientes del entorno, social o físico, es una línea de trabajo equivocada, ya que conocemos el peso del entorno en nuestra salud y en nuestras conductas, pues vivimos en el marco que dibuja el contexto social, físico, económico y político.

Así, para que nuestras acciones educativas tengan repercusiones de forma que faciliten la toma de decisiones, hay que tener en cuenta tanto al alumnado como a los factores ambientales externos. Si sólo incidimos sobre el individuo, aunque hayamos conseguido un cambio en sus actitudes, es posible que su conducta no se modifique porque los elementos externos no sean favorables o no faciliten ni refuercen ese cambio. Si no actuamos sobre el entorno procurando cambiar ciertas condiciones de vida o estados de opinión, podemos estar manteniendo focos generadores de conflictos que aceptan con normalidad conductas insanas (violencia, machismo, adicciones, escasas prevenciones higiénicas, deterioro ambiental, pobreza, consumismo, etc.).

Esta actuación sobre el entorno conviene realizarla participando en proyectos comunitarios bien contextualizados, pues así se consigue aumentar su eficacia, y la de la propia acción escolar. La asunción de planes sociales aumenta la categoría social del alumnado y del profesorado y manifiesta la importancia que las actividades, investigaciones, estudios, etc. que se realizan en el aula no son fruto de ocurrencias personales del docente, sino que son una forma de entender la Salud Comunitaria y de participar en la búsqueda y propuesta de soluciones a problemas que a todos afecta. De esta forma conseguimos objetivos educativos de primera magnitud: El alumnado amplía y contextualiza sus conocimientos, los enmarca en una situación y en una historia, desarrolla habilidades de investigación y participación entendiendo el significado de salud comunitaria, suscita actitudes saludables, toma decisiones ante cuestiones que le incumben, y genera un clima facilitador de conductas necesarias para vivir en una sociedad como la actual.

Entender la escuela como lugar para una Alfabetización en Salud refuerza la teoría crítica de la enseñanza (Carr y Kemmis, 1988) en la que los clientes del profesorado no son únicamente los estudiantes sino también los demás sectores de la comunidad, y reivindica su inclusión en

las decisiones que se tomen sobre el ambiente en el que se sitúa la educación, lo que significa atender a una visión de Salud Comunitaria. Así, es importante que el equipo docente considere su tarea de Alfabetización en Salud como una pieza importante en el conjunto de actuaciones que generan conocimientos, actitudes y valores, consagran puntos de vista, y denostan, aprueban y facilitan determinados comportamientos a través de una actuación sobre el entorno.

## Agradecimiento

A Javier Gállego Diéguez, profesional de salud pública en el gobierno de Aragón, investigador, divulgador y trabajador de la Educación para la Salud, por sus enseñanzas, trato cordial y ejemplo de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Public Health Association. (1973). Informe de 1972-73. New Definitions. Health Education. *Monografía*, (3), 63-68.
- Antonovsky, A (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, (11), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Carr, W. y Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza*. Martínez Roca.
- Dubos, R. J. (1959). *Mirage of health. Utopias, progress and biological change*, Harper World perspectives.
- Falcón, M. y Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*, 2(2), 91-98. [https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2012.2\(2\).91-98](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2012.2(2).91-98)
- Ferrari, A. (1991). La promoción de la salud en la infancia y adolescencia. Un proceso complejo. En H. Arasa et al., *Educación para la salud. Propuestas para su integración en la escuela* (Colección de cuadernos de educación para la salud en la escuela, 1; «Proyecto experimental de educación para la salud en la escuela»). Departamento de Salud, Trabajo y Bienestar Social.
- Fortuny M. y Gallego, J. (1988). Educación para la Salud. *Revista de Educación*, (287), 287-306.
- Gavidia, V. (1998). *Salud, Educación y Calidad de vida. De cómo las concepciones del profesorado inciden en la salud*. Cooperativa Editorial Magisterio.
- Gavidia, V. (2001). La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Revista española de salud pública*, 75(6), 505-516.
- Gavidia, V. (2013). ¿Qué? ¿Cómo? y ¿Dónde? Salud en la Escuela. *Revista Boletín Biológica*, (28), 21-26.
- Gavidia, V. y Rodes, M<sup>a</sup> J. (1999). Las actitudes hacia la salud. *Alambique. Didáctica de las Ciencias Experimentales*, (22), 87-96.
- Gavidia, V., Garzón, A., Talavera, M., Sendra, C. y Mayoral, O. (2019). Alfabetización en salud a través de las competencias. *Enseñanza de las ciencias*, 37(2), 107-126. <https://doi.org/10.5565/rev/ensciencias.2628>.
- Green, L. W., Kreuter, M. W. et. al. (1991). *Health promotion planning. An educational and environmental approach*, 2<sup>a</sup> ed. rev. Mayfield Publishing Company.
- Jensen, B. B. (1995). *Los conceptos de salud y de acción en la Educación para la Salud. Seminario de Educación para la Salud y Democracia*. Comisión de la Unión Europea. Copenhague 12-15 Diciembre de 1994. Documentos de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. Ministerio de Educación y Ciencia. CIDE.
- Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C. y Suñer-Soler, R. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 8-10. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.005>
- Linville, H. B., Bedford, E. A., Goddard, M. F. Kupfer, E. K., Sage, L. B. y Gruenberg, B. C. (1909). The parctical use of Biology. *School Science and Mathematics*, (2), 121-130. <https://doi.org/10.1111/j.1949-8594.1909.tb01383.x>
- Montesi, M. (2017). Alfabetización en salud: revisión narrativa e interdisciplinar de la literatura publicada en biomedicina y en biblioteconomía y documentación. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, (28)3. Recuperado de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307-21132017000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132017000300007)

[Consultado el 18-09-2021].

- Morgan, A., Davis, M. y Ziglio, E. (2010). *Health assets in a global context: theory, methods, action*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5921-8>
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int. J. Public Health*, (54), 303-305. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Carta Constitucional*, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Otawa para la Promoción de la Salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa (1984). *Health Promotion. A discussion document on the concepts and principles*, Copenhagen, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Health literacy. The solid facts*. Disponible en [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)
- Pérez-Wilson, P., Álvarez-Dardet, C., Ruiz Cantero, M. T., Martínez-Riera, J. R. y Carrasco-Portiño, M. (2020). Desarrollo del sentido de comunidad: una propuesta para las universidades promotoras de la salud. *Global Health Promotion*, 27(3) 236-239. <https://doi.org/10.1177/1757975919859572>
- Rodes, M. J. y Gavidia, V. (1998). La escuela saludable, la transversalidad y los centros escolares promotores de salud. *Bordón: Revista de pedagogía*, 50(4), 355-360.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, (2), 1-25. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Sorensen, K., Van der Broucke, S. y Fullam, J. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Unión Internacional de Promoción y Educación Para La Salud (2000). *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo de España.