



LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO ELEMENTO CLAVE EN EL DESARROLLO HUMANO

PERE SOLER MASÓ

Universitat de Girona
pere.soler@udg.edu

ANNA PLANAS LLADÓ

Universitat de Girona
anna.planas@udg.edu

BERNAT-CARLES SERDA FERRER

Universitat de Girona
bernat.serda@udg.edu

M. ROSA SITJES FIGUERAS

Universitat de Girona
u1921362@campus.udg.edu

IRENE MATES MARIN

Universitat de Girona
irene.mates@udg.edu

Palabras clave

Salud, promoción de la salud, institutos de educación secundaria, jóvenes, educación

1. Introducción

Esta comunicación presenta los resultados de un estudio que tiene como objetivo *profundizar en el papel de los institutos de secundaria como espacios de promoción de la salud juvenil*. El estudio parte del modelo sobre los determinantes sociales de la salud ampliamente utilizado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) denominado Modelo Socioeconómico de Salud fundamentado en la aportación de Whitehead y Dahlgren (2006). Según este modelo son básicamente los factores sociales y económicos (condiciones de vida y de trabajo) que viven las personas lo que condiciona su estado de salud. La promoción de la salud en estos centros educativos debería incidir de algún modo en estas condiciones de vida y de trabajo. La investigación se promueve des del *Grup de Recerca en Polítiques, Programes i Serveis Educatius i Socioculturals (GRES)* de l'*Institut de Recerca Educativa de la Universitat de Girona*,²⁰ y está conformada por un equipo de investigadores de dicha universidad y por 8 técnicos de juventud y de salud de diferentes municipios e instituciones catalanas.

²⁰ La investigación se realiza en el marco del proyecto ProspecTsaso EFA019/15, dentro del Programa Interreg V-A España-Francia-Andorra (POCTEFA 2014-2020) y cuenta con la colaboración de personal técnico de diferentes áreas de salud y juventud: N. Adarnius, R. Borràs, A. Loste, P. Tarrés, M. Pena, J. Ramisa, M. Salvadó y N. Turon.



2. La promoción de la salud en las escuelas e institutos

En 2016, en Shanghai, dirigentes de gobiernos y organizaciones de las Naciones Unidas, alcaldes y expertos en salud de todo el mundo sellaron dos compromisos históricos para promover la salud pública y erradicar la pobreza: la Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud (por la que se establecen compromisos para adoptar políticas efectivas para promocionar la salud, fortaleciendo los vínculos entre la salud y el bienestar y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible), y el Consenso de Alcaldes sobre Ciudades Saludables de Shanghai (compromiso para promover la salud mediante la mejora de la gestión de los entornos urbanos). Este evento en Shanghai marca el 30º aniversario de la primera conferencia mundial, celebrada en Canadá, de la que surgió la histórica Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, y en la que se constataba la necesidad de fomentar el compromiso político, la acción y las inversiones para abordar la salud y la equidad. Esta Carta llamó la atención sobre los efectos de los entornos en la salud y la promoción de la salud, y sobre la importancia del desarrollo de habilidades personales. Este último aspecto destacó la importancia del enfoque de entornos o ambientes en la promoción de la salud, y sirvió de base para que durante la década de los noventa la OMS, en colaboración con la Comisión Europea y el Consejo de Europa, liderara el desarrollo de la iniciativa de escuelas promotoras de la salud.

En 1995 la OMS estableció una serie de directrices sobre las cuales debían trabajar las instituciones educativas que quisieran convertirse en escuelas promotoras de la salud. Las directrices cubrían seis áreas: 1) políticas escolares sobre salud; 2) el entorno físico de la escuela; 3) el entorno social de la escuela; 4) las relaciones entre la escuela y la comunidad; 5) el desarrollo de habilidades personales para una vida saludable y; 6) los servicios escolares de salud. Esta voluntad dio lugar a la International School Health Network (ISHN). La ISHN es una red informal de profesionales, investigadores y funcionarios gubernamentales.

En el contexto europeo esta voluntad se materializó con la creación de The European Network of Health Promoting Schools (ENHPS) (Whitman, 2005). Actualmente esta red cuenta con más de cincuenta países y cerca de 40.000 centros educativos de Europa y pasa a denominarse Schools for Health in Europe (SHE). Según el Manual Escolar de SHE una escuela promotora de salud es aquella que

“... desarrolla un modelo que abarca a toda la escuela (*whole-school approach*). Es mucho más que una escuela que hace actividades de promoción de la salud. Una escuela promotora de salud aborda la salud y el bienestar de una manera sistemática e integrada y presenta un plan explícito y normativas. Además, debe estar orientada a la acción y a la participación de toda la comunidad, incluyendo los estudiantes, el personal docente y no docente así como los padres, tienen un papel activo en la toma de decisiones y en las actividades. Asimismo, está orientada a las competencias, las cuales se relacionan con el desarrollo de conocimientos, habilidades, y el compromiso de todos los miembros de la



comunidad educativa para promover la salud y el bienestar.” (Safarjan, Buijs y de Ruiter, 2013, p. 9).

A lo largo de los últimos veinte años han ido evolucionando una serie de estrategias y programas, con nombres tan diversos como Escuelas Promotoras de Salud, Salud Escolar Integral, Escuelas para los Niños y la iniciativa Focusing Resources on Effective School Health (FRESH). Sin embargo, el hilo conductor de todas estas estrategias es el enfoque integral de la escuela y el reconocimiento de que todos los aspectos de la vida de la comunidad escolar son potencialmente importantes para la promoción de la salud (Young, 2005; Clift y Jensen, 2005; Leger, 2005; Leger, Young, Blanchard y Perry, 2010). En estos planteamientos ha quedado claro que es necesario ofrecer algo más que simples clases, campañas o acciones puntuales de educación para la salud en el programa de estudios si deseamos que las escuelas desarrollen todo su potencial como promotoras de la salud entre nuestros niños y jóvenes y, de alguna manera contribuyan al desarrollo humano. Queda claro, también, tal como plantea Tones (2005), que la promoción de la salud es el resultado de la interacción entre políticas públicas saludables y la educación para la salud. Cualquier acción en el marco de la educación por la salud debe considerar las dos estrategias de forma conjunta y coordinada. Con una actuación individual y aislada no se conseguirá ningún efecto significativo. Se requiere una buena interacción entre las políticas y la educación. La escuela tiene pues un papel esencial e imprescindible, pero requiere de otros agentes educativos y de políticas públicas saludables.

En el caso concreto de España, la producción científica sobre determinantes sociales y desigualdades en salud ha aumentado aunque con limitaciones (Borrell y Malmusi, 2010) y tal como afirma la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES, 2009), los programas integrados, holísticos y programados a largo plazo de forma continuada tienen más probabilidades de lograr buenos resultados académicos y mejorar la salud que aquellos basados en la transmisión de información que se lleva a cabo en las aulas.

El informe dirigido por Salvador (2008) sobre la promoción y educación para la salud en la escuela en España ya mencionaba como obstáculos principales en la promoción de la salud en la escuela los factores relacionados con la falta de formación y recursos. Añadía, entre otros, también: el hecho que la promoción y educación para la salud no es una prioridad en las políticas educativas, la necesidad de actuaciones desde el voluntariado, la percepción que los temas de salud corresponden al personal sanitario, la dificultades de coordinación entre Educación y Sanidad, la saturación de ofertas formativas de tipo transversal que compiten con la promoción y educación para la salud y, la escasa implicación familiar. Buena parte de estos obstáculos coinciden con las conclusiones que obtienen Vega, Aramendi, Buján y Garín (2014), a partir de una investigación llevada a cabo en 24 institutos de ESO en el País Vasco.



3. Metodología

Esta comunicación presenta los resultados de un estudio que tiene como objetivo *profundizar en el papel de los institutos de secundaria como espacios de promoción de la salud juvenil*. El estudio contempla tres fases: una primera fase diagnóstica sobre la percepción de la salud de los jóvenes y la promoción de la salud en los centros educativos de secundaria, una segunda fase de elaboración de indicadores para analizar la promoción de la salud en los centros de secundaria y finalmente una tercera de aplicación de los indicadores de salud en diferentes institutos de secundaria. En esta comunicación se presenta el proceso y los resultados obtenidos durante la fase diagnóstica.

Se realiza un trabajo de campo directo en institutos de diferentes municipios que se constituyen como casos de estudio en los que se realiza un trabajo inicial de discusión sobre los jóvenes, la salud y el instituto como centro educativo, también para la salud. La finalidad de los grupos de discusión es identificar y conocer la percepción que tienen estudiantes, familias, y profesorado sobre el concepto de salud y sus determinantes en el centro de educación secundaria. Para ello se parte de los siguientes objetivos:

1. Identificar y describir los factores que determinan el concepto de salud.
2. Determinar el estado de salud de los estudiantes del centro.
3. Determinar las necesidades percibidas para mejorar la salud en el instituto y considerar los recursos existentes y los necesarios para intervenir en el marco de la salud en el instituto de forma eficaz.
4. Describir la formación de profesores y estudiantes en el concepto de salud.
5. Determinar las acciones de salud que se desarrollan en el marco escolar.

Se realiza, por tanto, un estudio cualitativo siguiendo los principios metodológicos de la Grounded Theory. Esta propuesta metodológica permite estudiar el concepto de salud de los agentes implicados en la salud de los institutos. La muestra se ha construido a partir de un muestreo intensivo para representatividad teórica. La muestra elegida es de 134 personas distribuidas en 5 casos ejemplares (5 centros educativos) que se concretan a partir de 3 grupos de discusión en cada uno de los centros: grupo de discusión con jóvenes, grupo de discusión con familias y grupo de discusión con profesorado. La distribución final de la muestra se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución final de la muestra por casos y colectivos

	Alumnos (1)	Profesores (2)	Familia (3)	Total
Caso A	21	6	0	27
Caso B	18	5	3	26
Caso C	5	6	4	15
Caso D	20	7	4	31
Caso E	25	6	4	35
Total	89	30	15	134



La información se ha generado a partir de grupos de discusión con entrevista semiestructurada y con una duración de unos 45 minutos. Los grupos se registran en audio, con el consentimiento informado previo de los participantes, y son posteriormente transcritos para su análisis. La conducción de los grupos de discusión la realizan los técnicos de juventud del territorio. La realización de los grupos de discusión, su transcripción y posterior análisis tiene una temporalidad de 5 meses (marzo-julio de 2017). Cada grupo se ha codificado según caso (A, B, C, D y E), y colectivo (1, 2, y 3).

El procedimiento analítico de la información corresponde a la generación de categorías conceptuales aplicando el Método de Comparaciones Constantes (MCC). En el proceso participan 5 investigadores, con la realización de 4 sesiones de trabajo donde se diseña la codificación y categorización, se redefinen categorías de análisis y se analizan los resultados. Se establecen 5 categorías de análisis y 11 subcategorías. Además se desarrolla la triangulación entre informantes y analistas para incrementar el rigor de los resultados.

4. Resultados

Se presentan los resultados siguiendo cada uno de los objetivos que han delimitado la investigación.

4.1. Los factores que determinan el concepto de salud

En los relatos de los tres colectivos se identifica un concepto de salud multidimensional que incluye elementos físicos, psicosociales y emocionales. Tanto el colectivo de profesores como el de la familia inciden en la importancia del equilibrio entre los elementos mencionados. Estos dos colectivos también vinculan la salud con los hábitos saludables.

Aunque el concepto de salud que explicitan los tres colectivos tiene una dimensión multidimensional, cuando se analizan las acciones que se desprenden del concepto, todos los colectivos se centran principalmente en elementos físicos, entre los cuales destacan: hacer ejercicio, dormir bien y tener buenos hábitos alimentarios. Aspectos que se repiten cuando se les pregunta por la salud de los jóvenes en Cataluña.

4.2. El estado de salud de los estudiantes

a) *La salud de los jóvenes en el instituto*

La mayor parte del relato desarrollado en los grupos de discusión se ha centrado en los déficits o problemáticas que se asocian a la salud en los respectivos centros. Se reconoce que existen situaciones muy desiguales y casos concretos que llegan a extremos preocupantes. De este modo algunas expresiones intentan generalizar: *“La gente no se cuida mucho, pero estamos en un punto medio”* (E1). Los profesores añaden que cada vez la situación está más desequilibrada y que antes había alguna excepción y ahora pronto las excepciones serán la norma.



Los déficits o problemas de salud que coinciden en los relatos de los tres colectivos son: las adicciones (al tabaco, al alcohol, al móvil y las redes sociales), la ansiedad y el estrés, los malos hábitos de alimentación y la falta de descanso. Los profesores añaden el consumo de otras drogas, los trastornos mentales y de alimentación, los malos hábitos de higiene, la falta de autoestima y la dificultad para asumir retos, la presión del grupo, los problemas conductuales y emocionales y, la falta de alimentación. La familia añade la falta de relación auténtica entre estudiantes y el aislamiento en el que se sumergen algunos jóvenes en esta edad.

Más allá de las conductas adictivas mencionadas y los malos hábitos de alimentación o higiene citados, hay una coincidencia en la afectación en el estado de salud de los jóvenes provocada por el estrés, el cansancio y el nivel de exigencia (y auto exigencia) al que son sometidos muchos de estos adolescentes:

“La ansiedad creo que no es buena para la salud, hay gente que la lleva mejor, hay gente que no puede con ella. Cada curso que pasa va en aumento... (...) O sea, es un machaque que es constante, que todo el día es presión, presión y presión”. (B11)

b) Quién y cómo se detectan los problemas de salud

No hay en este caso una valoración coincidente entre los tres colectivos. Los estudiantes comentan que depende de los casos particulares. Los profesores coinciden en un proceso de tratamiento de estos problemas. El profesor detecta la problemática, lo comenta con el tutor y este valora la situación. Si requiere ayuda busca el equipo de atención psicopedagógica y si hace falta, se contacta con otros profesionales externos, siempre de acuerdo con la familia. Hay alguna opinión que constata que *“La sensación es que llegamos tarde. La situación se está detectando en edades muy tempranas” (A2)*. Informan también que hay casos que no se pueden tratar pero sí acompañar en el proceso. *“Los profesores llegamos donde llegamos y una vez allí, ya no podemos hacer más” (C2)*.

La familia conoce poco la dinámica real del centro ante estas situaciones pero coinciden en que los problemas de salud se deben detectar *“hablando mucho, padres, escuela, AMPA, departamento de educación, ayuntamiento, servicios sociales, etc.” (E3)*.

c) Influencia del entorno

La influencia del entorno es también percibida con matices importantes entre los tres colectivos analizados. Todos coinciden que el elemento principal del entorno escolar es la familia y que si esta se encuentra en sintonía con la dinámica del instituto es mucho más probable que todo vaya bien. Hay cierta coincidencia por parte de los alumnos en la presión que los padres generan a los estudiantes y que en algunas ocasiones es totalmente contraproducente. *“Les preocupa más la opinión de los padres que sus propios exámenes y sus propios problemas” (B11)*.



Los profesores manifiestan que la familia es importantísima pero que algunas de ellas están totalmente superadas. En ocasiones queda claro que no hay correspondencia entre la educación recibida en la familia y en el instituto y cuando esto ocurre se dice que pesa más la educación de la familia.

4.3. Necesidades percibidas, recursos existentes y necesarios

Entre las necesidades para mejorar la salud en el instituto, el alumnado apunta la de la gestión del estrés y de los exámenes, así como la mejora del mobiliario de las aulas, especialmente de las sillas. También se comenta la importancia de favorecer el acceso a los baños y que estos se encuentren limpios y con los servicios dispuestos –jabón, papel higiénico...-.

El profesorado insiste fundamentalmente en tener más contacto directo con las familias. También en la necesidad de más recursos y personal especializado, puesto que los problemas de salud que resultan desconocidos y complejos al docente, prefieren derivarlos y que sean atendidos por especialistas y profesionales expertos a partir de las unidades de apoyo y educación especial para conseguir una atención dirigida y eficaz. *“Se necesita más ayuda para todos, desde el Ayuntamiento, tener más personas a los institutos que puedan trabajar...” (A2)*

Otra necesidad abarca el replanteamiento de las asignaturas y el currículo educativo, así como las acciones que deben realizar los centros: *“Yo creo que hay unos, a ver, nosotros hacemos muchas cosas y entonces no nos salimos. Quizá sería interesante plantearse bien lo que tenemos que hacer” (B2)*. También se recoge la necesidad de aumentar la formación continua en materia de salud que se realiza para el personal educativo y el alumnado.

Las necesidades recogidas por parte de las familias hacen referencia, en primer lugar, a aspectos relacionados con la higiene personal y las condiciones del instituto para ello, especialmente, se habla del acceso a las duchas.

Por parte de los tres colectivos se incide en la necesidad de incrementar ejercicios de relajación y *“desconexión”* entre las diferentes asignaturas. Verbalizan la necesidad de manejar el estrés y la competitividad de las dinámicas de los institutos: *“de no educar desde la angustia, de no educar de aquella forma de ser el mejor, el mejor, el mejor” (B3)*.

Los relatos de los tres colectivos coinciden en la necesidad de mejorar el servicio de bar o cafetería y que éste sea coherente con una alimentación saludable.

4.4. La formación de profesores y estudiantes en salud

a) Formación salud alumnado

Por lo que respecta a la formación del alumnado entorno el concepto de salud, los tres colectivos argumentan que en los centros educativos de secundaria se realizan actividades relacionadas para promocionar la salud, pero que estas no son efectivas.



Por ejemplo, los alumnos exponen: *“Las charlas que hacen tampoco son muy... No te enseñan nada”* (C1). Los profesores destacan que los alumnos disponen de los conocimientos necesarios en materia de salud, pero que no los integran en sus vidas *“la información la tienen, de hábitos de todo tipo, saludables, de meditación, de todo...”* (B2). Por lo que se refiere a las familias, estas ponen de relieve que los alumnos tienen un gran dominio de las redes sociales de Internet, con el consecuente acceso a la información o incluso sobreinformación. Añaden también que el conocimiento teórico no se observa en la conducta saludable de los jóvenes en la vida cotidiana.

La educación sexual sigue siendo un tema tabú entre el colectivo de familiares, profesores y estudiantes. Algunas familias opinan que no es efectivo tratarlo en el marco escolar porque los jóvenes en muchos casos son inmaduros y no están preparados.

b) Formación salud profesorado

En cuanto a la formación del profesorado entorno la salud, los alumnos reconocen que en los centros hay algunos docentes con conocimientos del ámbito, pero hablan de ellos como excepciones. Además, los jóvenes plantean cuestiones relevantes, por ejemplo la necesidad *“que los profes hicieran un curso o algo pequeño tipo psicología de saber cómo relacionarse con los alumnos, también, porque los hay que son súper buenos con su trabajo, pero que les cuesta, como... Como, bueno, contactar con los alumnos”* (B11).

Los docentes plantean la necesidad de renovar la metodología de enseñanza y sus esfuerzos en este sentido. El colectivo también expone que habitualmente no disponen de formaciones específicas en materia de salud, sino que si las hacen es por voluntad propia. Por otro lado, algunos de los profesores resaltan la importancia de la praxis, además de la formación. También, se plantea la necesidad que los docentes dispongan de conocimientos entorno psicología y jóvenes para poder atender mejor a las necesidades de los alumnos.

En referencia a las familias, éstas destacan la importancia que el profesorado se forme constantemente. Algunas familias exponen que en los centros hay voluntad de educar de manera integral en todos los aspectos aunque hay profesores que no están preparados o motivados:

“Una persona que está licenciada en filosofía, y después ha hecho el CAP -que hasta ahora se hacía el CAP- ya hace clases. Las oposiciones, que tampoco dan nada... Toda esta parte (de formación), está olvidada. Que es tan importante a esta edad” (D3).

4.5. Acciones y barreras en la promoción de la salud

Los resultados evidencian que los profesores están sensibilizados en los determinantes de la salud de los jóvenes y confirman que en el instituto se tratan y trabajan los principales aspectos de salud y factores de riesgo relativos a los jóvenes de una forma global y transversal; aunque también determinan que los programas y actividades en materia de salud no son suficientes para mejorar la atención individual del estudiante.



Los factores que justifican la intervención global versus la individual son el ratio de los estudiantes en el aula y la diversidad cultural con necesidades educativas distintas.

“... La mala planificación a nivel de escolarización ha provocado que lleguen muchos jóvenes (inmigrantes) con muchos problemas. Si llegan tres o cuatro vale, pero si llegan veinte necesidades educativas especiales y con problemáticas sociales...” (A2)

En cuanto a las dificultades que detectan se fundamentan básicamente en las políticas del sistema educativo y en la disminución del presupuesto. Los profesores se sienten obligados a focalizar su intervención en priorizar la programación articulando adecuadamente las competencias y en conseguir un buen resultado académico. *“Si yo siguiera la normativa del centro, que tengo que cumplir la normativa, en que debo hacer la programación y no otra cosa, no podría hacer nada más, bueno ya estaría con baja por depresión seguro”.* (A2)

En este marco los profesores identifican los problemas de salud de los estudiantes como un aspecto sobreañadido, más allá de lo educativo que les genera una enorme tensión y sobrecarga con el riesgo de presentar problemas de estrés y depresión. *“Pues si vierais las programaciones que deberíamos presentar, ni te imaginas... Acabaremos enfermos”* (A2)

El profesor confirma que la tutoría es un espacio de calidad para intervenir en las necesidades de salud del joven. Este resultado también se observa desde la perspectiva del estudiante que confirma que la atención en aspectos relativos en salud depende de las características personales del profesor.

Se constata también la dificultad y la falta de comunicación de aspectos de salud entre los profesionales y los familiares. Este factor dificulta a los docentes poder emprender las acciones significativas dirigidas a mejorar la salud desde el contexto del instituto y que los padres puedan actuar de una forma participativa a mejorar la salud de los estudiantes en el contexto del aula.

Los padres consideran que el profesor debería mantener unos hábitos de conducta saludables ejemplares ya que son un modelo y en muchos casos son una referencia para el estudiante. *“... El modelo es una cosa tan sencilla, como que el profesor no fuma ni entrando ni saliendo del instituto y que el profesor tiene el móvil parado y no lo consulta en clase.”* (C3)

Los padres y los estudiantes coinciden e identifican que el horario intensivo supone un gran número de horas lectivas sentados y sin descanso suficiente. El problema se agrava al no poder conciliar la actividad académica de la extra-académica y la familiar de la escolar. Los resultados apuntan una falta de planificación y coordinación durante el periodo intensivo de exámenes.

Los estudiantes opinan que el modelo educativo para la salud en muchos casos les resulta paradójico. Consideran que debería actualizarse y ser más coherente.



“Nos explican que debemos comer bien y en el bar hay pastas muy baratas. Un bocadillo pequeño vale un euro”. “Nos dicen que debemos asearnos y no nos dan el tiempo, también que hagamos deporte y todo el día tenemos exámenes” (C1).

5. Discusión y reflexiones finales

Los diferentes miembros de la comunidad escolar coinciden en la idea que la escuela tiene un papel esencial e imprescindible en la educación y promoción de la salud, pero requiere de otros agentes educativos y de políticas públicas saludables. En este sentido se pone de manifiesto la falta de comunicación y coordinación entre ellos. También se constata la dificultad de dar respuesta a los objetivos que implica la promoción de salud, a causa de la falta de recursos, de tiempo y de competencias, coincidiendo con las conclusiones de Vega, Aramendi, Buján y Garín (2014). Es por ello que hay voces que apuntan a la posibilidad de replantear las asignaturas y el currículo educativo incidiendo en una mejora de su horario, intensidad, profundidad, finalidad, etc. Este replanteamiento debería dar respuesta a las jornadas lectivas demasiado largas, cargadas de competitividad y estrés.

La salud de los jóvenes es percibida de forma más bien negativa en los relatos de todos los grupos. Todos coinciden en identificar dos grupos diferenciados de jóvenes; aquellos que tienen hábitos saludables más bien negativos, y los que los tienen positivos, y que la distancia entre estos dos grupos cada vez es mayor.

Las responsabilidades de la educación y promoción de la salud de los adolescentes que se otorgan a los institutos son diversas y diferenciadas. Aun así, tanto los alumnos como los profesores o las mismas familias acaban afirmando que gran parte de esas responsabilidades deberían recaer con mayor peso en el entorno familiar, pero debido al estilo de vida que se lleva y la dificultad para cumplir el cometido, se acaba delegando buena parte de esta tarea en el instituto esperando que llegue a compensar dicha educación. A su vez, esta situación lleva a que algunos aspectos relacionados con la promoción de la salud y los hábitos saludables acaben en un plano en el que predomina la difuminación de la responsabilidad, dicho de otra forma, donde ningún agente o actor/actriz se haga cargo. En este contexto existe el riesgo que las necesidades individuales de salud queden descubiertas o desatendidas y que, la decisión final recaiga básicamente a voluntad del profesor.

La derivación del estudiante a un experto o equipo de expertos genera un efecto tranquilizador al profesor justificando la buena praxis sin sentir la presión y responsabilidad que conlleva no poder cubrir o atender el problema de salud del joven en el contexto del aula. Este factor es debido a que las políticas del instituto, justificadas por una disminución del presupuesto han disminuido las acciones destinadas a la salud de los jóvenes y se centran y están dirigidas básicamente a los resultados académicos. Esta situación genera una mayor competitividad entre todos los miembros implicados en el sistema y conlleva que los profesores se sientan obligados a focalizar y priorizar el sistema de competencias y en conseguir un buen resultado académico. En este



marco, cualquier problema de los estudiantes, en lo que la salud confiere, lo perciben como un aspecto sobreañadido, más allá de lo educativo y que les genera un enorme estrés y sobrecarga.

Otro aspecto que deriva de este análisis es la evidencia de que las familias y sus necesidades han ido cambiando a lo largo de las últimas décadas, mientras que los centros siguen operando desde lógicas más tradicionales. Esto provoca cada vez más una distancia entre el entorno familiar y social de las jóvenes y los jóvenes y los respectivos centros educativos. Especialmente se pone de manifiesto la necesidad, cada vez más latente, de que los centros educativos cubran las dimensiones psicosociales y emocionales a partir del desarrollo de la gestión de las emociones, la salud psicológica, un estilo de vida no basado en el estrés y la competitividad, etc. En especial, este hecho conlleva una gran fuente de frustración hacia el profesorado, el cual debe ajustarse a unas exigencias y unos recursos limitados, pero siendo consciente que no son suficientes ni pueden dar respuesta a otras necesidades que cada vez más se van construyendo imperiosas para el desarrollo emocional y físico de los jóvenes.

El estudio realizado evidencia la importancia de las políticas de prevención y promoción de la salud, no solo en el marco del instituto sino a nivel municipal y de manera preferente en los municipios medianos y pequeños puesto que es donde menos están desarrolladas, como apuntan Espluga, Bosó y Gallego (2010). Finalmente, el trabajo realizado nos pone en evidencia tanto la necesidad de implicar a todos los agentes de la comunidad como la capacidad de éstos para participar en el diseño y aplicación de las políticas de salud con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar de los jóvenes.

Bibliografía

Borrell, C., y Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: Evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria, 24(Suppl. 1), 101–108.

Clift, S. y Jensen B. B., (Eds.), (2005) "The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice". Danish University of Education Press, Copenhagen.

Espluga, J. (Coord), Boso, À. y Gallego, L. (2010). *Salut i joves. Dels contextos i les pràctiques de risc a les polítiques de promoció de la salut*. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria de Joventut. Generalitat de Catalunya.

Leger, L. S., Young, I., Blanchard, C., y Perry, M. (2010). Promover la Salud en la Escuela. De la evidencia a la acción. Saint Denis Cedez, France.

Leger, Lawrence St. (2005). Protocolos y directrices para las Escuelas Promotoras de Salud. *Promotion & Education.*, 12 (3-4): 214-216



Safarjan, E., Buijs, G. y de Ruiter, S. (2013). *Manual escolar online de SHE. 5 Pasos hacia una escuela promotora de salud*. Utrecht: CBO.

Salvador Llivina, T. (Dir). (2008). *Informe: Diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España*. Madrid.

Tones, K. (2005). "Health Promotion in Schools: The Radical Imperative" in Clift, S., & Bruun Jensen, B. (Eds.). (2005). *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice*. Copenhagen: Danish University of Education Press, 23-40.

UIPES (Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud). (2009). *Generar Escuelas Promotoras de Salud: Pautas para promover la salud en las escuelas*.

Vega, A., Aramendi, P., Buján, M. K. y Garín, S. (2014). La educación para la salud en la ESO: aportaciones de un estudio sobre el país vasco. *Educación XX1*, 18(1), 167-188.

Whitehead, M. y Dahlgren, G. (2006). *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 1*. Copenhagen: World Health Organization.

Whitman, C. V. (2005). "Implementing Research-Based Health Promotion Programmes in Schools: Strategies for Capacity Building" in Clift, S. and Bruun, B. (Eds.) (2005). *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice*. Copenhagen: Danish University of Education Press, 107-136.

Young, I. (2005). "Health promotion in schools – a historical perspective." *Promotion & Education*, XII (3-5): 112-117.