

M<sup>a</sup> Ángeles Merino Godoy

## LA SALUD EN LAS ESCUELAS MULTICULTURALES

### HEALTH IN THE MULTICULTURAL SCHOOLS

**Autor:** María de los Ángeles Merino Godoy

**Resumen:** La diversidad cultural de la población española, incorpora nuevos estilos de vida y otros problemas de salud que van evolucionando y diferenciándose y a los que no podemos dar la espalda. A través de este estudio de carácter cualitativo que emplea como instrumentos el análisis de documentos y la observación, llegamos a la conclusión de la necesidad de integrar la interculturalidad en los programas de salud escolar, ya que las diferentes culturas que conviven en nuestras aulas, deben estar inmersas en todas las acciones de los centros educativos.

El profesorado y el personal sanitario se hace eco de esta nueva situación que está provocando la propagación de nuevas enfermedades y trastornos físicos y psíquicos, por lo que estos profesionales deben ser respaldados por la administración, la cual es responsable de proporcionar los recursos necesarios que motiven tanto a los docentes como a los sanitarios y a la propia comunidad educativa para cuidar y mimar la salud de cada uno de nosotros que evidentemente es la salud de todos.

**Palabras clave:** Educación para la salud, multiculturalidad, escuela, infancia, salud escolar.

**Fecha del trabajo:** 12/05/07

**Centro de Trabajo:** D.U.E. Bachelor of Nursing por la Hogeschool Zeeland. Maestra en Educación Especial. Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva, España)

M<sup>ra</sup> Ángeles Merino Godoy

**Abstract:** The cultural diversity of the Spanish population incorporates new styles of life and other health's problems that are evolving and being made different to what we cannot ignore. Through this study of qualitative character that uses as instruments documentation analysis and observation, we have reached the conclusion that it is necessary to integrate the cultural diversity in the programs of school health, since the different cultures that coexist in our classrooms should be immersed in all the actions of the educative centers.

Teaching and sanitary staff are aware of this new situation that is causing the propagation of new physical and psychic diseases and disorders, and that is why these professionals must be supported by the administration, which is responsible to provide the necessary resources to motivate to the teaching and sanitary staff and to the educative community in order to take care of the health of each one of us, what means everybody's health.

**Key words:** Health education, cultural diversity, school, childhood, school health.

M<sup>ra</sup> Ángeles Merino Godoy

## INTRODUCCIÓN

La diversidad cultural que colorea nuestros centros educativos, son también el reflejo de la evolución de la salud de nuestras escuelas. En la provincia de Huelva, que es una de las provincias de Andalucía con mayor población inmigrante, conviven alumnos que proceden de nacionalidades muy variadas (japoneses, chinos, pakistaníes, rumanos, peruanos...). Cada una de estas familias proceden de países con sistemas sanitarios diferentes, a la misma vez nuestro sistema de salud también ha evolucionado, siendo la Educación para la Salud una de las estrategias fundamentales y no la simple curación cuando estamos enfermos.

La salud en las escuelas al amparo de la legislación ha ido creciendo y cobrando cada vez mayor protagonismo, el desarrollo de dicha normativa legal es fruto de la evolución de la sociedad y de sus problemas de salud.

Para poder comprender la situación actual de la Educación para la Salud en la escuela, necesitamos referirnos a su camino recorrido a lo largo de la historia, al cual haremos referencia de forma muy breve. A la misma vez nos permitirá entender, porqué los cuidados de salud de las familias de inmigrantes difieren en gran medida de los nuestros, con ello nos referimos a sistemas de salud que aún no han evolucionado, pues la mayoría proceden de países de bajo nivel económico, de forma que han venido a nuestra tierra para poder ofrecer un futuro mejor a sus familias.

## MÉTODO

En el presente estudio de tipo cualitativo se han empleado técnicas de observación y análisis de documentos para el desarrollo de esta investigación de carácter descriptivo.

En definitiva, en nuestro país para llegar al concepto de Educación para la Salud, desde la aparición de la Higiene escolar a finales del siglo XIX, podemos establecer varios hilos conductores:

1.- La evolución del concepto de salud desde una perspectiva negativa y de déficit, en la que la salud era igual a no estar enfermo, a una perspectiva de salud positiva y de desarrollo, donde se persigue la potenciación de un mejor estado de salud a todos los niveles físico, psicológico y social.

2.- El paso de la dependencia del sistema sanitario como responsable de nuestra salud, hacia la autonomía y la responsabilidad, tanto individual como colectiva sobre la salud. En este sentido, ha pasado mucho tiempo desde que los sanitarios buscaban a los enfermos a sus casas para controlar las epidemias, o para nutrir a los niños entre otros menesteres. Hoy día cada individuo es

M<sup>ra</sup> Ángeles Merino Godoy

responsable de su salud y de buscar ayuda cuando lo necesite.

3.- Como consecuencia de lo anterior, la salud ha pasado de ser una cuestión individual a ser considerada como una entidad de índole colectiva. En un principio se atendía cada caso concreto y nada más; actualmente se tiene en cuenta el medio en el que nos encontramos como factor determinante de la salud. Además, la Educación para la Salud persigue que el individuo adquiera valores positivos de salud, cuyas actuaciones también dependen de la salud de la comunidad en la que vive y viceversa, ya que la salud empieza a ser considerada como el resultado de la interrelación del individuo con la comunidad biopsicosocial y con el medio ambiente donde vive.

4.- También como resultado de la consideración de lo colectivo por encima de lo individual, aparece cada vez en mayor medida el asociacionismo. Se trata, en general, de asociaciones de ayuda mutua que demandan información, a la misma vez que se encargan de su difusión y de otras acciones orientadas a la prevención.

5.- Existe otro factor que ha evolucionado paralelamente y que se ha constituido en una oportunidad inmejorable e irrenunciable para conseguir que se adopten modos de vida más sanos en todos los rincones del mundo. Se trata del más fácil acceso a la información (internet, programas de televisión, revistas especializadas, enciclopedias de salud...), que se acompaña de tres factores potenciadores:

a) En primer lugar, debemos tener en cuenta el incremento del nivel formativo de la población en general.

b) También el desarrollo de los medios, con la aparición de las nuevas tecnologías y la globalización de la comunicación, ha permitido que se produzcan iniciativas de formación cada vez en mayor grado.

c) Además, la situación actual, descrita por los hilos conductores anteriormente mencionados, ha dado lugar a una mayor producción de la información como consecuencia de que la población la está demandado cada vez en mayor medida.

Un ejemplo de todo esto lo tenemos en la iniciativa de la OMS, expuesta en la segunda jornada de la Cumbre Mundial para la Sociedad de la Información: la Academia de la Salud, que pretende mejorar la salud de la población mundial con la ayuda de internet. Esta Academia proporciona la información y los conocimientos sanitarios para prevenir enfermedades y adoptar modos de vida más sanos a disposición de todos los ciudadanos del mundo. A través de ella se explican las funciones esenciales de la salud pública en un lenguaje que atienda a las distintas sensibilidades culturales.

M<sup>ra</sup> Ángeles Merino Godoy

6.- El siguiente hilo conductor, que, aunque lo mencionemos en último lugar, no es el menos importante, es el factor económico. En la década de 1970, emerge un ciclo de crisis en la economía mundial (crisis del petróleo). Como opina García Suso (1), dicha crisis condujo a la preocupación por el creciente aumento de los costes sanitarios. El modelo de atención tradicional a la salud, basado en el pensamiento biomédico, que consistía simplemente en curar a los enfermos, era insuficiente para atender los problemas de salud del momento. En los países desarrollados se fue modificando la tipología de las enfermedades, produciéndose un aumento significativo de los problemas crónicos y degenerativos, por lo que los gobiernos tuvieron que dar respuesta a esta nueva cara de la salud-enfermedad. El resultado de dichas reflexiones llevó a los países a agruparse para intentar proteger y promover la salud a escala mundial, lo que dio lugar a una cascada de acontecimientos que producirían reformas fundamentales que han configurado nuestra actual realidad. (García Suso, 2001: 163).

Así en 1984, el Comité Regional Europeo de la OMS (2), integrado por 33 países, estableció las estrategias para conseguir la Salud para Todos en el año 2000, sobre la base de 38 objetivos regionales. Se intenta abaratar costes desarrollando la prevención y la promoción de la salud, a la vez que se intenta que la salud esté al alcance de todos.

De forma paralela a la preocupación por la extensión de la salud a todos los rincones del planeta, también la educación ha sido objeto de estrategias expansivas por parte de los organismos internacionales. Así, en 1990, en la Conferencia de Jomtien (Tailandia) (3), tuvo como resultado una Declaración Mundial de la Educación para Todos, que situaba en el año 2000 la consecución del objetivo.

Salud y educación para todos, seamos del color que seamos. Estos son compromisos que se plantearon hace ya muchos años y que sólo se harán realidad si se respalda con un cambio político de gran envergadura, de forma que nos lleve a interiorizar a la propia comunidad educativa de la necesidad de trabajar para que estos objetivos lleguen a alcanzarse, convirtiéndose en una meta de vida.

En relación a los hilos conductores mencionados, es importante reconocer que algunas de las culturas que conviven con nosotros no han llegado a evolucionar, por lo que sus sistemas organizativos de salud difieren del nuestro. En este sentido, en algunos de estos países de origen, los sanitarios siguen buscando a los enfermos en sus casas para controlar epidemias, para alimentar a los niños y así reducir los casos de desnutrición infantil, para llevar los niños a las escuelas, etc.

M<sup>ra</sup> Ángeles Merino Godoy

Los centros de salud y las escuelas deben estar preparados para adaptarse a esta nueva sociedad en la que confluye tanta diversidad cultural (4), ya que la mayoría de las familias proceden de países de bajo nivel socioeconómico, donde la salud se reduce a la curación de los estados de enfermedad. Así desde el Servicio Andaluz de Salud se aumenta el personal de los servicios de urgencias en épocas por ejemplo de recolecta en el campo, para atender a la población inmigrante. Sin embargo, nuestra sanidad alardea de programas de salud y de proyectos basados en la educación y en el aprendizaje, pero aún no nos hemos adaptado a esta la población actual con nuevos problemas de salud, como por ejemplo el aumento de los embarazos no deseados. Así muchos ginecólogos españoles se quejan de que la mujer que procede de Polonia o de Rumania suele utilizar la interrupción del embarazo como “técnica anticonceptiva” (5). Por otro lado, estas culturas al integrarse en nuestra sociedad, están adoptando hábitos alimenticios basados en la comida rápida, ya que también nosotros hemos ido implantando poco a poco en nuestros hogares este tipo de alimentación, olvidando nuestra dieta mediterránea. En esta línea, todas las conductas y actitudes inadecuadas que hemos ido adaptando de la cultura occidental y como respuesta a nuestro desarrollo (sedentarismo, consumo excesivo de la televisión y de teléfonos móviles, aislamiento, violencia, intolerancia, etc.) están integrándose en las familias inmigrantes que conviven con nosotros y viceversa. Por ello urge la necesidad de estudiar los nuevos hábitos de todos los alumnos que conviven en nuestras escuelas y responder con programas específicos que atiendan a estos nuevos problemas de salud derivados de la convivencia entre las diferentes razas y culturas, para que estar sano siga siendo cosa de todos.

Estos hilos conductores, que hemos resumido en líneas anteriores, nos han llevado entre otras circunstancias, a la situación actual en la que se encuentra la Educación para la Salud y se ha acompañado de un desarrollo paralelo, aunque con cierto retraso, en los ámbitos educativos formales. Inicialmente la desaparición de la Higiene como materia deja un vacío que es cubierto sólo de forma muy parcial con algunos contenidos puntuales de las materias relacionadas con urbanismo y buenas costumbres, pero, pasado algún tiempo, se multiplican las iniciativas vinculadas ya con el nuevo concepto de Educación para la Salud, a través de los programas de Salud Escolar, así como su posterior inserción curricular.

Aunque hace algunos años tuvo su apogeo con esta introducción de la Educación para la Salud en el currículum escolar a través de los temas transversales, parece que el interés inicial ha ido decayendo. Sin embargo, es cierto que hasta el momento se han producido grandes iniciativas en relación con las instituciones escolares. Así, consideramos que la de mayor relevancia es la constitución de la Red de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) (6,7), que actualmente cuenta con más de 500 centros asociados y su objetivo consiste en favorecer modos de vida sanos, ofreciendo metodologías atractivas tanto al profesorado, como al alumnado. Además, existen otras entidades que aunque actúan a nivel general en el campo de la Educación para la Salud, colaboran

M<sup>a</sup> Ángeles Merino Godoy

con las escuelas a través de programas específicos. Finalmente en la actualidad, la enseñanza de la salud es parte de una asignatura denominada Educación para la Ciudadanía, que comprende la educación en valores. La materia de esta signatura también ha creado polémica en parte del profesorado y también de padres y madres que no comparten algunos de los valores que en ella se enseñan o simplemente no están de acuerdo con la prioridad que la asignatura establece entre unos valores y otros.

## DISCUSIÓN

Es evidente que la prevención de los problemas de salud redundará en beneficios sociales y económicos. Sin embargo, la situación en las escuelas cada vez es más caótica. Al terminar cada clase, los alumnos cada vez más jóvenes, salen despavoridos a fumarse un cigarro, las máquinas de bollería industrial están casi siempre agotadas de su continuo uso, el sobrepeso y los trastornos de la conducta alimentaria abordan cada vez más la población infanto-juvenil. En este sentido, los hábitos alimenticios tienen por tanto un gran valor social y cultural. También debemos tener presente la cantidad de ciudadanos de otros países que conviven en nuestra sociedad, con unas costumbres alimenticias diferentes a las nuestras (8), las cuales debemos respetar e incluso aprovechar de forma que todas las culturas permitan el enriquecimiento de una alimentación y gastronomía diversificada.

Sin duda, son escasas las investigaciones que se preocupan por conocer las costumbres y valores de las diversas culturas que confluyen hoy día en las instituciones educativas. Torres (9) denomina esta situación como las voces ausentes en la selección de la cultura escolar y lo aclara con el siguiente supuesto: ...el ejemplo más flagrante es el del pueblo gitano. Ni en los materiales curriculares, ni en la misma decoración de los centros escolares aparece nada con lo que niños y niñas de esta etnia puedan identificarse. Sus creencias, conocimientos, destrezas y valores son ignorados. En resumen, todo lo gitano es contemplado como un estigma, algo que es necesario ocultar o, por lo menos, no promocionar. Quizás esté ocurriendo lo mismo con el resto de las minorías étnicas, procedentes de la inmigración. Consideramos que la falta de recursos, de tiempo, de formación, etc., está contribuyendo a que estas nuevas culturas no salgan de su escondite<sup>10</sup>. Luchar contra estas barreras posibilitará una nueva sociedad más justa e igualitaria para todos.

Otra de las metas que se planteó para el año 2000, mencionadas en líneas anteriores, consiste en "Reducir la mortalidad infantil", siendo su objetivo concreto reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años. Ésta es una de las peores realidades de nuestro mundo y no podemos ignorarla en ningún contexto, ni tampoco el educativo. La mayoría de estas muertes se dan en países del Tercer Mundo. La comunidad educativa no puede estar ajena a esta

M<sup>ra</sup> Ángeles Merino Godoy

situación y debe incorporarse en la vida escolar y en la educación en valores. La preparación de la sociedad del futuro en este sentido posibilitaría paliar esta situación de hambruna en el mañana.

Como enfermera y maestra considero que la salud y la educación son dos de los grandes pilares que sostienen la vida esperemos que las nuevas leyes planteen estrategias eficaces que verdaderamente lleven a instaurar la salud en la escuela, garantizando un estilo de vida que sea capaz de darnos precisamente eso, LA VIDA.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García Suso A. Evolución de la atención a la salud de la comunidad. En: García Suso, A, Vera ML y Campo MA, Enfermería Comunitaria: Bases Teóricas. Enfermería SXXI. Madrid: DAE, 2001; 157-173.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Serie "Salud para todos", nº 3), 1984.
3. Organización Mundial de Naciones Unidas. Declaración Mundial de la Educación para Todos. Jomtien (Tailandia): Organización Mundial de Naciones Unidas, 1990.
4. Ibarra TX, Siles J. Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. Index de Enfermería, 2006; 55: 44-48.
5. Gil LI, Morales C, Castillo S, Mazarrasa L, Martínez Blanco ML. El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. Index de Enfermería, 2006; 55: 13-17.
6. Red de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS). Documentos. Promoción de la salud de la juventud europea. La EpS en el ámbito educativo. Manual de Formación para el Profesorado y otros Agentes Educativos. Madrid: Comisión de la Unión Europea, Organización Mundial de la Salud-Región Europea, Consejo de Europa, 1995.
7. Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS). Disponible en <http://www.mec.es/cide/jsp/plantilla.jsp?id=reeps01b> (Consultado el 10.09.07).
8. Serra ME. Aproximación a los hábitos alimentarios de la población inmigrante de origen africano, residente en Mataró. Revista Española de Nutrición Comunitaria, 1998; 4 (3): 143-146.



M<sup>a</sup> Ángeles Merino Godoy

9. Torres J. Globalización e interdisciplinariedad: el currículum integrado. Madrid: Morata, 1994.

10. Brea M, Castro B. (2002). Hacia la EpS desde una perspectiva multicultural. En: Serrano González, MI (coord.), La EpS del Siglo XXI. Comunicación y Salud. 2<sup>a</sup> ed. Madrid: Díaz de Santos, 2002; 463-472.