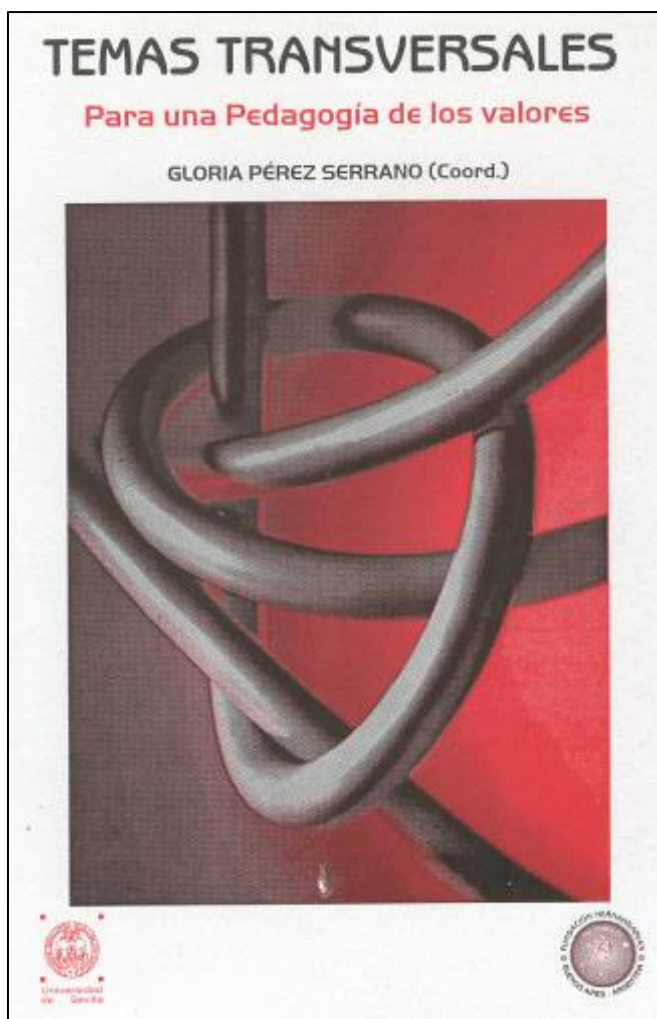


TEMAS TRANSVERSALES

Para una pedagogía de los valores.

Por
Gloria Pérez Serrano (Coord.)



Editorial
DOCENCIA.

Buenos Aires.

Primera edición:
2000.

Este material
es de uso
exclusivamente
didáctico.

Índice

Presentación. *Temáticas transversales en educación social y animación sociocultural*.....11

Capítulo I. Reflexiones acerca de los valores sociales.....21

María Nieves Gómez García

1. Una mirada a la historia de la educación.....22
2. Los valores sociales desde la modernidad.....25
3. El sistema educativo español, la LOGSE y los temas transversales.....31
4. Temas transversales en educación social y animación sociocultural.....36

Capítulo 2. Aprender a convivir. Educación ético-moral y ciudadana.....39

Gloria Pérez Serrano

1. Educación ético-moral.....41
 - 1.1. *¿Qué se entiende por Educación Moral?*.....44
2. Ciudadanía: evolución y exigencias.....49
 - 2.1. *Necesidad de la educación para la ciudadanía, 51;* 2. 2. *Objeto de la educación cívica-ciudadana, 56;* 2.3. *¿Qué se entiende por buen ciudadano?, 59;* 2.4. *La formación del buen ciudadano; perspectivas, 60.*
3. Educación para el comportamiento cívico-democrático.....72
4. La educación para la ciudadanía en una sociedad plural.....74
5. Actividades.....76
6. Bibliografía.....77
- Glosario.....79

Capítulo 3. Educación intercultural para la paz y la solidaridad.....81

Ángeles Galino Carrillo

1. Interculturalidad y educación intercultural.....82
 - 1.1. *La identidad cultural, 83;* 1.2. *Elementos de pertenencia cultural, 84;* 1.3. *Relaciones conflictivas: algunas respuestas, 88;* 1.4. *Perspectivas generales sobre educación intercultural, 90.*
2. Paz.....91
 - 2.1. *La construcción de la paz, 92;* 2.2. *Declaración Universal de los Derechos Humanos, 94;* 2.3. *Las sucesivas "generaciones" de derechos humanos, 96;* 2.4. *Tolerancia frente a discriminación, 97;* 2.5. *Participación de las mujeres en la toma de decisiones, 98;* 2.6. *La paz en relación con las formas de gestión, 99.*
3. Solidaridad.....100
 - 3.1. *Interdependencia, globalidad y universalización, 101;* 3.2. *La problemática de la exclusión del otro como objeto de estudio y conocimiento, 102;* 3.3. *Las dos dinámicas de las políticas sociales, 103;* 3.4. *Superar la exclusión cultural: ampliar el concepto de políticas culturales, 104.*
4. Actividades.....106
5. Bibliografía.....107
- Glosario.....109

Capítulo 4. La educación ambiental.....111

M. Teresa Pozo Llorente y José Gutiérrez Pérez

1. El medio ambiente en su dimensión sociocultural.....113
 - 1.1. *El medio ambiente está de moda, 113;* 1.2. *Aspectos conceptuales del medio ambiente, 116;* 1.3. *El medio ambiente natural. 119;* 1.4. *El medio ambiente histórico, 119;* 1.5. *El medio ambiente sociocultural, 120.*
2. Los problemas ambientales en las sociedades modernas.....122
 - 2.1. *Las primeras manifestaciones de la crisis ambiental, 122;* 2.2. *La necesidad de una nueva ética ambiental, 125.*
3. Las alternativas políticas, sociales y educativas a los problemas ambientales.....130

3.1. Las alternativas políticas: primeras respuestas internacionales, 130;	3.2. Las alternativas sociales: el movimiento ecologista y las ONGs, 134;	3.3. Las alternativas educativas: Educación Ambiental dentro y fuera de las escuelas, 136.
4. Hacia una educación ambiental para el desarrollo sostenible.....	140	
4.1. El siglo XX, el siglo de las promesas ecológicas incumplidas, 140;	4.2. La nueva generación de educadores ambientales, 143.	
5. Actividades.....	144	
6. Bibliografía.....	146	
Glosario.....	148	

Capítulo 5. Enseñanza superior, educación y saber ambientales.....155
Albert Sasson

Capítulo 6. Educación para la salud y para el consumo.....161
Juan Agustín Morón Marchena

1. Educación para la Salud.....	164	
1.1. Salud y Educación para la Salud, 164;	1.2. La Educación para la Salud en el marco comunitario, 168;	
1.3. Participación comunitaria y Educación para la Salud, 170;	1.4. La participación comunitaria, un reto para la salud, 173;	
1.5. La Promoción de la Salud ante el nuevo milenio, 177;	1.6. Programas y acciones en Educación para la Salud, 183.	
2. Educación para el consumo.....	184	
2.1. Consumidores y usuarios, 186;	2.2. Actitudes ante la sociedad de consumo, 187;	
2.3. La sociedad de consumo y sus características, 190;	2.4. Factores y estimuladores del consumo, 193;	
2.5. Principales tendencias de consumo, 198;	2.6. La situación ideal y los problemas con que nos encontramos, 201;	
2.7. Qué hacer para un “buen consumo”, 203;	2.8. Programas y acciones en Educación para el Consumo, 204.	
3. La EpS y la ECO como temas transversales.....	206	
4. Otras fuentes de documentación e información.....	207	
5. Actividades.....	208	
6. Bibliografía.....	210	
Glosario.....	213	

Capítulo 7. Las mujeres en los procesos educativos: Género y coeducación.....215
Consuelo Flecha García

1. Introducción.....	217	
2. Las mujeres en la sociedad actual.....	217	
3. Los planes de los organismos internacionales.....	219	
3.1. Propuestas y acciones a partir de 1975, 220;	3.2. Cambios de dimensión universal, 221.	
4. Sexo y género en las relaciones sociales.....	223	
4.1. Socialización y género, 225;	4.2. El hacer de la historia, 226;	
4.3. La conciencia femenina, 229.		
5. La coeducación.....	230	
5.1. El marco legislativo vigente, 231;	5.2. Una alternativa transversal, 235;	
5.3. La coeducación, un compromiso social, 236;	5.4. Educación desde la diferencia, 237;	
5.5. Claves para una nueva realidad, 239;	5.6. El papel del profesorado 240.	
6. Hacia una nueva identidad femenina.....	241	
7. Actividades.....	243	
8. Bibliografía.....	245	
Glosario.....	246	

Capítulo 6

Educación para la salud y para el consumo. Calidad de vida

Juan Agustín Morón Marchena

La calidad de vida es un concepto que, si bien se remonta a la década de 1970 en el campo de las Ciencias Sociales, sólo en los últimos años ha adquirido permanente actualidad. La calidad de vida conjuga variables subjetivas y personales, propias de cada sujeto, junto con otras condiciones comunitarias. Es un término que hace referencia a un grupo humano, que debe poseer una serie de recursos, además de cubrir las necesidades primarias básicas. Abarca todos los aspectos de la vida de un sujeto, tales como el acceso a bienes materiales, características del entorno, riesgos de salud, vivienda, educación, entre muchos otros, pero en función del nivel de satisfacción que esas condiciones le proporcionan según sus propios criterios personales (comparado, por ejemplo, con las condiciones de otros sujetos).

En las páginas siguientes nos centraremos en dos elementos de indudable importancia al hablar de calidad de vida, la salud y el consumo -más concretamente, la *Educación para la Salud* y la *Educación para el Consumo*-, teniendo en cuenta que tanto la salud como el consumo son objeto de estudio de naturaleza socioeducativa. Es más, la concepción moderna de salud, identificada en gran parte con la promoción de la salud, y los planteamientos consumeristas, al adoptar una actitud crítica ante el consumo, no pueden entenderse sin contemplar el elemento educativo.

De la misma forma que la educación no puede desligarse de lo "social", la salud y el consumo también se enmarcan en un entorno social, por lo que este aspecto social cobra especial relevancia a la hora de abordar la educación para la salud y el consumo. En los últimos años se ha incrementado notablemente la atención en estas temáticas "transversales", con numerosas publicaciones y encuentros científicos.

La salud y el consumo se caracterizan por su carácter multi e interdisciplinar, destacando la estrecha relación que existe entre ambos contenidos, entremezclado uno con otro. No obstante, la Educación para la Salud y la Educación para el Consumo son dos realidades distintas, cada una con su contenido específico, aunque en muchas ocasiones se han identificado, siendo "*muy común unirlos, pues su historia es paralela en el desarrollo temporal, pero son diferentes sus principios y fines. En todo caso, el objetivo común de la educación para la salud y el consumo es la calidad de vida*"¹.

Si bien en diversos ámbitos podemos encontrar múltiples ejemplos de tratamiento transversal que conjuntan la Educación para la Salud y la Educación para el Consumo, para algunos autores, hacer coincidir en un mismo espacio ambos aspectos ha supuesto un freno para el desarrollo de la educación para el consumo. Nosotros consideramos que son ámbitos de actuación distintos, cada uno con sus propias peculiaridades, tanto en el nivel de los contenidos como de las metodologías (en el texto se encuadran en dos apartados diferentes), pero con muchos espacios y elementos coincidentes.

Partiendo del carácter social de ambos elementos, y de la necesaria participación de cualquier profesional o interesado implicado en la salud o el consumo, la Educación Social y la Animación Sociocultural tienen en la Educación para la Salud y en la Educación para el Consumo un campo de actuación cada día más importante, tanto cuantitativa como

¹ Sáinz Martín, M. (1995). "Educación para la Salud y el Consumo". *Entre Líneas*, 11,159-177.

cualitativamente. No es el lugar para justificar ni explicar la relación entre estas "disciplinas", ni pretendemos ser repetitivos, dado que ya ha quedado expuesto en libros anteriores las posibilidades y ámbitos de actuación de la ES y de la ASC.

Por último, hacer hincapié en que la salud y el consumo no agotan la calidad de vida. Son aspectos necesarios, aunque no suficientes, para que podamos hablar de una verdadera y efectiva calidad de vida, pues deben completarse con otros temas, como los que se abordan en el resto de los capítulos de este libro. De hecho, cada vez es más usual que escuchemos hablar de una *Educación para la calidad de la vida* (Yus Ramos, 1992, considera que engloba las dimensiones Educación del Consumidor, Educación para la Salud y Educación Ambiental).

Objetivos

1. Destacar el carácter socioeducativo del consumo y de la salud, de la importancia de la Educación para la Salud y de la Educación para el Consumo en el ámbito de la calidad de vida.
2. Conocer las posibilidades que la *salud* y el *consumo* presentan como campo de estudio-aplicación para la Educación Social y la Animación Sociocultural.
3. Reivindicar el papel que el educador/a social y/o animador/a sociocultural puede desempeñar en el campo de la Educación para el Consumo y la Educación para la Salud, así como conocer su posible participación en la realización y gestión de actividades o acciones en estos ámbitos.
4. Hacer comprender que la salud es una responsabilidad compartida, desarrollando la capacidad de participar en la búsqueda conjunta de soluciones.
5. Contextualizar la salud en situaciones sociales y en las condiciones de vida que influyen en ella, adaptándose a cada realidad concreta, a través de un análisis de la situación de cada entorno.
6. Conocer la evolución del concepto de salud para comprender su idea moderna, sociocomunitaria, global y holística.
7. Ser conscientes de la necesaria participación de un equipo multidisciplinar en la elaboración, aplicación, desarrollo y evaluación de los contenidos o modelos de Educación para la Salud, tanto de personas-profesionales diversos (docentes, sanitarios, miembros de la comunidad, padres entre otros), como de instituciones, centros sociosanitarios, entidades comunitarias, etcétera.
8. Desarrollar una actitud consciente, comprensiva y crítica ante la sociedad de consumo.
9. Fomentar la educación en la toma de decisiones autónomas y responsables frente al consumo.
10. Conocer los principales mecanismos del sistema de producción-consumo, los agentes estimuladores, los factores y los indicadores sociales asociados al consumo.
11. Tomar conciencia de las necesidades básicas indispensables para la vida, y de la necesidad de satisfacerlas adecuadamente.

1. Educación para la Salud

1.1. Salud y Educación para la Salud

En cualquier sociedad o comunidad, la salud representa un fin -un indicador o referente si se prefiere- de indudable relevancia a la hora de hablar de calidad de vida. Es una cuestión sumamente compleja en la que conviven distintos aspectos, muchos de carácter social, entre los que se encuentran los relacionados con el ámbito educativo fuertemente conectados.

El concepto de *Educación para la Salud* (EpS) está relacionado con la concepción que se tenga de *salud*, la cual se ha ido modificando con el paso del tiempo. Actualmente se contempla en términos positivos, dinámicos, holísticos y ecológicos, en los que la educación, la participación comunitaria y los aspectos sociales tienen un importante papel. La clásica definición de salud que recoge el *Glosario de Términos* -editado en 1948- por la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendida como "*un estado de completo bienestar físico, mental y*

social, y no simplemente la ausencia de enfermedad", supuso un avance en su concepción y un cambio cualitativo en los planteamientos futuros, sobre todo por el carácter holístico que dio a la salud. Sin embargo, esta definición fue criticada por carecer de referencias a los aspectos espirituales de la salud y del bienestar, por ser excesivamente utópica (ya que el completo estado de bienestar no existe), por no expresar suficientemente la interacción dinámica de los distintos aspectos físicos, mentales y sociales, incluso por su carácter subjetivo, en el sentido que obvia los aspectos objetivos (capacidades de funcionar).

La OMS ha completado -matizado- esta definición: en 1969 hizo hincapié en la preparación de los sujetos y los grupos sociales, en la necesidad de dotarlos de medios y recursos para tomar decisiones correctas, al señalar la EpS como *"el proceso que se interesa por todas aquellas experiencias de un individuo, grupo o comunidad que influyen las creencias, actitudes y comportamientos en relación a la salud, así como por los esfuerzos y procesos que producen un cambio cuando éste es necesario para una mejor salud"*. Otra definición de la OMS es sumamente clara y concisa: *"es esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos"*.

Segovia de Arana señala que la salud no es sólo la ausencia de enfermedades, ni un estado de bienestar físico, mental y social, ya que según esto, difícilmente podría encontrarse una persona verdaderamente sana. Si la salud se identifica con el bienestar y la felicidad, estaremos persiguiendo siempre una utopía, lo que nos conducirá a una continua e insaciable demanda de los cuidados sanitarios, generadora de gastos inútiles y posiblemente también de situaciones neuróticas. La salud consiste en la capacidad de posesión o apropiación del propio cuerpo, y no sólo de disponer de bienes o medios que produzcan bienestar. Los que son capaces de controlar su cuerpo, de poseerlo y apropiárselo, tienen más salud que los que se conforman únicamente con el bienestar material (más que un "hecho" sería un "valor" y no tendría sentido más que en el conjunto de un determinado sistema de valores).²

Siguiendo con las palabras de Segovia, la salud es un concepto individual que se nutre o deriva de la idea que debe predominar en una sociedad determinada. En cada entorno concreto, se produce una notable carga cultural histórica que de alguna manera tiene que influir en la elaboración y el ejercicio del concepto personal de salud. La idea moderna la considera como *"un valor personal, una apropiación e instalación del individuo en su propio cuerpo y no simplemente el bienestar físico, psicológico y social"*. Podemos identificar dos etapas distintas en la evolución del concepto de EpS. Una clásica, hasta la década de 1970, en la que las acciones educativas se dirigen al sujeto con el objetivo de responsabilizarse de su propia salud, para conseguir la modificación de sus comportamientos en un sentido positivo. Posteriormente se incorporó la consideración que las conductas de las personas también dependen de factores externos, de tipo ambiental y social, por lo que las acciones educativas deberían promover cambios en dichos ámbitos.

Así, la definición de salud se ha movido desde la rigidez clásica de la *ausencia de la enfermedad* a la maleable del *completo estado de bienestar*, concepciones que han condicionado modelos de planificación e intervención, dando lugar a distintas metodologías para acercarse a la realidad sociosanitaria de las clases sociales³. Del primer caso se deriva una perspectiva apoyada en modelos matemáticos de predicción, con investigaciones que tratan de acercarse a la realidad de las desigualdades a partir del control de variables casi exclusivas de morbi-mortalidad y, aunque en menor grado, de las de tipo social. Por contra, la segunda concepción se apoya en técnicas estadísticas, estructurales y etnológicas, tratando de acercarse a la realidad sociosanitaria de las clases por medio de la creación de grupos de variables tipo, más concretamente, de "estilos de vida" o "hábitos saludables". Hemos de decir que en ambos casos las investigaciones aparecen limitadas y sesgadas.

Al hablar de salud, por lo tanto, hay que tener en cuenta una serie de aspectos de índole social, referidas al contexto social, que en gran medida determinan a aquélla. La salud es una

² Segovia de Arana, J. M. (1994). "La evolución de la medicina científica y la asistencia sanitaria", en Díez Hochleitner, R. (Dir.). *Aprender para el futuro. Educación para la Salud*. Madrid, Fundación Santillana, 125-130.

³ Ponce, J. A.; Muriel, R. y Gómez de Terreros, I. (1997). *Informe SIAS (Salud, Infancia, Adolescencia y Sociedad)*. Sevilla, Sección de Pediatría Social-Asociación Española de Pediatría.

cuestión global y no puede hablarse de la salud en un contexto geográfica reducido, aunque existen aspectos que dependen de las condiciones concretas de un lugar determinado: la interrelación entre la salud y el entorno dependen de "condiciones planetarias", como una tarea transdisciplinar.

De la consideración que se tenga de salud, emana una concepción de *Educación para la Salud* (y de *Promoción de Salud*). También aquí podemos encontrar múltiples definiciones (Morón, 1997b). Calvo Fernández y otros⁴ revisan distintas definiciones, señalando que los múltiples conceptos de EpS podrían representar las ideas de los diferentes profesionales y organismos nacionales e internacionales que están interesados en su estudio y desarrollo, aunque todas tienden, como objetivo común, a la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los sujetos, hacia una *salud positiva*. Para la *National Conference on Preventive Medicine* (Estados Unidos, 1975), la EpS es un "proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos". Para los autores citados, ésta es la definición más completa, pues incluye una serie de actividades conducentes a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las que los individuos pueden mejorar su propia salud.
- Motivar a la población para que, con el cambio, consiga hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarios para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludables y una conducta positiva hacia la salud.
- Promover la enseñanza, la formación y la capacitación de todos los agentes de EpS de la comunidad.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos.

Otros términos, como los de "prevención", "promoción de salud" y "educación para la salud", se identifican con asiduidad. S. Barriga⁵ resume claramente la distinción entre estos conceptos. Al hablar de *promoción* se resalta el aspecto positivo en favor de la salud (hacer que las opciones saludables sean más fáciles de realizar); cuando nos referimos a la prevención indicamos lo negativo (estrategias para reducir factores de riesgo, enfermedades específicas o para reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad); *educación para la salud* se refiere a un instrumento de promoción que proporciona estrategias para que los sujetos deseen lo más saludable cuando el entorno les permite elegir entre varias opciones. La promoción de la salud adquiere así extensas connotaciones que superan a las acciones individuales, sociales y comunitarias.

Está claro que la educación para la salud estaría orientada a favorecer estilos de vida saludable, a través de la promoción de actitudes y hábitos de responsabilización con la salud propia y la del entorno. Apostar por una perspectiva de promoción de hábitos de vida saludable significa⁶:

- Entender el estado de salud en un *sentido amplio*. No busca prevenir un problema concreto, sino aportar un bienestar individual y colectivo.
- Promocionar una educación centrada en los *aspectos positivos* de la salud.
- Crear y construir hábitos y estilos de vida saludables por medio de la *responsabilización individual y colectiva*. Promocionar la información necesaria,

⁴ Calvo Fernández, J. R. et al. (1996). "Educación para la Salud. Conceptos y Métodos", en Macías, B. E. y Arocha, J. L. *Salud Pública y Educación para la Salud*. Las Palmas, ICEPSS, 371-380.

⁵ Barriga Jiménez, S. (1995). "Contradicciones en la promoción de salud. La salud ¿para qué?", en Morón Marchena, J. A. (Dir.). *Educación para la Salud en el ámbito comunitario*. Diputación de Sevilla, 15-29.

⁶ Consejo de la Juventud de España (1997). *Guía de Prevención de Drogodependencias*. Madrid, CJE.

potenciar habilidades personales, capacitar a las personas para que decidan e influyan sobre los factores que determinan su salud, y reforzar factores favorables a realizar elecciones saludables, modificando las que no son.

- *Educación para la libertad y la responsabilidad.* La educación de toda persona debe aspirar a conferirle el mayor grado de autonomía e independencia.
- *Implicar a la comunidad* y a los destinatarios y las destinatarias de los diferentes programas.

1.2. La Educación para la Salud en el marco comunitario

Todo proceso educativo está inmerso en un entorno social. Esto significa que la sociedad, y la comunidad en particular, se constituye en un agente educativo de primordial importancia, y más aún al hablar de EpS. Hoy en día, la salud no puede entenderse sin esa serie de elementos que, de forma ineludible, deben ser tratados. Nos interesa así considerar todos los aspectos referidos a la promoción de salud, fundamentales a la hora de abordar la EpS. Además del entorno social y de la comunidad, existe otro elemento prioritario muy relacionado con los conceptos anteriores: se trata de la *participación comunitaria*.

Partimos de considerar que la salud, y por lo tanto la EpS, se desarrolla en un entorno concreto, en una comunidad. Aunque pueda limitarse a un espacio más concreto -por ejemplo un centro educativo- necesariamente se relaciona con el exterior. ¿Qué se entiende por comunidad y qué elementos la conforman? Flores⁷ señala que no se dispone por el momento de un concepto unánime que sea capaz de satisfacer todas las exigencias que la definición del término *comunidad* se hace acreedora, pues la mayoría de los autores la define haciendo referencia a otros que les precedieron en el tiempo, destacando asimismo los elementos o características más coincidentes. El concepto de comunidad supone considerar una serie de elementos (San Martín y Pastor, 1984): grupos de población organizados e interrelacionados; la coexistencia en una zona o región geográfica bien delimitada; cierto grado de integración producido a través de experiencias comunes y comportamientos sociales similares; cierto grado de comunidad funcional económica; cierto grado de conciencia de unidad (étnica, cultural, social) local; cierto grado de unidad en la acción colectiva, particularmente en los grupos; existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas entre las que cuentan como localmente importantes educación, la salud, la justicia, la administración local, etcétera.

Pujol y Ubeda⁸ se basan en la definición que en su día dio Lehay, Ira quien "*la comunidad es un grupo de personas con ciertas características e intereses comunes y que viven dentro de una misma área, dentro de una sociedad mayor*". Los elementos que se deben destacar son: grupo de personas, estructura, características comunes, recursos y servicios, y relacionados.

Para Marchioni⁹ y Turabian (1992), el concepto de comunidad, en sentido pragmático y operativo, se compone de cuatro elementos fundamentales de tipo estructural, que a su vez son factores de conocimiento de comunidad, que van a participar muy directamente en la acción comunitaria. Éstos son: el territorio, la población, la demanda (los problemas de dicha población expresa) y los recursos disponibles. Se entiende por *territorio* una entidad física y social (y no sólo urbanística) en la que se producen las relaciones sociales que se dan entre las instituciones y su población en cuanto a la *población*. En cuanto a la población, a la hora de planificar una acción social interesa hablar de *indicadores de población* (edades, sexo, clases sociales, individuos, familias, los grupos, la colectividad en general y la evolución histórica de la población). Los *recursos disponibles* constituyen elementos fundamentales en el desarrollo de la acción social y comunitaria, sin olvidar que el primero y principal recurso es la propia comunidad y sus miembros. La demanda no es un concepto estrictamente uniforme, sino de carácter pluridimensional. Marchioni la define proponiendo una serie de dualidades:

⁷ Flores Bienert, M. O. (1996). "Educación y Salud Comunitarias", en Sarlet-Gerken, A.M. *Salud, Medio-Ambiente, Tolerancia y Democracia. La Transversalidad educativa*. Murcia, OM. 65-81.

⁸ Pujol, G. y Ubeda, I. (1993). *Enfermería Comunitaria*. Ed. Científicas y Técnicas. Barcelona.

⁹ Marchioni, M. (1989). *Planificación social y organización de la Comunidad*. Editorial Popular. Madrid.

- *Actual y futura*: una demanda es actual cuando la sociedad precisa de soluciones y respuestas de carácter inmediato, por lo que los recursos han de movilizarse a corto plazo. Será futura cuando el conjunto de ofertas en la relación con la demanda pueden determinarse en un plazo más largo.
- *Explícita* (se da un nivel de conciencia por parte de sectores de la comunidad acerca de la existencia de un determinado problema); e *implícita* (existe la demanda, pero el nivel de conciencia respecto a ella no está perfectamente precisada en primera instancia). En este caso, la comunidad por sí misma no ha establecido los términos del problema, pero en un futuro, o con otras condiciones, podrá demandar elementos cuya necesidad no haya sido identificada anteriormente.
- *Subjetiva y objetiva*: percepción de un problema por parte de algunos sectores de la comunidad de un modo subjetivo, distinta a como se da en la realidad dicho problema, con una visión objetiva.
- *Existente y potencial*, que pueden coexistir, por lo que será necesario actuar con previsión.

Siles¹⁰ considera que se debe adecuar el concepto de comunidad a la realidad social, teniendo en cuenta las desigualdades sociales y económicas existentes, las influencias externas (medios de comunicación, modas, etcétera) y las formas de relacionarse con su entramado de redes personales y sociales, que pueden culminar o no en líderes reconocibles y más o menos representativos de determinados grupos. De ahí la importancia de conocer las formas de articulación social que se producen, de identificar un conjunto de valores y de intereses compartidos, siendo conscientes de las diferencias existentes entre los individuos y los grupos sociales. La articulación social en una sociedad como la nuestra no es única, pues coexisten una amplia diversidad de redes formales e informales, con diferentes formas de relacionarse (y, generalmente, con un grado de asociacionismo formal muy bajo).

Una comunidad es un ámbito de convivencia respetuoso y tolerante. La palabra comunidad también se puede usar para referirse a la salud comunitaria o a la globalidad de los servicios que ayudan a promocionar la salud. El ambiente físico que caracteriza una comunidad, como el hogar, la escuela y todos los servicios sociales y de salud disponibles, son importantes para que los educandos entiendan el sentido de "comunidad", así como la forma en que pueden influir en su medio y la manera en que éste incide sobre ellos. Debemos ser conscientes de la responsabilidad que tenemos sobre el medio, tanto local como globalmente, y que el proyecto de trabajo ambiental en la escuela y su comunidad sean generadores de interés por la participación y el sentido de la responsabilidad.

1.3. Participación comunitaria y Educación para la Salud

La participación comunitaria se relaciona directamente con la promoción y la educación para la salud; y, al igual que la *salud*, en su sentido más amplio, está estrechamente conectada a lo *social*. Siguiendo con D. Siles, los servicios sanitarios están conectados con su medio social. Derecho, los servicios públicos necesitan legitimarse socialmente, por lo que la participación social en los mismos es un derecho de los ciudadanos consagrado por las leyes. Además, las intervenciones que contribuyen a la mejora de la salud pública se producen en un medio social concreto. Conocer el medio y adecuar las acciones a él, resulta esencial para aumentar la eficacia de esas intervenciones.

Hoy no se discute, pues, que la participación es un instrumento que puede y debe contribuir a elevar los niveles de salud de la población. De ahí que propuestas estratégicas tales como la *promoción de la salud* o la *atención primaria de la salud*, confieren un importante papel a la participación comunitaria, aunque en realidad no puede decirse que hoy en día sea realmente amplia y efectiva. Hay tres instrumentos, muy interrelacionados entre sí, que constituyen distintas categorías de acción en la mejora de la salud colectiva:

¹⁰ Siles Román, D. (1996). "La Participación Comunitaria", en Macías, B. y Arocha, J. L. *Salud pública y Educación para la Salud*. ICEPSS. 365-370.

- *Intervención comunitaria*: estrategia usada para mejorar la salud de la población de referencia (junto a la orientación familiar, la clínica-individual, etcétera). Es un conjunto de acciones que los servicios emprenden sobre grupos de población determinados para aumentar sus niveles de salud o responder a problemas de salud concretos.
- *Acción social en salud*: actividades que se producen en la sociedad y que contribuyen a mejorar la salud. Son actuaciones llevadas a cabo por individuos, las que se realizan en el seno de la familia, son promovidas por asociaciones o las acciones que emprenden otros sectores y que inciden en la salud de la ciudadanía.
- *Participación comunitaria*: constituye la parte de la acción social que se produce en relación con los servicios y que es regulada por éstos. Es, por tanto, un conjunto de mecanismos que los servicios ponen en marcha y articulan, y que hacen a éstos más o menos permeables a la influencia del medio social.

Existen diversos "mecanismos" de participación social, a modo de instrumentos concretos que posibilitan la participación comunitaria, aunque no existe ninguno que por sí sólo pueda conectar a todos los colectivos de población, por lo que deben coexistir, valga como ejemplo, los Consejos de Salud, uno de los mecanismos más formalizados.

Al analizar la incidencia de lo "social", de la participación comunitaria en la salud, el profesor S. Barriga (1988) considera que los niveles de bienestar social son cambiantes, de acuerdo con las condiciones socio-estructurales y las aspiraciones o necesidades de los miembros de una comunidad. Lo que en tiempo atrás podía ser un "fin" que se pretendía conseguir, hoy es un simple escalón intermedio de una población con mayor esperanza de vida y más exigencia respecto de su calidad de vida. Actualmente, la representación social que cada uno hace de su salud está de acuerdo con sus expectativas socioculturales, su entorno socioeconómico y el contexto comunitario en que se desenvuelve. De hecho, la salud es un bien colectivo, ya que el bienestar individual depende del bienestar social, del de los demás.

De ahí que la salud también sea objeto -y fin- de distintas disciplinas científicas, tales como la Pedagogía, la Psicología, el Trabajo Social, la Educación Social, etcétera. Es más, la salud no puede ser gestionada, administrada, definida... por profesionales de la salud al margen de los usuarios. Éstos deberán optar por una aptitud participativa, colaboradora y no exclusivamente reivindicativa (usualmente un primer paso, que progresivamente puede dar lugar incluso a la gestión de los recursos). Es necesaria la coparticipación de los usuarios, el acercamiento comunitario y contextualizado de la salud. Para participar, hay que acercarse a los problemas con el fin de conocerlos, estudiarlos y resolverlos teniendo presente los recursos que puedan disponerse. Se requiere la accesibilidad de todos los mecanismos de participación, la especificación técnica del equipo multidisciplinar de salud, las peculiaridades socioculturales del entorno, los diferentes mecanismos de participación, los recursos económicos, etcétera, además de la voluntad de permitir la participación, con lo cual habrá que añadir elementos de descentralización y adecuada planificación sectorial, entre otros requisitos.

La participación comunitaria es uno de los elementos que facilita introducir mecanismos de negociación y diálogo entre las tres instancias que intervienen en el campo de la salud: la administración política, los profesionales sanitarios y no sanitarios, y los usuarios. Para Barriga, la participación comunitaria consiste en intervenir en la toma de decisiones tendentes a planificar, gestionar y controlar el uso de los recursos. Es una de las tareas de los usuarios, bien de modo indirecto a través de sus representantes políticos (democracia representativa), bien por representantes no políticos (líderes de movimientos y asociaciones sociales), bien por sí mismos (democracia asamblearia), potenciando en la medida de lo posible los movimientos organizados existentes en la comunidad.

Se ha de participar indirectamente en la representación y directamente en la acción personal, sabiendo que se trata de conjugar los legítimos intereses de los particulares con los de la colectividad. La participación debe ser eficaz y eficiente, en todos los campos posibles, en la planificación, gestión y control, en todas las esferas constitutivas de la salud, lógicamente en grado diferente. Mayor y decisiva deberá ser la participación en la salud preventiva y en la promoción de la salud. De esta forma, participación comunitaria y educación para la salud aparecen estrechamente relacionadas, de tal manera que una no puede darse sin la otra.

La educación para la salud debe basarse en un modelo participativo preocupado por desarrollar una salud integrada e integral. Si la salud es responsabilidad de todos, todos hemos de ser educadores para la salud, y deberemos intentar la resolución de los problemas y mejorar los niveles socioculturales que garanticen una mejor calidad de vida y un mayor nivel de bienestar social. Entre otras posibles acciones citamos: concienciar a todos los usuarios en sus ámbitos naturales de actuación; movilizar las organizaciones sociales existentes; vertebrar a la comunidad con nuevas asociaciones; organizar informaciones basadas en datos reales con fundamentación en investigaciones científicas; o sugerir soluciones creativas a problemas concretos.

1.4. La participación comunitaria, un reto para la salud

La relación entre la *participación comunitaria* y la *Educación para la Salud* se ha puesto de manifiesto en diversos momentos históricos, coincidiendo con encuentros científicos significativos. Turabian (1992) muestra un estudio de los antecedentes de la participación comunitaria en los ámbitos de salud, concepto que si bien se remonta a décadas atrás, su institucionalización -la regulación burocrática de la participación- es un hecho reciente, que todavía se aborda desde diversas instancias. Hasta entrado en el presente siglo, no se planteó ni se trató la posibilidad de la participación de los pacientes o consumidores en los servicios de salud. Ello fue posible cuando la medicina consiguió un fuerte avance en los países occidentales: la tecnología médica había sido totalmente aceptada, los cuidados de salud se volvieron cada vez más complicados debido a la organización, la planificación y la tecnología sanitaria, de tal forma que los pacientes no llegaban a entender la "mágica" ciencia médica y tan sólo podían ser tratados por los profesionales de la medicina como meros objetos de trabajo. Con el tiempo, los costos fueron aumentando, se incrementaron las expectativas de los pacientes, que ven a los profesionales médicos como figuras autoritarias, y comenzaron a discutirse algunas decisiones que estos profesionales tomaban cuando éstas podían infringir los derechos de los ciudadanos.

Paralelamente, en otras áreas de la sociedad, los propios ciudadanos se planteaban su situación, ajena por completo a la toma de decisiones. Determinados hechos apoyaron esta situación, como los problemas económicos que hacen aumentar la bolsa de pobreza y el paro, los descontentos sociales, la mayor toma de conciencia por parte de la mujer y determinados grupos minoritarios, etcétera. En la década de 1960, tanto en los EE. UU. como en Europa, comenzó a observarse una corriente de opinión que demandaba una mayor participación en la toma de decisiones, que en los años siguientes se vio reflejada en diferentes leyes de participación ciudadana. Poco a poco, se hicieron más patentes las demandas procedentes de personas individuales y de colectivos organizados que reclamaban un papel en la planificación, gestión y actividad de sus servicios sanitarios.

Antes del uso del término *participación comunitaria* había surgido el de *desarrollo comunitario en el Tercer Mundo*, empleado por los británicos para referirse al desarrollo de la educación básica y bienestar social en las Colonias. Posteriormente, en la década de 1950, Naciones Unidas retomó el término, dándole una orientación fundamentalmente rural, aunque también se llevaban a cabo programas de desarrollo comunitario en zonas urbanas del Tercer Mundo. Sin embargo, al tomar conciencia del fracaso de los modelos de crecimiento acelerado de desarrollo económico, se redefinió el concepto, surgiendo así el de *participación comunitaria*: esta participación y el conocimiento de los ciudadanos de sus necesidades básicas son los elementos fundamentales para asegurar los proyectos de desarrollo.

El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional tuvieron, asimismo, su papel en la temática que abordamos, sobre todo en su intento de responsabilizarse en el desarrollo a largo plazo de los recursos productivos y del equilibrio de la balanza de pagos. Hasta la década de 1970 defendieron una política lineal, según la cual el crecimiento económico podría automáticamente producir beneficios en los más pobres, pero se comprobó que aunque se diera tal incremento, no se mejoraba la situación de aquellos, y que, incluso, se producía un aumento de la pobreza y la desigualdad. A partir de entonces, el planteamiento varió al considerarse que

la estabilidad no era posible sin un desarrollo interno mínimo, favoreciendo la mejora de los servicios básicos de salud, educación o distribución de Ingresos.

Al mismo tiempo, en la década de 1970 se hizo patente una creciente crítica respecto a las limitadas posibilidades de la ciencia y la técnica para contribuir por sí solas a la salud, que supuso un aumento de incertidumbre en muchos profesionales sanitarios formados en el marco de unos paradigmas que se habían vuelto muy discutidos y que quizás no fueran todo lo válidos que ellos habían considerado. La enfermedad dejaba de ser un hecho de un organismo individual aislado, ya que también incidían otros elementos de carácter ambiental y social. El sistema basado en tecnologías diagnósticas y terapéuticas era inadecuado, o al menos no el idóneo, para resolver los problemas de salud de los ciudadanos. Aunque se habían alcanzado los máximos progresos en salud, la población consideraba que se encontraba peor que un siglo atrás.

En distintas obras y reuniones promovidas por la OMS se recogieron los inicios "formales" de la participación comunitaria para la mejora de la salud, señalando en 1975 unos principios generales para su puesta en marcha¹¹. En 1977, se promulgó el plan *Salud para todos en el año 2000*, estrategia que fijó como principal meta lograr para todos los ciudadanos del mundo, un grado de salud que permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Tres eran los objetivos prioritarios: la promoción de estilos de vida dirigidos a la salud, la prevención de enfermedades presentes y el establecimiento de servicios de salud. El citado programa ha servido de referente posterior para otros estudios, desarrollándose en distintas líneas, surgiendo -de forma progresiva- planteamientos que fomentaban la participación de la población y promovían una perspectiva más preventiva y educativa.

En 1978 se celebró la Conferencia Internacional en Alma Ata, que partió de la necesidad urgente de actuar ante los problemas presentes en muchos países (desnutrición, mala situación económica, explosión demográfica, entre muchos otros) y que incidían en los niveles de salud de sus comunidades (Vargas y Palacios, 1993). Se destacó la importancia de la promoción y la protección de la salud, indispensable para un desarrollo económico y social sostenido, además del papel de la propia comunidad, que tiene el derecho y el deber de participar en la planificación y la aplicación de su atención en salud. Tradicionalmente, se estima que la *Declaración de Alma Ata* representa el comienzo de la "participación". Según Turabian, representó un fuerte impulso a la consideración de la importancia o necesidad de la "participación" (la Cuarta Recomendación dice: "*La población tiene el derecho y deber de participar en forma individual y colectiva en la planificación y aplicación de programas para atención de la salud*"). Es decir, la atención primaria de la Salud era la vía para elevar el nivel de salud de la población, para lo cual debería ser universalmente accesible a los individuos y familias en la comunidad a través de su completa participación en el desarrollo económico de la comunidad, por lo que se presentaba como un elemento básico e imprescindible.

El nuevo concepto de salud lleva a la consideración activa de los usuarios, constituyéndose éstos en agentes de su propia salud. La salud se determina por esa actitud activa de modo que la participación es expresión de salud y condición para la promoción del propio estado de salud. Se hace necesario introducir la participación en la vida diaria y más concretamente en todas aquellas actividades relacionadas con el campo de la salud (Barriga, 1988). Aunque las recomendaciones de Alma Ata no eran originales, sirvieron para unificar los planteamientos que hasta entonces habían surgido, siendo uno de los referentes más importantes de los últimos tiempos. Sin embargo, la Declaración de Alma Ata tuvo un carácter eminentemente "político", al recoger unas recomendaciones que, aunque muy positivas en sí mismas, reflejaban la perspectiva dominante del desarrollo y mantenían las estructuras económicas y sociales, además de la ideología médica que parte de la salud como resultado de la asistencia médica.

En este análisis debemos también citar la *Carta de Ottawa*, que señaló la necesidad de promocionar diversos aspectos necesarios para asegurar una participación activa en la *promoción de la salud*, con el fin de permitir a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella, lo cual exigía acciones intersectoriales que se adaptaran a las necesidades y posibilidades particulares de cada entorno, entendido como un

¹¹ Newell, K. W. (1975). *Health by the people*. WHO. Las Palmas, 371-380. Ginebra.

todo social, económico y cultural. Desde esta concepción, no puede hablarse de *salud* sin superar unos condicionamientos previos (educación, paz, vivienda, justicia social, etcétera). La Conferencia de Ottawa marcó las vías en las que debía basarse la promoción de salud:

- *Elaborar una política pública sana (saludable)* que contenga todos los aspectos implicados (legislación, medidas fiscales, etcétera).
- *Fomentar y crear ambientes saludables*, respetando los recursos naturales bajo la responsabilidad conjunta de todos los implicados. El trabajo y el ocio-tiempo libre se presentan como elementos de salud para los ciudadanos.
- *Desarrollo de los hábitos, actitudes y aptitudes personales*, a través de diferentes medios y ámbitos, tanto en el marco familiar, escolar o social.
- *Reorientación del sistema y los servicios sanitarios*, partiendo de las propias necesidades individuales y particulares de cada comunidad.
- *Participación de la comunidad* (reforzar la acción comunitaria). Los ciudadanos, a nivel individual y colectivo, deben implicarse de forma real y efectiva en la promoción de la salud. Participación que, además, debe estar presente en todos los niveles, incluso en la toma de decisiones.

La *participación comunitaria* y el *desarrollo comunitario* devienen e la unión entre la organización comunitaria y el desarrollo económico, potenciarse la acción y el uso de recursos locales con la planificación económica a nivel nacional. Ambos conceptos se integran dentro de un *movimiento de salud comunitaria*, que se centra en la promoción de la salud, considerada desde una perspectiva positiva.

El sector salud se ha mostrado progresivamente interesado en el desarrollo comunitario cuando se toma conciencia de que las causas de las enfermedades están estrechamente ligadas, en la mayoría de los casos, a la propia comunidad y a sus condiciones particulares (falta de recursos económicos, malnutrición, etcétera). Los problemas sanitarios y las enfermedades, cambian con el tiempo, por lo que la prevención y la promoción de salud se presentan como elementos básicos. De ahí la necesidad de una participación eficaz, tanto a nivel individual como colectiva. Siguiendo con Turabian, la salud se ha convertido en un asunto profundamente político, donde la participación comunitaria puede ser tomada como su elemento más visible. No obstante, sin bien los ciudadanos o pacientes deberían ser los máximos protagonistas, lo cierto es que hasta ahora, generalmente, ha sido la Administración (u otros estamentos) los que han decidido qué era lo mejor y lo más deseable para la población, siguiendo unos criterios en los que no solía aparecer la opinión de aquellos. La participación ciudadana, por tanto, ha sido y es aún muy escasa, y una de las maneras de potenciarla es a través de la EpS.

1.5. La promoción de la salud ante el nuevo milenio

A lo largo de estas líneas hemos citado algunos de los antecedentes históricos, en forma de encuentros o documentos, más significativos a la hora de estudiar y analizar los enfoques sobre los conceptos de la salud, la promoción y educación de la salud¹². Además de los expuestos, conviene destacar otros momentos trascendentales.

En el cambio de concepción de la salud que se produjo a mediados de la década de 1970 tuvo especial incidencia el estudio que realizó Marc Lalonde, por entonces Ministro de Salud y Bienestar Social de Canadá. El *Informe Lalonde*, publicado en 1974, proporcionó un marco conceptual para analizar los problemas, determinar las necesidades de salud y elegir los medios que pudieran satisfacerla. La salud presentaría cuatro elementos, que fueron identificados

¹² Ver también en: Munugarren Homar, M. R. (1997). "Perspectivas de la Promoción y Educación para la Salud en Europa y España", en Morón Marchena, J. A. (Dir.). *Salud, Educación y Sociedad*. Ayuntamiento de Dos Hermanas, Sevilla. 8183.92.

Ver también: Fortuny, M. (1990). "Educación para la Salud", en AA.VV. *Iniciativas sociales en educación informal*. RIALP. Madrid. 200-249.

Trilla, J. (1996). *La educación fuera de la escuela. Ámbitos no formales y educación social*. Ariel. Barcelona.

mediante el análisis de las causas y los factores fundamentales de morbilidad y mortalidad y la evaluación del modo en que esos elementos afectan el nivel de salud en el país.

Estos cuatro elementos fundamentales (la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de la atención de la salud o sistema de asistencia sanitaria) son los determinantes que influirían en la salud de los ciudadanos, según una de las conclusiones más relevantes del citado informe. La parte proporcional de influencia en la salud corresponde en un tercio al medio ambiente (33 %), en otro tercio al estilo de vida (33 %), en un 20 % al sistema de asistencia sanitaria y en un 14 % a la biología humana. Sin embargo, el gasto público dedicado a las cuatro partidas no coincidían con la proporción expuesta: siguiendo el mismo orden sería del 8, 2, 80 y 10 por ciento. Es decir, se destinaba la mayor parte a la asistencia sanitaria, mientras que el resto de variables apenas contaban con un porcentaje muy pequeño. Se requería, pues, una mayor atención a la promoción y educación para la salud.

En la *XXIX Asamblea Mundial de la Salud* (1976) se señalaron los factores claves relacionados con la salud, que serían de tipo social, técnico, económico y político. Todos están correlacionados en el marco de un proceso cuádruple, en el que se habría de:

- a) definir los objetivos sociales;
- b) identificar los componentes de la tecnología que permiten alcanzar mejor estos objetivos;
- c) elegir la tecnología más apropiada que toda la sociedad pueda permitirse aplicar;
- d) obtener la decisión y la voluntad de conseguir, a la vez, la formulación de políticas sanitarias pertinentes y su transformación, en las condiciones deseadas, en programas y servicios de salud (se trata en este caso no político),

En la *XXXVI Asamblea Mundial de Salud* (1983) se citaron las finalidades de la Educación para la Salud:

- *Desear estar sano*: actitud básica para traducir los conocimientos en acciones conducentes a mejorar la salud.
- *Saber cómo alcanzar la salud*: conocimiento práctico, No sólo información sobre los condicionamientos de la salud, sino capacidad para transformarlos positivamente. ,
- *Hacer lo que se pueda para aumentar la salud*: se traduce en un trabajo individual y colectivo a nivel comunitario.
- *Buscar ayuda cuando se necesite*: no se puede esperar que sean los técnicos los que dirijan en cada momento lo que se hará, pero sí saber que están ahí para asesorar y ayudar. Esto dará confianza a los destinatarios, a la vez que tomarán conciencia de que ellos son los auténticos protagonistas de su desarrollo saludable. De aquí se deriva que si la EpS pretende potenciar o modificar hábitos, actitudes y promover la acción colectiva en pro de la salud, y no sólo transmitir conocimientos, es evidente que su introducción en el ámbito pedagógico conecta con la concepción de educación que estima como su objetivo clave el desarrollo integral de las personas¹³.

En 1988 se celebró la *Conferencia de Adelaida*, que puso de manifiesto la necesidad de una política pública sana. Hemos de destacar, como importante, que se hizo hincapié en diferenciar, aun estando estrechamente relacionadas, la Promoción de la Salud y la Educación para la salud fortaleciendo el papel que ésta debe jugar a la hora de poner en los programas de salud.

Además de otros encuentros significativos (Estrasburgo, 1990; Sundsvall, 1991; Helsinki, 1991, entre otros), más recientemente, en julio 7, se celebró en Yakarta la *IV Conferencia de Promoción de la Salud* (siguiendo a las de Ottawa, Adelaida y Estocolmo), en la que se ha hecho hincapié en una serie de factores que deben definir las futuras políticas y los planteamientos de la promoción de la salud y, por ende, de la educación para la salud. Dado el interés de esta reunión y con el fin de completar lo expuesto, resumimos seguidamente lo más significativo de la *Declaración de Yakarta* (que puede consultarse en Morón, 1998a: 139-144).

¹³ Miranda, P. (1992). "La Educación para la Salud en el desarrollo comunitario". *Revista Pedagogía Social*. 7, 129-135.

A raíz de las cinco estrategias recogidas por la *Carta de Ottawa* (construir una política pública saludable, crear ambientes sostenibles, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios de salud), se evidencia en la actualidad una serie de hechos, que suponen nuevas estrategias como elementos nucleares de la promoción de la salud:

- Los *enfoques para el desarrollo de la salud* son los más efectivos. Los que usan combinaciones de las cinco estrategias son más eficaces que los enfoques de vía única.
- Los *escenarios* ofrecen oportunidades prácticas para la implementación de extensas estrategias. Estos incluyen megaciudades, islas, ciudades, municipios y comunidades locales, mercados, escuelas, sitios de trabajo e instalaciones de cuidados de salud.
- La *participación* es esencial para mantener los esfuerzos. La gente debe estar en el centro de las acciones de promoción de la salud y los procesos políticos para hacerlas efectivas.
- *Aprender salud* fomenta la participación. El acceso a la información y la educación es esencial para lograr la participación efectiva y el apoderamiento de la gente y la comunidad.

A raíz de ello, se deduce la necesidad de nuevas acciones y formas para dirigir las amenazas emergentes a la salud. Entre las prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI se señalan:

a) Promocionar la responsabilidad social para la salud

Los decididores deben estar firmemente comprometidos con la responsabilidad social. El sector público y privado deberían promocionar la salud siguiendo políticas y prácticas que:

- Eviten dañar la salud a otros individuos.
- Protejan el ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos.
- Restrinjan la producción y el comercio de las sustancias y los alimentos inherentemente nocivos, tal como el tabaco y las armas, así como las prácticas comerciales insanas.
- Salvaguarden al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo.
- Incluyan el enfoque de equidad en las evaluaciones del impacto de la salud como parte integral de la política de desarrollo.

b) Aumentar la inversión para el desarrollo de la salud

Este objetivo debe abordarse con un enfoque verdaderamente multisectorial, que incluya recursos adicionales para la educación y la vivienda, así como para el sector salud. La mayor inversión para la salud y la reorientación de las inversiones existentes tienen un potencial significativo para avanzar en el desarrollo humano, la salud y la calidad de vida. Las inversiones en salud deberían reflejar las necesidades de ciertos grupos, como las mujeres, los niños, las personas mayores, las poblaciones indígenas, los pobres y los marginados.

c) Consolidar y expandir asociaciones para la salud

La promoción de la salud requiere asociaciones para la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores, a todos los niveles de la gobernación y la sociedad. Las asociaciones ofrecen mutuos beneficios para la salud mediante la compartición de expertos, herramientas y recursos. Deben ser transparentes y responsables, basadas en principios éticos acordados, el entendimiento mutuo y el respeto. Por ello, las asociaciones existentes necesitan fortalecimiento y, a su vez, debe ser explorado el potencial para nuevas asociaciones.

d) Aumentar la capacidad comunitaria y facultar al individuo

La promoción de la salud es efectuada por y con la gente, no sobre o hacia la gente. Esto requiere mejorar la capacidad de los individuos para llevar la acción y la capacidad de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los determinantes de la salud. Mejorar la

capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación, práctica del liderazgo y acceso a los recursos. Facultar a los individuos exige más acceso real al proceso de decisión, a las habilidades y al conocimiento esencial para efectuar el cambio. La comunicación tradicional y los nuevos medios de información apoyan este proceso. Los recursos sociales, culturales y espirituales necesitan ser aprovechados de manera innovadora.

e) Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud

Se requiere encontrar nuevos mecanismos para consolidarlas local, nacional y globalmente. Deberían desarrollarse incentivos para influir en las acciones de gobiernos, de las organizaciones no gubernamentales, las instituciones educativas y el sector privado, para asegurar que la movilización de recursos para la promoción de la salud sea maximizada. Los escenarios para la salud representan la organización básica de las infraestructuras requeridas para la promoción de la salud. Los emergentes desafíos de salud significan que nuevas y diversas redes necesitan ser creadas para conseguir la colaboración intersectorial, proveer asistencia mutua dentro de y entre países, además de facilitar intercambios de información sobre aquellas estrategias efectivas y lugares donde se desarrolle.

La formación y la práctica de las habilidades locales de liderazgo deberían ser fomentadas para apoyar las actividades de promoción de la salud. Asimismo, la documentación de experiencias en promoción de la salud a través de la investigación y los informes de proyectos debería ser intensificada para mejorar la planificación, la implementación y la evaluación. En definitiva, que todos los países deberían desarrollar el medio ambiente político apropiado, legal, educativo, social y económico para apoyar la promoción de la salud.

Uno de los apartados de la Declaración de Yakarta se refiere a la *Llamada para la acción*, que se sustenta en una alianza global de promoción de la salud con el objetivo de impulsar las acciones prioritarias para lograrlo:

- Tomar conciencia sobre el cambio de los determinantes de -la salud.
- Apoyar el desarrollo de colaboración y redes para el desarrollo de la salud.
- Movilizar recursos para la promoción de la salud.
- Acumular conocimientos sobre las mejoras prácticas.
- Hacer posible compartir el aprendizaje.
- Promocionar la solidaridad en la acción.
- Fomentar la transparencia y la responsabilidad pública en promoción de la salud.

Todos los estamentos son llamados a tomar la iniciativa, fomentar y patrocinar redes para la salud. De ahí la necesidad de comprometer a los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, los bancos para el desarrollo, las Agencias de Naciones Unidas, los cuerpos inter-regionales, las agencias bilaterales, las cooperativas, así como al sector privado, para avanzar las acciones prioritarias para la promoción de la salud.

1.6. Programas y acciones en Educación para la Salud

Los *objetivos* de la Educación para la Salud deben tender hacia:

- Hacer comprender que la salud es una responsabilidad compartida, desarrollando la capacidad de participar en la búsqueda conjunta de soluciones.
- Contextualizar la salud en situaciones sociales y en las condiciones de vida que influyen en ella.
- Incorporar conocimientos, actitudes y procedimientos que capaciten para la gestión de la salud.
- Adquirir métodos que desarrollen una mentalidad crítica para identificar y eliminar los riesgos para la salud.

Desde un punto de vista metodológico, se han expresado las líneas de actuación de todo modelo de Educación para la Salud:

- Aplicación de una metodología activa y participativa.
- Adaptación a cada realidad concreta, a través de un análisis de la situación de cada entorno.
- Participación de un equipo multidisciplinar en la elaboración, la aplicación, el desarrollo y la evaluación de los contenidos o modelos de Educación para la Salud enriquece todo el proceso (tanto para las fases previas como durante el mismo). De ahí la necesidad de la implicación de los docentes, sanitarios, miembros de la comunidad, padres, entre otros muchos actores sociales. No sólo debe existir colaboración y coparticipación a nivel de personas o profesionales, sino también de instituciones, centros sociosanitarios, entidades comunitarias, etcétera.
- Interacción del programa de educación para la salud con otras actividades y programas que se desarrollen en el entorno de la comunidad o del centro-asociación.

La EpS conlleva necesariamente la planificación, la organización y la estructuración de los contenidos a tratar, independientemente del carácter formal o informal que se les dé. No sólo abarca la transmisión de información o conocimientos, pues aún son más importantes los valores, las conductas, los hábitos o las aptitudes que se relacionan con la salud general. Los objetivos que deberían plantearse, por lo tanto, podrían resumirse en la adquisición de conocimientos, el desarrollo de hábitos, la promoción en general de la salud y la potenciación de los sistemas organizativos adecuados (cooperación de docentes con otros profesionales, participación comunitaria, etcétera).

Colom revisa distintas posibilidades de acciones y actividades en el campo de la educación no formal: programas de salud escolar, programas en centros sanitarios¹⁴, de tipo comunitario; programas de educación no formal centrados en la gestión hospitalaria por parte de pacientes, familiares y visitantes; acciones desarrolladas en el seno de las empresas para preservar en el lugar de trabajo la salud de su personal (la prevención de riesgos laborales es un campo cada vez más importante); programas de educación para la salud de corte o índole sectorial¹⁵.

En la bibliografía y notas a pie de página incluidas en este capítulo, se recogen numerosas experiencias que pueden aplicarse en el campo de la ES y de la ASC, o con la participación de profesionales de estos campos. Se debe destacar que, además de las obras citadas, hay otras muchas temáticas, tales como las relacionadas con las drogodependencias (tabaco, alcohol, drogas de diseño, etcétera), trastornos y problemas de alimentación-nutrición (bulimia, anorexia), y otras¹⁶.

2. Educación para el consumo

Desde la perspectiva de la gente, el consumo es un medio de desarrollo humano, un medio de participar en la vida de una comunidad¹⁷. La *educación del consumidor* se ha convertido en uno de los aspectos de especial relevancia para el desarrollo de la sociedad, directamente relacionado con la calidad de vida. El consumo es, por tanto, una cuestión *socioeducativa* por la que deben interesarse un abanico importante de profesionales, incluidos los educadores sociales y animadores socioculturales. Consumir es algo más que alimentarse, gastar o comprar. El consumo siempre ha existido, y constituye una realidad tan antigua como el hombre, pero es en

¹⁴ Hay interesantes experiencias en el ámbito hospitalario. Ver: González-Simancas, J. L. y Polaino-Lorente, A. (1990). *Pedagogía hospitalaria: Actividad educativa en ambientes clínicos*. Narcea. Madrid.

¹⁵ Colom Cañellas, A. J. (1998). "Educación para la Salud", en Sarramona, J.; Vázquez, O. y Colom, A. J; *Educación no formal*. Ariel. Barcelona. 89-104.

¹⁶ Ver, por ejemplo: Morón, 1995b; 1998c. También puede consultarse la descripción de un Programa Comunitario en: Morón Marchena, J. A.; Vázquez, A. y Vázquez, J. (1993). *Prevención de accidentes en la infancia desde el marco educativo*. Ayuntamiento de Dos Hermanas. Kronos. Sevilla.

¹⁷ Recomendamos la lectura del *Informe sobre Desarrollo Humano 1998* (PNUD, Ed. Mundi-Prensa), en el que se recogen interesantes aspectos teóricos, fundamentación y estadísticas sobre el consumo a nivel mundial.

los últimos tiempos cuando se ha producido un aumento de la preocupación, para pasar a constituirse en una problemática de especial relevancia: si antes se consumía para satisfacer las necesidades básicas, ahora se ha convertido -en gran medida- en una exigencia social¹⁸. *"El consumo es una actividad que ha dejado de ser un sencillo acto que cubría las necesidades reales de los individuos conforme a sus niveles económicos, para transformarse en un complejo proceso de interacción social"*¹⁹.

Las sociedades industriales y de mercado necesitan que se consuma todo lo que se produzca, aunque el producto no sea necesario. La oferta de bienes, muchos de ellos superfluos, supera a la demanda. El consumo se ha convertido en eje y motor sobre los que gira la economía. Vivimos en una sociedad consumista, en el que todos sus miembros (niños, mujeres y hombres) son potenciales consumidores. De hecho, si revisamos distintos estudios sociológicos sobre la sociedad española actual, siempre se incluye como una de las cualidades más determinantes su caracterización como una sociedad de consumo y todo lo que esto supone. En ella predomina la *abundancia* (amplia oferta), la *masificación* (falta de relación directa entre el que compra) y la *homogeneidad* (se establecen unas pautas comunes de pensamiento y acción, muchas veces potenciadas por los medios de comunicación y la publicidad, por el que se aceptan los productos estandarizados).

El consumo parece ser un hecho libre y sencillo, que se basa en adquirir un producto -o en usar un servicio- por el que se abona una cantidad de dinero. Sin embargo, se vuelve más complejo cuando hay que elegir entre varios bienes y escoger el que más nos interesa (por nuestra necesidad, posibilidades). En la compra inciden factores muy diversos (calidad, cantidad, precio, etcétera) que se complican con la publicidad, las ofertas y otros elementos. Así, hay factores que determinan la elección (nivel de renta, estructura del sector productivo) y otros que la condicionan (publicidad, rol social). Más adelante profundizaremos en estos factores endógenos y exógenos.

Pero *el consumo nos consume*, nos puede "superar". Se hace necesario poner remedio, y es aquí donde la educación tiene mucho que decir, dentro de un marco social. No debemos olvidar que todos somos consumidores y, queramos o no, estamos inmersos en un medio de consumo que plantea día a día una problemática específica:

- La producción ha evolucionado, con una mayor oferta, más diversificada y sofisticada, que puede suponer el uso de unos parámetros de compra a la hora de elegir entre los que no suele encontrarse el conocimiento del producto.
- El mercado informa poco al consumidor, por lo que éste no puede elegir con libertad.
- Existen mecanismos que orientan o dirigen las decisiones de los consumidores. Son técnicas y mecanismos de marketing que hacen actuar de forma poco racional, sin que se haga de forma crítica.
- Se inducen continuamente nuevas necesidades que llevan a un aumento del consumo.
- Ataques al medio natural, una sociedad más injusta, etcétera.

"Consumir no es vivir mejor; la calidad de vida de los ciudadanos debe medirse teniendo en cuenta no sólo el nivel de calidad de los bienes y servicios, sino las actitudes y valores del comportamiento social. Desde este punto de vista, para evaluar el desarrollo social debemos considerar tanto la calidad de la oferta como la capacidad real de elección de los individuos. Pero la capacidad de elegir está mediatizada por el nivel de información y formación de las personas. Si bien la información al consumidor tiene una gran importancia, ésta no es

¹⁸ Ver nº 245 de *Comunidad Educativa* (1997), monográfico que coordiné sobre "Educación para el Consumo"; o el capítulo Morón Marchena, J. A. (1997). "Televisión y Educación del consumidor: una necesidad social", en Aguaded, J. I. (Dir.). *La otra mirada a la tele. Pistas para un consumo inteligente de la TV*. Consejería de Trabajo e Industria, Sevilla. 119-128.

¹⁹ Biasutto García, M. A. (1996). "Dime qué compras y te diré cómo piensas". *Comunicar*.7, 22-27.

suficiente²⁰. Todo ello hace necesario que el consumo sea objeto de estudio desde el ámbito socio-educativo.

2.1. Consumidores y usuarios

El consumo puede ser considerado como el modo en que una sociedad organiza y produce la satisfacción de las necesidades de sus miembros, con expresión de significados y estratificaciones (conductas, modelos, estructuras, etcétera). El consumo es una compleja función socioeconómica y cultural por la cual las personas adquieren unos productos que están a su disposición en el mercado, para el bienestar de ese consumidor.

Este concepto conlleva una función simbólica, unida a la propia función económica, y pone el énfasis en el consumidor final. Si bien en ocasiones se identifica el *comprador* con el *consumidor*, el término comprador refiere a la persona que realiza un acto de adquisición de un producto o servicio a cambio del pago de dinero, mientras el *consumidor* es el destinatario final del producto o servicio, quien lo usa o gasta. Aquí hablaremos del consumidor de un producto o de un servicio, utilizando como sinónimo el término *usuario* (normalmente asociado con la persona que se sirve de un servicio, mientras que aquel se refiere más a un bien o producto).

El movimiento de consumidores es un hecho reciente. El 15 de marzo fue declarado como *Día Mundial de los Derechos del Consumidor*. Su origen se remonta a 1962, cuando John F. Kennedy, Presidente de los EE. UU., recogió en un discurso en el Congreso una serie de referencias a los derechos de los consumidores y usuarios (que se resumirían en el derecho a la seguridad, a estar informado, a elegir ya ser oído). De ahí que muchos autores, sobre todo los anglosajones, sitúen en tal fecha el nacimiento de la *Educación de consumidores y usuarios*. Si bien con anterioridad ya se habían llevado a cabo actividades sobre esta temática, este hecho supuso ciertamente un fuerte impulso, que originó la formación de numerosas asociaciones y organizaciones de consumidores, legislación sobre el tema, programas y actividades variadas, etcétera. En la mayoría de los casos se centraban en la defensa de los derechos de los usuarios y consumidores, pero poco a poco fue tomando importancia el ámbito de la educación.

La ONU, el Consejo de Europa, la Comunidad Económica Europea, entre otros organismos, también han potenciado estos temas. A principios de la década de 1970 se hizo patente una labor de concienciación y apoyo a la defensa del consumidor desde el Consejo de Europa, que tiene su reflejo en diversos documentos, en los cuales se incluye la necesidad de la Educación del Consumidor en el ámbito educativo. En España, el interés por este tema llegó con algunos años de retraso, siendo en la década 1980 cuando se produjo una mayor sensibilidad. Es de destacar, en este contexto, el caso del aceite adulterado de colza, que se registró en 1981, cómo la opinión pública se hizo eco del "síndrome tóxico".

2.2. Actitudes ante la sociedad de consumo.

Vivimos en una sociedad de consumo, con poderosos medios de comunicación social - además de otros muchos agentes- generadores de consumo. La población, los consumidores y usuarios, no están preparados en la mayoría de los casos para "defenderse" ante los posibles efectos negativos. En general, no existe una sensibilidad social ante los temas de consumo, ni se potencian mecanismos ni instrumentos para fortalecer a los consumidores, sus derechos, necesidades y conocimientos. Para algunos autores la solución estaría en una *ecología del consumo*, es decir, en un equilibrio entre el mundo de la producción y el mundo humano, respetando el sistema productivo, pero también el entorno natural y sus condiciones de supervivencia. Una mentalidad ecológica con respecto al consumo conlleva a operar en distintos ámbitos.

En los puntos siguientes de este capítulo nos centraremos en una propuesta concreta, que aporta posibles soluciones para esta cuestión, aunque previamente a esta presentación, nos centraremos en un análisis del consumo y de la sociedad consumista (ver Rocha, 1991).

²⁰ Cruz, P. (1997). "Promoción de la Salud. Consumo y Medios de Comunicación", en *La cultura de la Salud en España*. ADEPS, Madrid. 63-64.

Partiremos de un debate reiterado en numerosas ocasiones, cuyos protagonistas son los defensores y los críticos de un tipo de sociedad en la que impera el consumo, y que discuten acerca de su conveniencia o inconveniencia. Por un lado, hay autores que defienden el consumo, y argumentan para ello que representa uno de los logros -incluso para algunos, la máxima expresión- de la democracia. Aluden también al consumo como factor que posibilita el bienestar económico y social. Por otro lado, hay autores que ejercitan una mirada sumamente crítica del consumo.

Para defender o atacar al consumo se han empleado argumentos de todo tipo, económicos, ético-morales, filosóficos, culturales, entre otros. Veamos algunos de los principales argumentos que se dan en uno y otro sentido.

2.2.1. Posturas críticas

Son numerosos los planteamientos que sustentan las posturas críticas ante el consumismo. Desde esta perspectiva, podemos citar los siguientes hechos:

- a) *Creación artificial de la demanda*: se produce una manipulación con el objeto de persuadir al sujeto para que consuma.
- b) *Homogeneización de los productos*: el consumo intenta "estereotipar" su producción con el consiguiente daño a las identidades propias de cada cultura. Curiosamente, también se considera negativo el consumo por el efecto contrario, debido al poder disgregador, que rompe con lo ya existente (y no por el poder homogeneizador).
- c) *Fetichización del objeto*: cuando conseguimos un producto o servicio, alcanzamos a su vez un estatus o una clase. Consumir equivaldría a acto de valor simbólico, por lo que el objeto se convierte en fetiche, fomentando a su vez el consumo. Aún más, una marca es capaz de añadir sobreexcelencias al producto en cuestión, aunque su calidad sea la misma e la de otro producto de distinta marca.
- d) *Devaluación del comportamiento racional*: el consumo -y especialmente algunos fenómenos relacionados, tal como la publicidad- fomentan aspectos irracionales de la personalidad de los consumidores. Determinados estudios se han centrado precisamente en comprobar el poder persuasivo de la publicidad y sus efectos.
- e) *Pérdida de calidad debido a la masificación*: se consumen mayoritariamente productos simulados y sólo las clases privilegiadas tienen la posibilidad de acceder a ciertos objetos y servicios. Dado que los recursos pueden ser limitados, únicamente podrán alcanzarse ciertos productos de a la calidad.
- f) *Creación de mitos sociales de tipo consumista*: el consumo ha fomentado la omnipresencia y el poder de determinados agentes sociales, moldeadores de los gustos y deseos de la población. A través de ellos, y fundamentalmente de la publicidad, se marcan los estilos y hábitos para estar al día.
- g) *Creación de polaridades desequilibradas*: el consumo ha apropiado la formación a nivel mundial de polaridades cada vez más desequilibradas. Ciertamente, en determinadas zonas hay sobreconsumo mientras que en otros lugares, más numerosos, hay graves problemas de subsistencia. Y lo que es peor, este fenómeno -lejos de entrar en vías de solución- se hace cada vez más grave, más polarizado.
- h) *Problemas ecológicos por un consumo excesivo*: la naturaleza se está viendo gravemente afectada ante el fenómeno consumista y, cada vez más, se registran daños que pueden ser irreparables.
- i) *Relación perniciosa publicidad-consumo*: la publicidad se ha convertido en una herramienta del consumo, aunque vienen a ser, en el fondo, las dos caras de una misma moneda. La publicidad y sus efectos (creación e deseos y hábitos, modificación de conductas y personalidad, estímulo de demandas, entre otros efectos) constituyen un grave problema.

2.2.2. Posturas "defensoras"

No obstante, de la misma forma que existen numerosas críticas a la sociedad de consumo, también podemos encontrar otros autores "defensores", o al menos permisivos, ante el consumo. Argumentan, por ejemplo, que no puede decirse categóricamente que se dé una creación artificial de demanda. El moderno consumidor no es "engañado" fácilmente.

El deseo de propiedad, de posesión, en definitiva, de consumo, puede ser un reflejo de la propia humanidad, una característica propia del hombre que no surge con la industrialización, ni en los últimos tiempos, sino que se remonta al mismo origen de la humanidad.

No puede decirse además que el consumidor es irracional, pues éste satisface sus aspiraciones y necesidades de modo racional. De la misma forma, la publicidad no crearía nuevas necesidades, tal como señalan los críticos, sino que sólo puede ayudar a satisfacer una antigua necesidad de forma nueva. La publicidad no es más que una consecuencia del mercado, un reflejo de la sociedad.

En cuanto a la fetichización del objeto, los "defensores" del consumo señalan que no se da de antemano un significado puramente utilitario a sus consumos, y que existe un amplio abanico de propuestas para que cada cual acuda a lo que más le convenga.

Según esta perspectiva, tampoco puede decirse que se produzca una creación perniciosa de ideologías o de mitos sociales. Es más, el consumo se presenta como una actividad socializadora, necesaria para nuestro desarrollo cultural y social. No es posible tampoco hablar de que el consumo constituya un fenómeno de masificación, ya que en muchas ocasiones se produce el efecto contrario. Por lo que respecta a la publicidad, señalan que ésta no es más que una actividad civilizada avanzada, algo que nos permite reflexionar.

Se limita a presentar, de un modo muy peculiar, las propuestas del mercado, posibilitando, así, la libre elección.

2.3. La sociedad de consumo y sus características

Nuestra sociedad, la imperante en el mundo occidental, se define como *consumista*. En el apartado anterior se citan algunas de las características definitorias de la sociedad de consumo. Seguidamente realizaremos una aproximación más analítica a sus fundamentos, mecanismos básicos y génesis histórica.

2.3.1. Nuevas necesidades "ficticias"

La revolución industrial supuso importantes cambios: en el desarrollo económico, en las condiciones de vida y trabajo, en la incorporación de nuevos valores culturales y sociales, etcétera. De un sistema de producción artesanal se llegó a uno de carácter capitalista: de *los* talleres artesanales, únicos productores hasta el desarrollo de la revolución industrial -cuando la producción se limitaba a satisfacer las necesidades y demandas sociales-, llegamos a la división del trabajo, a la producción en cadena y en serie. Con el aumento de productividad, se hace necesario estimular la demanda de los consumidores, se intenta abaratar el costo de la producción y obtener el máximo de beneficios.

Simultáneamente con estos cambios, la estructura social también se va modificando. Los avances hacen posible una mejora en las condiciones sanitarias y alimenticias, con el consiguiente aumento del índice de vida y el descenso de la mortalidad. El incremento de la población se hace notar sobre todo en las ciudades, con el trasvase del ámbito rural al urbano. Cabe destacar que, si bien el inicio de la citada revolución puede ser situado afines del siglo XVIII, la mayoría de los autores sostienen que no puede hablarse categóricamente de sociedad de consumo hasta el presente siglo, y más concretamente, hasta después de la depresión de la década de 1930, cuando los centros de producción comienzan a orientarse hacia el fomento del consumo.

2.3.2. Industrialización y producción en serie

Ya hemos comentado los importantes cambios producidos: de la artesanía a la producción en cadena y en serie, la mecanización, la automatización, la robotización, la división social del trabajo, entre otras modificaciones. En definitiva, una nueva concepción.

2.3.3. El producto como fetiche

Los productos tienen una doble consideración: como *objeto instrumental*, con valor de uso dentro de la sociedad, y como *mercancía*, con valor de cambio o de mercado. Pueden tener un valor distinto al que en un principio le otorga el mercado, pues aparece un *carácter simbólico*, dando lugar a una sociedad de la abundancia o de la opulencia. Por otra parte, los bienes de consumo son ofrecidos a todos los ciudadanos, sin distinción de privilegios, rango, clase o estatus social.

Aparentemente, se trata de un signo de la igualdad de oportunidades, de una democracia económica. Sin embargo, detrás de la aparente abundancia igualitaria, la sociedad continúa manteniendo diferencias y segregaciones. El consumo se presenta como un mecanismo de selección, por cuanto el que tiene mayor poder económico, puede consumir más y mejor, dando lugar, así, a estratificaciones sociales. De esta forma, los productos pueden convertirse en signos y emblemas.

2.3.4. Condiciones materiales y valores consumistas

La potenciación de las ciudades trae consigo una serie de nuevos fenómenos. Aparecen unas condiciones materiales orientadas a reducir al máximo el esfuerzo físico y a producir una satisfacción casi inmediata de los deseos. Sin embargo, el entorno se hace cada vez más complejo y surgen nuevas dificultades y obstáculos. Así nos encontramos con ciudades mal estructuradas, sin lugares para el uso público, ni el disfrute de ocio y tiempo libre. Otros factores inciden de forma creciente: la mitificación del bienestar, la exigencia del éxito y el aumento de la competitividad, la importancia de la apariencia y de la imagen externa, etcétera. Paulatinamente, el consumismo, la exposición acumulativa de los objetos de consumo, son reflejo de la situación social y económica. La sociedad actual, la cultura, incluso la personalidad de las personas, se ven inmersas en un proceso peligroso.

2.3.5. Las comunicaciones y los medios de comunicación social

Con la llegada del cine, de la radio y, sobre todo, de la televisión, los medios de comunicación de masas se han convertido en elementos caracterizadores de nuestra sociedad, que inciden directamente en el consumo. Su influencia en los comportamientos, que se ven homogeneizados, su transmisión de las novedades, su poder como "reguladores" sociales... son por todos conocidos. Llegan incluso a ser escenarios de muchos de los conflictos sociales, creadores de demandas sociales y de modas, introducen nuevos productos, orientan a los consumidores, etcétera.

2.3.6. La era de los signos

El aumento de producción y el crecimiento económico han supuesto un aumento importante de la información, de los signos. El consumo también participa en este fenómeno: en muchas ocasiones, los productos dejan a un lado su utilidad y función práctica para ensalzar la apariencia o su imagen externa. A su vez, esto ha servido para potenciar la comunicación y los signos (de ahí la vigencia de la comercialización, del marketing, de la publicidad, etcétera).

2.4. Factores y estimuladores del consumo

Vivimos, por lo tanto, en una sociedad consumista en la que valemos lo que consumimos, donde se trabaja y se vive en función de las posibilidades de consumir. Existen numerosos aspectos que inciden directamente en el comportamiento, los hábitos y las actitudes hacia el consumo por parte de la población. Los *factores* son múltiples y muy variados, ya sean endógenos (edad, nivel educativo, situación familiar, entre otros) o exógenos (desarrollo económico, valores dominantes, etcétera). Los consumidores constituyen un grupo heterogéneo que se socializa y se relaciona con la obtención o el uso de los productos, de los bienes o servicios. Conforman además un grupo que coincide en otros aspectos que le dan una dimensión colectiva (INC, 1996):

- Pretenden satisfacer una serie de necesidades, dependiendo de la oferta realizada.
- Exigen una serie de garantías básicas frente al mercado de bienes y servicios.
- Poseen un consenso social en torno a los derechos básicos o elementales de protección (la salud y seguridad, los intereses económicos, la información y la educación, y la representación).
- Están sometidos a influencias externas (el grupo de iguales, la publicidad, la información, etcétera).

2.4.1. Indicadores sociales

Directamente asociados con el consumo, podemos distinguir varias circunstancias:

a) Evolución demográfica

El crecimiento vegetativo ha ido decreciendo en las últimas décadas. Mientras la tasa de mortalidad permanece prácticamente constante, ha disminuido el índice de natalidad. La cohorte de 0 a 4 años ha decrecido, ensanchándose la pirámide de población a partir de la de 15-19 años de edad. Si se tiene en cuenta el aumento de esperanza de vida y el crecimiento vegetativo que desciende, podía notarse que la tendencia se dirige al estrechamiento uniforme de la pirámide de población. El aumento de población de la Tercera Edad, unos jóvenes que llegarán a mayores habiendo crecido en una sociedad de consumo... son elementos que inciden en el consumo y la producción.

b) Cambios en la familia

Las familias han disminuido su número de miembros, y han constituido hogares más nucleares. Surgen nuevas formas, tales como familias monoparentales, cohabitación, familias separadas y reunidas, o familias unipersonales (antes limitada a cuando se independizaba un adulto o cuando en la Tercera Edad quedaba un/a viudo/a por fallecimiento del cónyuge, mientras que en la actualidad es un fenómeno más común). Esta atomización se nota en el descenso de casamientos, el aumento de la edad para llegar al primer matrimonio, incremento de divorcios y separaciones, el bajo nivel de fecundidad, etcétera. La incorporación de la mujer al mundo laboral y el aumento de su nivel de estudios y formación (teniendo en cuenta que en determinados ámbitos ha sido la mujer la encargada de ciertas "compras") son otros factores que también han, incidido en cambios de las estructuras familiares. c) Aumento del nivel de vida La renta per cápita ha aumentado en los últimos años. Sin embargo, el poder de compra depende de muchos factores, tales como los ingresos reales, la tasa de inflación, la desocupación o el Índice de Precios al Consumo. Si existen posibilidades, el consumidor -además de los bienes o servicios necesarios- atenderá a otras cuestiones relacionadas, por ejemplo, con el ocio y tiempo libre.

d) Nuevos estilos de vida

El consumo se basa y tiene en cuenta los estilos y hábitos de vida. El individualismo, el hedonismo, el interés por la imagen y la propiedad, así como todos los demás rasgos que

caracterizan la sociedad moderna, pueden condicionar el consumo (y viceversa). Podemos hablar así de un consumo "hedonista", que conllevaría las siguientes implicaciones²¹:

1. Modelos mentales de comportamiento del consumidor

- Los deseos emocionales dominan a los motivos utilitarios en la selección de ciertos bienes o servicios.
- El consumidor dota al producto de un significado subjetivo adicional a los atributos que posea.
- El consumo hedonista se relaciona con los modelos imaginarios de la realidad, por lo que los actos de estos consumidores se basan, no en la realidad que conoce, sino en la realidad que ellos desean.

2. Clases de productos

- Mayor importancia de la emoción, tanto en el placer como en el sufrimiento emotivo.
- El consumo genera y exige una actividad mental cuantiosa por parte del consumidor.
- La decisión sobre los bienes se basa primordialmente en los elementos simbólicos del producto y no en sus facetas tangibles.

3. Usos de los productos

- Existe una forma preferida de excitación emotiva cuando se trata de productos experimentados durante un determinado período de tiempo: excitación inicial baja, aumento de la intensidad de la emotividad hasta llegar a un punto culminante y posterior descenso.
- La capacidad y el deseo de gastar recursos imaginario-emotivos de los consumidores varía a lo largo del tiempo.

4. Conductas de consumo

- Vinculación entre las respuestas emotivas e imaginarias del consumo del producto y la existencia de una variedad de diferencias subgrupales (étnicas, religiosas, etcétera).
- Existencia de diferentes niveles de emoción o fantasía según los subgrupos.
- Tales subgrupos varían en su percepción de los distintos productos que son más adecuados para el consumo hedonista.

Llegados a este punto, podemos hacer hincapié en la necesidad que tiene este sistema de "completarse": el consumo debe "auto-mantenerse". La sociedad de consumo crea sus propios mecanismos para perpetuar el consumo, pues de otra forma no sería posible entrar en la "rueda". La estructura de producción se acompaña de poderosos fenómenos que generan gastos persuasivos. Hay que producir, pero además renovar constantemente los productos y crear nuevas demandas: renovación y cambio. Nos centraremos principalmente en los dos estimuladores por excelencia y poderosos incitadores que influyen decisivamente en el consumo: la publicidad y la moda.

2.4.2. La publicidad

Es un sistema de comunicación por el que se dan a conocer los productos; es, también, una modalidad de comunicación que impone una imagen favorable hacia ellos, estimula su consumo y, en definitiva, fomenta su compra. Por medio de ella, se adapta la demanda a las necesidades - exigencias- del sistema productivo.

El discurso publicitario se ha constituido como el gran discurso hegemónico, de gran influencia ideológica y cultural, de la sociedad de consumo. Por si fuera poco, a ello hay que añadir que es el medio de financiación y sostenimiento de los medios de comunicación de masas. Es difícil separar la publicidad del consumo, pues ambas se interrelacionan, aunque en

²¹ Ruiz Vega (1988). *Análisis del consumidor en la CEE Situación real y perspectiva*. ICE, 143.

un principio, la publicidad genera, alienta e impulsa el consumo²². La publicidad no sólo ha entrado en el campo industrial, sino que su influencia llega al sistema social y cultural. La ideología publicitaria del Consumo se basa en:

- *Crear una ilusión de objetividad y libertad en el consumo*, cuando en realidad sólo se está dirigiendo por el "camino" predeterminado.
- *Atribuir al producto valores que no posee*: una vez afianzada la necesidad y la demanda de un producto, se le asocian determinadas características con el fin de "cerrar el círculo" (y viceversa).
- *Utilizar y superponer diversos códigos*: marca, eslogan, texto, mensaje, colores, etcétera, conforman un conjunto en los que aparecen aspectos relacionados con la sensibilidad, la afectividad y lo racional.
- *Crear y consolidar valores acordes con los objetivos del sistema productivo*: el *consumismo*, que a su vez aparece relacionado con otros poderosos valores, tales como el estatus, el poder, la novedad, etcétera.

2.4.3. La moda

Estrechamente relacionada con la publicidad, es uno de los factores que inciden directamente en el Consumo, potenciándolo y dirigiéndolo. Es un fenómeno de permanente actualidad, que conjuga paradójicamente dos aspectos que, aunque pudieran parecer contrarios, se complementan en el poder social de la moda. Se trata del conformismo -o- que se produce cuando aceptamos una moda- y de la distinción -proporciona algo que nos hace distintos-: la moda de las mayorías, pero en busca de la novedad. Así, es usual que se identifique la moda con lo moderno²³.

La moda es un fenómeno cada vez más cercano. De hecho, los principios que definían la moda elitista (iniciativa e independencia del fabricante en la elaboración del producto, la variación regular y rápida de las formas y la multiplicación de modelos y series) son en la actualidad los patrones de cualquier industria del consumo. Pero, ¿cuáles son los factores que explican la afirmación de la novedad y la moda? Su origen también está relacionado con la urbanización, la industrialización y los demás aspectos comentados con anterioridad. Tales factores serían (Rocha, 1991):

- a) Los símbolos que representaban unas relaciones fijas entre "castas sociales" pierden su importancia en el nuevo contexto urbano.
- b) La posibilidad (real o teórica) del individuo de moverse en la pirámide social provoca un aumento masivo de los fenómenos de imitación.
- c) La clase burguesa empieza a establecer y definir *exilio* sus criterios y sus gustos, basados esencialmente en la exaltación del presente o del futuro inmediato y en la ostentación de un prestigio social recientemente alcanzado.
- d) El declive de las economías familiares, donde el derroche de dineros y recursos era abiertamente condenado, y el paralelo aumento de las posibilidades de simbolizar la posición social, limitada antes por unas reglas legales y/o morales, favorecen el culto a la novedad.
- e) El aumento de la capacidad productiva, mediante la utilización de técnicas en continua renovación, y un sistema distributivo que aprovecha las mejores condiciones de transporte, genera una producción masiva de objetos industriales y su presencia en un mercado que se hace cada día más accesible.

²² Rosa Acosta, B. de la y Morón Marchena, J. A. (1997). "La publicidad, entre el consumo y la educación", en Feria, A. y Morón, J. A.: *Educación y Publicidad*. Grupo Comunicar. Huelva. 58c66.

²³ Recomendamos la lectura de las obras de o. Lipovetsky, *La era del vacío o El imperio de lo efímero: La moda y su destino en las sociedades modernas*, Anagrama, Barcelona.

Los medios de comunicación de masas, cada vez más importantes tanto cualitativa como cuantitativamente, la velocidad y la rapidez de la información y la comunicación, entre otros, son factores que colaboran hoy en el afianzamiento de la moda. Nos encontramos así con una moda que representa el símbolo principal de pertenencia, propio de las clases más acomodadas, lo cual conlleva parejo el fenómeno de la imitación. La moda llega a constituir un modo de organización, que se caracteriza por unos rasgos estructurales y funcionales claramente definidos: la relación moda-democracia-progreso, la artificialidad del tiempo y la moda, y la seducción efímera de las cosas.

El consumo es, por lo tanto, un aspecto característico de la sociedad occidental. Ahora bien, el significado del consumo en nuestra sociedad depende del funcionamiento de un sistema de valores que otorga sentido a cada acto de consumo individual. Este sistema funcionaría en distintos estratos o niveles:

- Los *valores básicos subyacentes*: constituyen un orden en cuanto a los valores esenciales que definen como primer y necesario estrato simbólico cualquier acto de consumo.
- Las *modalidades en que se manifiesta* este fenómeno: a raíz de lo anterior, podemos encontrar universos concretos de sentido que se relacionan en cada caso con elementos simbólicos básicos.
- El *discurso global del consumo*: es uno de los paradigmas propios de la sociedad occidental, contrapuesto -o relacionado- con otros discursos contemporáneos.
- El *valor que cada situación concreta* asigna al acto de consumo, dependiendo del contexto y entorno en el que se produzca.

El consumo aparece, de esta forma, unido directamente a la necesidad: hay que satisfacer una necesidad, que se consigue con el acto de consumir. El hecho se hace más complejo cuando la necesidad en cuestión no es verdadera, sino creada artificialmente. La publicidad juega aquí un importante papel, dándole al consumo un carácter mítico. Nos encontramos así con que el consumo aparece como un fenómeno deseable, positivo, gratificante y euforizante. Consumir se convierte, pues, en un deseo. Es un acto social, donde hay una apropiación que define distintos estatus o clases. Un componente simbólico del consumo en el que "el tener", "el ser" y "el representar" se identifican, De ahí el poder de diferenciación -y a su vez de integración- del consumo. No podemos olvidar además el valor de lo actual, de lo presente. Se consume para estar al día, para situarse en la modernidad. El sistema económico intenta potenciar la adquisición del mayor número posible de productos, evidentemente de más de los que podamos utilizar, y procura además que los productos se renueven lo más pronto posible.

2.5. Principales tendencias de consumo

El consumo no es un fenómeno inactivo, sino que está en constante evolución. En cierta forma, pueden hacerse previsiones sobre las principales tendencias de consumo, las cuales habrá que tener en cuenta para programar posibles acciones (INC, 1996):

2.5.1. Aumento del tiempo libre

A pesar de la posible crisis económica, será uno de los grandes ámbitos de consumo a corto o medio plazo. El tiempo libre se ha incrementado en los últimos años debido a diversos factores:

- *redistribución de tareas*, con una reducción del tiempo dedicado a las actividades productivas (el recorte de la jornada laboral, es un ejemplo de ello).
- *aumento de población "desocupada"*, tanto post-ocupada, sobre todo de la tercera edad (envejecimiento de la población, jubilaciones anticipadas, aumento de la esperanza de vida). Hay mayor tiempo libre de la mujer -por la facilidad, la distribución y la

automatización de las tareas domésticas- y de los jóvenes, cada vez con más dificultades para incorporarse al mundo laboral.

2.5.2. Búsqueda de la comodidad

Muchos de los fenómenos anteriormente citados (incorporación de la mujer al mundo laboral, los nuevos modelos familiares, entre otros) han modificado la actitud y la dedicación de las personas ante ciertas actividades en el hogar. A ello hay que añadir la búsqueda de mayor comodidad por parte del consumidor en la satisfacción de sus deseos y necesidades. Cada vez es más usual hablar de amigabilidad, ergonomía, sinergia y otros muchos conceptos que años atrás no tenían relevancia.

2.5.3. Demanda de una mayor variedad, segmentación y automatización

Más que la creación de nuevos productos o servicios, se hará patente una mayor combinación y enriquecimiento de los mismos. Ello supone que el consumidor tendrá un papel más decisivo.

2.5.4. Importancia de la salud y la belleza

Hablamos de un bienestar físico que conlleva la búsqueda de lo atractivo. La forma física, la forma psíquica, la salud propiamente dicha, la higiene y el cuidado personal (para ambos sexos), la alimentación, entre otros factores, incidirán -inciden- en el consumo.

2.5.5. Respeto por el medio ambiente

El interés y la sensibilización por la ecología, la naturaleza y el medio ambiente se hará día a día más importante. Los bienes y servicios, y los consumidores, tendrán en cuenta este aspecto. (Puede ampliarse la información sobre la relación medio ambiente-consumo en López, 1990.)

2.5.6. La "profesionalidad" del consumidor

El consumidor del futuro recurrirá a la información sobre la oferta de productos y servicios. Tendrá en cuenta la relación calidad-precio, realizará comparaciones entre ofertas, efectuará una mayor búsqueda de variedad, desarrollará una relación más personalizada con los productos (que excepto en algunos casos, supondrá una disminución del valor simbólico de las marcas), se producirá la segmentación del consumo (según los diferentes subgrupos, y disminuirá, consecuentemente, el consumo globalizado) y se producirá una publicidad más informativa "semánticamente".

2.5.7. Confianza en la oferta

Al ser mayor la oferta, la confianza en los proveedores será más importante para el consumidor. Factores como la representatividad social, la formación del personal, la fortaleza de la entidad, entre otros, influirán a la hora de consumir.

2.5.8. El hogar como centro de consumo

Una estancia mayor en el hogar requerirá que éste gane terreno en el ámbito del consumo. Habrán nuevos servicios domésticos, las viviendas serán objeto de remodelación y rehabilitación, etcétera.

2.5.9. Tendencias en la distribución

Dominarán las grandes superficies de distribución, se revitalizarán las superficies de tamaño medio, disminuirán las pequeñas tiendas, se incrementarán las ventas a distancia, entre otras tendencias.

2.5.10. El desarrollo tecnológico

La informática tendrá su reflejo en su dimensión receptiva y productiva, facilitando las compras a distancia, la variedad de ofertas y otros muchos factores. Las nuevas tecnologías ganarán terreno progresivamente.

2.5.11. Defensa del consumidor

Los consumidores se harán conscientes de sus derechos y deberes. El asociacionismo aumentará y, legislativamente, tendrán más posibilidades, ante las nuevas ofertas, en lo referente a la seguridad y otros campos.

2.6. La situación ideal y los problemas reales

Dada la importancia del consumo y la publicidad, podemos entender el amplio volumen de información del que disponen los productores, los investigadores de mercado, los publicitarios y demás profesionales acerca de los consumidores potenciales, la evolución de sus demandas, la situación del mercado y otras informaciones de interés. Por el contrario, los consumidores no disponen de estos datos, aunque poco a poco las asociaciones de usuarios adquieren más importancia: existe una mayor preocupación social ante la posible manipulación de los medios de comunicación, del discurso publicitario, de los efectos en los niños, etcétera.

De todos modos, este interés por el consumo que aún no es suficiente. Si bien se plantean críticas desde distintos sectores, todos coinciden en cuáles son las condiciones ideales para que se produzca este acto. Sin embargo, existen dificultades para que se puedan llevar a cabo y no podemos decir que estas situaciones se den en la actualidad. Veamos ambos aspectos, condiciones ideales y factores que dificultan el surgimiento de tales condiciones:

2.6.1. Conciencia de las necesidades

El consumidor potencial debe ser consciente de sus necesidades, y establecer, en consecuencia, sus propias prioridades y jerarquías. Sin embargo, se tiende a confundir las necesidades personales con las sociales. Faltan criterios para conocer con mayor claridad las necesidades, analizar nuestros deseos y comprender los mecanismos por los que se producen.

2.6.2. Información

El consumidor debe estar informado a conciencia de las posibilidades que le presenta la oferta de servicios y productos del mercado, conocer sus ventajas e inconvenientes, partiendo de sus necesidades y situación personal. En realidad, predomina el discurso publicitario sobre el informativo, con una clara apariencia de autenticidad en la presentación de los productos o servicios.

2.6.3. Expresión de las demandas

El consumidor debe, además, expresar libremente sus demandas, posibilitando formular nuevos productos o servicios. Lo normal es que la expresión de demandas se limite a un campo restringido únicamente a la actividad individual y privada, sin que llegue al debate público; además, se concentra en cuestiones muy particulares y difícilmente hace foco en los grandes aspectos de consumo.

2.6.4. Libertad del productor

De la misma forma, el productor debe presentar su oferta y ponerla a disposición de la población. Es decir, debe ser libre para atender las necesidades y demandas del consumidor. No obstante, el productor se ubica en muchas situaciones ante unas condiciones de mercado muy fijadas: competencia, estructuras productivas poco flexibles, etcétera, que limitan su acción.

2.6.5. Respeto ecológico

La oferta debe respetar la conservación de la naturaleza, la salud, etcétera. En la realidad, esta cuestión no se atiende como debiera, debido a la insuficiente sensibilidad o conciencia ante el tema, a los elevados costos que supone para el productor, escasa planificación para prevenir los posibles problemas... De la misma forma, la legislación vigente no es clara ni comprometedor. Y es que, en la mayoría de los casos, como señala Sánchez Lissen, *"hemos explotado inadecuadamente los recursos del medio a través de un consumo desproporcionado de los mismos. Nos estamos olvidando, ya no sólo de vivir y de poder vivir el presente, sino más aún, de lo que será la vida en un futuro (por cierto, no muy lejano). Sin embargo, como el pesimismo no es la mejor; ni por supuesto, la única solución, pensamos que entre la escuela, sus mediadores, la familia, así como los medios de comunicación, podemos conseguir algo positivo, ya que a través de ellos se puede llegar a conformar una sólida educación del consumidor que permita un mayor equilibrio ecológico"*²⁴.

2.6.6. Racionalidad en las decisiones del consumidor

La elección del consumidor no debe ser interferida, manipulada ni modificada por ningún factor. Al contrario, el consumidor debe actuar de forma racional y consciente. A pesar de ello, ya hemos comentado los problemas que podemos encontrarnos como consumidores: presión publicitaria, informaciones erróneas, etcétera.

2.6.7. Racionalización en la organización del mercado

El mercado debe tener en cuenta aspectos referidos al ahorro de esfuerzos innecesarios, equilibrio de las satisfacciones, etcétera. Pueden existir, sin embargo, determinados factores que imposibiliten este planeamiento, muchos derivados de la propia situación del mercado, tales como la competencia o la falta de flexibilidad-adaptación de las empresas.

2.6.8. Adaptación a los valores culturales

El consumo debe respetar los valores sociales de igualdad, convivencia, libertad, etcétera, de los ciudadanos. En multitud de ocasiones sucede lo contrario. El marketing o mercado procura que sea el entorno social el que se adapte al producto que se intenta ofrecer o vender, "atacando" al contexto original, ya que el marketing se centra sobre todo en los hábitos de compra, más que en los hábitos de uso o de consumo, es decir, de optimizar las ventas, interesándose menos en conocer la satisfacción de las necesidades de los consumidores (aunque ambos aspectos están relacionados).

2.7. Qué hacer para un "buen consumo"

La respuesta a la problemática de la sociedad de consumo no puede ser más que global. Veamos una propuesta concreta y las posibles soluciones o acciones que convendría llevar cabo (Rocha, 1991).

²⁴ Sánchez Lissen, E. (1997). "La Educación para el Consumo ante los nuevos retos. Educar y educarnos para un consumo ecológico", *Comunidad Educativa*, 245, 15-18.

2.7.1. Educación básica sobre consumo

Debe potenciarse la presencia de los temas referidos al consumo en el currículum educativo. Se pretende una estrategia educativa que potencie en los educandos una actitud más consciente y crítica hacia el consumo y los actos asociados con él (discursos potenciadores del consumo, hábitos, etcétera). Para ello se requiere:

- Un tratamiento interdisciplinar y global de la materia que debe permitir la formación de los profesionales.
- El diseño de módulos de formación específicos para los interesados que deben diseminarse a lo largo de todo el programa.
- Potenciar la iniciativa de que profesores de distintas materias (historia, sociales, lenguaje, etcétera) se ocupen también de los temas de consumo en sus disciplinas.

2.7.2. Formación ciudadana general

Además de la formación básica sobre consumo, sería necesario un sistema de formación constante sobre el tema dirigido a los adultos, que debería basarse en:

- la consolidación de un flujo regular de informaciones sobre consumo que permitan la toma de decisiones prácticas;
- la potenciación de actitudes vigilantes ante la publicidad y los discursos persuasivos sobre consumo;
- la potenciación de los conocimientos sobre los recursos de los que pueden disponer los consumidores para la defensa de sus propios derechos.

2.7.3. Participación de consumidores en instancias de producción y consumo

Resultaría positivo fomentar la participación de los usuarios en organismos y consejos que permitan ordenar la producción y el consumo. De hecho, las asociaciones de consumidores y usuarios adquieren y desempeñan cada vez un papel mayor. Potenciar su presencia en el ámbito social y productivo requiere que la Administración y la legislación vigente participen.

2.7.4. Sistemas de control de calidad de los productos y servicios por parte de la Administración

Ya decíamos que exigir la mejora de la calidad requiere de un papel activo de las distintas Administraciones, que deberán fomentar los movimientos de los consumidores. Desde este punto de vista, la calidad no debe entenderse ni limitarse a la simple satisfacción del productor o del consumidor, sino tener en cuenta otros aspectos que ya se han citado con anterioridad: cuidado de la naturaleza, hábitos saludables, etcétera.

2.7.5. Cultura no subordinada al consumismo

Si nos basamos en el planteamiento expuesto, queda claro que el consumo se enmarca dentro de un sistema amplio y complejo, en el que intervienen aspectos económicos, culturales y sociales. Si el consumo -consumismo- es el fin de una sociedad, no podemos decir que su salud sea buena. La ciudadanía debe ser consciente de ello, y compartir una cultura que rechaza, consciente y críticamente, el consumismo negativo.

2.8. Programas y acciones en Educación para el Consumo

La *educación para el consumo* debe dirigirse a todas las personas, independientemente de su edad: desde los menores que se están formando y son especialmente sensibles en su período formativo, hasta los adultos (en su mayoría responsables familiares de aquellos).

La formación en materia de consumo es una parte más de la educación integral de cualquier persona. Su formación, por lo tanto, no puede limitarse a un período temporal concreto ni debe ser responsabilidad de un único agente educativo, sino que compete a todos aquellos que participan en los procesos educativos: familia, los "iguales", los medios de comunicación social, las instituciones educativas, la Administración, las asociaciones de consumidores y usuarios, etcétera.

El fin general de la *educación del consumidor* consiste en desarrollar capacidades y hábitos en los educandos, sean cuales fueren, para que sus actos de consumo y uso de bienes estén dotados de un contenido ético, fruto no de la avidez, sino de la valoración personal, libre, no dirigida, responsable y solidaria con el propio cuerpo y con el medio biofísico, con la sociedad próxima y con la de aquellos a quienes no conocemos; con el presente y con el futuro. Estas valoraciones y actitudes deben procurar un compromiso personal crítico y transformador de la sociedad.

En otras palabras, la educación para el consumo pretende formar personas críticas, con criterio propio, capaces de tomar decisiones libremente, según su conveniencia, que se basaría en:

- Desarrollar una actitud crítica ante la sociedad de consumo.
- Conocer los principales mecanismos del sistema de producción-consumo, incluyendo el marketing y la publicidad.
- Desarrollar el sentido asociativo como medio para la defensa de los derechos e intereses de los consumidores.
- Impulsar una conciencia clara de las relaciones entre el consumo y la protección del medio ambiente.
- Saber defender sus derechos como consumidor cuando éstos no se respeten.

En un programa de educación para el consumidor deberían integrarse las siguientes dimensiones formativas:

- Conocimiento de los recursos naturales que utilizamos para el consumo.
- Conocimiento de los productos básicos del consumo y de sus procesos de producción y distribución.
- Aprendizaje de un uso adecuado y responsable de los productos y de los servicios de consumo.
- Conocimiento de la organización y de los mecanismos básicos que intervienen en la sociedad de consumo.
- Toma de conciencia de las necesidades básicas indispensables para la vida y de la necesidad de satisfacerlas adecuadamente.
- Fomento de la educación en la toma de decisiones autónomas y responsables frente al consumo.
- Aprendizaje de las técnicas y el lenguaje de la publicidad, decodificando sus mensajes verbales e icónicos y desarrollando frente a ella una actitud crítica y comprensiva; conocimiento de las relaciones positivas que deben existir entre consumo y ecología.

Estos son, entre otros, los contenidos que deben aportar aprendizajes conceptuales, procedimentales y actitudinales para el logro de los fines de la educación para el consumidor. En la sección Bibliografía se incluyen obras con ejemplos de programas y actividades que, desde el campo de la ES y la ASC, pueden realizarse en educación para el consumo, y asumen modalidades muy diversas. Colom distingue: programas de carácter divulgativo o informativo, programas educativos centrados en el desarrollo actitudinal, centrados en el desarrollo de la conciencia crítico-social, programas de naturaleza integradora, programas mixtos, entre otros²⁵.

²⁵ Colom Cañellas, A.J. (1998). "Educación para el consumo", en Sarramona, J.; Vázquez, O. y Colom, A. J. *Educación no formal*. Ariel. Barcelona. 75-87.

3. La EpS y la ECU como temas transversales

La LOGSE, marco legislativo que engloba actualmente el proceso escolar en España, se pronuncia por una acción formativa integral que contemple de manera equilibrada tanto los aspectos intelectuales como los morales, potenciando el desarrollo armónico de la personalidad de los alumnos. Esta decidida orientación humanizadora de la práctica educativa se concreta en los actuales diseños curriculares desde una triple perspectiva: en los contenidos actitudinales de cada área curricular, en algunas materias optativas ya través de los ejes, enseñanzas o materias transversales. Así, en el currículum de la Educación Primaria y Secundaria aparece un nuevo concepto general, el *tema transversal*, que debe impregnar toda la práctica educativa y estar presente en cada área. Son el eje en torno al cual debe girar la temática de las áreas curriculares, pues responden a realidades o necesidades que tienen especial relevancia para la vida de las personas y para la positiva y armónica construcción de la sociedad contemporánea.

Son contenidos de enseñanza esencialmente actitudinales, que deben formar parte, dinámica e integradamente, en la organización y el desarrollo de toda la actividad escolar. No hacen referencia a ningún área curricular particular, ni a una edad o etapa educativa; son contenidos que afectan no sólo a todas las áreas, sino que deben desarrollarse a lo largo de toda la escolaridad. No son asignaturas "verticales", ni deben diluirse en éstas.

Los temas transversales se concretan en las siguientes dimensiones del currículo: Educación Ambiental, Educación para la Paz, Educación del Consumidor, Educación para la Igualdad, Educación Vial y Educación Sexual y para la Salud, materias que se corresponden con las recogidas en el "territorio MEC" (dependiente del Ministerio de Educación y Cultura). En las distintas Comunidades Autónomas con transferencias educativas hay pequeñas variaciones, aunque se basan fundamentalmente en el listado expuesto. Así, por ejemplo, en Andalucía, los Decretos del Currículo recogen la Educación Ambiental, la Educación para la Salud, la Educación del Consumidor y el Usuario, la Educación Vial y la Coeducación. En todos los casos se incluye la Educación para Salud como transversal, al igual que la Educación para el Consumo.

La institución escolar es fundamental para trabajar estas temáticas²⁶, por las facilidades que presenta: el objetivo de los centros es una educación integral, orientada al desarrollo de capacidades que faciliten a las personas su integración y adaptación a una sociedad compleja y cambiante; se trabaja con sujetos en edad evolutiva, que todavía no han establecido o adoptado estilos de vida; dispone de medios e instrumentos formativos; y a la escuela acude prácticamente la totalidad de la población en edad escolar.

²⁶ Además de otras obras que se recogen en la Bibliografía, las siguientes textos abordan la EpS y la ECU en el campo escolar:

Alvarez Guerediaga, L. M. y Alvarez Martín, M. N. (1988). *El consumo va a la escuela*. Laia. Barcelona.
Alvarez Martín, N. (1992). *Temas Transversales. Educación del consumidor*. MEC. Madrid. Alvarez Martín, N. y Alvarez Guerediaga, L. M. (1987). *100 Talleres de Educación del Consumo en la Escuela*. INC. Madrid.
Busquets, M. D. et al. (1993). *Los Temas Transversales. Claves de la Formación Integral*. Santillana. Madrid.
Eroski (1986). *La educación del consumidor en la escuela*. INC. Madrid.
Gómez Calvo, M. et al. (1988). *Líneas metodológicas para la Educación del Consumidor*. INC. Madrid.
González Lucini, F. (1994) *Temas transversales y Educación en Valores*. Anaya. Madrid. MEC (1993). *Temas Transversales y Desarrollo Curricular*. Madrid.
Nieda, I. (1992). *Educación para la Salud. Educación Sexual*. Materiales para la Reforma. MEC. Madrid.
Reyzábal, M" Y. y Sanz García, A. I. (1995). *Los ejes transversales. Aprendizajes para la vida*. Escuela Española. Madrid.
VV. AA. (1992). *Las Materias Transversales como criterio de calidad educativa*. Proyecto Sur de Ediciones. Granada.
Yus Ramos, R. (1992). *Educación para la calidad de vida (salud, consumo y medio ambiente)*. CEP Axarquía. Málaga. ,
Yus Ramos, R. (1995). *Temas transversales: Hacía una nueva escuela*. Graó. Barcelona.

4. Otras fuentes de documentación e información

Existen numerosas instituciones, organismos, documentos y publicaciones que aportan información sobre EpS y ECU, sobre objetivos, contenidos, programaciones y diseños curriculares, planteamientos didácticos y metodológicos, posibles actividades, etcétera, para lo que remitimos a las obras reseñadas en la Bibliografía.

Podemos citar las distintas publicaciones del MEC (por ejemplo, *cajas Rojas*) o de los organismos competentes de las Comunidades Autónomas, Diputaciones, Ayuntamientos, Centros de Profesores o Recursos, incluso de centros y colegios concretos. Existen libros y revistas de pedagogía, Educación, Psicología, Trabajo Social, Medicina, Enfermería, entre muchas otras disciplinas que han abordado cuestiones relacionadas con la salud y el consumo. Pueden, además, consultarse otras de temáticas relacionadas (drogas, sexualidad, medios de comunicación-publicidad, etcétera).

En el caso de la EpS, debemos citar publicaciones editadas por organismos públicos, asociaciones, etcétera (especialmente la OMS, y todos su Informes Técnicos), pero también muchas otras publicaciones como, por citar solo un ejemplo, las de la Escuela Andaluza de Salud Pública). En el caso de la ECU, cabe destacar como organismo al Instituto Nacional de Consumo, algunas OMICs e interesantes publicaciones monográficas de instituciones públicas o privadas, revistas de asociaciones de consumidores, tales como *Estudios sobre Consumo, Información del Consumidor, Consumo Gusto, Consumerismo, Ciudadano, Compra Maestra, Eroski, Distribución y Consumo, Mercaconsumo*, entre otras.

5. Actividades

1. Relacione *salud, consumo y calidad de vida*. ¿Cuál sería el papel de la Educación para el Consumo y la Educación para la Salud?
2. Defina *salud y enfermedad* utilizando sus propias palabras.
3. Señale coincidencias y diferencias en los conceptos de *salud, promoción de la salud y prevención*.
4. Clasifique los factores influyentes en la salud de las personas, a nivel general, y ordénelos por orden de prioridad. ¿Y en el caso de una comunidad o entorno determinado? ¿Coinciden o hay elementos diferentes?
5. Reflexione sobre los objetivos de la Educación para la Salud. Realice una lluvia de ideas para explicar sus objetivos y marque un orden de prioridades. Reflexione sobre sus propias conclusiones.
6. Analice diferentes noticias que aparezcan en medios de comunicación de información general referentes a salud y/o consumo. ¿De qué tratan? ¿Con qué perspectivas se abordan? ¿Tienen relación con el campo de la Educación Social y la Animación Sociocultural?
7. La sociedad en la que vive, ¿puede definirse como "consumista"? Razone su respuesta.
8. ¿Qué papel puede desempeñar la Educación para la Salud y la Educación para el Consumo en la transformación de la sociedad?
9. Sitúese en su barrio de residencia o de trabajo. Enumere las características que debería tener para que se considerara un lugar saludable y qué cualidades deberían darse para poder hablar de un consumo responsable.
10. Realice un listado de instituciones, asociaciones, entidades, colectivos, etcétera, en los que podría tener cabida un Programa de Educación para la Salud o de Educación para el Consumo. Planifique un proyecto de actuación en el que participen educadores/as sociales o animadores/as socioculturales.

Resumen

La Educación para la salud y del consumo son dos elementos fundamentales y necesarios para que podamos hablar de una verdadera y efectiva calidad de vida. La concepción moderna de salud, identificada en gran parte con la *promoción de la salud*, y los planteamientos

consumeristas, que adoptan una actitud crítica ante el consumo, no pueden entenderse sin contemplar el elemento educativo.

De la misma forma que la educación no puede desligarse de lo "social", la salud y el consumo también se enmarcan en un entorno social, por lo que no es posible ser ajeno al elemento social a la hora de abordar la educación para la salud y el consumo. Desde esta perspectiva, dichas materias -que si bien están estrechamente relacionadas, son dos realidades distintas, cada una con su contenido específico- se constituyen en dos factores prioritarios, que tienen un carácter eminentemente socioeducativo.

En la salud y el consumo, por su naturaleza multi e interdisciplinar, se implican tanto sujetos individuales, cualquier profesional o interesado, como la propia comunidad. De ahí que la Educación Social y la Animación Sociocultural tengan en estos campos, en la Educación para la Salud y en la Educación para el Consumo, un ámbito de acción, que día a día se hace más importante -tanto cuantitativa como cualitativamente-, teniendo en cuenta los nuevos planteamientos ante la salud y el consumo.

6. Bibliografía

- Alvarez Calvo, I. A. *et al.* (1990). *La educación del consumidor en Andalucía*. Junta de Andalucía. Sevilla.
- Alvarez Souto, I. *et al.* (1986). *Cómo consumen los niños. Sociología del consumo infantil*. Consejería de Trabajo, Industria y Comercio. Madrid.
- Ashton, I. y Seymour, H. (1990). *La nueva Salud Pública*. Masson. Barcelona.
- Barriga Jiménez, S. (1988). *Salud y Comunidad*. Diputación de Sevilla. Sevilla.
- Baudrillard, I. (1969). *El sistema de los objetos*. Siglo Veintiuno. México.
- Baudrillard, I. (1974). *La sociedad de consumo*. Plaza y Janés. Barcelona.
- Boniface, I. y Gausse, A. (1984). *Los niños consumidores*. Narcea. Madrid. Brée, I. (1995). *Los niños, el consumo y el marketing*. Paidós. Barcelona.
- Calvo Bruzos, S. (1992). *Educación para la salud*. Díaz de Santos. Madrid.
- Castell, E. (1989). *Grupos de formación y educación para la salud. Aprender a cambiar*: PPU. Barcelona.
- Castillo Castillo, I. (1987). *Sociedad de consumo a la española*. Eudema. Madrid.
- Cidad Maestro, E. (1991). *Perspectivas sobre educación del consumidor*. INC. Madrid.
- CIS. (1988). *Actitudes y comportamientos de los españoles ante el consumo*. Colección Estudios y Encuestas. CIS. Madrid-
- Conde, F. y Callejo, I. (1994). *Juventud y consumo*. Instituto de la Juventud. Madrid.
- Costa, M. y López, E. (1989). *Salud comunitaria*. Martínez Roca. Barcelona.
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Pirámide. Madrid.
- Cueto, I. (1985). *La sociedad de Consumo de Masas*. Salvat. Barcelona.
- De Miguel, A. (1983). *Comprar en España: el punto de vista de los consumidores*. Instituto de Comunicación Pública. Madrid.
- Díez Hochleitner, R. (Dir.) (1994). *Aprender para el futuro; Educación para la Salud*. Fundación Santillana. Madrid.
- Donati, P. P. (1994). *Manual de Sociología de la Salud*. Díaz de Santos. Madrid.
- Eroski (1982). *Encuentros con Europa. Jornadas sobre la formación del consumo en Europa*. Escuela de Consumo. Bilbao.
- Ewen, S. (1988). *Todas las imágenes del consumismo*. Grijalbo. México.
- Fernández Sierra, I. y Santos Guerra, M. A. (1992). *Evaluación cualitativa de programas de Educación para la Salud*. Aljibe. Málaga.
- Ferrer Roselló, C. (1980). *El consumidor frente a la publicidad*. Index. Madrid. Fromm, E. (1980). *¿Tener o ser?* Fondo de Cultura Económica. Madrid.
- García Canclini, N. (1995). *Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización*. Grijalbo. México.
- García Martínez, A. (Coord.) (1998). *Claves de Educación para la Salud*. DM. Murcia.
- Green, H. A. I. (1986). *La teoría del consumo*: Alianza Universidad. Madrid.

- Green, W.H. y Simons-Morton, B.G. (1984). *Educación para la salud*. Interamericana, México.
- INC. (1986). *Documento Base para la incorporación a la escuela de la educación consumista*. INC. Madrid.
- INC. (1994). *Colección Material Didáctico*. 10 vols. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- INC. (1994). *Estudio sobre opiniones y comportamiento del consumidor español*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- INC. (1996). *Los consumidores españoles, presente y futuro*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Jaio, I. et al. (1991). *La educación del consumidor en la escuela*. INC. Madrid.
- Jensen, H. R. (1986). *La Educación del Consumidor en la escuela*. Gobierno Vasco. Vitoria.
- Katona, a. (1962). *El hombre consumidor*. Etas Kompass. Milán.
- Katona, a. (1968). *La sociedad de consumo de masas*. Rialp. Madrid.
- Kickbush, A. (1984). *Promoción de la salud: una tipología*. OMS. Copenhague.
- Lalonde, M. A. (1974). *New Perspective on the Health of Canadians*. Information Canada. Ottawa.
- Larrieta, L. M. et al. (1990). *Los proyectos en la Educación para el Consumo en la Escuela*. Dirección de Consumo del Gobierno Vasco. Vitoria.
- Macías, B. y Arocha, I. L. (1996). *Salud Pública y Educación para la Salud*. ICEPSS. Las Palmas.
- Marafioti, R. (1988). *Los significantes del consumo*. Biblos. Buenos Aires.
- Marcuse, H. (1972). *El hombre unidimensional*. Seix Barral. Barcelona.
- Míguez, A. (1969). *España, ¿una sociedad de consumo?* Gauadiana. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1991). *Estrategia de Salud en el año 2000 en España*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1996). *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid.
- Morón Marchena, I. A. (Dir.) (1995a). *La Educación para la Salud en el ámbito comunitario*. Diputación de Sevilla.
- Morón Marchena, I. A. (Dir.) (1995b). *Educación para la Salud: Un reto para todos*. Ayuntamiento Dos Hermanas. Sevilla.
- Morón Marchena, I. A. (Dir.) (1997a). *Salud, Educación y Sociedad*. Ayuntamiento de Dos Hermanas. Sevilla.
- Morón Marchena, I.A. (1997b). "Educación para la Salud en la Familia, la Escuela y el Trabajo", en *La Cultura de la Salud en España*. ADEPS, 78-86. Madrid.
- Morón Marchena, I. A. (1997c). "Educación para la salud. Innovación y cambio ante los nuevos retos sociales". *Cuestiones Pedagógicas*, 13,85-100.
- Morón Marchena, I. A. (Dir.) (1998a). *Nuevas demandas sociales: Educación para la Salud y Educación para el Consumo*. GIPDA-Edit. Kronos. Sevilla.
- Morón Marchena, I.A. (Dir.) (1998b). *Educación para la Salud: Fundamento y Metodologías*. Ayuntamiento Dos Hermanas. Sevilla.
- Morón Marchena, I. A. (Dir.) (1998c). *Educación para la Salud: Experiencias e Investigaciones en el campo social, comunitario y escolar*. Ayuntamiento Dos Hermanas. Sevilla.
- Morón Marchena, I. A. (Dir.) (1999). *Educación para la Salud y Municipio*. Ayuntamiento Dos Hermanas. Sevilla.
- OMS (1978). *Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. Declaración de Alma Ata*. OMS-UNICEF. URSS.
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa. OMS (1989). *Educación para la salud*. Ginebra.
- OMS (1994). *La crisis de la salud en las ciudades. Estrategias de Salud para Todos frente a la rápida urbanización*. Ginebra.
- OMS (1995). *Promoción de la Salud de la Juventud Europea. La Educación para la Salud en el ámbito educativo*. OMS.

- Pedriola, G. *et al.* (1991). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Salvat. Barcelona. Perea Quesada, R. (1993). *Educación para la Salud*. UNED. Madrid.
- Pérez Tornero, J. M; *et al.* (1992). *La seducción de la opulencia. Publicidad, moda y consumo*. Paidós. Barcelona.
- Petrus Roger, A. (1997). "Animación sociocultural y Estado de Bienestar", en Trilla, J. (Coord.). *Animación sociocultural*, Ariel, Barcelona. 323-341.
- Piñuel, J. L. (1983). *Producción, publicidad y consumo*. 2 vols. Fundamentos. Madrid.
- Polaino-Lorente, A. (1987). *Educación para la salud*. Herder. Barcelona.
- Ramonet, I. (1982). *La golosina visual. Imágenes sobre el consumo*. Gustavo Gili. Barcelona.
- Rebollo Arévalo, A. (1983). *La estructura del consumo en España*. INC. Madrid.
- Rocha Benítez, F. (Coord.) (1991). *El sueño consumista. La formación crítica del consumidor*. Dirección General de Consumo. Junta de Andalucía. Sevilla.
- Rocha Benítez, F. (Coord.) (1992). *Televisión y Consumo*. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Granada.
- Rochón, A. (1991). *Educación para la salud. Una guía práctica para realizar un proyecto*. SG-Masson. Barcelona.
- Rosa Acosta, B. de la y Morón Marchena J. A. (1996). "Bienestar y Educación para la Salud". *Cuestiones Pedagógicas*, 12, 107-122.
- Sáez Cárdenas, S.; Marqués Molías, F. y Collé Brunet, R. (1995). *Educación para la Salud*. Pagés Editores. Lleida.
- Salleras Sanmartí, L. (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Díaz de Santos. Madrid.
- San Martín, H. (1982). *La crisis mundial de la salud. Problemas actuales de epistemología social*. Karpos. Madrid.
- San Martín, H. (1994). *Salud y Enfermedad*. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1984). *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Díaz de Santos. Madrid.
- Sarlet-Gerken, A.M. (Comp.) (1996). *Salud, Medio-Ambiente. Tolerancia y Democracia: La transversalidad educativa*. DM. Murcia.
- Serrano González, M. I. (1989). *Educación para la salud y participación comunitaria*. Díaz de Santos. Madrid.
- Serrano González, M. I. (Coord.) (1997). *Educación para la Salud del siglo XXI*. Díaz de Santos. Madrid.
- Soriano Ayala, E. y Giménez Muñoz, C. (1992). *Temas transversales del currículum. Educación del Consumidor y del Usuario*. Consejería de Educación. Sevilla.
- Turabian Fernández, J. L. (1992). *Participación Comunitaria en la Salud*. Díaz de Santos. Madrid.
- Vargas Domínguez, A. y Palacios Alvarez, V. P. (1993). *Educación Salud*. McGraw-Hill. México.
- VV. AA. (1987). *Tendencias actuales en educación sanitaria*. Quadern CAPS nº 8. Barcelona.
- VV. AA. (1989). *Educación para el Consumo*. Santillana. Madrid.
- VV. AA. (1991). *El consumo en los medios de comunicación*. Consejería de Salud y Consumo. Sevilla.
- VV. AA. (1995). *Educación del Consumido7: Tediser*. Madrid.
- VV. AA. (1997). *Experiencias de Consumo en Educación de Adultos*. Consejería de Trabajo e Industria. Sevilla.
- VV. AA. (1997). *La Cultura de la Salud en España*. Asociación Española de Educación para la Salud. Madrid.
- Young, I. y Williams, T. (1989). *La escuela saludable*. Grupo Escocés de Educación para la Salud.

Glosario

- Atención primaria:** primera escala de la sanidad, previa a que surjan las enfermedades, marco en el que se incluyen las actividades de Educación para la Salud y Promoción de la Salud.
- Calidad de vida:** percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura, del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes (OMS). Depende, pues, de la propia salud física, del estado psicológico, del nivel de independencia, de las relaciones sociales, así como de los elementos esenciales de su entorno.
- Comunidad:** una población que vive y se relaciona en un territorio/ambiente, entendiéndose éste en sentido amplio, que posee unos determinados recursos y que tiene unas determinadas necesidades bien sentidas o manifestadas (Flores, 1996).
- Consumerismo:** forma de interacción establecida en la sociedad humana entre los sujetos y los recursos productivos, para construir determinados bienes y distribuirlos entre los miembros de la colectividad para satisfacer las necesidades. Se trata, pues, de un proceso en el que se identifica la producción y el consumo, pero en el que aparece una clara filosofía de demandar la importancia del consumidor. Un movimiento en el que aparecen anexados otros componentes de reivindicación, investigación, participación y autodefensa (Cidad, 1991).
- Consumidor-usuario:** persona física o jurídica que adquiere, utiliza o disfruta, como destinatario final, bienes muebles o inmuebles, productos, servicios, actividades o funciones, cualesquiera que sea la naturaleza pública o privada, individual o colectiva de quienes los producen, facilitan, suministran o expiden (art. 12, Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios del 12-7-84).
- Educación para la salud:** uno de los instrumentos que utiliza la promoción de la salud, básicamente pretende facilitar los cambios de comportamiento hacia conductas más saludables y que eliminen factores de riesgo. Es una actividad que pretende aportar elementos a los individuos y a la comunidad para que se modifiquen los comportamientos hacia conductas más saludables. Y más concretamente, toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables (Ronchón, 1991).
- Estado de bienestar:** denominación que recibe la nueva y legitimada forma de gobierno capaz de regular el crecimiento económico y planificarla redistribución de los recursos sociales de manera más justa. Es el conjunto de actuaciones públicas tendentes a garantizar a todo ciudadano el acceso a un mínimo de servicios que garanticen su supervivencia, entendida ésta en términos sociales y no estrictamente biológicos.
- Prevenir:** es evitar, prever, preparar. En el caso de las enfermedades, evitar que éstas se produzcan, prever que puedan producirse y preparar el terreno para que no se produzcan y, para que si se producen, se disponga de los medios destinados a combatirlos. En el campo de la salud es muy conocido el dicho "prevenir es curar " aunque no sea del todo cierto. Prevenir es no tener que llegar a curar, lo cual es competencia de quien ejerce la medicina, ya sea a nivel individual o colectivo (Sáez, Marqués y Collel, 1995).
- Promoción de salud:** Sáez, Marqués y Collel (1995) señalan que este concepto se dio a conocer principalmente a raíz del informe de la OMS de 1984, aunque ya existían previamente diversos antecedentes en los que la preocupación por el mantenimiento de patrones de vida sanos para el normal desarrollo de las personas, llevaron a los conceptos actuales de salud positiva y a la posterior aparición de actividades destinadas a desarrollar en la población hábitos de vida saludables y a capacitar a la gente para aumentar su control sobre la propia salud. Así, la Carta de Ottawa (1986) para la Promoción de la Salud la definía como el proceso de capacitación de las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla.
- Salud:** capacidad de desarrollar el propio potencial personal y de responder de forma positiva a los retos del ambiente (OMS). Es decir, un medio de vida que permite un equilibrio dinámico entre la persona y su entorno, Requiere, pues, de recursos básicos (ingresos,

vivienda, alimentación), información y habilidades personales, entorno global (físico y social), que promueva opciones saludables.

Salud pública: ciencia y arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de las actuaciones organizadas de la sociedad (SESPAS).

Sistema de salud: conjunto de elementos sociales, económicos, ecológicos y biológicos que influyen, determinan y condicionan los estados de salud y enfermedad humana (OMS).

Sistema sanitario: uno de los elementos del sistema de salud es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico, psicosocial, en el sector de salud y en los demás afines (OMS).

Tema transversal: ámbito de objetivos y contenidos educativos, susceptibles de evaluación, que no forman un área del currículo, ni tampoco se encuentran circunscritas a alguna de las áreas establecidos, sino que, en cierto modo, las atraviesan, puesto que se hallan presentes en ellas. Las enseñanzas o ejes transversales se caracterizan porque responden a problemas que actualmente tiene planteada la sociedad; abarcan contenidos de varias disciplinas y sólo pueden abordarse desde su complementariedad; no pueden plantearse como programas paralelos al resto del currículo ya que deben ser asumidos por el conjunto de los enseñantes y estar presentes en gran parte de los contenidos escolares; trascienden del estricto marco curricular y deben impregnar la totalidad de las actividades del centro y están estrechamente relacionados con la transmisión de valores a través del currículo oculto (Diseño Curricular Base).