

LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD EN LOS MENORES

Ángel GONZÁLEZ
Juan BENITO
Universidad de Murcia

Resumen: La pobreza constituye por sí sola un riesgo para la salud. Los hijos de padres pobres o sociedades pobres en recursos económicos tienen más problemas de salud, mayor morbilidad y mayor mortalidad que los niños que viven en familias o sociedades no pobres. Para los niños pobres los servicios de salud, sociales o educativos no existen; reciben peor alimentación, insuficiente o mal equilibrada con efectos en su crecimiento y el padecimiento de enfermedades carenciales. Dicho de otro modo, los niños pobres pagan por su pobreza un alto precio en salud y en posibilidades de desarrollo. La Educación para la salud en el terreno de la infancia ha de situarse en una perspectiva transectorial (e intersectorial) dada la multiplicidad de escenarios en los que se produce la socialización y el desarrollo del niño. Estos escenarios (hogar, calle, colegio, espacios naturales, parques, grupos de iguales, etc.) ofrecen recursos, oportunidades y factores de educación y protección de la infancia, pero al mismo tiempo suponen factores de riesgo.

Palabras clave: Educación para la salud, menores, exclusión, trabajo comunitario, familia.

Summary: In this work we expose as the poverty it constitutes a risk by itself for the health. The children of poor parents or living in societies with poor economic resources have more problems of health, bigger morbidity and bigger mortality than the children that live in families or societies non poor. For the poor children the services of health, social or educational they don't exist; they receive worse feeding, insufficient or not well balanced with effects in their growth and the suffering of lacking illnesses. Said otherwise, the poor children pay for their poverty a high price in health and in development possibilities. The Health Education in the land of the childhood must locate in a perspective transectorial (and intersectorial) given the multiplicity of scenarios in those that it takes place the socialization and the boy's development. These scenarios (home, street, school, natural spaces, parks, groups of same, etc.) they offer resources, opportunities and education factors and protection of the childhood, but at the same time they suppose factors of risk.

Key words: Education for the health, children, exclusion, community work, family.

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de salud tiene un sustrato ideológico que fácilmente puede detectarse penetrando en su devenir histórico y que hace que no todos los sistemas culturales aprecien lo saludable de la misma manera. Su vinculación a los valores sociales y a las formas de vida que impliquen determina ese carácter. Por esa razón, la determinación de lo que sea o no saludable es algo que puede ser decidido colectivamente y no hay nada que fuerce a dejarlo en manos de los teóricos, salvo la propia dejación social en la forma de entender y organizar la vida.

La pobreza constituye por sí sola un riesgo para la salud. Los hijos de padres pobres (o sociedades pobres en recursos económicos) tienen más problemas de salud, mayor morbilidad y mayor mortalidad que los niños que viven en familias o sociedades no pobres. Para los niños pobres los servicios de salud, sociales o educativos no existen; reciben peor alimentación insuficiente o mal equilibrada con efectos en su crecimiento y el padecimiento de enfermedades carenciales. También están más expuestos a sufrir accidentes e intoxicaciones debido a una mayor exposición y menor prevención. Del mismo modo, los niños pobres se ausentan más de la escuela y, en consecuencia, se desarrollan menos intelectualmente. Dicho de otro modo, los niños pobres pagan por su pobreza un alto precio en salud y en posibilidades de desarrollo.

Pero el hecho de que la pobreza y la exclusión no sean un elemento nuevo no obsta para que su progresiva eliminación constituya un objetivo global por la incidencia que tienen en todos los aspectos de la vida de quienes las sufren y, desde luego, en el terreno de la salud. Estas situaciones se tornan especialmente graves cuando afectan a la población infantil: la malnutrición y el hambre, las discapacidades, las dificultades, el desamparo, los conflictos sociales, la enfermedad y la muerte de los niños y niñas, la explotación laboral infantil o la prostitución infantil y la violencia (física o psíquica), son realidades dramáticas que tienen una correlación contrastada con la pobreza y la exclusión.

La Educación para la salud en el terreno de la infancia ha de situarse en una perspectiva transectorial (e intersectorial) dada la multiplicidad de escenarios en los que se produce la socialización y el desarrollo del niño. Estos escenarios (hogar, calle, colegio, espacios naturales, parques, grupos de iguales, etc.) ofrecen recursos, oportunidades y factores de educación y protección de la infancia, pero al mismo tiempo suponen factores de riesgo. Que se decante en uno u otro sentido no depende de la exclusión de la acción educativa, pero ésta no puede estar ausente para aportar los elementos orientadores propicios a la salud.

Junto a las especificidades de acción educativa que requiere cada fase evolutiva de la infancia, es conveniente diferenciar las desarrolladas en los escenarios básicos de socialización (familia, escuela...), con una incidencia duradera en los niños, de aquellas más coyunturales: en la atención a la infancia, como los servicios sanitarios y los sociales. Esta distinción permite además establecer una línea de demarcación entre la función preventiva para la salud de la curativa y utilizar los recursos sociales en beneficio de la primera.

2. LOS DERECHOS DE LA INFANCIA

A lo largo del siglo XX la consideración de los derechos de la infancia ha experimentado una importante transformación que ha ido de la mano de la propia percepción social de los niños y niñas en nuestras sociedades. De una perspectiva asistencial y protectora se ha transitado a otra más amplia de carácter promocional y consideración de la infancia como portadora de derechos activos y no sólo pasivos. Históricamente, las iniciativas legislativas que avalan estas perspectivas han sido:

- a) La aprobación por la V Asamblea General de la Sociedad de Naciones (1924) de la *Declaración de los Derechos del Niño*, basada en cinco principios:
 - a) El niño debe tener la posibilidad de alcanzar un desarrollo físico y psíquico.
 - b) El niño hambriento debe ser alimentado.

- c) El niño enfermo debe ser curado.
 - d) El niño descarriado debe ser llevado a una vida normal.
 - e) El niño huérfano o abandonado debe ser asistido.
- b) La Asamblea General de la ONU de 20-11-59, que estableció los principios jurídicos básicos en su *Declaración de los Derechos del Niño*:
- 1) Igualdad.
 - 2) Protección para su desarrollo.
 - 3) Nombre y nacionalidad.
 - 4) Salud, vivienda y ocio.
 - 5) Cuidados especiales.
 - 6) Amor y comprensión.
 - 7) Educación.
 - 8) Protección prioritaria.
 - 9) Protección contra el maltrato y la explotación.
 - 10) Protección contra la discriminación.
- c) La *Convención de los Derechos de la Infancia* de la Asamblea General de la ONU del 20-11-89, que considera a los niños como sujetos de derechos en su articulado:
- Artículo 12: Derecho a expresar su opinión y a ser escuchado.
- Artículo 13: Derecho a la libertad de expresión.
- Artículo 14: Derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.
- Artículo 15: Derecho a la libertad de asociación.
- Artículo 16: Derecho a no ser objeto de injerencia en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o su reputación.
- Artículo 17: Derecho a acceder a la información adecuada.
- Artículo 40: Derecho de todo niño que sea considerado, acusado o declarado culpable de infringir las leyes penales a ser tratado de manera acorde con el fomento de un sentido de la dignidad y el valor, que fortalezca el respeto del niño por los derechos humanos y las libertades fundamentales de terceros y en la que se tenga en cuenta la edad del niño y la importancia de promover su reintegración y de que asuma una función constructiva en la sociedad.

Esta Declaración reafirma los derechos de protección fundamental prioritaria ante el abandono, malos tratos y explotación; la provisión de bienes y servicios (sanidad, enseñanza) y participación en los asuntos que le afectan.

En España, por su parte, merecen ser tenidas en cuenta tres iniciativas legislativas que, en nuestra opinión, avalan estas perspectivas, a la espera del establecimiento de un verdadero Estatuto del Menor:

- a) La Ley 21/1987 de 11 de Noviembre, por la que se modifican ciertos artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción, indica el comienzo del establecimiento en nuestro país de un sistema jurídico moderno de protección a la infancia en el que se establecen ciertos criterios básicos de actuación a la infancia: la desjudicialización de la protección y la transferencia a una Entidad Pública de la responsabilidad,

primacía del interés del menor frente a otros, inserción preferente de los menores en núcleos familiares, normalización de las redes de protección y coordinación de los servicios que se ocupan de los menores.

- b) La Ley 4/1992 de reforma de los juzgados de menores es otro punto álgido de esta evolución de la política hacia los menores en España.
- c) La Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que se inserta en la lógica de que los poderes públicos garanticen la protección social, económica y jurídica de la familia y de los menores, dando cumplimiento a lo establecido en la Constitución Española de 1978 y estipulando el efecto *educativo* que ha de orientar la protección del interés de los menores.

3. LA CALIDAD DE VIDA INFANTIL COMO HORIZONTE DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La Educación para la salud no se limita a tratar, como se ha señalado, ciertos aspectos particulares de la vida de los niños, sino que conlleva un compromiso global con su bienestar y con su calidad de vida y, por tanto, con la totalidad de los aspectos sociales y pedagógicos que les afectan, es decir, con los escenarios más próximos a las problemáticas de salud para la infancia. El marco comunitario aparece, entonces, como el más adecuado para el desarrollo de las políticas que influyen en la salud infantil o, si se prefiere, el municipal y, a través suyo, el modelo que proponemos es el expuesto de la intervención comunitaria para transferir a los más necesitados las capacidades de información y acción que les permita el acceso a los servicios y recursos existentes. De acuerdo con este modelo, la Educación para la salud ha de basarse en un profundo conocimiento de las necesidades, los riesgos y las oportunidades de la infancia en un territorio dado, para utilizar los recursos formativos, comunitarios e institucionales disponibles o exigir la puesta a su disposición de otros.

Los objetivos que ha de perseguir en este marco la Educación para la salud han de venir matizados por la disponibilidad, la accesibilidad y la oportunidad de los recursos de que se disponga, ya que la vulnerabilidad infantil está en estrecha relación con la vulnerabilidad económica del núcleo familiar en el que vive; por ello los objetivos han de orientarse a los contextos y escenarios básicos de socialización. De este modo la acción intersectorial que acoge la Educación para la salud no se plantea únicamente como un modo de desarrollar las competencias precisas para el desarrollo de los niños, sino también como el desarrollo y competencia de los núcleos de socialización.

Es cierto que la extensión de la educación formal a toda la población infantil y la universalización de la cobertura sanitaria son serias aportaciones para avanzar en la igualdad de oportunidades y reducir las desigualdades entre los niños. Sin embargo, la persistencia (a veces, agravación) de desigualdades estructurales (regionales, territoriales, culturales, familiares, etc.) hacen que la equidad sea un objetivo aún por alcanzar y prioritario.

Es en este marco de capacitación y habilitación comunitaria de recursos donde tiene cabida el modelo de competencia que, frente al énfasis de las dificultades y los factores de riesgo adversos, promueve un pensamiento positivo acerca de los recursos, competencias y factores de protección de la infancia con un elevado contenido preventivo; tres son sus objetivos en el terreno infantil:

- a) optimizar destrezas, habilidades y recursos personales de los niños, niñas y adolescentes, con especial incidencia en los que se encuentran con mayores dificultades;
- b) optimizar redes y sistemas de apoyo en su inmediato contexto familiar y comunitario y en las de apoyo más amplias, ya sean organizadas por la iniciativa pública o por la privada;
- c) optimizar los sistemas de apoyo profesional y capacitar a los recursos humanos que prestan estos servicios.

Hacer posible que se alcancen los objetivos de salud y sociales requiere un planteamiento global que tome en consideración los distintos planos existenciales de la vida de los niños. Ello conlleva la perspectiva de:

- a) planificar la política social para la infancia;
- b) mejorar el sistema de atención a la infancia;
- c) establecer una política para las familias;
- d) establecer una nueva cultura en torno a la representación y valores infantiles.

En este apartado aparece como conveniente no aceptar los límites del modelo racional-tecnológico de planificación y contemplar nuevos marcos organizacionales que permitan la relación horizontal y la fluidez informativa, establecer modos de trabajo conjunto y cooperativo entre los distintos agentes a los diversos niveles, ordenar los servicios al nivel comunitario, así como estimular y contar con el compromiso y la participación de la comunidad.

4. TRABAJO INFANTIL Y DERECHOS DE LA INFANCIA

“Millones de niños de todo el mundo trabajan en condiciones que son un obstáculo para su educación, su desarrollo y su porvenir. Muchos de ellos están ocupados en las peores formas de trabajo infantil que les causan daños físicos y psicológicos irreversibles e incluso ponen en peligro sus vidas. Esta situación es una violación intolerable de los derechos del niño, perpetúa la pobreza y compromete el crecimiento económico y el desarrollo equitativo.” (OIT, 2002a)

La OIT estima que, de los más de 200 millones de niños trabajadores que existen en el mundo entero, se sospecha que unos 180 millones de niños de 5 a 17 años (es decir, el 73 % del total de niños trabajadores) están actualmente ocupados en las peores formas de trabajo infantil, que incluyen el trabajo peligroso y las formas incuestionablemente peores de trabajo infantil. Está claro que el trabajo infantil es perjudicial para los niños, impide que puedan disfrutar de su infancia, obstaculiza su desarrollo y a veces provoca daños físicos o psicológicos que persisten durante toda su vida; también perjudica a las familias, a las comunidades y a la sociedad en su conjunto. Como resultado y como causa de pobreza, el trabajo infantil perpetúa situaciones de exclusión social, socava el desarrollo nacional al impedir la escolarización de los niños e impide que puedan obtener los conocimientos y las aptitudes necesarios.

Ningún país o región está libre del trabajo infantil, y ninguno es inmune al impacto de las crisis y los choques que en los últimos años han entorpecido, y de hecho siguen entorpeciendo, el desarrollo en todo el mundo. Se pueden citar, al respecto, las fases recesivas repentinas, tanto económicas como financieras, las transiciones políticas y económicas, las catástrofes naturales,

los conflictos armados y la pandemia del VIH/Sida, en el caso del África Subsahariana. Pero lo que necesitamos saber son las causas por las que determinados niños o grupos de niños se ven implicados en ciertas clases de trabajo infantil, en particular en sus peores formas. En el mercado de trabajo los niños no constituyen una categoría homogénea: la edad, el sexo, el origen grupal y/o cultural, la clase social y los grados relativos de privación parecen interactuar influyendo sobre el tipo y la intensidad del trabajo que realiza el niño, así como sobre si éste trabaja o no. El vínculo indisociable entre el trabajo infantil y la pobreza es un hecho ampliamente reconocido. Sin embargo, es preciso que contemplemos los distintos aspectos de la pobreza y, por su puesto, de las demás causas del trabajo infantil, así como la forma en que interactúan unas con otras. Las causas se pueden analizar en tres niveles (OIT, 2002a):

1. *Causas inmediatas*, que son las más perceptibles y evidentes: actúan directamente sobre el niño y la familia. Los elementos fundamentales son la escasez de los ingresos familiares y las crisis resultantes de problemas económicos familiares.
2. *Causas subyacentes*, que son aquellas que hacen referencia a determinados valores y situaciones que pueden predisponer a una familia o a una comunidad a aceptar e incluso a fomentar el trabajo infantil.
3. *Causas estructurales o de raíz*, que actúan en el terreno de la economía y la sociedad en sentido amplio, influyendo sobre la formación de los ambientes que facilitan o dificultan el desarrollo del trabajo infantil.

En consecuencia, las causas subyacentes más importantes son la pobreza y la desigualdad económica. A lo largo de gran parte de la historia de la humanidad, los niños han contribuido al bienestar de la familia de diversas maneras, pero el incremento de la urbanización y el hundimiento de los sistemas económicos tradicionales han propiciado aún más la precariedad de la subsistencia básica y han expuesto a los niños a mayores peligros. Otro factor decisivo es la disparidad entre niños y niñas. A su vez, el desarrollo de ciertas epidemias así como las repercusiones de las guerras y el aumento de las desigualdades económicas, acrecentan las huestes de niños empleados en las ocupaciones más arriesgadas, en gran parte procedentes de minorías, grupos indígenas y otros sectores marginados de la sociedad. El trabajo infantil sigue siendo una de las causas principales de explotación y vejación de niños en el mundo entero, niños que son privados de una educación adecuada y de buena salud. Muchos de estos niños son víctimas de las “peores formas” de trabajo infantil.

“El vínculo entre pobreza y trabajo infantil está bien establecido y, por lo tanto, no es sorprendente que los niños atrapados en las peores formas de trabajo infantil pertenezcan a los grupos socioeconómicos más vulnerables. Los niños que viven en la miseria, por lo general, trabajan en lugar de ir a la escuela y, aunque en algunos casos ello obedezca a un estigma social, lo más frecuente es que se deba a la inexistencia de centros educativos o a que las familias no pueden sobrevivir sin los ingresos suplementarios que aportan los niños. Se trata, en definitiva, de un círculo vicioso: el trabajo infantil socava el desarrollo económico y perpetúa la pobreza, impidiendo que los hijos de los pobres vayan a la escuela y limitando sus perspectivas de ascenso social. Por este motivo, en el plano internacional gana terreno la idea de que acabar con las peores formas del trabajo infantil e invertir en prevenirlo es algo más que una cuestión de proteger los derechos del niño; de hecho, es una estrategia esencial para mitigar la pobreza.” (OIT, 2002b: 9).

El informe (OIT, 2002a) aclara los límites de la abolición del trabajo infantil. El término “trabajo infantil” no abarca todos los trabajos que realizan los niños menores de 18 años. Muchos de ellos, en el marco de circunstancias nacionales muy diferentes, realizan trabajos que son totalmente coherentes con su educación y su pleno desarrollo físico y mental. A partir de las disposiciones de los Convenios números 138 y 182, el informe define tres categorías de trabajo infantil que deben abolirse:

1. el trabajo realizado por un niño cuya edad es inferior a la edad mínima fijada en la legislación nacional para ese tipo de trabajo;
2. el trabajo que sea perjudicial para el bienestar físico, mental o moral del niño, es decir, el trabajo peligroso, y
3. las formas incuestionablemente peores de trabajo infantil definidas internacionalmente, como la esclavitud, el tráfico de niños, la servidumbre por deudas y otras formas de trabajo forzoso, el reclutamiento forzoso de niños para utilizarlos en conflictos armados, la prostitución y la pornografía, y las actividades ilícitas.

La adopción del Convenio número 182 ha contribuido a poner de relieve la urgencia con que han de tomarse medidas para eliminar de forma prioritaria las peores formas de trabajo infantil, que incluirían:

- a) todas las formas de esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, como la venta y el tráfico de niños, la servidumbre por deudas y la condición de siervo, y el trabajo forzoso u obligatorio, incluido el reclutamiento forzoso u obligatorio de niños para utilizarlos en conflictos armados;
- b) la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas;
- c) la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la realización de actividades ilícitas, en particular la producción y el tráfico de estupefacientes, tal como se definen en los tratados internacionales pertinentes, y
- d) el trabajo que, por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños (Artículo 3).

Ante la insuficiencia de los servicios oficiales de protección y asistencia social de financiación pública, se van extendiendo cada vez más los *sistemas informales de apoyo y solidaridad*, en particular aunque no exclusivamente en países en desarrollo. En lugar de ser beneficiarios netos del apoyo social, los niños pueden ser importantes contribuyentes a esos sistemas. Los niños adquieren valor especial por el aporte de su trabajo a la economía doméstica durante la infancia y, cuando crecen, a los seguros sociales durante períodos en los que la enfermedad y el envejecimiento afectan a las generaciones de mayor edad de la familia. Pero estas formas tradicionales de apoyo pueden desintegrarse con el avance de las economías neoliberales que pueden excluir a las familias más pobres despojadas de los recursos necesarios para integrarse en el sistema de acuerdos recíprocos.

De la misma forma que el trabajo infantil está inextricablemente vinculado a la pobreza, su abolición efectiva se vincula a la educación. Mientras que unas oportunidades educativas de buena calidad y accesibles pueden ayudar a mantener a los niños alejados de formas inaceptables de trabajo, la ausencia de sistemas de educación pública, de escuelas de buena calidad

y de programas de formación sirve para perpetuar el trabajo infantil. El trabajo infantil, a su vez, impide que el niño asista a la escuela y pueda beneficiarse de ella.

El trabajo infantil es un problema recurrente que, aunque pueda superarse en lugares o sectores determinados, siempre trata de encontrar la manera de reaparecer bajo nuevas modalidades y con frecuencia imprevistas. Del mismo modo, las respuestas que demos al problema deben ser flexibles y adaptables, y deben basarse firmemente en la realidad del trabajo infantil en cada contexto nacional. No hay soluciones sencillas ni expeditivas, ni tampoco un plan universal de acción; si existieran, hace tiempo que habría desaparecido gran parte del problema. Es preciso realizar esfuerzos concertados y a largo plazo que se inspiren de forma creativa en el cúmulo de experiencias de lucha contra el trabajo infantil que se ha reunido.

Las medidas centradas en objetivos concretos y de alcance global que son necesarias para luchar contra la pobreza pueden y deben prestarse mutuamente y complementarse. En conjunto pueden influir de forma decisiva en la vida de los niños más pobres y más explotados. Una de estas medidas consiste en activar los programas con plazos definidos de lucha contra el trabajo infantil que los gobiernos llevan años sopesando. Una segunda medida, que encierra especial importancia para las niñas, consiste en garantizar el derecho de todos los niños a recibir una educación de calidad. Una tercera medida es lograr con urgencia la ratificación universal del Convenio número 182 de la OIT sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil. La última medida consiste en materializar los recursos para emprender esta lucha (UNICEF, 2001).

De acuerdo con el informe de la ONU (2001), *Nosotros los niños y las niñas: Cumplir las promesas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, la educación es una estrategia fundamental para prevenir el trabajo infantil. Los niños suelen dedicarse más al trabajo cuando no se dispone de educación o cuando la educación disponible no es asequible, de calidad y pertinente. Muchos niños explotados por el trabajo dejan totalmente de asistir a la escuela. Otros combinan el trabajo y la escuela, pero su capacidad de aprendizaje se ve seriamente afectada por la fatiga. Los esfuerzos por formular planes de estudio más pertinentes –que incorporen por igual formación personal y profesional– contribuyen considerablemente a la lucha contra el trabajo infantil. Igualmente, los métodos de aprendizaje no académicos han proporcionado experiencias valiosas a los educadores y a las personas relacionadas con los niños trabajadores.

5. MENORES Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El objetivo de la Educación para la salud en el ámbito de los menores consiste en promocionar la salud procurando un desarrollo global e implicando en ello a la comunidad. Esto supone:

- a) implicar en el proceso educativo a los diversos protagonistas: la infancia y los adultos responsables, padres, educadores, personal sanitario,
- b) comprender el protagonismo de la infancia en nuestra sociedad, lo que conlleva que se cuente con ella a la hora de organizar la vida, las relaciones con los adultos, los horarios, la organización urbanística, etc.,
- c) prestar una atención especial a los niños más desfavorecidos, víctimas de patologías sociales que inciden negativamente en su salud y, por tanto, en su desarrollo.

Esta proyección comunitaria del trabajo socioeducativo con los niños comporta el tratamiento de los problemas a partir de un concepto integrado de la intervención, que responde al hecho de que si los factores que producen los problemas son mixtos, también las intervenciones han de serlo. Por esa razón, dentro de los modelos de trabajo comunitario adquiere una importancia singular el análisis del territorio en que tal trabajo ha de plasmarse. En efecto, el territorio no es algo inerte o meramente geo-demográfico, sino algo activo y dinámico que incluye lo geo-demográfico que genera informaciones de diverso tipo y diferente nivel que hay que identificar para abordar la complejidad de los problemas. Esto es especialmente cierto para la infancia y la adolescencia, dado que en estas etapas de la vida existe ya una gran y dilatada dependencia del contexto. Básicamente se detectan dos modelos o estilos de trabajo diferente:

- a) *El modelo de acuerdos institucionales*, que se basa en el trabajo coordinado de las diversas agencias específicas (sustancias, salud mental, educativas, sociales...) que operan en el territorio. Los acuerdos entre los agentes, de acuerdo con este modelo, se adoptan tras las correspondientes valoraciones y evaluaciones que realiza cada agencia, siendo el afectado el que va de una agencia a otra.
- b) *El modelo centrado en el caso*: supone la acción coordinada de las diversas agencias para responder a los problemas existentes en la infancia. Requiere por tanto de la interdisciplinariedad, que supone el abordar cada caso de manera diferenciada y llegar a acuerdos para afrontar cada caso en el interior de la comunidad.

Frente a la relación dual del modelo a), el modelo b) insiste en el modelo triangular de relación entre la familia (comunidad), el problema que se trate y los equipos de salud. Con ello se permite desarrollar intervenciones secuenciales en el tiempo y que se ajusten a la maduración progresiva de los sujetos.

La tarea de trabajo comunitario de salud consiste en redefinir y devolver a la propia comunidad aquellos problemas y demandas que genera como anómalas para abordarlos en los distintos dispositivos de la red donde se generan y donde sean retomados para darles respuesta contextualizada. Los profesionales, actuando interdisciplinariamente, pondrán al servicio de la comunidad los conocimientos e instrumentos de que disponen en las distintas áreas de acción comunitarias. De este modo, la intervención a desarrollar deberá apoyarse en un modelo de interacción con las siguientes características:

1. *Desinstitucionalizada*: el trabajo con el niño se realizará en su medio y a todos los niveles (individual, familiar y social). El objetivo es integrar al niño en su medio, trabajando de forma coordinada con los elementos que intervienen en la vida del niño (familia, profesores, médicos...) y con los agentes comunitarios que intervienen en la comunidad (asociaciones, trabajadores sociales, etc.).
2. *Integrada, integral y continuada*: se desarrollará en un área determinada y coordinada con los distintos sectores de la vida del niño. Ello significa que la tarea a abordar incluye desde lo preventivo a lo asistencial, de la inserción a la reinserción.

Con este modelo de intervención se tienen las siguientes ventajas:

- 1ª El usuario sabe cómo, dónde y quién es responsable de la intervención educativa para la salud.
- 2ª Concentra los recursos y aún las actuaciones sectoriales.

- 3ª Permite una visión global y una integración general de las actuaciones.
- 4ª Hace innecesaria la institucionalización o los internamientos.
- 5ª Posibilita que los recursos y unidades sociales que se creen estén integrados en la realidad socioeducativa, sin atenerse a criterios tecnocráticos poco realistas.
- 6ª Permite la evaluación de resultados y necesidades al poder seguir la evolución y trabajar continuamente en una zona específica.
- 7ª Evita la duplicidad y descoordinación de las actuaciones.
- 8ª Unifica lo preventivo, lo asistencial, la formación y la investigación, partiendo de la realidad del lugar específico donde se aplica la intervención, fomenta la interdisciplinariedad y la relación técnicos-comunidad.
- 9ª Garantiza la presencia, el control y la participación activa de la comunidad en los procesos que se desarrollan.

Pero, al mismo tiempo, tales ventajas deben reforzarse y sostenerse con determinadas líneas de actuación metodológica que han de guiar la intervención, y entre las que hemos de señalar

- a) la necesaria utilización de los recursos propios del área,
- b) la continua redefinición de tareas y funciones,
- c) la delimitación, el análisis y la evaluación de las necesidades, tanto sus causas como sus efectos y los resultados que tienen,
- d) partir siempre de las realidades concretas del medio vital del niño para ampliar los marcos vitales de desarrollo,
- e) evitar el etiquetado y la utilización de criterios rígidos,
- f) ampliar la observación, integrando los elementos y variables del medio,
- g) adecuar los análisis a la complejidad y no a la inversa.

6. LA ACCIÓN DE LAS FAMILIAS Y DEL SISTEMA EDUCATIVO EN FAVOR DE LOS MENORES

En este contexto, es especialmente significativa la necesidad de colaboración entre escuela y familias, ya que, como afirman COLEMAN y HUSEN (1989), las políticas socioeducativas pueden fracasar por la falta de cooperación por parte de las familias, cuyo nivel de competencia intelectual incide, en buena medida, en el éxito personal, escolar y profesional de los menores a pesar del papel modulador que ejerce la calidad del sistema educativo y los recursos en él invertidos.

“Por eso cuando los objetivos educativos de familia y escuela coinciden, el desarrollo integral y el éxito educativo son más que probables. Sin embargo cuando divergen, cuando se producen serias contradicciones entre ambas, puede verse afectado el desarrollo/aprendizaje de los niños/as. (...) En suma, la familia ejerce sobre sus miembros un efecto socializador tan poderoso que puede contribuir a modificar, en uno u otro sentido, los demás efectos socializadores.” (ALBERDI, 1995: 464-465).

La función educativa y socializadora de ambas puede, por tanto, complementarse y no obstaculizarse, es decir, puede darse la colaboración y el intercambio complementario entre

estos agentes privilegiados de socialización, o la desconexión y el aislamiento entre ambos, aunque no sean las únicas instituciones o agentes que en la sociedad abordan estas tareas. En las sociedades occidentales, la familia va compartiendo progresivamente funciones con la escuela, llegando a un momento en el que no existe una clara división entre las tareas educativas y socializadoras. En los últimos tiempos, se ha ido produciendo un progresivo desplazamiento hacia la escuela del papel protagonista que había desempeñado la familia en el terreno educativo en períodos precedentes. Los cambios acaecidos han hecho posible que la escuela haya ido asumiendo un mayor protagonismo y tomando para sí funciones que antes había desempeñado la familia.

Esta evolución ha repercutido en los estudios relacionados con esta temática, desprendiéndose dos líneas de investigación fundamentales que desarrollan esta historia de encuentros y desencuentros entre la familia y la escuela. La primera se centra en las relaciones existentes y las influencias ejercidas por el ambiente familiar en el ámbito escolar. La segunda, aparecida bien entrados los años ochenta, es la que aborda las conexiones entre los dos sistemas, esto es, la participación-comunicación o, en su caso, el aislamiento de estas dos instituciones. Para evitar los factores negativos de la posible descompensación de la actuación de ambos, una interesante propuesta realizada por el movimiento asociativo de padres, lamentablemente no con demasiado éxito, fue la de “realizar la LOGSE y sus propuestas educativas también en casa” (LASHERAS y GARCÍA, 1993), intentando trasladar coherentemente sus objetivos educativos al entorno familiar. Como ya hemos planteado en otras ocasiones (GARCÍA y BENITO, 1996b; 1996c), el tipo de estructura familiar condiciona la participación integradora en la familia. Y una *familia democrática*, con altos niveles de igualdad entre sus miembros, es el medio idóneo para la implantación y la proyección exterior de las prácticas participativas y tolerantes de los individuos. Si ello se complementa con el aprendizaje en una *escuela democrática y comunitaria*, se podrá establecer una buena base para la reducción de los determinantes de cualquier tipo de maltrato o marginación de los menores.

Desde una perspectiva crítica de la educación, en parte asumida por la legislación educativa vigente, el sistema educativo debe contribuir al establecimiento y desarrollo de valores tales como los de cooperación, paz, democracia, participación y emancipación de los individuos. Pero para su implantación se precisa, y más aún tratándose de tales valores, de la colaboración e implicación de toda la sociedad en general y de la comunidad educativa en particular. Así, la *escuela democrática* sería una garantía de calidad y de continuidad del proceso educativo. A ello parecen estar orientados los procesos que inciden en la apreciación de la escuela en términos de *comunidad educativa*, con lo que se pretende incorporar a todos los sectores y elementos personales, especialmente a los que con anterioridad estaban excluidos: alumnado y padres de alumnos y alumnas. La importancia de este cambio de orientación de la institución escolar es fundamental en tanto que implica

“la construcción de un nuevo paradigma que pasa a otorgar un mayor énfasis a la comunicación como vínculo educativo y a la colaboración activa en la construcción de un proyecto común. Además, proporciona espacios donde dirimir posibles conflictos de intereses, haciendo posible a través del intercambio y el contacto de los diferentes agentes socializadores, un mayor conocimiento de los mismos, de sus funciones y límites” (ALBERDI, 1995: 238).

7. CONCLUSIÓN

Desde nuestro punto de vista, las acciones socioeducativas deben ir destinadas a permitir que las comunidades asuman el protagonismo en la construcción de las condiciones sociales de salud (GARCÍA, 1998). Esta apreciación de la acción educativa para la salud resitúa el campo de la acción social, al configurarlo como un apoyo a los ciudadanos y sus comunidades y no como un sustituto de su protagonismo. De esta manera, la acción de orientación y apoyo de la acción socioeducativa a la mejora de la calidad de vida de los menores se hace compatible con la autoayuda y las redes de apoyo sociales establecidas por la propia comunidad, efectuándose en los espacios vitales (físicos y temporales) de los diversos sectores de la población tanto para eliminar factores de riesgo como para proveer elementos que faciliten el desarrollo de modo de vida más sanos, es decir, para establecer estrategias de acción preventivas o modificadora que configuren los espacios facilitadores de la promoción de la salud del conjunto de los miembros de la comunidad.

Algo que ya ha sido profusamente reiterado por las orientaciones promocionales y educativas para la salud que en los últimos años viene adoptando la Organización Mundial de la Salud (OMS). Si, como sostiene la OMS (1997) en su *Declaración de Yakarta*, “las condiciones previas para la instauración de la salud son la paz, disponer de una vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, tener una renta, una utilización duradera de los recursos, la justicia social, el respeto a los derechos del hombre y la igualdad”, entonces la acción socioeducativa para la promoción del bienestar entre los menores debe responder a la exigencia de cubrir y prevenir las necesidades sociales en este terreno mediante su detección y la aplicación de medios educativos de orden preventivo y promocional. El enfoque que anima esta orientación ha de consistir, por tanto,

“en desarrollar las capacidades de acción de la población ante las problemáticas que le afectan en todos los planos (individual, comunitario o institucional), siendo su objetivo último el de conseguir la emancipación de las condiciones que constriñen su desarrollo social e individual y la mejor de sus condiciones de vida” (GARCÍA *et al.*, 2000).

Lo que implica, en esta línea de análisis, el desarrollo de una acción social conducente a la prevención y a la educación de la comunidad para que asuma un papel activo en la mejora de sus condiciones de vida, y en especial de sus menores, mediante la participación en la toma de decisiones en aquello que le afecta. Y ello en un mundo que, según Edgar MORIN (1994) se singulariza por la desaparición de las viejas solidaridades comunitarias y por el desarrollo de las nuevas solidaridades administrativas, solidaridades que algunos autores cuestionan reclamando no un Estado del bienestar sino un Estado de justicia, un Estado que sea más equitativo, menos competitivo y menos violento.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBERDI, I. (Dir.) (1995): Informe sobre la situación de la familia en España (Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales).
- ARIÈS, P. (1987): El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen (Madrid, Taurus).
- ARRUABARRENA, M.I. y DE PAUL, J. (1994): Maltrato a los niños en la familia (Madrid, Pirámide).
- BARUDY LABRIN, J. (1998): El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil (Barcelona, Paidós).
- BENITO, J. (1997): La violencia como factor del estrés. Comunicación a las X Jornadas Internacionales sobre Psicología Clínica y Salud: "Estrés y Salud". Murcia.
- BROMFENBRENNER, U. (1977): Toward an experimental ecology of human development, *American Psychologist*, 32, pp. 513-531.
- CASTILLO LEMEE, F. (1993): La Escuela Promotora de Salud, en A. GARCÍA (Coord.), Claves de Educación para la salud, pp.33-56 (Murcia, D.M.).
- COLEMAN, J. y HUSEN, T. (1989): Inserción de los jóvenes en una sociedad en cambio (Madrid, Narcea).
- DE PAUL, J. (Ed.) (1988): Maltrato y abandono infantil: identificación de los factores de riesgo (Vitoria, Servicio de publicaciones del País Vasco).
- DÍAZ-AGUADO, M^a.J. (1996): Programas de educación para la tolerancia y prevención de la violencia en los jóvenes (Madrid, Instituto de la Juventud).
- GARCÍA, A. (1992): La Pedagogía social en su contexto (Barcelona, PPU/DM).
- GARCÍA, A. (Coord.) (1998): Claves de Educación para la Salud (Murcia, D.M.).
- GARCÍA, A. y BENITO, J. (1996a): La Educación para la Salud en el contexto de la reforma educativa, *Revista de Pedagogía Social*, 14, pp. 135-145.
- GARCÍA, A. y BENITO, J. (1996b): Educación, familia y democracia, *Surgam*, 2^a Época, Año XLVII, 441. Septiembre-October, pp. 25-40.
- GARCÍA, A. y BENITO, J. (1996c): Familia y Educación. La integración de lo sociocomunitario, *La Cristalera*, 6, pp. 23-27.
- GARCÍA, A. *et al.* (2000): Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida (Madrid, Arán).
- GONZÁLEZ, M. (1998): La prevención del maltrato infantil, en A. GARCÍA (Coord.), Claves de Educación para la Salud, pp. 139-165 (Murcia, D.M.).
- GORDILLO, M.V. (1996): Desarrollo del altruismo en la infancia: una alternativa al modelo de Kohlberg (Madrid, CIDE, Ministerio de Educación y Ciencia).
- GRACIA, E. y MUSITU, G. (1990): Integración y participación en la comunidad: una conceptualización empírica del apoyo social comunitario, en G. MUSITU, E. BERJANO y J.R. BUENO (Eds.), *Psicología Comunitaria* (Valencia, Nau Llibres).
- GRACIA, E., MUSITU, G. y GARCÍA, F. (1991): El apoyo social: una variable moduladora en las relaciones padres-hijos en situaciones de maltrato, en VVAA, III Congreso Nacional de Psicología Social. Libro de comunicaciones. Vol. 1. Santiago de Compostela.
- GRACIA, E. y MUSITU, G. (1993): El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo (Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales).
- JIMÉNEZ, J., OLIVA, A. y SALDAÑA, D. (1996): Maltrato y protección a la infancia en España (Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales).

- KEMPE, CH. *et al.* (1962): The battered child syndrome, JAMA, 181, pp. 17-24.
- LAS HERAS, J. y GARCÍA, L. (1993): Escuela y familia, ponencia para las Jornadas nacionales de UNAF (Madrid, CEAPA). Policopiado.
- LÓPEZ, F. (1995): Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos. 2 vol. (Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales).
- MORIN, E. (1994): La solidaridad y las solidaridades, El País, 25-26 de Diciembre.
- O.I.T. (2002a): La acción del IPEC contra el trabajo infantil 2000-2001: Avances y prioridades futuras. Edición digital.
- O.I.T. (2002b): Un futuro sin trabajo infantil. Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo. Conferencia Internacional del Trabajo. Edición digital.
- O.M.S. (1948): Carta fundamental de la Organización Mundial de la Salud.
- O.M.S. (1997): Declaración de Yakarta.
- ONU (2001): Nosotros los niños y las niñas. Cumplir las promesas de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia. Edición digital.
- PETRUS, A. (1998): La violencia como nuevo espacio de educación social, en L. PANTOJA (Ed.), Nuevos espacios de la educación social (Bilbao, Universidad de Deusto).
- ROIG, A. y DE PAUL, J. (1993): Maltrato y abandono en la infancia (Barcelona, Martínez Roca).
- SARLET, A.-M., GARCÍA, A. y BELANDO, M. (1996): Educación para la Salud: una perspectiva antropológica (Valencia, Nau Llibres).
- TIEJTEN, A.N. (1980): Integrating formal and informal support systems: The Swedish experiencia, en J. GARBARINO Y S.H. STOCKING (Eds.), Protecting Children from Abuse and Neglect (Londres, Jossey-Bass).
- UNICEF (2001): Eliminar el trabajo infantil. Afirmando los derechos del niño. Edición digital.
- UNICEF (2002): Estado Mundial de la Infancia 2002. Capacidad de liderazgo. Edición digital.
- VV.AA. (1998): Documento sobre la violencia en el ámbito familiar. Conclusiones del grupo de trabajo. Policopiado.
- ZUNZUNEGUI, V., MORALES, J.M. y MARTÍNEZ-SALCEDA, V. (1997): Maltrato infantil: factores socioeconómicos y estado de salud, Anales Españoles de Pediatría, 47, pp. 33-41.