

En este artículo se analiza la necesidad de adoptar un enfoque comunitario que integre contexto escolar y contexto familiar y social, haciendo especial hincapié en la aportación que la institución sanitaria a partir de la Enfermería Comunitaria pueda ejercer en el marco escolar.

Hacia un enfoque comunitario en el tratamiento de la Educación para la Salud en la escuela

pp. 69-76

Angustias González*

Universidad de Huelva

Introducción

Los enfoques didácticos utilizados para el tratamiento de la Educación para la Salud (EpS) en la escuela se han centrado por lo general en los agentes educativos –profesores y alumnos– y han olvidado sistemáticamente la participación de otras instituciones preocupadas por esta temática. Así la familia y las instituciones sanitarias y sociales, en unos casos, han delegado su responsabilidad en la escuela y, en otros, cuando han tratado de participar, se ha desestimado su colaboración alegando el tipo de enfoque prescriptivo utilizado o combatiendo un supuesto intrusismo profesional de padres y sanitarios que invaden las competencias docentes.

La importancia que la EpS en la escuela posee para la formación básica e integral de la persona, tanto en su aspecto individual como social, requiere sin embargo del consenso y de la colaboración de todos aquellos colectivos e instituciones que puedan ayudar a la escuela en su tarea educadora, pues la funcionalidad

que aportan estos conocimientos a la promoción de actitudes saludables y que básicamente implican al propio desarrollo armónico de las facultades humanas, justifica sobradamente la implantación de un enfoque comunitario con capacidad integradora. No siempre este desiderátum sin embargo ha impregnado la realidad escolar. Escuela, familia e instituciones sanitarias y sociales continúan, sin embargo, constituyendo mundos paralelos sostenido por encuentros puntuales: campañas, festividades y jornadas que, ajenos al proyecto educativo, han figurado más que configurado la práctica escolar.

El enfoque comunitario. Elemento clave para la salud familiar y escolar

La persona es un ser social por naturaleza y como tal se agrupa en familias y en comunidades a las que le une un fuerte sentimiento de pertenencia al grupo. Tradicionalmente se ha

* Departamento de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería. Ctra. de Sevilla, s/n 1068, Huelva. Miembro del grupo de Investigación HIGIA. Tfno.: 959 018 307.

entendido la comunidad como un conjunto de personas que se agrupan con fines comunes de protección o servicios, capaz de transmitir valores, cultura, actitudes frente a la salud y la enfermedad y que varía en función de los aspectos étnicos, sociales, educativos o religiosos (Tinkham y Woorhies, 1981). Sin embargo la complejidad del mundo globalizado actual exige una renovación conceptual en el sentido de concebir la comunidad como una organización no estanca sino permeable a los influjos externos, caracterizada por profundas desigualdades económicas, sanitarias y sociales, aspecto que implica *“adecuar el modelo de participación comunitaria a este nuevo concepto de comunidad (...), esto supone, entre otras cosas, articular mecanismos diversos que respondan a la diversidad social, que vayan de lo individual a lo colectivo y de lo formalizado a la capacidad de los Centros de salud de articular relaciones informales y fluidas con su medio social”* (De la Revilla y otros, 1999; p. 132).

Desde una perspectiva sanitaria, la unidad de atención de los cuidados es la comunidad, entendida como el conjunto de grupos que la componen con entidad y valores diferentes. En ella se encuentra una agrupación de especial importancia en la atención primaria, la familia. La OMS (1974, p. 11) en este sentido explica *“los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en ésta como una unidad”*. El núcleo de intervención lo constituyen las distintas formas de agrupamiento presente en cada demarcación territorial o determinados segmentos de población que, sin tener características de grupo, pueden constituir una unidad de atención en función de criterios epidemiológicos o estratégicos. Entre estos núcleos destacamos por su importancia para el trabajo en salud, los grupos primarios como la familia y los grupos secundarios entre el que sobresale el escolar.

La familia posee identidad propia y comparte valores e intereses que determinan de alguna forma las actividades de la vida diaria relacionadas con la salud. Tal como la conciben Horton y Hunt (1988) es *“la institución social básica a partir de la cual se han desarrollado otras institu-*

ciones, conforme la creciente complejidad cultural las ha hecho necesarias”. Este sistema de relaciones primarias e interdependientes cuyo rasgo principal es la solidaridad, tiene especial relevancia desde el punto de vista de los cuidados y de la educación, ya que sitúa a la familia como estrategia para intervenir y participar en la Educación para la Salud.

La familia tradicional compuesta por varias generaciones que conviven es un fenómeno en regresión en las sociedades avanzadas. El papel de cuidadora informal desempeñado por la mujer convencionalmente, ha sido relegado al cumplir con otros roles sociales, la reducción del número de hijos, el envejecimiento de la población, entre otras muchas razones, determinan una nueva configuración familiar. Podemos encontrar hogares con ancianos que viven solos, parejas de hecho o grupos de personas que comparten el mismo techo y una filosofía de vida. Algunos autores comienzan a hablar, más que de familia en el sentido clásico, del ámbito o ambiente doméstico.

La evolución que ha sufrido y el significado que ésta tiene en cada cultura determina modos diferentes de conceptualizarla, pero de todas ellas se desprenden tres aspectos esenciales que permanecen constantes: la existencia de unos lazos de interacción, afecto e intimidad entre sus miembros; el funcionamiento como grupo que posee características comunes y, la compartición de un lugar común. Buil y otros (1997) exponen una clasificación en las que se incluyen: *la familia extensa* constituida por varias generaciones de la misma familia que conviven en la misma casa; *la familia nuclear* formada por la pareja y los hijos, incluyendo algunos subtipos: nuclear sola, nuclear con agregado, nuclear incompleta y nuclear de divorciados. En un último grupo recoge a *otros tipos de familias*, personas solteras o sin familia, equivalentes familiares y varias familias nucleares juntas².

Es importante después de los cambios sociológicos originados en las sociedades avanzadas que, tanto el equipo de profesores como de salud, adquiera un concepto de la familia am-

² Otra clasificación interesante realizada desde el punto de vista antropológico puede verse en Todd (1999).

plio y actualizado y llegue a un acuerdo sobre su significado, y las implicaciones que la diversidad de familias actuales tienen para el desempeño de la tarea profesional.

Existen muchas razones que fundamentan un enfoque comunitario centrado en la familia como unidad. A pesar de la existencia de acuerdo en la atención al individuo y a la familia, continua siendo escasa la práctica profesional desde esta perspectiva. Tal como recoge Úbeda (1995) este enfoque se fundamenta en los siguientes aspectos:

a) La familia como núcleo generador de hábitos, representa una vía para promover hábitos saludables a través de acciones que mejoren el estilo de vida, y no sólo dirigidas al individuo. Constituye asimismo el núcleo de génesis de las normas y valores que irán transformándose a lo largo de la vida y en su interacción con el medio.

b) La familia como sistema, hace que funcione como unidad: las necesidades y problemas de salud de uno de sus miembros afectan a todo el grupo.

c) La transmisión de patrones culturales que supone la educación de los hijos, asumida tradicionalmente por la familia y más en concreto por la mujer, al incorporarse al mundo laboral ha pasado a depender en muchos casos de la institución escolar.

d) La orientación de los servicios sanitarios hacia la familia representa una estrategia fundamental para promover actividades de promoción de la salud que lógicamente tendrán incidencia en el marco escolar.

Una de las dificultades que se plantean desde esta perspectiva es hallar la manera de capacitar a las familias para desarrollar plenamente sus funciones y objetivos. Las familias tienen una importancia clave para el desarrollo humano, pero no pueden hacerlo por sí solas; es imprescindible una relación positiva entre éstas y los sectores educativos y de salud por su vinculación con ella a lo largo de su ciclo evolutivo. ¿Qué papel debe jugar entonces la Educación para la Salud en este enfoque comunitario?, ¿cómo dar respuesta a los nuevos retos que demanda la sociedad a las instituciones educativas y sanitarias?

Educación para la Salud en la Escuela o la necesidad de integrar los problemas de salud en el currículum escolar

La importancia de la prevención y la promoción de actitudes saludables refuerza aún más la urgente necesidad de integrar la Educación para la Salud (EpS) en la escuela, reconocida desde ámbitos muy diversos como una de las estrategias básicas en la que se debe sustentar este enfoque comunitario.

Son múltiples las definiciones que han tratado de explicar este concepto, la OMS en la 36 Asamblea Mundial de la Salud en 1983 la definía como:

“cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite” (OMS, 1989).

Tal como lo expresan Costa y López (1989) la Educación para la salud “*debe contemplarse en una estrategia amplia de Promoción de la Salud en donde la comunidad asuma un protagonismo efectivo, y sus objetivos vayan más allá de los estrictamente educativos*”. De igual forma el objetivo de la Educación para la Salud se expresa en términos de un valor de la comunidad que le ofrece la capacidad de enfrentarse, individual y colectivamente, a comportamientos, estilos de vida y medio ambiente en un sentido participativo amplio.

De igual forma, los modelos de EpS han sido estudiados por diversos autores. Tones (1981), destaca: el *enfoque educativo, preventivo, radical y de desarrollo personal*, López (2000), por su parte, los agrupa en tres grandes tendencias: enfoque divulgativo o prescriptivo, conductual e integral, según las concepciones de salud y educación que adopten y las estrategias metodológicas que propugnen. El enfoque integral de salud constituye en estos momentos una perspectiva emergente para el ámbito escolar al considerar la salud, desde una concepción ecológica, como el equilibrio del hombre con su medio en interacción constante con sus múltiples determinantes y su grupo de convivencia.

El conocimiento del cuerpo, la higiene, la alimentación, etc. han constituido parte del currículum escolar, aunque a veces más como fruto de la iniciativa personal del profesor que como labor sistematizada y coordinada entre el equipo docente y la colaboración comunitaria. La EpS ha estado de alguna manera siempre presente en la escuela. Un referente histórico en este sentido, dentro del contexto socioeducativo de la época, lo encontramos en el trabajo de Rosa Sensat (1927, p. 9), precursora del movimiento de liberación de la mujer, donde se orienta al profesorado en la importancia de la Educación para la Salud en la escuela:

“sólo la escuela puede imponer a la niña la enseñanza de una verdadera ciencia del hogar, librándola de la rutina y de los prejuicios, dándole nuevas formas de trabajo y los métodos de una racional dirección en lo económico, en lo higiénico y en lo moral”.

En la década de 1980, la Administración siguiendo las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales, se plantea dar respuesta educativa a determinados problemas sociales y de salud emergentes como la drogadicción, los embarazos no deseados, el SIDA, etc. Uno de los programas impulsados por el Ministerio de Educación y Ciencia fue el de prevención de drogodependencias en el ámbito escolar, creado en 1987. Coincidiendo con la reforma sanitaria se inicia el plan de integración de la Educación para la Salud en los nuevos currícula.

Los primeros convenios firmados entre los ministerios de educación, sanidad y consumo durante los años 1989-1990 suponen un giro importante puesto que no sólo se amplió el ámbito de actuación sino que aumentaron los recursos económicos y humanos, aunque los resultados obtenidos una década después no respondan plenamente a las expectativas generadas. En una evaluación realizada por Fernández Costa y otros (1999) sobre 19 programas específicos de prevención de SIDA en educación secundaria entre 1990 y 1997, señalan que éste ha sido uno de los temas más tratados en todas las Comunidades Autónomas donde, además, se han elaborado materiales curriculares. Dichos

autores revelan que los programas analizados proponen pautas metodológicas adecuadas pero las intervenciones son escasas o de corta intensidad, y que el trabajo de los estudiantes se ha centrado sobre todo en una fase informativa. La propuesta que realizan para mejorar estos programas se refiere a la programación de intervenciones más prolongadas con mayor número de actividades y estrategias educativas dinámicas; no obstante dicho informe curiosamente no contempla la adopción de enfoques comunitarios.

Junto a estas medidas administrativas, numerosos movimientos de renovación pedagógica comenzaron a desarrollar propuestas innovadoras que relacionaban educación y salud mediante la utilización de enfoques participativos, donde intervenían profesores, padres y personal sanitario. La LOGSE finalmente instituye los temas transversales del currículum, en el que la salud forma uno de sus núcleos fundamentales.

La formación del profesorado así como la del personal sanitario constituyen sin embargo el principal problema para la adopción de propuestas innovadoras e integradoras de la EpS en la escuela. Ambos colectivos profesionales a pesar de manifestar una gran sensibilidad por que los contenidos de salud se introduzcan en marco escolar reconocen por el contrario su escasa preparación al no formar parte en de los planes de estudio de formación inicial del profesorado ni de las titulaciones relacionadas con la rama sanitaria, excepto en el caso de Enfermería, donde se dedica a esta materia algunos créditos de la troncalidad. ¿Existen experiencias en este campo? ¿Cómo establecer esta colaboración entre los distintos sectores implicados?, ¿qué puede aportar cada uno de ellos?

La realidad escolar. Análisis de caso

La integración de las transversales y en concreto de la EpS en el marco escolar no puede calificarse precisamente de exitosa. Un currículum sobrecargado organizado en función de las disciplinas, unos materiales curriculares que, en muchos casos, obvian la transversalidad y una

escasa preparación del profesorado en estas materias constituyen, entre otros, algunos de los problemas detectados. Así, Travé y Pozuelos (1999, p. 5) sostienen que “la transversalidad, que nació con vocación de integrar los problemas y demandas sociales en el currículum obligatorio, lejos de cubrir dichas expectativas, en la actualidad está sirviendo de escaparate de nuevas modas escolares. Campañas sanitarias, ecológicas o coeducativas; el día de la paz, de la solidaridad norte-sur o, del consumerismo cambian momentáneamente la fisonomía de las aulas”. En concreto en el caso de la EpS es frecuente observar como muchas escuelas promueven modelos de carácter prescriptivo y conductual, basados en enfoques unisectoriales, no comunitarios, bajo la denominación del *día de la fruta*, *la semana bucodental*, o *el cursillos de drogodependencia y sexualidad*, que a veces imparten profesionales sanitarios o voluntarios de ONGs.

Si bien disponemos de abundante literatura sobre la necesidad de adoptar un enfoque comunitario en el tratamiento de la EpS en la escuela, su práctica por el contrario puede calificarse de incipiente. No obstante, atendiendo a las limitaciones de extensión de un artículo se han seleccionado, a modo de ejemplo, tres casos donde se aborda de manera diferente un enfoque comunitario de la EpS en la escuela. Ello permitirá obtener algunos indicadores que facilitan dicho enfoque.

Caso 1

El Centro de Salud del Puerto de la Torre (Málaga) en colaboración con los profesores y padres de los alumnos de seis años de los colegios públicos de la Zona Básica de Salud ha desarrollado un programa colaborativo de EpS durante dos años cuyo objetivo se centra en la adquisición de hábitos saludables, realizando actividades relativas a alimentación e higiene buco-dental. El programa *Jugando aprendemos a tener salud*, elaborado por el equipo de salud participante, consta de materiales curriculares (44 fichas ilustrativas, dos cuentos, diapositivas y vídeos) que se entrega al profesorado al iniciar el curso. El equipo lleva un seguimiento de las

actividades y participa en la proyecciones y charlas a los alumnos y padres. El seguimiento de la investigación se realiza mediante un pretest y postest. Entre las conclusiones de la experiencia, los autores destacan la ausencia de cambios significativos en los hábitos de los alumnos, sólo se detectan ligeros avances en los contenidos informativos, por lo que llegan a afirmar que la EpS requiere una labor continuada a lo largo de la escolaridad de manera conjunta entre el hogar, el colegio y el centro de salud y que intervenciones puntuales no tendrán impacto sobre el cambio de hábitos hacia estilos de vida saludables (Gómez y otros, 1998).

Caso 2

El Colegio Público Cruz Verde de la Rambla, Córdoba, integrado en la red andaluza de Escuelas Promotoras de Salud, lleva diez años desarrollando actividades de EpS dirigidas tanto a Educación Primaria donde se abordan temas sobre alimentación y nutrición e higiene y aseo personal, como a secundaria con temáticas referidas a la conservación del medio ambiente, sexualidad y prevención de drogadicciones. La programación de actividades didácticas se desarrolla con la participación de padres, profesores y profesionales del Centro de Salud. Durante el proceso se evalúan los materiales, la metodología y los recursos utilizados. Respecto a la metodología, se realizan exploraciones de ideas previas a partir de encuestas, se exponen los temas mediante proyecciones, comentarios, discusión y realización de talleres para posteriormente proponer actividades de autoevaluación para comprobar el aprendizaje de conocimientos y actitudes (Fernández, 1997).

Caso 3

El Equipo de Atención Primaria (EAP) Vicente Soldevilla, después de realizar el diagnóstico de salud de la zona, detecta una serie de problemas en relación a la salud escolar, sobre los que se realizan proyectos de EpS en el marco de los acuerdos institucionales. Tras el consenso logrado entre el EAP, los colegios públicos y el

Ayuntamiento se consolida un programa de salud escolar, donde se recogen actividades de prevención y promoción de salud coordinados por la Mesa de Salud Escolar de Distrito. Entre las conclusiones los autores señalan que la coordinación sistemática con otros servicios educativos y sociosanitarios ha sido uno de los mayores hallazgos logrados que ha permitido elaborar materiales, disponer de recursos y realizar jornadas de encuentro multisectoriales (Sarriés, 1998).

El primer caso representa lo que podemos denominar *enfoque comunitario de suplantación*, dirigido por un grupo de profesionales del Centro de Salud que es el protagonista del programa de Educación para la Salud que se implanta en la escuela. El equipo responsable del proyecto diseña un programa de salud cuyas actividades son realizadas en unos casos por los profesores y en otros por el propio equipo a través de charlas y proyecciones. Igualmente es el propio equipo quien solicita a los padres la colaboración para poner en marcha dicho programa. La utilización de pretest y postest constituye el instrumento de investigación. Entre los resultados destaca un aumento del nivel de información y el cambio de algunos hábitos de alimentación e higiene de los alumnos. Finalmente, llegan a la conclusión de la necesidad de un trabajo coordinado entre los distintos sectores participantes y continuo en cuanto a su intervención en el tiempo. Estamos pues, ante un *modelo conductual* en el que aún partiendo de una supuesta perspectiva comunitaria, merece la pena destacar el escaso impacto que la EpS tiene para lograr un cambio de actitudes saludables, debido principalmente al modelo de intervención externo, sobre la escuela, y no integrado, es decir, con la escuela. De igual forma, la participación de la familia queda relegada a un papel pasivo, receptor de informaciones externas.

La ejemplificación que se describe en el segundo caso, a diferencia del anterior, está centrada en la escuela, en el equipo de profesores como impulsor de un programa de Educación para la Salud escolar tanto a nivel de educación primaria como secundaria. Se adopta una perspectiva que se puede denominar *enfoque comu-*

nitario docente por el que la transversalidad adquiere el protagonismo de un área de conocimiento propio integrada por el conjunto de la Educación para la Salud, educación para el consumo y educación ambiental y dotada de tiempo y contenido curricular singular. La participación de padres y de profesionales del centro de salud está liderada por el equipo docente, posibilitando que dichos colectivos puedan intervenir en clase. Los instrumentos de investigación que se utilizan para evaluar el proyecto, análisis de cuaderno del alumno, diario de clase y la observación directa tanto del equipo docente como del personal sanitario, constituyen en síntesis los indicadores de evaluación del proyecto. Los resultados que se han obtenido muestran cambios lentos en la adquisición de actitudes saludables. Se jerarquiza así, dentro de la perspectiva comunitaria, el papel del profesorado frente al resto de los colectivos implicados, donde destaca la ausencia de una programación conjunta asimilando la transversalidad a un nuevo área de conocimiento escolar.

El tercer caso, al que denominaremos *enfoque comunitario institucional* prioriza el papel de las instituciones sanitarias o educativas que deciden los programas de EpS que se adoptan en los centros educativos y sanitarios. Se trata de organizar los recursos necesarios de una zona para atender a las necesidades de salud de la población. Representa asimismo un entramado organizativo compuesto por diversos organismos administrativos para la detección y evaluación de los proyectos que se aplican en el marco escolar. Este enfoque comunitario puede, en determinados casos, obstaculizar la participación de la familia y del colectivo docente en la programación de las actividades didácticas que se realizan en el centro, adoptando una visión de la EpS que considera la escuela como un mero instrumento al servicio de objetivos ajenos.

Entre las deficiencias detectadas en la mayor parte de los casos analizados se pueden destacar, en relación a los docentes y sanitarios, la resistencia de una parte de ambos colectivos que no acepta la participación comunitaria argumentando, además del aumento de trabajo y la amenaza de control de la población, la falta de

formación en temas de promoción, participación comunitaria y EpS. Asimismo, en relación a la población, si bien en un comienzo la participación de la comunidad suele ser muy dinámica y productiva, más tarde se torna en pasividad delegando en los profesionales la organización y responsabilidad de las actividades.

Las experiencias descritas pueden representar un amplio abanico de intervenciones que desde los ámbitos sanitarios, educativos o institucionales se están produciendo por distintos colectivos para contribuir a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en la escuela mediante enfoques comunitarios. El conjunto de estas actuaciones, unas veces basadas en modelos prescriptivos, otras en actuaciones conductuales, y otras en supuestos enfoques integrales conviven como modelos eclécticos que no llegan a ser totalmente excluyentes por lo que pueden complementarse, pero no superponerse. Estas propuestas sin embargo constituyen las bases prácticas de un serio intento por construir un enfoque comunitario orientado hacia el nuevo paradigma de salud.

Del análisis de estas experiencias se pueden obtener estrategias metodológicas y conceptuales que se deben tener presente a la hora de diseñar un enfoque comunitario de carácter integral.

–*Participación democrática de los sectores implicados.* La familia y otros grupos de la comunidad junto con los enseñantes, sanitarios y trabajadores sociales, entre otros, se implican verdaderamente en proyectos colectivos cuando forman parte activa en su planificación y desarrollo, respondiendo a las necesidades educativas y de salud de la población. El protagonismo exclusivo de alguno de los sectores puede dificultar o incluso hacer fracasar cualquier iniciativa comunitaria.

–*Programación conjunta de los objetivos y actividades.* Fijar las líneas generales de la intervención bajo un punto de vista integral supone establecer acuerdos sobre la finalidad que se pretende conseguir. Desde este supuesto, cada colectivo concreta posteriormente estas metas en objetivos y actividades específicas dentro de su ámbito de competencia. La evaluación, como proceso de comprensión de la realidad, se reali-

za de forma sectorial y conjunta, antes, durante y al finalizar dicho proceso, permitiendo en todo momento, cambiar de estrategias.

–*Definir correctamente la labor de los colectivos implicados,* supone evitar la suplantación de las funciones propias de cada uno de ellos. A grandes rasgos, los profesores son los responsables de impartir docencia, de programar las actividades docentes teniendo en cuenta la aportación del resto de los participantes, liderando los aspectos didácticos y supervisando su desarrollo en el aula. La familia, como unidad de atención, debe colaborar con el centro educativo y de salud, por una parte, recibiendo información y formación sobre aspectos relacionados con la salud familiar; por otra, aportando sus ideas, cultura, valores y demandas a ambas instituciones; y por último, apoyando la creación de hábitos y actitudes saludables en el ámbito familiar. Finalmente, el cometido del personal sanitario requiere, entre otros aspectos, prestar orientación al profesorado y a los padres sobre temas relacionados con la salud, así como colaborar en la evaluación y el seguimiento del programa de Educación para la Salud que se implementa.

–*Cualquier proyecto de intervención comunitaria debe partir de las necesidades de salud de la población.* El diagnóstico de salud llevado a cabo por el Equipo de Atención Primaria (EAP) contando con la participación de la familia, puede servir de base al equipo docente para detectar las necesidades educativas en materia de salud y así promover actuaciones didácticas. Un proyecto de EpS que parta exclusivamente de las necesidades normativas institucionalizadas y descuide las verdaderas necesidades de salud de la población, caracterizada por sus grandes desigualdades, está llamado a fracasar o bien condenado a no tener el impacto positivo en la creación y en el mantenimiento de estilos de vida saludables.

Desde estos supuestos urge por tanto adoptar un enfoque comunitario que integre contexto escolar y contexto familiar y social, haciendo especial hincapié en la colaboración que, a pesar de las dificultades descritas, puede representar un verdadero cambio cualitativo en la concepción y aplicación de la Educación para la Salud en la escuela.

REFERENCIAS

- BUIL, P. y otros (1997). Estructura y dinámica familiar, en Gallo, FJ. y otros. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria*. Madrid: SemFIC.
- COSTA, M.; LÓPEZ, E. (1989). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- DE LA REVILLA, L.; SILES M.D. y LÓPEZ, L.A. (1999). Participación e intervención comunitaria, en Martín Zurro, A. y Cano, J.F. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Vol. I. Madrid: Harcourt Brace.
- FERNÁNDEZ, P.A. (1997). Una década de salud en la escuela. *Salud entre todos*, 73, 31-33
- FERNÁNDEZ, S. y otros (1999). Prevención del SIDA en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. *Revista Española de Salud Pública*, 73- 687-696
- HORTON, P.B. y HUNT C.L (1988). *Sociología*. Méjico, McGraw-Hill/Interamericana.
- GÓMEZ, M.L. y otros (1998). Jugando a aprender a tener salud. *Centro de Salud*, 3, 173-179.
- LÓPEZ M.V. (2000). Marco conceptual de la Educación para la Salud, en Frías, A (Dir.) *Salud Pública y Educación para la Salud*. Barcelona: Masson.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1974). *Enfermería y salud de la comunidad*. Serie de informes técnicos. Ginebra, STANDARD OMS, 347.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1989). *Educación para la Salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*. Ginebra: OMS.
- SARRIÉS, A. y otros (1998). Experiencia de participación comunitaria de salud en Vallecas (Madrid), en Morón, J.A. (Dir). *Educación para la Salud. Experiencia e investigaciones en el campo comunitario, social y escolar*. Sevilla: Ayuntamiento Dos Hermanas.
- SENSAT R. (1927). *Cómo se enseña la economía doméstica*. Madrid: *Revista Pedagogía*.
- TINKHAM, C.W. y WOORHIES, E.F. (1981). *Enfermería Social: Evaluación y procedimientos*. México D.F: Limusa.
- TODD, E. (1999). *La ilusión económica*. Madrid: Taurus.
- TONES, B.K. (1981). *Educación para la Salud: Prevención o subversión?*. Royal Society Health, 3.
- TRAVÉ, G. y POZUELOS, FJ. (1999). Superar la disciplinabilidad y la transversalidad simple: hacia un enfoque basado en la educación global. *Investigación en la Escuela*, 37, 5-13.
- ÚBEDA, I. (1995). Atención a la familia. ¿utopía o realidad? *Rol*, 203, 204, 75-78.

SUMMARY

It is analyzed in this article the necessity to adopt a community focus that integrates school, family and society, putting special interest in the contribution that the sanitary institution starting from the Community Infirmary can exercise in the school mark.

RÉSUMÉ

Il est analysé dans cet article la nécessité d'adopter un stile communautaire qui intègre école, famille et société, en mettant l'intérêt spécial dans la contribution que l'institution sanitaire qui commence de l'Infirmierie de la Communauté peut exercer dans la marque scolaire.