

LOS PARADIGMAS SOBRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y SUS CONSECUENCIAS EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Julia Adriana Castro Carvajal*

Durante el siglo XIX y la mayor parte del siglo XX, la concepción sobre el proceso de salud-enfermedad estuvo dominada por la visión positivista del enfoque biomédico, o bien por la perspectiva socio-sanitaria de la medicina social, las cuales concebían la salud como ausencia de enfermedad y propiciaban el desarrollo de acciones en los sistemas de salud pública, investigación y seguridad social hacia el diagnóstico, la detección y el control de factores de riesgo y la especialización de los servicios de atención.

Según Terris (1996), en esta perspectiva se trata de explicar el funcionamiento del cuerpo para prevenir y curar las alteraciones de organismo que generan enfermedad. Por tanto, este enfoque busca, en primer lugar, producir y aplicar conocimientos técnico-científicos que permitan identificar los factores de riesgo y los factores protectores y, en segundo lugar, desarrollar estrategias de educación y acción, definidas por las disciplinas biomédicas, orientadas a la información sobre los riesgos de algunas conductas que pueden llevar a la aparición de la enfermedad y a la regulación de estos comportamientos por medio de la normatividad.

Este paradigma médico-salubrista, acompañado de un enfoque legal, ha generado un modelo de educación para la salud orientado a informar y prohibir conductas generadoras de riesgo para la salud, dejando de lado

* Fisioterapeuta Universidad del Rosario. Magíster en Desarrollo Educativo y Social, Universidad Pedagógica Nacional. Jefe del Centro de Investigación Instituto Universitario de Educación Física de la Universidad de Antioquia. Docente Vinculada, Universidad de Antioquia. Integrante del Grupo de investigación Estudios en Educación Corporal de la

el acervo de saber social implícito en los contextos de la vida cotidiana de los grupos sociales y priorizando un tipo de racionalidad que parte de una concepción del cuerpo fragmentada y escindida, fruto de la visión dualista-instrumental instaurada por la modernidad. También deja de lado los determinantes asociados al orden social, cultural, económico y político que configuran una manera de vivir el cuerpo y asumir la relación salud-enfermedad.

Este modelo de educación para la salud se construye a partir de un discurso hegemónico de la prevención de la enfermedad que posee el equipo de expertos técnico-científicos, que excluye la participación de los actores sociales en los programas y concreta sus acciones pedagógicas en campañas de información y atención puntuales, que incluyen charlas, boletines, prescripción de conductas, etc.

El acento en la prevención de la enfermedad a través de la prestación de servicios sanitarios permite reconocer el alcance de este paradigma en el control y desaparición de muchos agentes productores de patologías infecto-contagiosas, pero sus dificultades para dar respuesta al continuo incremento de las enfermedades crónicas, que vinculadas a los cambios macro-demográficos mundiales como el envejecimiento de la sociedad, la creciente inequidad social y la pobreza, entre otros hechos, muestran los límites del mismo, favoreciendo el surgimiento de un nuevo paradigma orientado al bienestar y promulgado en la conocida Declaración de Alma Ata de 1977 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cual se crearon las bases políticas y conceptuales para reorientar la acción.

Posteriormente, en el año de 1986, a partir de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa (Canadá), se amplió el marco de referencia de la salud, al asociarla con el bienestar, como garantía necesaria para avanzar hacia el desarrollo humano y de los pueblos, considerando las diferentes formas de lograrlo, según los contextos socioculturales, políticos y económicos. Durante los últimos 20 años ha venido enriqueciéndose este paradigma que, según Franco (1995), concibe la salud de forma holística, en la cual tiene lugar el proceso vital humano y el desarrollo de todas sus dimensiones de forma integral e integradora, incluyendo la

satisfacción de sus necesidades básicas y otras aspiraciones humanas de forma digna y plena.

El nuevo horizonte de sentido para la salud también ha sido nutrido por las resignificaciones que se han dado en torno a la calidad de vida, que lo consideran como un constructo complejo y multifactorial donde se pueden tener algunas formas de medición objetivas, pero donde tiene mayor importancia la vivencia que tienen las personas que las posibilidades que poseen para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas (Castro, 2001).

La relación entre bienestar, calidad de vida y salud permite hablar de un potencial de salud. En esta perspectiva Weinstein (1978) hace un importante aporte al concebir la salud como «el conjunto de capacidades de un individuo o de un colectivo que permiten la expresión de la salud». Para este autor, la salud comprende las capacidades vitales de goce, de comunicación, de creatividad, de crítica y autocrítica, de autonomía y de solidaridad. Estas capacidades no están nunca aisladas, se implican recíprocamente, se entretienen y se afectan mutuamente, pero es precisamente la salud la que resulta ser el hilo conductor de resonancia e integración entre cada una de ellas.

De igual forma, los postulados de la promoción de la salud, insisten en la necesidad de fomentar

(...) la participación y la acción política para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas; da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas, para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud y a la mediación, para que intereses antagónicos se concilien y los actores del gobierno y la ciudadanía, puedan modificar las condiciones que se oponen al bienestar. (Restrepo & Málaga, 2001, p. 11)

Por su parte, el modelo de educación de la salud, desde el paradigma de la promoción de la salud, introduce el concepto de bienestar asociado a categorías subjetivas y ecológicas, donde ya no se basa exclusivamente en la referencia biomédica, sino que, además, se apoya en el enfoque psicosocial y el enfoque cultural y político. Desde estas visiones, propone la

potenciación del individuo y los colectivos, que tiene como finalidades: dar poder para desarrollarse e influir positivamente en su entorno; definir sus problemas y necesidades; identificar lo que puede hacer con sus propios recursos y apoyos externos; generar cambios en las conductas personales y sociales por la elección informada y no por la coerción (Costa & López, 1996).

Uno de los aportes centrales del paradigma de la promoción de la salud, es la participación y el reconocimiento de los actores sociales en los procesos educativos, ya no vistos solamente como receptores pasivos y beneficiarios sino como sujetos activos que participan de forma crítica en la construcción de alternativas orientadas al bienestar individual y colectivo.

Las acciones pedagógicas desde un modelo de educación para la salud orientado al bienestar con una visión de desarrollo social humanizado hacen del acto educativo un escenario para el reconocimiento de creencias, prácticas y actitudes que determinan el potencial de salud; la potenciación de satisfactores de las necesidades axiológicas y existenciales de los individuos; la construcción de una posición ética y crítica frente a los intereses públicos y privados; el fortalecimiento de las capacidades de organización y gestión social para participar en la toma de decisiones y el control sobre los recursos del nivel local a través de la interlocución entre las organizaciones comunitarias con los representantes del gobierno.

En los últimos años, en medio de la incertidumbre del mundo de hoy, según Restrepo (2005), se han reconocido los alcances del paradigma de la promoción de la salud como la mejor estrategia para impulsar nuevos enfoques y alternativas innovadoras en la educación en salud, pero igualmente se identifican como limitaciones significativas para lograr las metas trazadas la influencia de las políticas macroeconómicas en la calidad de vida en los países en vía de desarrollo; la dificultad para pasar de las intenciones manifiestas en declaraciones políticas de bienestar hacia acciones efectivas orientadas a lograr la equidad y la inclusión; la necesidad de un compromiso real de los gobiernos para asegurar el derecho a la salud y una cierta idealización de los estilos de vida saludables, asimilándolos a una concepción positiva que niega los riesgos.

Finalmente, es importante destacar que la educación en salud ha sido una de las estrategias de atención primaria presentes en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, razón por la cual es necesario clarificar el modelo que subyace en los programas orientados a la educación para la salud, porque ello permite reconocer la concepción de salud y enfermedad, los objetivos, las acciones y las metodologías que se han desarrollado, los contenidos, los actores involucrados y los diferentes alcances y limitaciones, según el paradigma en el que se inscriban.

1. RELACIÓN ENTRE SALUD Y EDUCACIÓN FÍSICA

En Colombia, el interés de la educación física por la salud se remonta a los orígenes de la misma en el siglo XIX, cuando formaba parte de la higiene como materia escolar, buscando mediante la acción pedagógica informar y prohibir prácticas corporales para compensar las inadecuadas condiciones de vida propias de la época y prevenir las enfermedades de origen infecto-contagioso (García, 2002). Esta función desempeñada por la educación física en la prevención de la enfermedad fue un factor decisivo que influyó tanto para su inclusión dentro del currículo escolar como para su existencia en la mayor parte del siglo XX en el mundo occidental.

El papel de la educación física en relación con la higiene tiene continuidad en el siglo XX, ya que la lucha por enfrentar las enfermedades transmisibles le ha dado paso a otras enfermedades contemporáneas, fundamentalmente a los trastornos cardíacos y la obesidad, ligadas con los estilos de vida sedentarios. Durante los últimos 20 años han aumentado los llamamientos a la educación, y en especial a la educación física, para hacer frente a los grandes problemas de salud actuales.

Es así como diferentes organizaciones mundiales han realizado eventos y manifiestos para llamar la atención de los gobiernos del mundo sobre el reconocimiento de la educación física como un derecho fundamental, sobre los beneficios que lleva la educación física y la práctica de actividad física iniciada en las primeras etapas de la infancia y durante toda la vida, para la salud individual y colectiva y la calidad de vida, sobre la productividad en un mundo globalizado, sobre la relación costo-beneficio de los sistemas de salud y los problemas de violencia, drogadicción, alcoholismo,

sedentarismo y SIDA. Los más conocidos son la Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte promovida por la ONU (Paris, 1978); la Cumbre Mundial sobre Educación Física organizada por la UNESCO (Berlín, 1999) en Berlín; la declaración del 6 de abril como el día internacional de la actividad física por la OMS en 2002 y la Resolución No. 58/5 de la ONU (2005), titulada “El deporte como medio para fomentar la Educación, la Salud, el Desarrollo y la Paz”, en la cual, además, se proclamó el año 2005 como Año Internacional del Deporte y la Educación Física.

En el contexto nacional, la Constitución Política de Colombia de 1991 le dio al ámbito de la recreación, el deporte, la educación física y el aprovechamiento del tiempo libre un status social significativo y lo convirtió en parte de los derechos sociales de los colombianos y el acto legislativo 002 de 2000, documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES, determina que este sector forma parte del gasto público social y del sistema educativo.

Además, haciendo eco de los anteriores llamados internacionales y respondiendo a estudios regionales y nacionales que informan sobre la situación de salud y la calidad de vida de la población, se ha venido incluyendo, en políticas y disposiciones legales de diferentes sectores, una relación transversal entre educación física, actividad física y salud, preocupada por el desarrollo —desde la infancia— de comportamientos y estilos de vida saludables, el desarrollo de entornos saludables y de ambientes generadores de salud (Ministerio de Educación Nacional, 1998) .

De igual forma, se creó el programa llamado *Colombia activa y saludable*, entre el Instituto Colombiano del Deporte, COLDEPORTES, y el Ministerio de la Protección Social - Alianza Temporal Unal-Fch (2005), que busca fomentar el desarrollo de estrategias y redes para la promoción de la actividad física en escenarios como la escuela, el hogar, el trabajo y los espacios públicos. Este programa y otros estudios realizados en el orden regional, recogen una perspectiva comprensiva de la salud en la cual se adopta el punto de vista en el que el ambiente social incide en la salud humana, es decir que la salud está ampliamente condicionada por la capacidad y el alcance modelador de la experiencia social (Ministerio de la Protección Social - Alianza Temporal Unal-Fch., 2005).

En este sentido, se vislumbra una transición de las relaciones entre salud y educación física de la perspectiva higienista hacia la del bienestar, en la cual se consideran diversas expresiones motrices y distintas intencionalidades para su realización (de autoconocimiento, recreativas, lúdicas, deportivas, artísticas, culturales, ergomotrices, agonísticas, luctatorias, etc.) a través de las cuales las personas y los colectivos, sea cual sea su capacidad física, forma corporal, estado de salud-enfermedad, edad, género o pertenencia cultural encuentran, en su vivencia, elementos saludables con repercusiones en su calidad de vida y satisfactores frente a sus necesidades humanas de desarrollo (Castro, 2006).

Por su parte, La Ley 181 de 1995 (Ley del Deporte) y la Ley 934 de 2004 (Ley de Educación Física), articulan políticas gubernamentales con respecto al fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física, afirmando, la necesaria implementación y fomento de la educación física para contribuir a la salud y a la formación integral de la persona en todas sus edades y facilitarle su participación en el cumplimiento eficaz de sus obligaciones como miembro de la sociedad.

En el marco del sector educativo, la Ley 115 de 1994, General de Educación, reconoce la educación física como uno de los fines de la educación colombiana (art. 5), de la Educación Preescolar (art. 15; literal d), como uno de los objetivos de la Educación Básica tanto para el ciclo de primaria (art. 21; literales h, i, j) como del ciclo secundario (art. 22, literal ñ); igualmente, establece los objetivos (art. 16, 20, 21 y 22), su carácter de proyecto pedagógico transversal obligatorio (art. 14), la define como área fundamental y obligatoria, en general, del currículo (art. 23) y de la educación media (art. 32). En su articulado, la ley asigna a la educación física el objetivo de aportar a los actores del proceso educativo, tanto dentro como fuera de la escuela, de acuerdo con sus intereses, necesidades de salud, derechos, deberes individuales y sociales, a través del conocimiento, valoración, expresión y desarrollo de la dimensión corporal, la dimensión lúdica y la enseñanza de la diversidad de prácticas culturales de la actividad física.

Dicha ley proyecta la educación física hacia segmentos poblacionales específicos como personas con limitaciones (art. 46), instituciones dedicadas a la educación especial (art. 47), adultos (art. 50 y 51, literal d.), grupos

étnicos (art. 55) población campesina y rural (art. 64). Adicionalmente, le son pertinentes, el decreto 1860 de 1996 —que establece las horas lúdicas y orienta la organización y evaluación del currículo— y la resolución 2343 de junio 5 de 1997, que dicta orientaciones sobre lineamientos curriculares e indicadores de logros para las diferentes áreas curriculares, entre ellas la educación física.

En cuanto a las políticas nacionales demarcadas en el Plan Nacional de la Educación Física y el Plan Departamental para la Educación Física en Antioquia, promovidas por COLDEPORTES (2002), la educación física se comprende, de forma amplia, como una disciplina científica, como una práctica social y cultural, como un área obligatoria y fundamental de formación personal, cultural y social y como un derecho de las personas a acceder a sus beneficios, entre los cuales se resalta la función de esta disciplina pedagógica que participa en la educación del ser humano, trascendiendo los muros escolares, a través de las actividades corporales, lúdicas, deportivas y recreativas con fines de conocimiento, ejercitación y valoración de la higiene, la salud y el cuidado del propio cuerpo, adecuados a la edad y conducentes a un desarrollo armónico. Además tiene como objetivo la formación para la participación y la organización social, y el aprovechamiento adecuado del tiempo libre.

En síntesis, los diversos propósitos asignados a la educación física y la amplitud de ofertas que actualmente desarrolla en escenarios distintos al escolar como centros barriales, gimnasios, empresas, espacios públicos, escenarios deportivos, cajas de compensación etc., evidencian una ampliación de la relación entre salud y educación física, más allá de la visión higienista y biomédica predominante hasta finales del siglo XX. Actualmente, se reconoce un carácter multidimensional y holista de esta relación, donde se aprecia a la persona integralmente y dentro de un contexto socio-cultural y ambiental, en el cual los ámbitos de las experiencias son distintos (individuo, grupos, instituciones, ciudad) y los objetivos van más allá de la ejercitación física para la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la condición física y abarca la construcción de valores, el desarrollo de habilidades para la vida, el fortalecimiento de la capacidad comunitaria, el mejoramiento del tejido social y la convivencia, la construcción y resignificación de imaginarios sobre el cuerpo y el movimiento humano, entre otros.

Asimismo, la comprensión amplia de la relación entre salud y educación física en la escuela supone que las intervenciones ya no se conciben sólo desde la asignatura de educación física, sino que las diferentes áreas curriculares con distintas perspectivas y metodologías contribuyen al desarrollo del potencial de la salud al ayudar al alumnado a construir el conocimiento, la comprensión, las habilidades, las actitudes y la conciencia crítica necesarias para adoptar, resignificar o mantener prácticas corporales saludables (Mota, 1992). De igual forma, los ambientes de aprendizaje en la escuela, tanto físico como psico-sociales, las actitudes y actuaciones del profesorado, las políticas y organización de los centros educativos, la articulación entre los programas curriculares y extracurriculares, las relaciones que establece con el macrocontexto (familia, instituciones locales, organizaciones comunitarias, entidades físico-deportivas, etc.), pueden favorecer de forma implícita y explícita la salud de los escolares y de la comunidad educativa en general (Pérez & Devís, 2003).

2. RELACIÓN ENTRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y EDUCACIÓN FÍSICA

La educación física para la salud se enmarca en las relaciones entre la actividad física y la salud, por lo que su comprensión varía en función de la perspectiva de análisis que se adopte de sus componentes. En este sentido, para Pérez y Devís (2003), esta relación puede entenderse desde dos visiones. De un lado, está el enfoque de resultado con énfasis en las variables objetivas de las que dependen las adaptaciones orgánicas que pueden prevenir o curar enfermedades y, de otro, el enfoque de proceso, en el cual los beneficios de la actividad física para la salud se relacionan fundamentalmente con aspectos cualitativos vinculados con el bienestar o la promoción de la salud.

Para la perspectiva de resultado, el cuerpo es una sofisticada máquina de ingeniería en movimiento que obedece a leyes biológicas y mecánicas, en las cuales se da prioridad a la regulación fisiológica y se hacen posibles los procesos adaptativos del individuo. Para Ramírez (2002), la motivación actúa como un impulso de la conducta humana (estímulo-respuesta) y el movimiento corporal es el resultado de la acción del sistema músculo-esquelético con un consumo energético determinado por la intensidad y la carga con que se realiza.

Precisamente, este enfoque corresponde con las escuelas anglosajona y canadiense, en las cuales el término de actividad física se ha equiparado a una práctica de ejercitación para obtener condición física y se entiende como un dispositivo para reducir o eliminar el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes, obesidad, osteoporosis, cáncer de colon, cáncer de mama, y disfunciones músculo-esqueléticas. De igual forma, se considera que previene o reduce el estrés, la ansiedad, la depresión y estimula la autoestima y la claridad mental (Pate et al., 1995).

Quizá esta visión, para Pérez Samaniego y Devís (2003), es la razón por la cual el acondicionamiento físico haya sido, y sea, el contenido con el que inmediatamente se asocian la educación física y la salud. Esta tendencia refleja, según estos autores, el paradigma técnico-científico en la prevención de la enfermedad, donde prevalece lo somático, objetivable, medible, y valorable por comparación con parámetros estandarizados. Como consecuencia,

(...) las propuestas prácticas se articulan en torno a variables cuantitativas (frecuencia, intensidad, tiempo, tipo de actividad) que permiten determinar objetivamente cómo se mejora o se mantiene la condición física e, indirectamente, la salud. Se subraya la existencia de efectos objetivos de la actividad física que son generalizables a todos los individuos e implícitamente, se plantea la existencia de determinadas formas ideales de actividad física relacionada con la salud que pueden prescribirse a todas las personas (p. 3)

Sin embargo, como explican Devís y Peirö (2002, p. 73), sus resultados dependen en gran medida de variables situacionales (estado físico, temperatura, estado emocional, autopercepción de la capacidad) y evolutivas (nivel de desarrollo y estadio evolutivo del individuo).

En resumen, esta perspectiva de resultado, tiene tres implicaciones importantes a la hora de orientar la educación física para la salud:

La primera es que la educación física orientada a la condición física es valorada en función de la enfermedad. Es decir que la actividad física, en sí misma, no importa tanto como sus efectos. Indirectamente se justifica cualquier forma de hacer actividad física que contribuya a disminuir el riesgo de enfermedad, incluso aquella que resulte desagradable para quien la prac-

tica, llegando a obtener resultados negativos a corto y largo plazo, reflejados en la deserción al no alcanzar los parámetros estandarizados de quienes no los disfrutaron o se sienten menos competentes o están menos dotados (Ruiz, 2000).

La segunda se refiere al peligro oculto de reducir la educación física para la salud desde el acondicionamiento físico, perpetuando, debido a la ausencia de reflexiones críticas en torno a qué se entiende por cuerpo, salud o actividades físicas saludables, un saber hegemónico que ostenta el poder, en este caso, la medicalización y deportivización de las relaciones sociales y la cultura, que determina un actuar con el cuerpo y sobre el cuerpo, provisto de cierto deseo de orden moral e instrumental, que define y propone un modelo de estilo de vida sano al servicio del consumo o como condición para ser productivos (Pedraz, 2005).

La tercera se refiere al papel de los educadores, quienes se orientan a controlar las variables del ejercicio que repercuten en las adaptaciones orgánicas del individuo, buscando que sus efectos preventivos y/o curativos sean lo más eficaces posibles. Otros componentes afectivos, cognitivos o sociales asociados a la práctica física tendrían un valor secundario frente a la dimensión bio-física. Además, se privilegia estilos de enseñanza que utilizan la instrucción directa, donde los estudiantes tienen pocas posibilidades de participar y un sistema evaluativo basado en la superación cuantitativa de pruebas o habilidades que llevan, en muchos casos a deserciones tempranas y a experiencias frustrantes (Devís, 2000).

Por el contrario, la perspectiva de proceso, orientada más a entender la actividad física como expresión de una capacidad humana influida por enfoques fenomenológicos y ecológicos,

(...) reconoce que las acciones humanas presuponen intenciones, y éstas se hallan situadas dentro de contextos históricos o culturales que las dotan de sentido, por lo tanto, la actividad física no sólo se dirige al desarrollo de habilidades o desempeños, sino sobre todo, a la búsqueda de la condición humana desde la capacidad que tiene el ser de formarse y hacerse, mediante la experiencia, posibilidad que le permite desarrollar su potencial de salud (Castro, 2006, p. 54).

En consecuencia, se amplía la relación de la actividad física con la salud más allá de la dimensión física y biológica, desplazándose hacia una dimensión experiencial y sociocultural.

La actividad física es una de las múltiples experiencias que vive una persona gracias a su condición de ser corporal. Estas experiencias le permiten aprender, valorar y apreciar sensaciones muy diversas sobre sí mismo, los otros y su entorno. Para Prieto (2005), la actividad física es una dimensión de movimiento que contiene no sólo un gasto calórico metabólico superior al basal, sino un estado de acción social con sus respectivas condiciones simbólicas y sociales. La misma autora establece que el alcance de este planteamiento, en cuanto a su vínculo con la salud

(...) se dirige a la intencionalidad de afianzar hábitos en los cuales se pretenda una posibilidad de ser (crecer) con otros, desde una cotidianidad contingente (habitar) a través de la consolidación de las potencialidades orgánicas (mejor respuesta fisiológica y control de riesgos de enfermedad), de autoconcepto (reconocimiento de las capacidades para la acción) y de relación de convivencia (contingencia entre sujetos y construcción de redes de sentido dirigidos a la acción) (p. 65)

De otro lado, la actividad física forma parte del acervo cultural de la humanidad, desde las realizadas en la vida cotidiana a las menos habituales como el deporte. Las actividades físicas son prácticas sociales puesto que se realizan en contextos y grupos específicos, de tal forma que tienen presencia en la vida cotidiana de las personas en los momentos de tiempo libre, transporte, trabajo, ocio, estudio escolar y actividades de la vida diaria, acompañadas siempre de un movimiento corporal voluntario que se realiza con los músculos esqueléticos y conlleva un gasto de energía. Vista de este modo, se puede considerar la actividad física como un conjunto amplio de prácticas cotidianas que poseen distinta intensidad y se realizan con diversas intenciones y en diferentes ámbitos, como andar, hacer jardinería, realizar tareas domésticas, pasear, etc. (Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton & McPherson, 1990).

De igual modo, se crean un abanico de actitudes hacia la actividad física que determinan la disposición a la misma, tales como: reto, meta, interacción social, evasión, emoción, salud, condición física, rendimiento,

estética corporal, placer, expresión (Sánchez, 1998). Para Pérez Samaniego (2004),

(...) la óptica del bienestar y la percepción subjetiva de la salud enfatiza, sobre todo la importancia de aspectos vinculados con el proceso de práctica, como el autoconocimiento, gratificación, continuidad, adecuación, autonomía y seguridad. En consecuencia, atendiendo a la perspectiva del proceso y al enfoque de la salud basado en el bienestar (promoción de la salud), no existe un único nivel de salud, sino que cada persona puede experimentar la salud a su nivel (p. 157)

Además, las posibilidades de activar el potencial de salud de un individuo y de una colectividad requieren de la articulación de las estructuras y relaciones existentes entre personas, grupos, instituciones y políticas. La práctica de actividad física se encuentra estrechamente ligada con el contexto histórico y social, de tal forma que son los significados culturales, las normas, los valores, la comunicación y el trabajo, entre otros factores, condicionantes de esta conducta.

Desde la perspectiva descrita de promoción de la salud, se pueden identificar algunas implicaciones para la educación física orientada a la salud:

La primera indica que la educación física para la salud no pasa necesariamente por la condición física. Su práctica se justifica en la medida en que aporta al bienestar a través de la apreciación y la valoración subjetiva que las personas y los grupos hacen de sus experiencias durante el proceso. Esto significa también que se puede aprender a partir de la experiencia corporal a ser críticos con sensaciones puntuales de satisfacción o de malestar que empobrezcan la vida o la hagan dependiente de algo.

La segunda se refiere a la necesidad de incorporarla a la vida de las personas y los grupos para mejorar su calidad de vida, y no sólo para alcanzar determinadas adaptaciones orgánicas que aumenten la esperanza de vida. Esto significa que la experiencia de actividad física debe responder a las capacidades, intereses, necesidades y experiencias personales de cada sujeto situado en un contexto particular.

La tercera trata sobre las acciones pedagógicas que incluyen una didáctica que se justifique también por las sensaciones, experiencias y actitudes

derivadas de la práctica, la relación con los demás y el entorno, porque contienen un enorme potencial saludable (Peirö & Devís,1993).

3. COMENTARIO FINAL

Es indiscutible que la educación física posee un gran valor para activar el potencial de salud de cada sujeto e influye en la mejora de las condiciones de vida de la población. Sin embargo, es deseable que, desde el punto de vista educativo, los maestros amplíen sus concepciones sobre la salud, el cuerpo y la actividad física, así como se hace necesario que diversifiquen las prácticas corporales según las características y necesidades de los grupos, para que el escenario de la educación física para la salud no se reduzca a una sola mirada y, por el contrario, se ofrezca como una oportunidad de formación de sí y de construcción de un autocuidado crítico y saludable .

REFERENCIAS

- Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T., Sutton, J. R. & McPherson, B. D. (1990). *Exercise, Fitness and Health. A consensus of Current Knowledge*. Champaign, Illinois, Estados Unidos: Human Kinetics.
- Castro, J. (2006). Promoción de estilos de vida activos. *Revista Educación Física y Deporte*, 2 (24).
- Castro, M. (2001). Calidad de vida y promoción de la salud. En *Promoción de la salud. Cómo construir vida saludable*. Bogotá, Colombia: Médica Panamericana.
- COLDEPORTES (2002). *Plan Nacional de Desarrollo de la Educación Física: conocimiento y construcción social. 2002-2006*. Bogotá: Autor.
- Costa, M & López, E.(1996). *Educación para la salud: Una estrategia para cambiar estilos de vida*. Madrid: Pirámide S.A.
- Devís, J. (Ed.). (2000). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: INDE.
- Devís, J. y Peiró, C. (2002, julio-septiembre). La salud en la educación física escolar: ¿qué es lo realmente importante? *Tándem*,8.
- Franco, S. (1995). *La promoción de la salud y la seguridad social*. Bogotá, Colombia: Corporación Salud y Desarrollo.

- Ministerio de Educación Nacional (1998). *Lineamientos curriculares: indicadores de logros*. Bogotá, Colombia: Magisterio.
- Ministerio de la Protección Social - Alianza Temporal Unal-Fch. (2005). *Modelos de movilización social con énfasis en la actividad física y estilos de vida saludables para reducir el sedentarismo en las regiones de Bogotá, D.C. Antioquia y Quindío*. Bogotá, Colombia: COLCIENCIAS.
- Mota, D. (1992). Construction d'un module interdisciplinaire pour la prévention du sida. En *Appel d'offre ANRS*. Paris.
- OMS. (2002). *World health report:reducing risks,promoting healthy life*. Recuperado el día 2 de febrero de 2006 de <http://www.paho.org>.
- ONU. (2005). *Año Internacional del Deporte y la Educación Física*. Recuperado el día 2 de febrero de 2006 de: <http://www.onu.org/sport>
- Pate, R, Pratt, M.,Blair, S., Haskell, W., Macera, C., Bouchard, C. et al. (1995, febrero). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*,5 (273), 402-407.
- Pedraz, V.(2005). *Poder y cuerpo: el incontestable mito de la relación entre el ejercicio físico y salud*. Artículo presentado en el Segundo Congreso Internacional de Educación Física, Cadiz.
- Peirö, C & Devis, J. (1993). Una propuesta escolar de educación física y salud. En: J. Devis y C. Peirö (eds), *Nuevas perspectivas curriculares en educación física: la salud y los juegos modificados*. Barcelona: INDE.
- _____ (2001). La escuela y la comunidad: principios y propuestas de promoción de la actividad física relacionada con la salud. En J. Devis (Comp.), *La educación física, el deporte y la salud en el siglo XXI*. Alicante, España: Marfil.
- Pérez, V, & Devis, J. (2003, junio). La promoción de la actividad física en relación con la salud. La perspectiva de proceso y de resultado. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias del Deporte*, 10. Disponible en <http://cdeporte.rediris.es/revista/html>
- Pérez, V. (2004). Conceptuación y medida de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud. *Revista de Psicología del Deporte*, 2 (13).
- Prieto, A. (2005). *El movimiento corporal, la actividad física y la salud*. En A. Prieto, S. P. Naranjo y L. V. García (Compiladoras) *Cuerpo-movimiento: perspectivas*. Bogo-

tá, Colombia: Centro Editorial Universidad del Rosario.

- Ramírez, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludables. *Colombia Médica*, 1 (33).
- Restrepo, H. & Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud. Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Médica Panamericana.
- _____ (2005). La promoción de la salud hoy: propuestas para su avance futuro. En *IUHPE-Promotion & Education*, 1 (12), 146-149.
- Ruiz, L. (2000). Aprender a ser incompetentes en educación física: un enfoque psicosocial. *Apunts: Educación Física y Deportes*, 60.
- Sánchez, B. (1998). *La actividad física orientada hacia la salud*. Madrid: Colección Deportes.
- Terris, M. (1996). Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. En *Promoción de la salud: una antología*. Washinton, Estados Unidos: OPS.
- UNESCO. (1999). Documento de la Cumbre Mundial de Berlín sobre la Educación Física. Autor.
- Weinstein, L. (1978). La salud y el proceso de cambio. En *Salud y autogestión: la antimedicina a examen*. Montevideo, Uruguay: Nordan.