

El Proyecto Comsal (Competencias en Salud)

Valentín Gavidia

Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales

Universidad de Valencia

I.P. del Proyecto EDU2010-20838

E-mail: Valentin.Gavidia@uv.es

■ Introducción

El proyecto COMSAL surge de la necesidad de concretar las competencias en salud que deben poseer los jóvenes para desarrollar una vida lo más saludable posible, tanto personal como socialmente y, como docentes que somos, comprobar hasta qué punto se contemplan en las propuestas curriculares que realiza la administración.

Esta necesidad de realizar intervenciones de Promoción y Educación para la Salud en centros docentes viene recomendada desde diversas entidades nacionales e internacionales (OMS, UNESCO, Consejo de Europa, Comisión Europea, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación, etc.). Desde la Conferencia Europea de Educación para la Salud celebrada en Dublín (1990) ya se recomendó la inclusión de contenidos de Promoción y Educación para la Salud en el currículo escolar, considerando que éste es el modo más efectivo para promover la adopción a largo plazo de estilos de vida saludables y el único camino para que la Educación para la Salud llegue a los grupos de población más joven (infancia, adolescencia y temprana juventud), independientemente de la clase social, el género y el nivel de educación y económico alcanzado por sus padres (Salvador y Suelves, 2009).

De esta forma, la Educación para la Salud se convierte en un precioso y necesario instrumento de Promoción de la Salud y una herramienta clave de intervención de salud en estas edades. Por un lado, el acceso a la población infantil y juvenil es fácil y total debido a la obligatoriedad de la educación desde los 6 a los 16 años. Por otro lado, durante el periodo escolar las personas son más receptivas al aprendizaje y se adquieren los principales hábitos de vida que se pueden consolidar en los años posteriores.

Los centros docentes, junto con el hogar, son los dos lugares clave donde tiene lugar el desarrollo individual y social de las personas en sus estadios más tempranos, ejerciendo un importante papel en la configuración de su conducta y de sus valores

sociales, claves para la configuración de la personalidad adulta de ciudadano. De acuerdo con esta realidad, las escuelas tienen la necesidad de incorporar los temas relacionados con la Salud como una de las bases que les permitirán alcanzar los objetivos educativos previstos.

Desde los trabajos de Lalonde y Dever, en la época de los setenta, los estilos de vida de las personas y de las comunidades están considerados como uno de los factores más decisivos de su nivel de salud. Los hábitos de vida explican alrededor del 40% de las causas de muerte en los países avanzados y, dado que a menudo es difícil diferenciar entre la influencia de un estilo de vida y el medio donde ésta se desarrolla, se dice que ambos conjuntamente poseen una importancia entre el 60% y el 80% de los factores que determinan el nivel de salud de la población. Ello evidencia la especial relevancia que otorgan las Administraciones educativas y sanitarias a la modificación de los hábitos insanos (objetivos de salud para el siglo XXI).

Hemos insistido en que muchos de estos comportamientos se adquieren con frecuencia en la infancia y adolescencia. Así sucede con los hábitos alimenticios inadecuados, el consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo, entre otros. Numerosos estudios ponen de manifiesto la necesidad de abordar la educación sobre hábitos saludables desde las escuelas, integrándola en el trabajo diario de aula.

Entre las primeras decisiones acerca de los contenidos formativos que deberían aprender los estudiantes para tener comportamientos saludables se encuentra el llevado a cabo por la Generalitat de Catalunya y que posteriormente fue tomado por el Gobierno Vasco como un modelo de enseñanza-aprendizaje de la Educación para la salud en la Escuela (Orientaciones y Programas. Educación para la Salud en la Escuela. Generalitat de Catalunya, 1984; Gobierno Vasco. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988, Bilbao). Este modelo se basa en un curriculum establecido por una “Comisión de Expertos”, que fijó unos objetivos y contenidos determinados para su trabajo en el aula.

Con posterioridad el Gobierno de Aragón, trabajó diversos años con un planteamiento diferente ya que basó su Programa Experimental de Educación para la Salud en un planteamiento de Proyectos. La selección de objetivos y contenidos, a trabajar en cada Centro bien sanitario o Educativo, era elegido por proyectos determinados a iniciativa de los grupos de trabajo interesados en una temática concreta en función de las necesidades educativas sentidas en su comunidad y en su entorno ambiental próximo. Como resultado de estos años de experiencias en diversos proyectos se editó el trabajo “Educación para la Salud: propuestas para su integración en la Escuela (1991).

A continuación, son muchos los proyectos que presentan las administraciones autonómicas para desarrollar la Educación para la Salud en la Escuela (Valencia, Murcia, Asturias, Canarias, etc.), muchos los estudios realizados para conocer los conocimientos, las conductas y estilos de vida del alumnado (Encuesta Nacional de Salud, 2006; Valderrama, J.C., Gavidia, V. et al., 1997; Pérez de Eulate, L. y Ramos, P., 2005; etc.) y muchos los recursos didácticos específicos de salud elaborados para su aprendizaje en el aula. Sin embargo, el Tratado de Bolonia y la construcción del Espacio Europeo de Educación hacen que nuestra mirada educadora cambie de sentido y en lugar de centrarse en los contenidos de las materias a impartir se centre en las competencias a adquirir por el alumnado. Competencias para desarrollar la capacidad de enfrentarse a las situaciones problemáticas que presenta una sociedad en continuo cambio y cada vez de mayor complejidad.

Estas competencias en Salud a adquirir por el alumnado en su paso obligatorio por la escuela están por definir. Se requiere, pues, unos estándares mínimos de competencias en salud a desarrollar por el alumnado en las escuelas por un profesorado competente en esta materia, dado que las intervenciones educativas pueden ser exitosas en la medida en que sean aplicadas por docentes más que por expertos profesionales (Smolak et al., 2001).

De esta forma, el **objetivo** principal de la presente investigación ha consistido en concretar las competencias en Salud que deben adquirir los ciudadanos españoles en su paso obligatorio por la Escuela y comprobar hasta qué punto las propuestas curriculares que realiza la administración las tienen en cuenta.

■ Metodología del Trabajo Desarrollado

Adquirir competencias en Salud es esencial para la vida, tanto individual como colectiva. ¿Hay algo más importante que la propia vida? Estas competencias se deben adquirir en la edad escolar, pero ¿se obtienen en la Escuela? La Ley Orgánica de Educación (LOE) de 2006 ha permitido una actualización del currículo escolar de la etapa obligatoria, pero ¿se atienden las competencias en salud a obtener por los jóvenes españoles?

Responder a estas cuestiones significa:

1. Determinar las competencias en Salud que debe poseer el alumnado al completar sus estudios obligatorios atendiendo a los problemas de salud de los ciudadanos.
2. Analizar el currículo escolar de la enseñanza obligatoria (Primaria y ESO) desde la perspectiva de las competencias en Salud que se deben alcanzar.

Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela

Determinación de las competencias en Salud. Para conseguir el primer objetivo de determinar las competencias en salud, el equipo investigador COMSAL, constituido por 16 profesores de las Universidades de Valencia, Alicante, Elche y el País Vasco, de diferentes áreas de conocimiento (Salud pública, Didáctica de las Ciencias Experimentales, Psicología, Pedagogía, Trabajo Social, Logopedia y Fisioterapia), y el grupo de trabajo formado por profesores de Educación Primaria y Secundaria, y asesores de Centros de Profesores, ha llevado a cabo un estudio cualitativo en tres fases: 1) Identificación de los problemas/situaciones de salud que debe conocer el alumnado y propuesta de desarrollo de competencias; 2) Estudio Delphi para consensuar las propuestas de competencias para cada problema/ situación de salud; 3) Reunión de expertos para consensuar los resultados obtenidos por el método Delphi.

Primera Fase: Para determinar los problemas o situaciones de salud a los que hay que atender en la enseñanza obligatoria se hizo una revisión de la literatura en la que aparece recomendaciones y propuestas que los organismos internacionales, nacionales y gobiernos autonómicos hacen sobre los problemas prioritarios en salud a fin de seleccionar aquellos más comunes. Para ello se buscó la información presente en las páginas web oficiales de estos organismos, así como en las publicaciones de los mismos en las que se citan y describen los problemas de salud de la población, haciendo especial énfasis en recabar los problemas relacionados con la salud de jóvenes y adolescentes. A partir de la revisión realizada se obtuvo un primer listado de problemas o situaciones prioritarios en salud existentes que debe conocer el alumnado.

Dichos problemas se agruparon en “ámbitos de salud” teniendo como referencia la definición acordada por el equipo COMSAL como “las situaciones, contextos o entornos donde podemos encontrar un conjunto de problemas de salud relacionados entre sí, y sobre los que se puede actuar de forma conjunta” (Gavidia et al., 2012). Así, se establecieron ocho ámbitos de salud: las Adicciones, la Alimentación y Actividad Física, la Sexualidad, la Salud Mental y Emocional, el Medio Ambiente, los Accidentes, la Higiene y la Promoción de la Salud.

Posteriormente el grupo investigador definió una competencia general de salud y, organizado en subgrupos, propuso las subcompetencias para cada de los ámbitos de salud a desarrollar a lo largo de la enseñanza obligatoria, dividiendo cada una de ellas en sus componentes básicos: *Saber* (contenidos conceptuales), *Saber hacer* (contenidos procedimentales) y *Saber estar* (contenidos actitudinales y/o conductuales). Los resultados fueron contrastados por todos los miembros del equipo hasta llegar a un acuerdo.

Segunda Fase: Los resultados acordados se utilizaron para elaborar los cuestionarios y someterlos a juicio de expertos externos. Para llegar a consensos se siguió una

metodología Delphi (Murphy et al., 1998; Yañez y Cuadra, 2008; Maderuelo et al., 2009; Varela et al., 2012), de dos rondas realizadas durante el año 2012. Más tarde, los resultados obtenidos se valoraron en una reunión presencial de expertos la cual sustituía una tercera ronda y constituye la tercera fase.

Los cuestionarios recogían los ámbitos de salud propuestos por el grupo COM-SAL y, en cada uno de ellos, el conjunto de problemas o situaciones de salud que lo forman, la subcompetencia específica, las dimensiones que la integran (saber, saber hacer y saber estar) y los contenidos competenciales necesarios para su adquisición. Cada uno de estos elementos constituyó un ítem del cuestionario semiestructurado, dispuesto a ser valorado con una escala Likert de 5 puntos y con una zona de observaciones para sugerir cambios.

La selección de los participantes se hizo atendiendo a la actividad profesional, formación académica y región de procedencia, confeccionando un panel de expertos heterogéneo (Gráfico 1), tratando de recoger, de esta forma, la diversidad de opiniones. Con todos ellos se inició el contacto por carta informando brevemente sobre los objetivos del estudio y solicitando su colaboración. A los seleccionados, se les envió el cuestionario y se les pidió que valorasen cada ítem.

El primer envío del cuestionario se realizó a 113 personas expertas. Para el segundo envío se aumentó la muestra a 160 expertos, realizando en muchos casos un contacto telefónico, tratando de conseguir al menos 11 opiniones externas por cada ámbito de salud, basándonos en las recomendaciones de Okoli y Pawlowski (2004).

Gráfico 1. Caracterización de los expertos que intervienen en el estudio Delphi según procedencia geográfica y actividad profesional



Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela

Las valoraciones y las aportaciones de los expertos de la primera ronda fueron estudiadas para cada ámbito por, al menos, dos investigadores de un subgrupo del equipo, siendo revisadas sus decisiones por otros dos investigadores de un subgrupo diferente. El análisis se hizo teniendo en cuenta que la finalidad de esta ronda era recoger el mayor número de ideas posibles, por lo que solo se desestimaron los ítems con una media menor de 3'5 ($M < 3,5$); y/o desviación típica mayor que 1 ($DT > 1$). Con los resultados de estas decisiones se elaboró el segundo cuestionario para la segunda vuelta del estudio Delphi.

Para el análisis de los resultados de esta segunda ronda se volvió a calcular la Media (M) y la Desviación Típica (DT) obtenida en cada ítem, determinando de esta forma la importancia concedida y el grado de consenso suscitado.

Tercera Fase. Con los resultados obtenidos de estas dos rondas Delphi se organizó la *I Reunión de Expertos en Promoción y Educación para la Salud* (marzo, 2013), en la Facultad de Magisterio de la Universitat de València. Los invitados a intervenir en esta jornada fueron los participantes en alguna de las dos rondas anteriores, extendiéndose la convocatoria a personas expertas a las que se les había enviado la encuesta y no habían contestado. En esta reunión de expertos los asistentes debatieron, junto a los miembros del grupo de investigación COMSAL, los datos obtenidos hasta llegar a consensos en sus enunciados y valoraciones generales. Se estudiaron todos los ítems atendiendo las sugerencias de Coll y Martín (2006) de separar lo imprescindible o necesario de lo deseable ya que “no se puede enseñar todo lo que nos gustaría que los niños y jóvenes aprendiesen; ni siquiera lo que con toda seguridad es beneficioso que los niños y jóvenes aprendan”.

De esta forma, las competencias y los contenidos competenciales necesarios para su desarrollo fueron valorados teniendo en cuenta la puntuación otorgada a cada ítem (1= muy en desacuerdo y 5 = muy de acuerdo) y la Desviación Típica. La valoración usó las siglas SIP, que tuvo en cuenta los criterios siguientes: $4 \leq M - DS \leq 5 = S$ (Sustancial o Necesario), $3 \leq M - DS < 4 = I$ (Importante) y $M - DS < 3 = P$ (Prescindible). La Reunión de Expertos concluyó con la propuesta definitiva de las competencias en Salud, de los problemas a tratar en cada uno de los ámbitos y de los contenidos competenciales necesarios para desarrollar dichas competencias.

Análisis del currículo escolar de la enseñanza obligatoria

Con los contenidos competenciales consensuados se conformó un Instrumento de análisis para cada ámbito con el que analizar las propuestas oficiales de los currículos y comprobar hasta qué punto han tenido en cuenta esta problemática en su elaboración. Se ha utilizado como muestra los currículos prescriptivos de la Ley Orgánica

de Educación (LOE) que aparecen en el BOE (2006) como enseñanzas mínimas en Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria, y los decretos curriculares que establece el Gobierno Valenciano a través del DOCV (2007).

Los contenidos mínimos propuestos por el Ministerio de Educación significan entre el 55 y 65% de los que se estudian en la Escuela, el resto son complementados por cada Comunidad Autónoma, lo que significa que, en principio, estos últimos deben contemplar como mínimo la propuesta ministerial y si es posible, ampliarla.

Para llevar a cabo dicho análisis curricular, se procedió a la lectura de los currículos y se fueron anotando aquellos elementos curriculares (objetivos, contenidos y criterios de evaluación) que hacen referencia a los distintos contenidos competenciales definidos en el Instrumento de análisis. Dicho análisis fue consensuado entre dos personas del grupo de investigación y sus resultados revisados por, al menos, otro investigador. Posteriormente, se efectuó el recuento dichas aportaciones curriculares, realizando los estudios comparativos entre los dos currículos estudiados y las materias que presentan una mayor intervención en las Competencias de Salud.

Para realizar esta acción de análisis curricular con el instrumento definido, se ha establecido un código de 5 dígitos que se detalla a continuación en las tablas 1 y 2. Esta codificación se mantendrá hasta el final de la investigación en todos los ámbitos.

Presentamos tres ejemplos que ilustran la codificación empleada:

S-CN-2-C-1,3 Significa que la competencia se encuentra en:

Secundaria → Ciencias de la naturaleza → 2º curso → Contenidos → Números 1 y 3.

P-CM-3-Cr-3 Significa que la competencia se encuentra en:

Primaria → Conocimiento del medio natural, social y cultural → 3er ciclo → Criterio de evaluación → Número 3.

S-EF-O-2 Significa que la competencia se encuentra en:

Secundaria → Educación física → Objetivo → Número 3.

Tabla 1. Codificación para el análisis curricular

1º dígito	2º dígito	3º dígito	4º dígito	5º dígito
P (Primaria) S (Secundaria)	Área/materia en la que se encuentra la competencia (Ver tabla siguiente)	Ciclo (Primaria) Curso (Secundaria)	O (Objetivo) C (Contenido) Cr (Criterio de evaluación)	Número que ocupa

Tabla 2. Codificación para el análisis curricular

Área de conocimiento/materia en la que se encuentra la competencia	
CM	Conocimiento del medio natural, social y cultural
FQ	Física y química
BG	Biología y geología
CN	Ciencias de la naturaleza
EF	Educación física
C	Educación en la ciudadanía y los derechos humanos
Et	Ética
CS	Ciencias sociales, geografía e historia
P	Educación plástica y visual o Educación artística
LL	Lengua castellana y su literatura, lengua cooficial y su literatura
Lx	Lengua extranjera
Mt	Matemáticas
M	Música
T	Tecnologías
L	Latín
I	Informática

En los Anexos correspondientes al ámbito de la Educación afectivo sexual se puede observar el uso de esta nomenclatura que sirve para identificar el contenido seleccionado. Esto ha ocurrido en todos los ámbitos.

En el momento de realizar el análisis curricular se diferencia, en el instrumento de análisis y a partir de la codificación empleada, entre los contenidos competenciales de Salud que se encuentran en el currículo de una forma relacionada y los contenidos competenciales que desarrollan de forma específica el ámbito de salud que se está analizando. A estos últimos se les denomina contenidos competenciales específicos y se representan en el instrumento de análisis incluyendo el símbolo asterisco (*) en la codificación. Los contenidos competenciales relacionados son los que el currículo

posibilita trabajar el ámbito de salud en cuestión, siempre que el profesorado sea sensible al tema y competente para la obtención y uso de recursos, mientras que los contenidos competenciales específicos que aquellos que, atendiendo las indicaciones del currículo, desarrollan de manera inequívoca ese ámbito determinado.

En los resultados que aparecen en muchos de los capítulos dedicados a cada uno de los ámbitos de salud, se puede observar esta distinción entre contenidos específicos y relacionados. Cuando esto no ocurre, se ha optado por tener en cuenta únicamente los contenidos específicos para simplificar la lectura.

Limitaciones de la investigación. En la formación del alumnado, especialmente en lo referente a cuestiones de Salud, intervienen diversos elementos, entre los que podemos señalar como de mayor importancia a la Escuela, la Familia y el contexto social donde se desenvuelve. Estos dos últimos elementos no han sido tenidos en cuenta en nuestra investigación, constituyendo una limitación de la misma, ya que únicamente nos hemos centrado en lo que concierne a la Escuela, y en concreto al currículo escolar prescriptivo.

■ Resultados obtenidos

Como resultado del estudio del equipo de investigación, de las opiniones vertidas en las dos rondas del método Delphi y en la reunión presencial, y de la aplicación de los instrumentos de análisis generados a los diferentes currículos se obtuvieron los resultados que se presentan a continuación y que agruparemos de la siguiente manera: 1) Ámbitos y Problemas de Salud, 2) Competencia en Salud, 3) Subcompetencias de cada ámbito, 4) Contenidos competenciales para cada ámbito y 5) Análisis curricular.

1. Ámbitos y Problemas de Salud

Los problemas o situaciones de salud se pueden agrupar en los 8 *ámbitos de salud* siguientes: Alimentación y Actividad física, Adicciones, Salud Mental y Emocional, Sexualidad, Accidentes, Higiene, Medio Ambiente y Promoción de la Salud. Este último ámbito es transversal al resto y contiene situaciones relacionadas con los otros ámbitos.

Los problemas o situaciones de salud que se relacionan para cada uno de los ocho ámbitos se presentan en la tabla 3.

2. Definición de la Competencia en Salud

Como resultado de las opiniones vertidas en las dos rondas del método Delphi y en la reunión presencial se definió la Competencia en Salud como “*la capacidad y*

Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela

Tabla 3. Ámbitos de salud y problemas relacionados

ÁMBITO SALUD	PROBLEMAS RELACIONADOS
1-Promoción de Salud	Conductas, hábitos y estilos de vida saludables. Entornos saludables. Utilizar adecuadamente los servicios sociosanitarios
2-Alimentación y Actividad Física	Sobrepeso y obesidad. Desórdenes de la conducta alimentaria. Malnutrición. Infecciones e intoxicaciones alimentarias. Sedentarismo. Enfermedades no transmisibles, diabetes, alergias e intolerancias alimentarias. Mala práctica de la actividad física y deportiva.
3-Adicciones	Consumo de tabaco. Consumo de bebidas alcohólicas. Consumo de cannabis. Consumo de otras drogas ilegales. Uso inadecuado de los medicamentos. Otros trastornos adictivos.
4-Sexualidad	Sexualidad insatisfactoria. Infecciones de transmisión sexual (ITS). Embarazos no deseados. Violencia sexual. Discriminación por la diversidad sexual.
5-Higiene	Problemas bucodentales. Higiene corporal. Parasitismo. Enfermedades infecciosas. Cáncer. Alergias. Higiene postural. Higiene sexual. Higiene de los alimentos. Sueño
6-Emocional	Estrés. Ansiedad. Depresión. Baja autoestima. Violencia. Acoso. Malos tratos.
7-Accidentes	Accidentes de tráfico. Accidentes domésticos. Caídas. Quemaduras. Ahogamientos y asfixias. Morde-duras y picaduras de animales.
8-Medio Ambiente	Problemas derivados de la contaminación del agua, del aire y del suelo. Problemas derivados del consumo. Problemas causados por catástrofes.

determinación de resolver los problemas relacionados con la salud personal y colectiva” o bien, de una forma más desarrollada, como “la capacidad y el propósito de utilizar los recursos personales (habilidades, actitudes, conocimientos, experiencias, comportamientos...) para resolver de forma adecuada problemas de salud individual o colectivos en un contexto concreto y contribuir a crear un entorno en el que las opciones saludables sean fáciles de tomar”.

3. Determinación de la competencia para cada uno de los ocho ámbitos de salud

La aplicación de la competencia en salud que se ha definido al conjunto de problemas o situaciones que componen cada uno de los 8 ámbitos de salud permitió enunciar las 8 subcompetencias de la manera siguiente:

1. Para la Promoción de la Salud: Capacidad y predisposición de las personas para controlar los factores que intervienen en la salud individual y colectiva.
2. Para la Alimentación y Actividad Física: Llevar una alimentación saludable y desarrollar una actividad física adecuada.
3. Para la Prevención de Conductas Adictivas: Detectar y prevenir conductas adictivas.
4. Para la Vida Afectivo-sexual: Desde la identidad sexual, desarrollar una conducta expresada de forma placentera, enriquecedora y saludable.
5. Para la Higiene: Desarrollar pautas de higiene cotidiana que prevengan la aparición de enfermedades y mejoren la calidad de vida.
6. Para la salud mental y emocional: Detectar y combatir situaciones de riesgo conducentes a la ansiedad, estrés o depresión y rechazar la violencia en cualquiera de sus formas.
7. Para la Prevención de Accidentes: Evitar los elementos de riesgo de nuestro entorno y contribuir a la contención de accidentes.
8. Para la Salud Ambiental: Contribuir al mantenimiento y creación de un medioambiente saludable.

El desglose de cada subcompetencia en sus tres componentes, saber, saber hacer, y saber ser, se encuentran en cada capítulo que presenta los contenidos competenciales de cada ámbito y desarrolla el análisis efectuado al currículo escolar.

A continuación, en la tabla 4, se ofrece a modo de resumen, una visión general de la investigación realizada. Consta de: la definición de la Competencia en Salud, o mejor, la Competencia en el Cuidado y Promoción de la Salud personal y colectiva; los ocho ámbitos en los que se han agrupado los problemas de salud que tienen una consideración en la vida escolar; y para terminar la subcompetencia para cada ámbito, necesaria para hacer frente a los problemas o situaciones relativas a cada uno de los ocho ámbitos.

4. Determinación de los contenidos competenciales necesarios en cada uno de los ocho ámbitos de salud

Para cada problema que constituye un ámbito de salud se identificaron los contenidos necesarios para el desarrollo de la competencia en dicho ámbito. A esos contenidos se les ha denominado contenidos competenciales. Estos contenidos se han dividido en conceptuales, procedimentales y actitudinales.

El conjunto de competencias, problemas y contenidos competenciales de cada ámbito se presenta en cada uno de los capítulos que desarrolla el análisis curricular de dicho ámbito.

Tabla 4. Competencias en el cuidado y promoción de la salud personal y colectiva: Principales ámbitos de salud, subcompetencias y problemas de cada ámbito.

Competencias en el cuidado y promoción de la salud personal y colectiva							
Desarrollo de las capacidades y el propósito de utilizar los recursos personales (habilidades, actitudes, conocimientos, experiencias, etc.) para resolver de forma adecuada un problema de salud individual o colectivo en un contexto definido y contribuir a crear un entorno en el que las opciones saludables sean fáciles de tomar.							
Ámbitos de salud							
Promoción de la Salud	Alimentación y actividad física	Prevención de las adicciones	Vida Afectivo-sexual	Higiene personal y colectiva	Salud Mental y Emocional	Prevención de accidentes	Atención al Entorno
Problemas de salud y/o situaciones a responder							
Generar conductas, hábitos y estilos de vida saludables.	Sobrepeso y obesidad. Desórdenes de la conducta alimentaria.	Consumos de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales.	Sexualidad insatisfactoria. Infecciones de transmisión sexual.	Higiene bucodental. Higiene corporal. Enfermedades infecciosas.	Estrés, ansiedad y depresión. Baja autoestima.	Accidentes de tráfico. Accidentes domésticos.	Problemas derivados de la contaminación del agua.
Procurar entornos saludables.	Malnutrición. Infecciones e intoxicaciones alimentarias.	Uso inadecuado de medicamentos.	Embarazos no deseados.	Parasitismo y alergias.	Violencia, acoso y malos tratos.	Caídas.	Problemas derivados de la contaminación de la contaminación aérea.
Utilizar adecuadamente los servicios sociosanitarios.	Sedentarismo. Enfermedades no transmisibles, diabetes, alergias e intolerancias alimentarias.	Otros trastornos adictivos.	Violencia sexual. Discriminación por la orientación sexual.	Prevención del cáncer. Higiene postural. Higiene sexual. Higiene de los alimentos.	Quemaduras. Ahogamientos y asfixias. Mordeduras y picaduras de animales.	Consumismo. Catástrofes naturales.	
Subcompetencias							
Capacidad y predisposición para controlar los factores que intervienen en la salud individual y colectiva.	Llevar una alimentación saludable y desarrollar una actividad física adecuada.	Detectar y prevenir conductas adictivas.	Desde la identidad sexual, desarrollar una conducta expresada de forma placentera, enriquecedora y saludable.	Desarrollar y mantener pautas de conducta que prevengan la aparición de enfermedades y mejoren la calidad de vida.	Detectar y combatir situaciones de riesgo conducentes a la ansiedad, estrés o depresión y rechazar la violencia en cualquiera de sus formas.	Evitar los elementos de riesgo de nuestro entorno y contribuir a la contención de accidentes.	Contribuir al mantenimiento y creación de un medioambiente saludable.

5. Resultados del análisis curricular sobre las propuestas de los contenidos en Salud

Tomando como instrumento de análisis el conjunto de contenidos competenciales referidos a los problemas o situaciones de salud que encontramos en un ámbito, se ha estudiado el currículo de la Educación Primaria y el de la Secundaria Obligatoria que propone el Ministerio de Educación y Ciencia en los Reales Decretos 1513/2006 y 1631/2006 que desarrolla el plan de estudios que programa la LOE (2006). Así mismo, se han analizado el currículo que propone la Generalitat Valenciana en los Decretos 111/2007 y 112/2007 para la educación Primaria y para la Secundaria Obligatoria.

El análisis se detiene en las aportaciones que realizan las diferentes asignaturas a las competencias en salud, anotando el número de contenidos referidos a ella.

La Educación para la Salud, al ser una materia transversal del currículo, posee gran cantidad de contenidos, tanto conceptuales como procedimentales y sobre todo actitudinales, que pueden ser utilizados para su desarrollo en el aula, aunque no sean específicamente de salud. Es decir, el profesorado los puede utilizar para el tratamiento de los temas de salud, propiciando las relaciones personales, la conciencia social, la responsabilidad individual, etc. Todos ellos se han tenido en cuenta, pero se han diferenciado de aquellos contenidos que son específicos de salud.

El estudio curricular de cada ámbito ha supuesto la investigación realizada en un Trabajo Fin de Máster (TFM) y un resumen de los resultados se ofrece en cada uno de los capítulos que los abordan.

■ Conclusiones

En los capítulos dedicados al estudio de los diferentes ámbitos de salud, se presentan las conclusiones detalladas que hemos encontrado en cada uno de ellos. Haciendo una generalización con ellos, y por tanto, con las debidas cautelas, podemos señalar lo siguiente:

Según la LOE (2006), el BOE debe aportar entre el 55-65% de lo que se debe estudiar durante la Enseñanza Obligatoria, es lo que se denominan enseñanzas mínimas, mientras que cada comunidad autónoma se encarga de completar el currículo y ampliarlo, siendo responsable de entre el 35 y 45% del currículo propuesto. Tras haber realizado el análisis del BOE y el DOCV se pone de manifiesto que, en líneas generales, el BOE tiene mayor contribución de contenidos en el ámbito de la Salud que lo que realiza el DOCV. Estos datos reflejan que en la Comunidad Valenciana no se da el tratamiento que cabría esperar a las Competencias de Salud.

Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela

Las materias que mayor contribución curricular aportan a esta competencia, en orden decreciente, son: Conocimiento de Medio y el bloque Ciencias Naturales - Biología y Geología, Educación para la Ciudadanía y Educación Física. En algunos ámbitos como la Sexualidad o la Salud Ambiental, la Educación Física apenas presenta propuestas de contenidos relacionados con la salud, y es la asignatura de Lengua y Literatura la que ocupa su lugar con sus propuestas.

Es importante tener en cuenta que para desarrollar la competencia en conductas saludables se deben adquirir las tres dimensiones (saber, saber estar, saber hacer). Por tanto, el currículum debe contribuir convenientemente a cada una de ellas. Tanto el BOE y como el DOCV, a la dimensión que más se contribuye es al saber estar (actitudes), seguido del saber hacer (procedimientos) y por último el saber (conceptos). Sin embargo, si nos fijamos en los contenidos específicos de salud, vemos que los contenidos curriculares más abundantes son los conceptuales y resulta llamativo la poca cantidad de contenidos específicos dentro del saber hacer.

Así pues, no encontramos una aportación curricular suficiente para cada una de las tres dimensiones que sirvan para desarrollar las competencias en Salud.

En cada uno de los capítulos se hace un listado de contenidos que no se tratan en el currículo. En todos los ámbitos podemos decir que no se referencia el uso de los recursos sanitarios como vía preventiva y de información.

A partir de toda la información obtenida y analizada podemos afirmar que el currículo prescriptivo de Educación Obligatoria presenta lagunas que dificultan la adecuada atención a las Competencias en Salud que deben adquirir los jóvenes en su etapa escolar.

■ Referencias bibliográficas

- Benavides, F., Moya, C., Segura, A. (2006). Las competencias profesionales en Salud Pública. *Gac Sanit.*, 20: 239-43.
- Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud (2005). *Plan de Educación para la Salud en la Escuela Región de Murcia (2005-10)*. Murcia.
- Coll, C., Martín, E. (2006). Vigencia del debate curricular. Aprendizajes básicos, competencias y estándares. *Revista PRELAC-UNESCO*, 3: 6-27.
- Davó, M.C., Gil-González, D., Vives-Cases, C. et al. (2009). ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Gac Sanit.*, 23: 5-12.

- Davó, M.C., Vives-Cases, C., García Benavides, F. et al. (2011). Competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas universitarios de grado. *Gac Sanit.*, 25: 525-34.
- Gavidia, V., Aguilar, R., Carratalá, A. (2006) ¿Desaparecen las transversales con la aparición de las competencias? *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 25: 171-80.
- Gavidia, V. (2004). La escuela promotora de salud y sostenibilidad. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 18: 65-80.
- Gavidia, V. (2009). El profesorado ante la educación y promoción de la salud en la escuela. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 23: 171-80.
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (2008). Health Promotion: Francophone Research and Perspectives. *Global Health Promotion*, 15.
- IUHPE. (2003). *La evidencia de la eficacia de la Promoción de la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Jansá, J.M. (1998). Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Rev. Esp. Salud Pública*, 72: 165-8.
- Maderuelo, J.A., Hernández, I., González, M., Velázquez, I. (2009). Necesidades de información de los usuarios de Atención Primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios: Un estudio Delphi. *Gac Sanit.*, 23: 365-72.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Encuesta nacional de salud 2006*. Servicio de publicaciones. Madrid.
- OMS. Riesgos para la salud de los jóvenes. Nota descriptiva N° 345. 2010 [Consultado el 26/03/2014]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>
- Pérez de Eulate, L., Ramos, P. (2005). Estudio nutricional: una encuesta sobre hábitos alimenticios en adolescentes vascos. *Enseñanza de las Ciencias*, número extra.
- Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Puertas, B., Cerqueira, M.T. (1996). *Análisis situacional de la promoción de la salud en el ámbito escolar en varios países*. Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud. Washington, DC, OPS/OMS.

- Real Decreto 1513/2006 de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la educación primaria (BOE, 8/12/06).
- Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la educación secundaria obligatoria (BOE, 5/01/07).
- Salvador, T., Suelves, J.M. (2009). *Ganar Salud en la Escuela. Guía para conseguirlo*. Madrid: Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Okoli, C., Pawlowski, S.D. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*, vol. 42 (1), 15-29.
- Smolak, L., Harris, B., Levine, M.P., Shisslak, C.M. (2001). Teachers: The forgotten influence on the success of prevention programs. *Eat Disord.*, 9:261-265.
- Sociedad Europea contra el Cáncer (1990). *Principales conclusiones de la Conferencia Europea sobre Educación para la Salud y Prevención del Cáncer en las Escuelas*. Dublín: OMS.
- Valderrama, J.C., Gavidia, V. et al. (1997). *Evolución de los hábitos de salud en la juventud de Valencia (1994-1996)*. Ayuntamiento Valencia. Programa Municipal de Drogodependencias. Plan Nacional de la Droga.
- Varela, M., Díaz, L., García, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones de área de la salud. *Revista Investigación en Educación Médica*, 1: 90-5.
- Yañez, R., Cuadra, R. (2008). La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería*, XIV (1): 9-15.