

## Propuesta de alfabetización en salud a través de competencias en la educación obligatoria

Proposal of Health literacy through competencies in Compulsory Education

Valentín Gavidia Catalán<sup>1</sup>  
Anabella Garzón Fernández<sup>2</sup>  
Marta Talavera Ortega<sup>1\*</sup>  
Cristina Sendra Mocholí<sup>1</sup>  
Olga Mayoral García-Berlanga<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Didáctica CC, Experimentales y Sociales, Universitat de València. España.

<sup>2</sup> Departamento de Educación, Universidad de Almería. España.

\* Autor para la correspondencia. Correo electrónico: marta.talavera@uv.es

### RESUMEN

**Introducción:** Las competencias en salud que deben adquirir los alumnos en su paso obligatorio por la escuela están por precisar y definir.

**Objetivo:** Definir qué competencias en salud deben adquirir los ciudadanos en la escuela y comprobar hasta qué punto las propuestas curriculares ministeriales las tienen en cuenta.

**Métodos:** Para conseguir el primer objetivo se 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 la propuesta de competencias para cada problema/situación de salud y 3) reunión de expertos para consensuar los resultados obtenidos por el método Delphi. Para el segundo objetivo se ha realizado un análisis del contenido del currículo de la educación obligatoria.

**Resultados:** Se establecieron 8 ámbitos de salud a tratar en la escuela: adicciones, alimentación y actividad física, sexualidad, salud mental y emocional, medio ambiente, accidentes, higiene y promoción de la salud, y los problemas relacionados con cada uno de ellos. Se definió la competencia en salud y las subcompetencias para cada ámbito. Asimismo, se concretaron los contenidos de aprendizaje necesarios para desarrollar cada competencia. En el análisis curricular se detectaron carencias en las propuestas ministeriales.

**Conclusiones:** Resulta necesario ofrecer una propuesta de competencias en salud a desarrollar durante la educación obligatoria, como la presentada, desglosada en lo que el alumnado debe “saber”, “saber hacer” y “saber ser y estar”, que sirva de referencia a los educadores en su toma de decisiones para planificar la enseñanza y elegir actividades aplicables en situaciones y contextos diversos.

**Palabras clave:** competencias en salud; currículo escolar; educación obligatoria; educación para la salud; promoción de la salud; salud escolar.

## ABSTRACT

**Introduction:** Health competencies to be acquired by the students through Compulsory Education are yet to be defined.

**Objective:** To define the health competencies that citizens must acquire at school and check to what extent ministerial curricular proposals take them into account.

**Methods:** To accomplish the first objective, a qualitative study in three phases has been carried out: 1) Identification of health problems/situations that should be known by the students and a proposal for the development of competencies; 2) Delphi study to reach consensus in relation to the proposals of competencies for each health problem/situation; and 3) a meeting of experts to establish agreements on the results obtained by the Delphi method. For the second objective, an analysis of the contents of the curriculum of compulsory education is made.

**Results:** Eight areas of Health to be addressed in school were defined: Addictions, Food and Physical Activity, Sexuality, Mental and Emotional Health, Environment, Accidents, Hygiene and Health Promotion, and the problems related to each one. Health Competency was defined and the Sub-competencies for each area. The necessary learning contents to develop each competency were specified; and deficiencies were detected in the ministerial proposals of the curriculum.

**Conclusions:** It is necessary to offer a proposal of health competencies to be developed during Compulsory Education, as presented in this paper –considering what students must “know”, “know how to do” and “know how to be”–, that serves as a reference for educators in decision making to plan teaching and choose activities that can be applicable in diverse situations and contexts.

**Keywords:** health competencies; curriculum; compulsory education; health education; health promotion; school health.

Recibido: 10/12/2016

Aceptado: 16/05/2017

## INTRODUCCIÓN

Diversas entidades nacionales e internacionales han aconsejado realizar intervenciones de promoción y educación para la salud en los centros docentes. Desde la Conferencia Europea de Educación para la Salud, celebrada en Dublín en 1990,<sup>(1)</sup> se recomendaba la inclusión de estos contenidos en el currículo escolar, considerándolo como el modo más efectivo para promover la adopción a largo plazo de estilos de vida saludables, además del único camino para que la educación para la salud llegue a los grupos de población más jóvenes, independientemente de la clase social, género y nivel educativo y/o económico alcanzado por sus padres.<sup>(2)</sup>

De esta forma, la educación para la salud se ha convertido en un instrumento necesario para la promoción de la salud y una herramienta clave de intervención para la salud en las edades de escolarización obligatoria (6-16 años). El fácil acceso a la población infantil y juvenil debido a la obligatoriedad de su educación y el hecho de que durante este periodo el alumnado sea más receptivo al aprendizaje y adquiera los principales hábitos de vida, a consolidar en años posteriores, hacen necesario contemplar la educación para la salud como una forma de contribuir a una educación integral personal y a la adquisición de una responsabilidad colectiva.

En España, con la publicación de la *Ley de Ordenación General del Sistema Educativo* (LOGSE) de 1990, se consiguió la inclusión de la Educación para la Salud como materia transversal en los currículos oficiales, tanto de educación primaria como de secundaria. En los últimos años, con la implantación del *Tratado de Bolonia* –y con él, del *Espacio Europeo de Educación Superior*– y los cambios metodológicos que supuso, la enseñanza-aprendizaje no se centra solo en los contenidos de las materias a impartir, sino en las competencias que debe adquirir el alumnado.

Las competencias se entienden como “una combinación de conocimientos, habilidades y comportamientos que se movilizan conjuntamente para lograr una acción eficaz”.<sup>(3)</sup> Esto se enlaza, o se debe enlazar, al mismo tiempo, con la propuesta de alfabetización en salud para la población. Entre las definiciones más conocidas y utilizadas de alfabetización en salud está la que recoge la OMS en su glosario de términos de salud pública, donde es definida como “las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud”.<sup>(4)</sup>

Así, la anterior Ley Orgánica de Educación española<sup>(5)</sup> siguiendo la recomendación del Parlamento y el Consejo Europeo, incorporó el enfoque de formación basado en competencias como solución óptima a los desafíos que depara la sociedad, eso significa “movilizar conocimientos para resolver problemas de forma autónoma, creativa y adaptada al contexto y a los problemas”.<sup>(6)</sup> La actual ley de educación, Ley Orgánica 8/2013, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE),<sup>(7)</sup> ha continuado con este enfoque por competencias, para desarrollar la capacidad de enfrentarse a las situaciones problemáticas que presenta una sociedad en continuo cambio y cada vez de mayor complejidad. Pero, ¿cómo afectan estos cambios a la Educación para la Salud?

Entre todas las competencias que el currículo oficial presenta, no existe ninguna específica de salud, por lo que esta se encuentra por definir. Se requiere de unos estándares mínimos de competencias en salud a desarrollar por el alumnado en la escuela y por un profesorado competente en esta materia. La importancia del claustro docente es fundamental, pues las intervenciones educativas pueden ser exitosas en la medida en que sean aplicadas por docentes, más que por expertos profesionales.<sup>(8)</sup>

Así, el objetivo principal de la presente investigación consiste en precisar y definir las Competencias en Salud que deben adquirir los ciudadanos en su paso obligatorio por la escuela primaria y secundaria, y comprobar hasta qué punto las propuestas curriculares que realizan las administraciones las tienen en cuenta. Aunque los estudios y propuestas están contextualizados en España, se han llevado a cabo con una mirada amplia, de forma que se puedan generalizar para otros contextos. Así pues, los objetivos perseguidos se concretan en las siguientes tareas:

- Determinar las competencias en salud que debe poseer el alumnado al completar sus estudios obligatorios, tomando en cuenta para ello los problemas de salud más comunes en los ciudadanos.
- Indicar los contenidos educativos necesarios para alcanzar dichas competencias.
- Elaborar instrumentos de análisis curricular a partir de los contenidos seleccionados.
- Analizar el currículo escolar de la enseñanza obligatoria (primaria y secundaria) desde la perspectiva de las competencias en salud que se deben alcanzar.

## **MÉTODOS**

### **Determinación de las competencias en salud**

El equipo investigador del grupo Competencias para la Salud (COMSAL) está 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 por un grupo de trabajo formado por 12 docentes de educación primaria, secundaria y asesores de centros de profesores.

Para conseguir el primer objetivo de determinar las competencias en salud se 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.

Se llevó a cabo una revisión de la literatura en la que aparecen recomendaciones y propuestas que los organismos internacionales, nacionales y gobiernos autonómicos hacen sobre los problemas prioritarios en salud a fin de seleccionar aquellos más relevantes. A partir de la revisión 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 de estos 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”.<sup>(9)</sup> Se establecieron, entonces, ocho ámbitos de salud: adicciones, alimentación y actividad física, sexualidad, salud mental y emocional, medio ambiente, accidentes, higiene y promoción de salud. Posteriormente, el grupo investigador definió una competencia general de salud y propuso las subcompetencias para cada uno de los ámbitos de salud a desarrollar a lo largo de la educación obligatoria. Luego, dividió 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.

2. Estudio Delphi para consensuar la propuesta de competencias para cada problema/situación de salud.

Los resultados acordados se utilizaron para elaborar cuestionarios de opinión y someterlos a juicio de expertos externos. Para llegar a consensos se siguió una metodología Delphi<sup>(10,11,12,13)</sup> de dos rondas realizadas durante el año 2015. La selección de los participantes en el estudio Delphi se hizo atendiendo a la actividad profesional, formación académica y región de procedencia. Se confeccionó un panel de expertos heterogéneo, de esta forma se intentó recoger una mayor diversidad de opiniones. A los seleccionados se les envió el cuestionario y se les pidió que valorasen cada ítem.

Los cuestionarios recogían los ámbitos de salud propuestos y, en cada uno de ellos, el conjunto de problemas o situaciones de salud que lo forman, las subcompetencias específicas, 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.

El primer envío del cuestionario se realizó a 113 personas expertas. Para el segundo envío se aumentó la muestra a 160 expertos, y se realizó en muchos casos un contacto telefónico, por lo que se obtuvieron, al menos, 11 opiniones externas por cada ámbito de salud, según las recomendaciones de *Okoli y Pawlowski*.<sup>(14)</sup>

Las valoraciones y las aportaciones de los expertos de la primera ronda fueron estudiadas, para cada ámbito, por dos investigadores del equipo y revisadas sus decisiones por otros dos investigadores diferentes. 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 (M) menor de 3,5 ( $M < 3,5$ ); y/o desviación típica (DT) mayor que 1 ( $DT > 1$ ).

Con los datos obtenidos se elaboró el siguiente cuestionario para la segunda vuelta del estudio Delphi. Para analizar los resultados de esta ronda se volvió a calcular la media y la desviación típica obtenida en cada ítem. Se determinó así la importancia concedida y el grado de consenso suscitado.

3. Reunión de expertos para consensuar los resultados obtenidos por el método Delphi.

Con los resultados obtenidos en las dos rondas Delphi y con el objetivo de valorarlos, se organizó en la Facultad de Magisterio de la Universidad de Valencia, a modo de tercer paso, la I Reunión de Expertos en Promoción y Educación para la Salud (marzo de 2016). Los invitados a intervenir en esa jornada fueron los participantes en alguna de las dos rondas anteriores, aunque la convocatoria se extendió también a otros expertos. En esa reunión, junto a los miembros del grupo de investigación COMSAL, los asistentes debatieron los resultados obtenidos hasta llegar a consensos en sus enunciados y valoraciones generales. Se estudiaron todos los ítems atendiendo a las sugerencias de *Coll* y *Martín* de separar lo imprescindible o necesario de lo deseable.<sup>(15)</sup>

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 tuvo en cuenta los criterios siguientes:  $M \geq 4$  y  $DS < 1 \rightarrow S$  (sustancial o necesario),  $M \geq 3$  y  $DS < 1 \rightarrow I$  (importante) y  $M < 3$  y  $DS > 1 \rightarrow P$  (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 educación obligatoria**

Con los contenidos competenciales consensuados se conformó un instrumento para analizar, en cada uno de los ámbitos de salud, las propuestas oficiales de los currículos y comprobar hasta qué punto se ha tenido en cuenta esta problemática en su elaboración. La muestra estuvo formada por el currículo obligatorio ministerial que aparecen en el Boletín Oficial del Estado (BOE)<sup>(16,17)</sup> y en el autonómico de la Comunidad Valenciana publicado en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana (DOGV)<sup>(18,19)</sup> sobre las enseñanzas mínimas en educación primaria y secundaria obligatorias. Para su análisis se procedió a la lectura de los currículos y se anotaron aquellos elementos curriculares (objetivos, contenidos y criterios de evaluación) que hacen referencia a los distintos contenidos competenciales definidos en el instrumento de análisis (tabla 1).

El resultado fue consensuado entre dos personas del grupo de investigación y luego revisado por, al menos, otro investigador. Posteriormente, se efectuó el recuento de dichas aportaciones curriculares, realizando los estudios comparativos entre las materias que presentan una mayor intervención en las competencias de salud. Para realizar esta acción se estableció un código de 5 dígitos que fue utilizado en todos los ámbitos a lo largo de la investigación, y en todas las asignaturas del currículo.

**Tabla 1** – Contenidos para desarrollar las competencias en el ámbito de promoción de salud

<b>Competencia:</b> Capacidad y predisposición de las personas para controlar los factores que intervienen en la salud personal y social
SABER: Conocer los principales problemas y factores de riesgos para la salud personal y social.* SABER HACER: Intervenir en el entorno para que las opciones saludables sean las más fáciles de tomar.* SABER SER: Asumir responsabilidades individuales y colectivas y participar en las actuaciones de salud dirigidas a la población.*
<b>Situación problemática 1.</b> Generar comportamientos, hábitos y estilos de vida saludables
<b>Conocimientos a adquirir</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principales problemas y riesgos para la salud personal y social y la diversidad de posibles actuaciones.*</li> <li>• Información sobre las necesidades fisiológicas, culturales y ambientales de las personas.*</li> <li>• Evolución del binomio salud-enfermedad a lo largo de las diferentes etapas de la vida.</li> <li>• Pautas de conducta saludables y las consecuencias de no llevarlas a cabo.</li> </ul>
<b>Procedimientos a utilizar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar habilidades para tomar decisiones y enfrentarse a situaciones difíciles por su novedad o complejidad relacionadas con la salud individual y/o social.*</li> <li>• Adquirir las habilidades para obtener información relevante y fiable sobre los problemas de salud.*</li> <li>• Observación crítica del contexto en el que se vive influya en los hábitos de vida.*</li> <li>• Saber responder a determinadas presiones que la sociedad ejerce hacia comportamientos o conductas de riesgo.*</li> <li>• Capacidad de adaptación a los cambios que se producen en nuestro entorno y afectan a nuestra salud.*</li> </ul>
<b>Actitudes a desarrollar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar la salud como factor determinante en la toma de decisiones.*</li> <li>• Tomar iniciativas sobre los factores determinantes de la salud que pueden influir en el bienestar personal.*</li> <li>• Reconocer la corresponsabilidad en la salud propia.*</li> <li>• Admitir las consecuencias que determinados actos pueden producir en la salud de los demás.*</li> </ul>
<b>Situación problemática 2.</b> Procurar entornos saludables
<b>Conocimientos a adquirir</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los factores determinantes de la salud de una población.*</li> <li>• Las necesidades de salud de la población y las condiciones socioambientales que mejoran la calidad de vida.*</li> <li>• Los cauces de participación ciudadana en la toma de decisiones de cuestiones relacionadas con la salud.*</li> <li>• Características y necesidades de los grupos de población más vulnerables.*</li> </ul>
<b>Procedimientos a utilizar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber cómo actuar sobre el entorno para mejorar la calidad de vida.*</li> <li>• Impulsar la promoción de salud a través de las redes sociales.*</li> <li>• Colaborar con organizaciones sociales para la promoción de salud.</li> <li>• Participar en la elaboración, desarrollo, y evaluación de las políticas de promoción de salud (marcos de actuación).*</li> </ul>
<b>Actitudes a desarrollar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud crítica ante informaciones, situaciones o actuaciones que perjudiquen el entorno.*</li> <li>• Solidaridad y conciencia social, especialmente con los colectivos más vulnerables.*</li> <li>• Disposición a colaborar en las acciones de salud dirigidas a la población.</li> <li>• Asumir responsabilidades personales y colectivas en construir y mantener entornos saludables.*</li> </ul>
<b>Situación problemática 3.</b> Gestión de la propia salud. Autocuidados y utilización de los servicios sociosanitarios.
<b>Conocimientos a adquirir</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El funcionamiento del Sistema Sanitario.*</li> <li>• Los autocuidados y ayudas mutuas no profesionales.</li> </ul>
<b>Procedimientos a utilizar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer los problemas de salud y saber encontrar la ayuda necesaria.*</li> <li>• Utilizar los recursos sociosanitarios existentes.*</li> </ul>
<b>Actitudes a desarrollar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptar la necesidad de ayuda, la interdependencia social.*</li> <li>• Favorecer la solidaridad y la ayuda mutua.*</li> </ul>

Fuente: Grupo COMSAL (Competencias en Salud)  
\*Contenidos competenciales sustanciales o necesarios.



## RESULTADOS

Como resultado del estudio, de las opiniones vertidas en las dos rondas del método Delphi, de la reunión presencial y de la aplicación de los instrumentos de análisis a los diferentes currículos, se abordaron los siguientes aspectos: ámbitos y problemas de salud, competencia en salud, subcompetencias de cada ámbito (tabla 2), contenidos competenciales para cada ámbito y análisis curricular.

- 1) Ámbitos y problemas de salud. Los problemas o situaciones de salud se agruparon en los ocho 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 y contiene situaciones relacionadas con los restantes.
- 2) Definición de la competencia en salud. A partir de las opiniones que emergieron con la aplicación de la metodología Delphi y en la reunión presencial, se consensó la competencia en salud como: “la capacidad y determinación de resolver los problemas relacionados con la salud personal y colectiva”; o bien, y de una forma más desarrollada: “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”. Asimismo, se acordó que la competencia en salud definida también pudiera recibir el nombre de competencia en el cuidado y promoción de la salud personal y social, más acorde con la definición de competencia consensuada.
- 3) Precisar y definir la competencia para cada uno de los ocho ámbitos de salud. La aplicación de la competencia en salud referida al conjunto de problemas o situaciones que componen los ámbitos de salud permitió enunciar las ocho subcompetencias.
- 4) Determinación de los contenidos de aprendizaje necesarios en cada ámbito de salud. De igual forma, se identificaron los contenidos necesarios para el desarrollo de la competencia en los ámbitos de salud. A esos contenidos se les ha denominado “contenidos competenciales”. Se dividieron en conceptuales, procedimentales y actitudinales. Así pues, cada ámbito de salud presenta un conjunto de subcompetencias, problemas de salud y contenidos competenciales. A modo de ejemplo, se detallan los contenidos competenciales que deben ser contemplados en el currículo (ver tabla 1) y los resultados del análisis curricular realizado en el caso del ámbito más transversal, el de la promoción de la salud (figura).

La competencia se definió como: “capacidad y predisposición de las personas para controlar los factores que intervienen en la salud personal y social”. Se consideraron tres problemas o situaciones que deben ser contemplados en este ámbito. Para cada una de ellas se detallan los contenidos competenciales necesarios para alcanzar la competencia de promoción de la salud, es decir, los conocimientos a adquirir, los procedimientos a utilizar y las actitudes a desarrollar. Esa tabla sirve como



instrumento para la siguiente fase en la que se estudiaron los currículos oficiales, tanto a nivel nacional como autonómico.

5) Resultados del análisis curricular sobre las propuestas de los contenidos en salud. Se aplicó el instrumento de análisis a la muestra elegida, conformada por los dos currículos (ministerial y autonómico valenciano). En ambos casos se observan carencias, en especial, al no considerar la visión colectiva de la salud. Así, algunos aspectos a resaltar son:

- no se tiene en cuenta el entorno,
- no se presenta el funcionamiento y utilización del sistema sociosanitario,
- no se atiende al desarrollo de habilidades para enfrentarse a situaciones difíciles o complejas,
- no se trata el saber reconocer los problemas de salud ni buscar y encontrar la ayuda necesaria,
- se obvia la participación en políticas para la mejora de la calidad de vida,
- no se ejercita la capacidad de responder a presiones sociales hacia conductas de riesgo,
- no se reconoce la responsabilidad en la salud propia y colectiva,
- no se trata la autoexploración ni la importancia del sueño, y
- No se tienen en cuenta las adicciones sin sustancias, etc.

La contribución de las diferentes materias a la adquisición de competencias en el ámbito de la promoción de salud, a título de ejemplo, se presenta en la propia figura 1.

**Tabla 2** - Competencias en salud personal y colectiva a adquirir en la escuela: ámbitos de salud, subcompetencias y problemas de cada ámbito

<b>Competencia en el cuidado y promoción de la salud personal y colectiva</b>							
Desarrollo de las capacidades con el propósito de utilizar los recursos personales (habilidades, actitudes, conocimientos, experiencias, conductas, 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.							
<b>Ámbitos de salud</b>							
Promoción de 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
<b>Problemas de salud y/o situaciones a responder</b>							
Generar conductas, hábitos y estilos de vida saludables. Procurar entornos saludables. Utilizar adecuadamente los servicios sociosanitarios.	Sobrepeso y obesidad. Desórdenes de la conducta alimentaria. Malnutrición. Infecciones e intoxicaciones alimentarias. Sedentarismo. Enfermedades no trasmisibles: diabetes, alergias e intolerancias alimentarias. Mala práctica deportiva.	Consumo de tabaco, alcohol, cánnabis y otras drogas ilegales. Uso inadecuado de medicamentos. Otros trastornos adictivos.	Sexualidad insatisfactoria. Infecciones de transmisión sexual Embarazos no deseados Violencia sexual. Discriminación por la orientación sexual.	Higiene bucodental. Higiene corporal. Enfermedades infecciosas. Parasitismo. Alergias. Prevención del cáncer. Higiene postural. Higiene sexual. Higiene de los alimentos. Alteraciones del sueño.	Estrés, ansiedad y depresión. Baja autoestima. Violencia, acoso y malos tratos.	Accidentes de tráfico. Accidentes domésticos. Caídas. Quemaduras. Ahogamientos y asfixias. Mordeduras y picaduras de animales.	Problemas derivados de la contaminación del agua y del suelo. Problemas derivados de la contaminación aérea. Consumismo. Catástrofes naturales.
			<b>Subcompetencias</b>				
Capacidad y predisposición de las personas 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 higiene cotidiana 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 del entorno y contribuir a la contención de accidentes.	Contribuir al mantenimiento y creación de un medioambiente saludable.

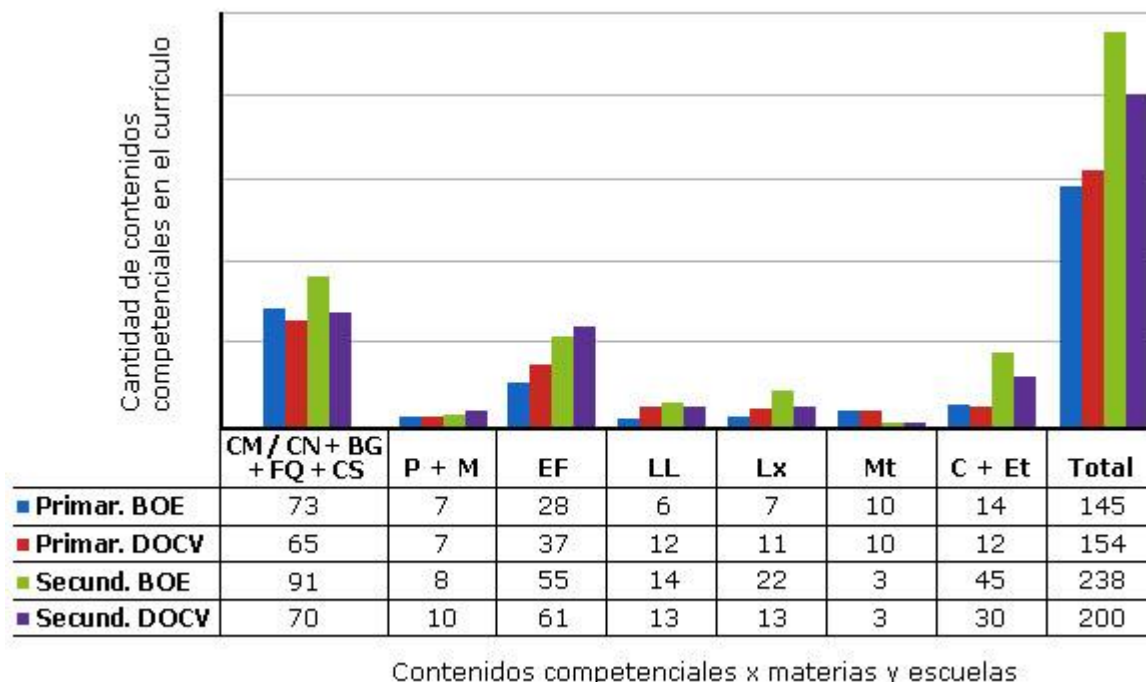


Fig. - Contribución curricular a las tres situaciones de promoción de salud, por materias y etapas, en los currículos oficiales (BOE y DOCV)

Leyenda: CM: Conocimiento del Medio; CN: Ciencias Naturales; BG: Biología y Geología; FQ: Física y Química; CS: Ciencias Sociales; P: Plástica; M: Música; EF: Educación Física; LL: Lengua Castellana y cooficial; Lx: Lengua extranjera; Mt: Matemáticas; C: Ciudadanía; Et: Ética.

BOE: Boletín oficial ministerial. DOCV: Documento autonómico.

Fuente: Grupo COMSAL (Competencias en Salud).

## DISCUSIÓN

Para desarrollar la competencia en salud se deben adquirir las tres dimensiones (saber, saber estar, saber hacer) referidas a problemas concretos de salud, por lo que el currículo debe contribuir convenientemente a cada una de ellas. Sin embargo, los contenidos curriculares más abundantes son los conceptuales y, los menos, los procedimentales. Los actitudinales están presentes, pero escasean los procedimientos necesarios para alcanzar su desarrollo. Así, no hay una propuesta curricular suficiente en cada una de las tres dimensiones que sirva para desarrollar las competencias en salud. En ningún caso se hace referencia al uso de los recursos sanitarios como vía preventiva y de información.

Los problemas de salud que se propone atender en la escuela son aquellos que requieren, o pueden requerir, la acción de un agente educativo de salud. No es el caso de diabetes, asma, cardiopatías, úlceras de estómago, etc., que requieren la intervención directa del personal sanitario. Según la Organización Mundial de la Salud,<sup>(20)</sup> cada año se registran más de 1,8 millones de muertes prematuras entre los 15 a 24 años a nivel mundial, un número mucho mayor sufren enfermedades que reducen su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente, y un número aún mayor adoptan comportamientos que ponen en peligro su

salud presente y futura. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud, entre ellas: el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia.<sup>(20)</sup>

Los problemas de salud que presenta el currículo son visiones muy amplias que luego el profesorado y los libros de texto se encargan de concretar, pero algunas situaciones merecen una mejor consideración. Así, las cuestiones de sexualidad se tratan en el aparato reproductor, pero no en la función de relación<sup>(21)</sup> y las cuestiones de violencia de género suelen ser obviadas. Hay temas que aparecen aislados, como el caso de la alimentación que no se relaciona con la actividad física y el sedentarismo, o las adicciones que no se consideran junto con los accidentes, producidos con frecuencia a causa de aquellas. El tratamiento de los problemas de salud depende de la extensión del currículo “disciplinar” y, sin embargo, no aparecen temas importantes como la celiaquía, la salud ambiental, la higiene postural, el sueño, etc. Tampoco se observan referencias al uso de los recursos sociosanitarios como vía preventiva y de información.

Ante la dispersión de la problemática de salud en el currículo, el presente artículo ofrece los ámbitos de salud en los que se agrupan los problemas o situaciones que poseen una mayor relación entre ellos, por lo que conviene considerarlos de manera conjunta. A partir de estos se han definido las competencias a desarrollar y los contenidos necesarios que deben aprender los alumnos para conseguir manejar estos problemas. A su vez, esos mismos problemas y contenidos han servido para elaborar el instrumento de análisis curricular.

Tras el análisis de los planes de estudio estatal y autonómico se observa que ninguno de los dos cubre las competencias necesarias en educación para la salud. Pese a que es una materia transversal, existen disciplinas que apenas colaboran en su desarrollo y otras, aunque están implicadas, se desentienden de algunas temáticas, como ocurre con sexualidad en la Educación Física. Las asignaturas que mayor contribución aportan, en orden decreciente, son: Conocimiento de Medio Natural, Social y Cultural y el bloque de Ciencias Naturales y Biología y Geología; Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos y Educación Física.

A partir de esa información, se comprobó 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. Por tanto, parece necesario ofrecer una propuesta de competencias en salud a desarrollar durante la etapa escolar obligatoria, que sirva de referencia a educadores en su toma de decisiones para planificar la enseñanza y elegir actividades aplicables en situaciones y contextos diversos; a las administraciones educativas en su acción de determinar los contenidos curriculares prescriptivos y a las editoriales al elaborar libros de texto y recursos educativos.

Como limitaciones del presente trabajo hay que anotar que, por escasez de espacio, no se puede presentar toda la propuesta formativa en salud y se ha hecho de un solo ámbito: el de la promoción de salud. Así mismo, en la formación del alumnado en cuestiones de salud intervienen elementos como la escuela, la familia y el contexto social. Estos dos últimos no han sido tenidos en cuenta en nuestra investigación, ya que únicamente se ha centrado en lo que concierne a la escuela y, en concreto, al currículo escolar prescriptivo.

## CONCLUSIONES

Resulta necesario una propuesta –como la presentada– de competencias en salud a desarrollar durante la educación obligatoria, que se desglose en lo que el alumnado debe “saber”, “saber hacer” y “saber ser y estar”. Además, que sirva de referencia a los educadores en su toma de decisiones para planificar la enseñanza y elegir actividades aplicables en situaciones y contextos diversos.

### Agradecimientos

El presente artículo forma parte de los proyectos “Competencias a adquirir por los jóvenes y el profesorado en educación para la salud durante la escolarización obligatoria” y “Análisis, diseño y evaluación de recursos educativos para el desarrollo de competencias en salud”, financiados por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad de España con los códigos EDU2010-20838 y EDU2013-46664-P, respectivamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Europea contra el Cáncer. Principales conclusiones de la Conferencia Europea sobre Educación para la Salud y Prevención del Cáncer en las Escuelas. Dublín: OMS, 1990.
2. Salvador T, Suelves JM. Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo. Madrid: Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad; 2009.
3. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). La definición y selección de competencias clave; 2005. Acceso: 03/11/2016. Disponible en: <http://www.oecd.org/edu/skills-beyond-school/definitionandselectionofcompetenciesdeseco.htm>
4. Falcón M, Luna A. Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. Revista Comunicación y Salud. 2012;2(2):91-98.
5. España. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación (LOE). Boletín Oficial del Estado (BOE) (04/05/2006).
6. Navio A. Las competencias profesionales del formador: una visión desde la formación continua. Barcelona: Ed. Octaedro; 2005.
7. España. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE), BOE (10/12/2013).
8. Smolak L, Harris B, Levine MP, Shisslak CM. Teachers: the forgotten influence on the success of prevention programs. Eat Disord 2001;9:261-5.

9. Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*. 2012;26:161-75.
10. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;41(4):376-382.
11. Yañez R, Cuadra R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería*. 2008;14(1):9-15.
12. Maderuelo JA, Hernández I, González M, Velázquez I. Necesidades de información de los usuarios de Atención Primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios: Un estudio Delphi. *Gac Sanit*. 2009;23:365-72.
13. Varela M, Díaz L, García R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones de área de la salud. *Revista Investigación en Educación Médica*. 2012;1:90-5.
14. Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi Method as a Research Tool: an Example, Design Considerations and Applications. *Information & Management*. 2004;42(1):15-29.
15. Coll C, Martín E. Vigencia del debate curricular. Aprendizajes básicos, competencias y estándares. *Revista PRELAC-UNESCO*. 2006;3:6-27.
16. España. Real Decreto 1513/2006 de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la educación primaria. *BOE (08/12/2006)*.
17. España. Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria. *BOE (05/01/2007)*.
18. España. Decreto 111/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunitat Valenciana. *DOCV, 24 de julio de 2007*.
19. España. Decreto 112/2007, de 20 de julio, del Consell, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunitat Valenciana. *DOCV, 24 de julio de 2007*.
20. OMS. Riesgos para la salud de los jóvenes. Nota descriptiva N° 345; 2010. Acceso: 03/11/2010. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>
21. Murgui M, Gavidia V, Asensi JJ. Sexismo y violencia de género. ¿Sexualidad humana? *Alambique*. *Didáctica de las Ciencias Experimentales*. 2017;88:34-42.

### **Conflictos de intereses**

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.