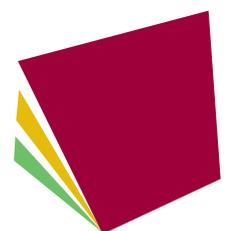


VOLUMEN I

Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005 - 2010



Cita recomendada:

Gutiérrez García JJ, López Alegría C, Pérez Riquelme Fco, López Rojo C. Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia. Murcia. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2005.

Edita:

Consejería de Sanidad^o
Dirección General de Salud Pública
Servicio de Promoción y Educación para la Salud

Diseño:

RM Comunicación

Imprime: Artes Gráficas Riande

I.S.B.N.:

84-95393-59-X O.C.
84-95393-60-3 Vol.I

Depósito Legal: MU-1691-2005

Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005 - 2010



VOLUMEN I

PLAN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DE LA REGIÓN DE MURCIA 2005 - 2010

- José J. Gutiérrez García¹
- Carmen López Alegría²
- Francisco Pérez Riquelme¹
- Concepción López Rojo¹
- Fuensanta Martínez Moreno¹
- Jesús Llamas Fernández¹
- María Luisa Usera Clavero¹
- Isidro Párraga Ros¹
- José Vicente Rodríguez Ortiz²
- M^a Dolores Torres Chacón²

El equipo de redacción quiere expresar su más sincero agradecimiento a los profesionales que han dedicado su esfuerzo y aportado sus opiniones para la realización de este Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia, 2005-2010:

Francisco García García², Aurora Fernández Martínez², Francisca Martínez García², Consuelo Puerta Ortuño¹, M^a Dolores Gomariz López¹, Josefa Ballester Blasco¹, M^a Carmen Jiménez Checa¹ y Adelaida Lozano Polo¹.

1. Consejería de Sanidad.
2. Consejería de Educación y Cultura.

GRUPOS DE TRABAJO PARA LA DEFINICIÓN DE OBJETIVOS Y ACTIVIDADES.

GRUPO 1:

Recursos necesarios para el desarrollo de la Educación para la Salud en la Escuela.

Coordinador:

- **Juan Ramón Ordoñana Martín.** Profesor Adjunto Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

Participantes:

- **Francisco Pérez Riquelme.** Técnico de Salud Pública del Servicio de Promoción y Educación para la Salud.
- **Ricardo Alarcón López.** Director del Centro de Profesores y Recursos de Lorca.
- **Elisa Alcaraz Iniesta.** Técnico de la Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste.
- **M^a Paz Bernadeu Ruiz.** Profesora de Educación Primaria.
- **Antonio Campos Lara.** Profesor de Educación Primaria.
- **Maravillas Cánovas Valera.** Profesora de Educación Secundaria.
- **Dolores Deniz Rodríguez.** Profesora de Educación Secundaria.
- **Mónica García Escribano.** Profesora de Educación Secundaria.
- **Pedro Antonio Martínez López.** Técnico del Servicio de Documentación de la Consejería de Sanidad.
- **Isidro Párraga Ros.** Técnico del Servicio de Promoción y Educación para la Salud.

GRUPO 2:

Diseño curricular necesario para el desarrollo de la Educación para la Salud en la Escuela.

Coordinador:

- **Alfonso Gómez Albaladejo.** Inspector de Educación.

Participantes:

- **Concepción López Rojo.** Técnico del Servicio de Promoción y Educación para la Salud.
- **M^a Dolores Alarcón Nicolás.** Técnico del Servicio de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Murcia.
- **Juana M^a Blázquez Sánchez.** Asesora de Centro de Profesores y Recursos.
- **Raquel Bran Zerrizuela.** Profesora de Educación Primaria.
- **Manuel Moreno Garrido.** Coordinador de Departamentos de Orientación. Consejería de Educación y Cultura.
- **Ana Mula Acosta.** Profesora de Educación Secundaria y Directora de I.E.S.
- **Juan Navarro Barba.** Jefe de Servicio de Atención a la Diversidad de Consejería de Educación y Cultura.
- **Juan Pérez Cobacho.** Asesor Consejo Escolar Regional.
- **Consuelo Puerta Ortuño.** Técnico del Servicio de Promoción y Educación para la Salud.
- **Salvador Velázquez Vicente.** Profesor de Educación Primaria.
- **Isabel Zamora Sánchez.** Profesora de Educación Primaria.

GRUPO 3:

Formación profesional necesaria para el desarrollo de la Educación para la Salud en la Escuela.

Coordinador:

- **José Carpena Guaita.** Jefe de Servicio de Formación del Profesorado.

Participantes:

- **Carmen López Alegría.** Asesor Técnico Docente de la Consejería de Educación y Cultura.
- **Iñigo Anza Aguirre Zabala.** Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Gerencia de Atención Primaria de Lorca.
- **Feliciana Buendía Moya.** Profesora de Educación Primaria.
- **Virginia Carrión García.** Profesora de Educación Primaria.
- **Matilde López De Haro.** Coordinadora de Iniciación Profesional del Ayuntamiento de Murcia.
- **Maribel Macián Morro.** Enfermera de Atención Primaria.
- **Francisco Pagán Martínez.** Asesor de la Dirección General de Formación Profesional e Innovación Educativa de la Consejería de Educación y Cultura.
- **Antonia M^a Sánchez Lázaro.** Profesora de la Facultad de Educación. Universidad de Murcia.
- **Adela Torres Sáez.** Orientadora de Educación Secundaria.

GRUPO 4:

Modelos Administrativos de Organización y Funcionamiento de los Centros Docentes y de los Equipos de Atención Primaria para favorecer el desarrollo de la Educación para la Salud en la Escuela.

■ Grupo 4A:

Organización y funcionamiento de los Centros.

Coordinador:

- **Domingo Muñoz Marín.** Inspector de Educación.

Participantes:

- **M^a Dolores Torres Chacón.** Técnico del Servicio de Programas Educativos de la Consejería de Educación y Cultura.
- **Josefa Ballester Blasco.** Técnico del Servicio de Promoción y Educación para la Salud.
- **Alberto J. Barragán Pérez.** Coordinador de Equipos de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.
- **Concepción Escribano Sabater.** Jefa de Servicio de Programación y Coordinación de Asistencia Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- **Juan Ramón López Hernández.** Trabajador Social. Servicio Murciano de Salud.
- **Caridad López Millán.** Orientadora de Educación Secundaria. Jefa de Estudios de I.E.S.
- **Fco. Bernardo Ramos Postigo.** Técnico de Salud Pública. Centro Comarcal de Salud de Cartagena.

- **Gregorio Sánchez Arroyo.** Médico de Familia de Atención Primaria.
- **José Miguel Saorín Berenguer.** Enfermero. Sindicato SATSE.
- **Francisca Saorín Palazón.** Profesora de Educación Primaria.

■ Grupo 4B:

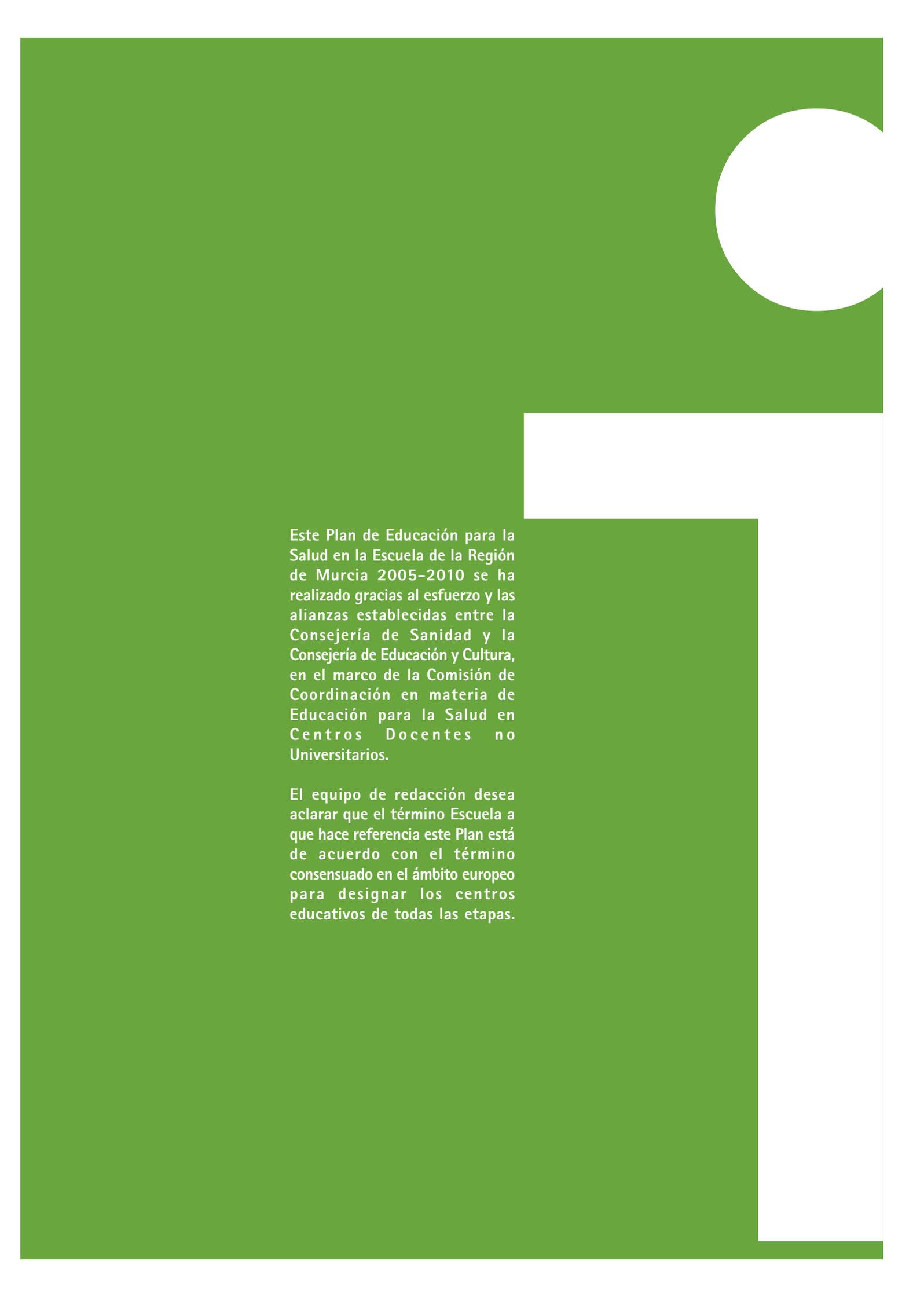
Estrategias de Coordinación Interinstitucional.

Coordinador:

- **Antonio Domínguez Domínguez.** Jefe de Servicio de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Murcia.

Participantes:

- **M^a Dolores Gomariz López.** Técnico del Servicio de Promoción y Educación para la Salud.
- **Pedro José Bernal González.** Técnico del Servicio de Prevención y Protección de la Salud.
- **José Miguel Bueno Ortiz.** Médico de Familia. Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria.
- **Josefa Durán Iniesta.** Técnico del Servicio de Promoción y Educación para la Salud.
- **Encarna Hernández Jiménez.** Profesora de Educación Primaria.
- **Zoila Lifante Pedrola.** Enfermera. Sociedad de Enfermería de Atención Primaria.
- **Jesús Llamas Fernández.** Enfermero de Atención Primaria.
- **José Antonio Martínez Asís.** Jefe de Servicio de Protección de Riesgos Laborales de la Consejería de Educación y Cultura.
- **Carmen Rico Verdú.** Profesora de Educación Secundaria.



Este Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005-2010 se ha realizado gracias al esfuerzo y las alianzas establecidas entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación y Cultura, en el marco de la Comisión de Coordinación en materia de Educación para la Salud en Centros Docentes no Universitarios.

El equipo de redacción desea aclarar que el término Escuela a que hace referencia este Plan está de acuerdo con el término consensuado en el ámbito europeo para designar los centros educativos de todas las etapas.

contenidos

PLAN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

Página

10 Presentación

16 Introducción

28 Análisis de la situación

66 Objetivos

74 Actividades

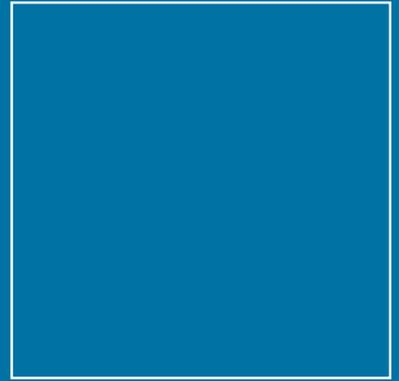
96 Evaluación

112 Recursos

116 Bibliografía

P

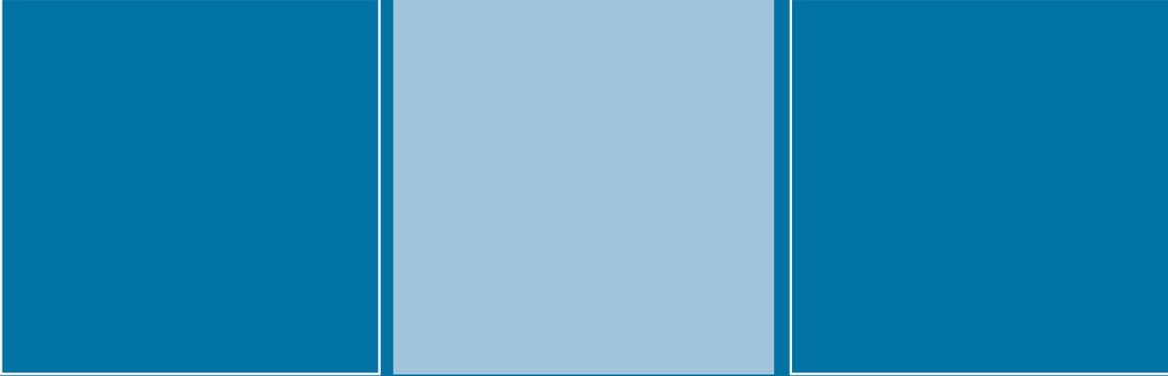
1. Presentación



Las sociedades democráticas, abiertas y plurales se caracterizan por su interés en infundir a los ciudadanos valores que tiendan a fortalecer y consolidar sus instituciones, garanticen los derechos individuales y permitan tener acceso a una vida digna en un estado de bienestar satisfactorio.

Así se ha determinado desde diferentes instituciones nacionales e internacionales y ha ido reflejándose a lo largo de los años en tratados (Roma-1953, Maastricht-1993, Ámsterdam-1999) y declaraciones políticas (Ottawa-1986, Yakarta-1997, Egmond-2002). En todos ellos, se aboga por la promoción de la salud como uno de los instrumentos de mayor utilidad para la mejora del nivel de salud de las poblaciones y el abordaje de problemas de salud pública de elevada prevalencia en la Unión Europea. En concreto, el Parlamento y el Consejo de Ministros de la Unión Europea ya propusieron en 1996 el Programa Comunitario de Promoción de Salud (1996-2000) que diferencia cinco áreas de intervención preferentes: información, educación, formación, medidas especiales de promoción y prevención de enfermedades y desarrollo de estructuras y estrategias de promoción de salud.

Además de por la participación en estos foros, las políticas sanitarias y educativas de nuestro país han de dar cumplimiento al mandato constitucional que establece el derecho de los ciudadanos a alcanzar las habilidades que les permitan comunicarse e integrarse en la sociedad y las que les ayuden a conservar y mejorar su propia salud y la de la comunidad en la que viven. El respaldo normativo nacional a la promoción de la salud y conductas saludables está



presente en la legislación educativa y sanitaria (Ley General de Sanidad, Ley Orgánica General del Sistema Educativo y Ley Orgánica de Calidad de Educación, entre otras).

En el ámbito autonómico, la Ley de Salud de la Región de Murcia de 1994 y los Decretos de Currículo de 1991 para la Educación Infantil y de 2002 para la Educación Primaria, Secundaria Obligatoria y Bachillerato, entre otros, avalan igualmente el desarrollo de intervenciones en esta materia. El intento de facilitar la labor de la escuela ha sido el punto de partida de la elaboración, en los últimos años, de órdenes conjuntas entre distintas consejerías con el fin de coordinar las actuaciones en materia de educación medioambiental, educación para la salud, para el consumo, prevención de riesgos, integración de inmigrantes, juventud, etc.

En consonancia con los marcos político y legislativo mencionados, y siendo conscientes de que la salud depende más de los factores sociales y de los estilos de vida que se adopten que de la actuación asistencial sanitaria cotidiana, el Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007 establece que las Consejerías de Sanidad y de Educación y Cultura han de realizar un Plan de Educación para la Salud en la Escuela para centrar las actuaciones que hay que emprender, a quién deben dirigirse, de qué manera y con qué recursos.

La finalidad de este plan es potenciar una educación en conocimientos, destrezas y valores de los alumnos en todos los ámbitos de su vida personal, familiar, social y profesional, para contribuir a su desarrollo integral y promover

la adquisición de estilos de vida saludables.

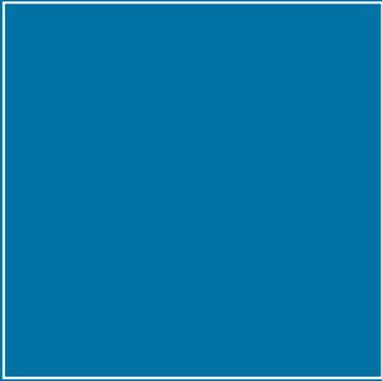
La Administración Regional, por medio de este Plan, afirma ante la sociedad su apuesta por la educación en valores como una destacada dimensión de la formación escolar. Asimismo, pretende que sea un instrumento educativo útil que aglutine todos los procedimientos dirigidos a mejorar el desarrollo de la educación para la salud en la escuela, favoreciendo la coordinación entre las diferentes instituciones con algún grado de responsabilidad en esta materia y la participación de las comunidades educativas y sociedades científicas y profesionales.

Con este deseo, el Plan se basa en tres estrategias: potenciar el desarrollo de los contenidos curriculares de la educación para la salud en la escuela, la formación de familias y profesionales, y la participación y coordinación de todos los implicados.

Agradecemos la cooperación de todos los profesionales e instituciones que han colaborado desinteresadamente en los trabajos y discusiones previos a su elaboración, a los que han puesto su "granito de arena" a lo largo de los años para mejorar e introducir la educación para la salud en las escuelas y a los que lo harán en los próximos años. Su compromiso ha hecho posible que hoy dispongamos de este Plan como instrumento de planificación que ha de contribuir a la educación integral, presente y futura, de todos los habitantes de la Región de Murcia.

M^a Teresa Herránz Marín
CONSEJERA DE SANIDAD

Juan Ramón Medina Precioso
CONSEJERO DE EDUCACIÓN Y CULTURA



La salud de las personas está determinada, en gran medida, por sus comportamientos y por el medio ambiente físico, social y cultural. El binomio salud y enfermedad viene condicionado, en parte, por las respuestas individuales y sociales derivadas de determinaciones políticas, como la configuración y organización de los sistemas sanitario y educativo, el sistema económico y otras condiciones sociales o individuales emanadas, entre otros, del tejido asociativo.

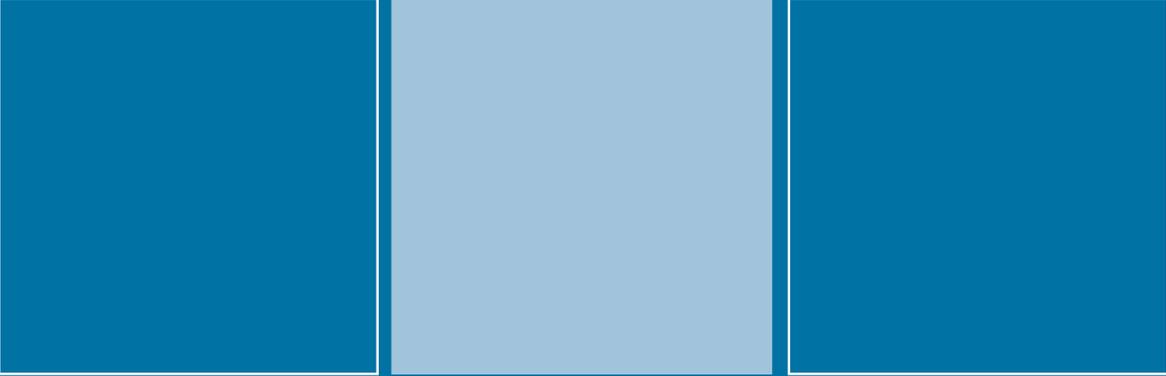
La legislación y definición de políticas saludables están plenamente establecidas y fijan que los poderes públicos han de promover la salud mediante la adecuada educación sanitaria a la población, favoreciendo el pleno desarrollo de la personalidad y aportando una educación integral a todos los escolares. Constituyen el primer elemento para la creación de un contexto social saludable, pero es necesario concretar, aunando esfuerzos institucionales, profesionales y ciudadanos, acciones que favorezcan el desarrollo eficaz de la promoción de salud en sus diversos escenarios de intervención, entre los que destaca la escuela.

Las intervenciones para promocionar la salud

en los centros educativos son eficaces por la facilidad para prolongarse en el tiempo e incidir en un momento psicoevolutivo oportuno de la persona. Pero, además, contribuyen a largo plazo a la transformación social, ya que a la escuela, conjuntamente a la transmisión de conocimientos, se le asigna la función social de equilibrar los desajustes de la juventud y de la sociedad. La confianza para cumplir esta función se deposita en la educación en valores o conjunto de contenidos conceptuales, procedimentales, pero sobre todo actitudinales y funcionales, que abordan problemas personales y sociales de actualidad y que, por su propia naturaleza, no deben ser tratados desde una sola materia, es decir, se han de impartir de una forma transversal.

La Primera Conferencia de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (Salónica, 1997) determinó que los objetivos de la transversalidad han de estar incluidos en un proyecto global del centro docente en el que se estructuren y expliciten las intenciones educativas, comprometiendo activamente a todos sus componentes, permitiendo la organización del espacio y del horario escolar de forma flexible y posibilitando nuevas maneras de organizar los contenidos en las distintas áreas. Todas estas afirmaciones ya estaban recogidas en la Resolución de la Secretaría de Estado de Educación, de 7 de septiembre de 1994, sobre Enseñanza en Valores.

La educación para la salud en la escuela, por tanto, incluida dentro de los currículos



vigentes como una nueva forma de educar, está presente en la metodología pedagógica de todas las programaciones y en la propia vida del centro mediante un ambiente de trabajo capaz de satisfacer a las personas que en él conviven, tanto en su dimensión física, psíquica y social. De esta forma, la escuela proporciona al alumnado un instrumento de prevención frente a posibles dificultades y favorece la promoción de la salud en todos los miembros de la comunidad educativa.

Desde finales de los años 80 se han puesto en marcha diferentes actividades en el marco escolar sobre la base de tres pilares fundamentales: la formación de los profesores, la elaboración de materiales para profesorado, alumnado, padres y madres, así como la potenciación de los contenidos curriculares relacionados con la educación para la salud, que constituyen uno de los principales temas transversales en todas las etapas educativas. Además, se han desarrollado estrategias de investigación y monitorización de las conductas de los escolares y técnicas motivadoras como las subvenciones a proyectos educativos. Todo ello con la colaboración de ambos sectores, el educativo y el sanitario, actualmente y desde el año 2000 facilitado por la Orden Conjunta de las Consejerías de Sanidad y Educación y Cultura, para la coordinación de las competencias relativas a la educación para la salud en centros docentes no universitarios.

Continuando esta labor conjunta, se ha elaborado el Plan y se plantean tres estrategias de actuación:

- Estrategia curricular, que impulse y potencie los contenidos de educación para la salud en toda la Región.
- Estrategia interdisciplinar, para que la colaboración y actuación conjunta de los profesionales de la enseñanza con los profesionales de la salud contribuya de manera decisiva a crear escuelas promotoras de salud, en las que la prevención y promoción de la salud sean ejes de actuación preferente.
- Estrategia formativa, actuando sobre la formación de los profesionales docentes y sanitarios, introduciendo contenidos de salud en la formación universitaria y en los cursos de formación que se ofertan a los profesionales. Asimismo, se incidirá en la formación de las familias y de otros sectores y profesionales implicados.

Esperamos que este Plan sea de gran valor y ayuda para todos, y que marque un antes y un después en el desarrollo de las actividades de educación para la salud en los centros escolares, aportando el impulso necesario para que todos los profesionales implicados y las familias sientan como suya esta inquietud y sirva de incentivo para introducirlo en la sociedad de forma que se alcancen los fines para los que se ha planteado.

Francisco J. García Ruiz
DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Juan Castaño López
DIRECTOR GENERAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL
E INNOVACIÓN EDUCATIVA

Luis R. Navarro Candell
DIRECTOR GENERAL DE ORDENACIÓN ACADÉMICA

i

2.Introducción

- CONSIDERACIONES PREVIAS
- ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
- METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN
- ESTRUCTURA

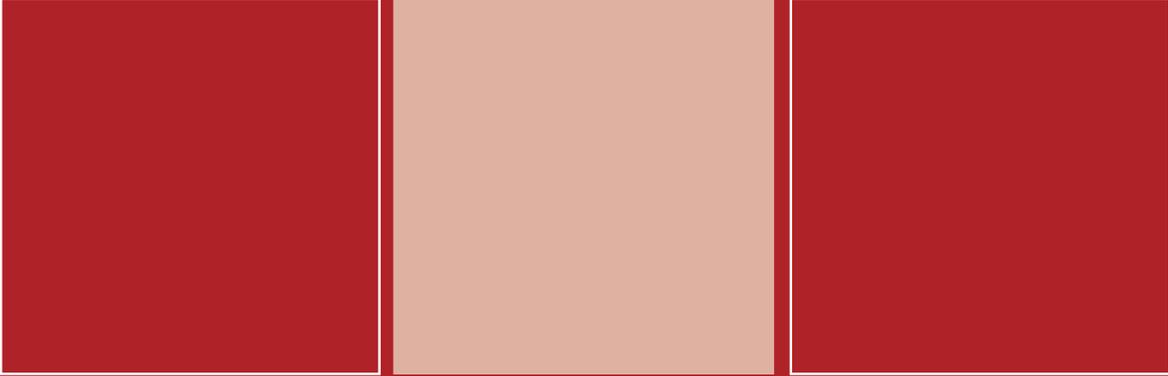
2. Introducción

CONSIDERACIONES PREVIAS.

La educación para la salud (EpS) es un proceso, planificado y sistemático, de comunicación y enseñanza-aprendizaje orientado a facilitar la adquisición, elección y mantenimiento de conductas saludables y, al mismo tiempo, hacer difíciles las prácticas de riesgo para la salud (M. Costa y E. López, 1996). Ha de ofrecer a los alumnos las oportunidades de aprendizaje, no sólo para la adquisición de habilidades cognitivas, sino también habilidades sociales que favorezcan la salud individual y la de la comunidad (Don Nutbeam, 1998). Por tanto, un proceso de educación para la vida que ha de compartir toda la comunidad educativa, profesorado, alumnado, familias y personal no docente, en colaboración con el sistema sanitario, especialmente con los profesionales de los equipos de atención primaria.

Este punto de partida concibe el escenario escolar como el más idóneo para contribuir a la educación integral del alumnado. Por otra parte, la escuela es un ámbito de intervención especialmente útil por varios motivos:

1.- La escolarización obligatoria. Todos los niños y niñas permanecen en la escuela muchas horas al día, durante una etapa de su vida de especial trascendencia para su evolución física y psíquica, en la que el aprendizaje e interiorización de comportamientos saludables son más fáciles de adquirir. Un periodo evolutivo personal en el que se configuran los valores y actitudes que, junto con las características personales y otros factores socioculturales, determinan las pautas de conducta futuras.



En definitiva, la escolarización incluye los intervalos de edad en que las acciones educativas son más efectivas.

2.- La estructura y recursos pedagógicos de la escuela. El sistema educativo cuenta con los recursos más valiosos para hacer posible el desarrollo de la EpS.

Los profesionales de la educación constituyen el recurso más cualificado ya que disponen de la formación pedagógica y las condiciones más favorables para lograr con efectividad los objetivos de salud que se plantean en los centros educativos. Sin embargo, su responsabilidad ha de ser compartida y sustentada en un modelo de colaboración entre las instituciones educativa y sanitaria. Además, la organización escolar permite establecer procesos de enseñanza aprendizaje estructurados a lo largo de un periodo de tiempo prolongado, que posibilita plantear objetivos a medio y largo plazo.

3.- La función social de la escuela. La escuela desarrolla con respecto al alumnado una función educativa integral, orientada a proporcionarles las capacidades necesarias para la vida en una sociedad compleja, diversa y en constante evolución. Por otro lado, ejerce una función preventiva y promotora de salud que puede influir en las familias y en el resto de la comunidad.

4.- El proceso educativo. Incide progresivamente sobre el alumnado, desde la primera etapa de su vida, en aquellos aspectos que intervienen en el aprendizaje del comportamiento en el aula y en el propio centro escolar.

Un proceso cuyo resultado viene determinado por los objetivos educativos del área cognitiva, afectiva y de las habilidades a conseguir, tanto en el aula como fuera de ella, reconociendo así la influencia del contexto escolar y la utilidad de las diferentes técnicas educativas.

5.-El aprendizaje del comportamiento. Basado en la experiencia y el aprendizaje significativo planteado de manera progresiva, planificada y sistemática, con la intervención y bajo la influencia de toda la comunidad educativa, en interacción constante con el entorno social en el que se sitúa la escuela.

El desarrollo de la EpS en la escuela viene condicionado por un compromiso de la comunidad escolar que propugne los valores básicos para la vida y la convivencia: la libertad, la igualdad, la justicia y la solidaridad, la tolerancia y el respeto, la paz, la responsabilidad y la salud, entre otros principios necesarios para dar una respuesta educativa a los problemas de nuestra sociedad, tales como la degradación ambiental, la agresividad y la violencia, el consumismo, la discriminación y actitudes antisociales o los estilos de vida poco saludables. En definitiva, una respuesta educativa a la realidad social que compartimos.

Conscientes de ello, la Oficina Regional Europea de la OMS, la Comisión Europea y el Consejo de Europa promovieron la creación de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, basada en un concepto social de salud que hace hincapié tanto sobre la organización global de la escuela como sobre el aspecto individual (Conferencia de Salónica, Grecia, 1997), para

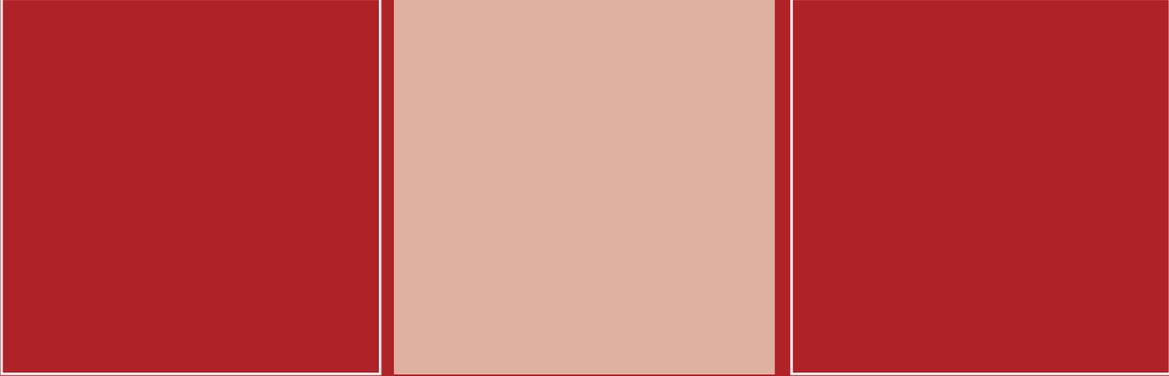
la promoción de ambientes y estilos de vida saludables en los centros educativos.

Se adopta el concepto de "Escuela Promotora de Salud", definida como una escuela que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar (Don Nutbeam, 1998) y se insiste en la necesidad de generar las condiciones necesarias para la puesta en marcha de los Principios de la "Escuela Promotora de Salud":

- **Democracia.** La Escuela Promotora de Salud se basa en principios democráticos propicios al aprendizaje, al desarrollo personal y social y a la salud.
- **Igualdad.** El objetivo de la "Escuela Promotora de Salud" es fomentar el desarrollo afectivo y social de cada individuo, como parte integrante de la experiencia educativa, que garantice el acceso equitativo de los niños y jóvenes a todas las posibilidades de enseñanza, sin que los estudiantes sientan opresión, temores ni ridiculización.
- **Capacidad para la acción.** La "Escuela Promotora de Salud" ha de capacitar a los jóvenes en la toma de decisiones, para que puedan actuar de acuerdo con sus concepciones e ideas, ofreciéndoles la posibilidad de influir en su vida y en las condiciones de ésta y, al mismo tiempo, ha de crear un entorno en el que los alumnos, profesores y otros miembros de la comunidad educativa, trabajando conjuntamente, tengan el sentimiento de

estar construyendo algo útil.

- **Entorno escolar.** El entorno físico y social de la escuela, como factor esencial para la promoción y mantenimiento de la salud, exige la elaboración de medidas de salud y seguridad, el seguimiento de su aplicación y la implantación de estructuras de gestión apropiadas.
- **El currículo.** Adaptado a las necesidades, tanto actuales como futuras de los alumnos, que impulse su creatividad, les estimule a aprender y les dote de las aptitudes necesarias para este aprendizaje. Y, al mismo tiempo, inspire al profesorado y cuantas personas trabajan en la escuela, sirviéndoles de estímulo para su desarrollo personal y profesional.
- **Formación del profesorado.** Constituye una inversión en educación y en salud. Tanto la formación inicial universitaria como la permanente, se han de legislar y reforzar con incentivos apropiados.
- **La evaluación.** La valoración de los éxitos obtenidos constituye un estímulo para la continuidad de las acciones educativas y confiere autoridad y capacidad de acción a sus actores. La valoración de la eficacia de sus acciones ha de ser un proceso que permita aplicar los principios sobre los que se sustenta la "Escuela Promotora de Salud".
- **Colaboración.** La responsabilidad compartida y estrecha cooperación entre



las instituciones sanitarias y educativas son requisitos indispensables para llevar a cabo una planificación estratégica de la "Escuela Promotora de Salud", definiendo las responsabilidades y líneas de actuación de manera clara.

- **La comunidad.** La participación en la escuela de las entidades locales, el tejido asociativo, padres y madres, es esencial para adoptar, apoyar y potenciar el concepto de la "Escuela Promotora de Salud". De esta manera, escuela y comunidad unidas influirán de forma positiva en el establecimiento de un entorno social y físico favorable a la salud.

Estos principios, que se engloban dentro del concepto y de la práctica de una "Escuela Promotora de Salud", proporcionan la base para llevar a cabo una inversión en educación, salud y democracia en beneficio de las futuras generaciones y se concretan, para su desarrollo, en los Elementos de la "Escuela Promotora de Salud" (Figura 1):

- **El currículo de la EpS.** Es el currículo explícito como parte del programa escolar que se imparte en las aulas, es decir, los objetivos y contenidos, así como la forma de hacerlos llegar al alumnado en los diferentes niveles y etapas educativas. Los contenidos de EpS son tratados de forma progresiva a lo largo de la escolaridad, retomándolos en diferentes momentos, de tal manera que se desarrollan con mayor extensión y se profundiza en las ideas y conceptos ya aprendidos.

- **El currículo implícito o cultura de la escuela.**

Es el currículo que apoya y refuerza lo que se enseña en el aula. Es la cultura de la escuela, que contiene los valores y actitudes presentes en la organización, el clima y el funcionamiento de las escuelas. Así, el entorno, el comedor, las normas de convivencia, las relaciones entre alumnos y profesores, la relación con las familias, etc., influyen de manera notable en las pautas de conducta de los alumnos al margen de las habilidades intelectuales y académicas.

- **La familia y la comunidad.** La educación es una responsabilidad compartida por todos. La comunidad escolar, las familias y los profesionales de la salud han de comprender que la colaboración trae consigo muchas ventajas. El centro educativo ha de dar a conocer sus puntos de vista a todos los implicados, en especial a las familias, para que entiendan el planteamiento transversal del tema que nos ocupa y puedan participar de las actividades programadas en el centro. Al mismo tiempo, la colaboración con los equipos de atención primaria es una necesidad compartida por todos.

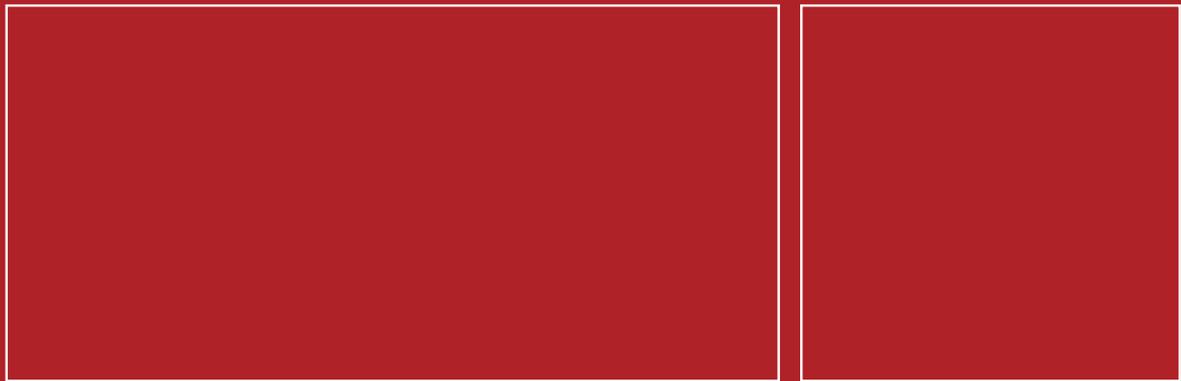
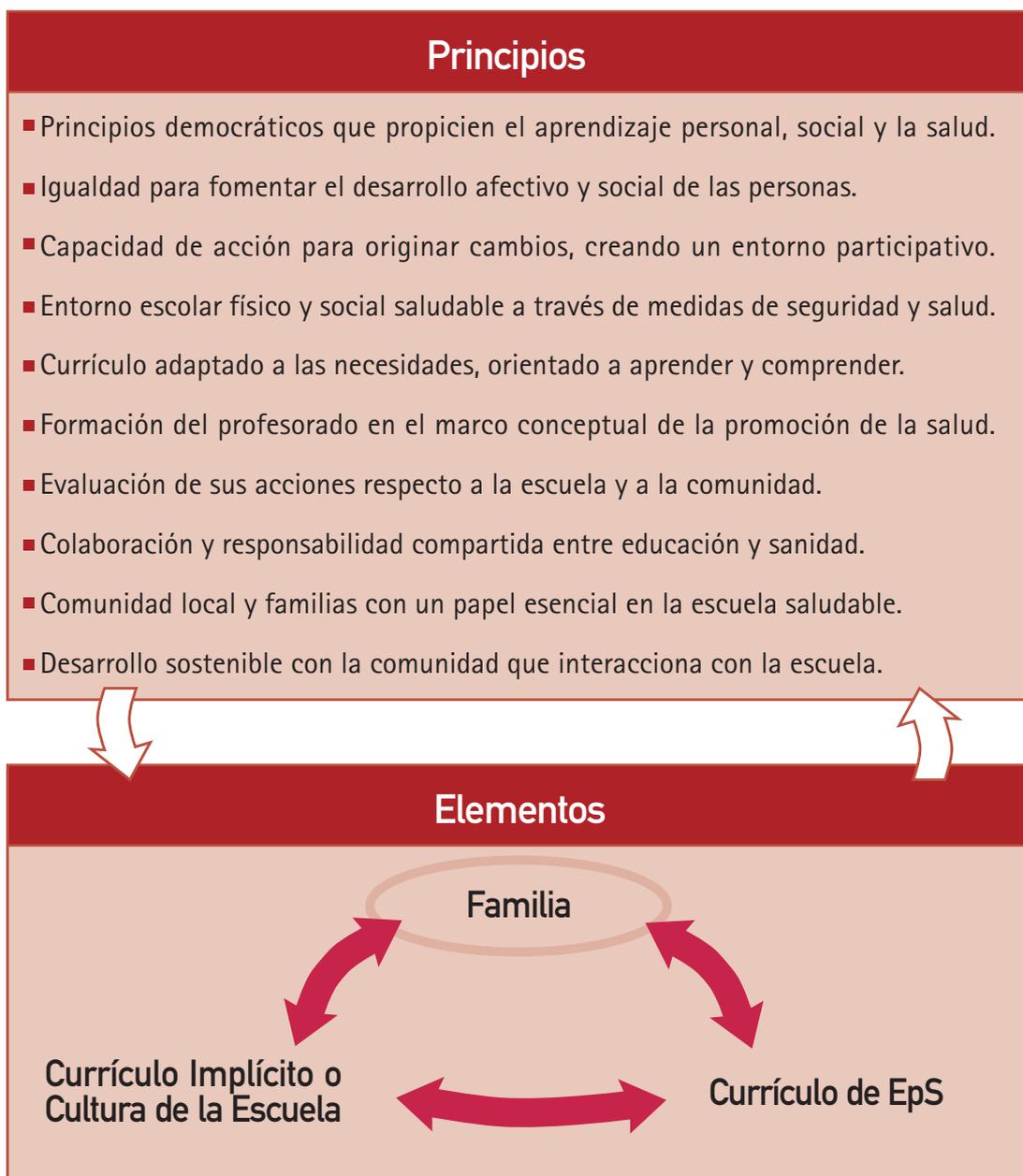


Figura 1.- Principios y elementos de la "Escuela Promotora de Salud".



ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN .

Las políticas de promoción de salud y los principios y elementos de la "Escuela Promotora de Salud" constituyen el punto de partida para establecer las estrategias del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia.

1.- Estrategia curricular. Pretende impulsar los contenidos de EpS, tratados de manera transversal en los currículos de las diferentes áreas y materias a lo largo de cada uno de los niveles y etapas educativas, desde la Educación Infantil hasta la Educación Secundaria Obligatoria. Estos contenidos, sin ser excluyentes, se resumen en el Cuadro 1.

Cuadro 1.

Contenidos de la educación para la salud en la escuela
■ Higiene y cuidados personales. Salud bucodental.
■ Alimentación y nutrición.
■ Medioambiente y salud.
■ Promoción de la seguridad y prevención de accidentes. Educación vial.
■ Educación para el consumo. Influencia de los medios de comunicación de masas.
■ Salud mental. Conocimiento de uno mismo y relaciones sociales. Autoestima, asertividad, habilidades sociales, toma de decisiones, resolución de conflictos, comunicación, etc.
■ Prevención de las drogodependencias. Alcohol. Tabaco
■ Sexualidad y afectividad.
■ Actividad física. Ocio y tiempo libre.
■ Servicios comunitarios de salud. Acceso y funcionamiento del sistema de salud.
■ Problemas relevantes de interés para la salud de los escolares. Prevención de la infección de VIH-SIDA, anorexia y bulimia, enfermedades infectocontagiosas, obesidad, etc.

Para el tratamiento de estos contenidos se propone el método del "currículo en espiral" durante toda la enseñanza, es decir, retomar progresivamente los temas básicos de EpS en distintos momentos de la escolarización para recordarlos e ir profundizando en ellos. La metodología ha de intentar que los contenidos resulten agradables y atractivos, y que el discente encuentre su aprendizaje útil y significativo. Por ello, ha de ser participativa, tomar como base los conocimientos previos, buscar los aprendizajes significativos, potenciar la comunicación en el aula y estar ligada a los intereses del alumnado.

Actualmente los autores están de acuerdo en que, para que la EpS impregne la vida de los centros escolares, se precisa una reflexión de toda la comunidad educativa que debata y adecue su labor a las metas que se han trazado. En EpS no basta la realización de un trabajo escolar esporádico, sino que ha de ser un trabajo continuo en todas y cada una de las actuaciones que se realizan en el centro escolar, desde las programaciones de actividades pedagógicas a las relacionadas con la organización y funcionamiento del mismo. Por ello, está lejos de considerarse bajo un prisma exclusivamente disciplinar y ha de reflejarse explícitamente en el ideario del centro y en las actuaciones de sus diferentes órganos colegiados y de gobierno. Así, ante las preguntas de dónde y cuándo enseñar en la escuela, las respuestas deben ser siempre y en cualquier lugar y momento, respectivamente. De ahí la importancia del currículo implícito o cultura de la escuela.

2.- Estrategia participativa. La escuela, por sí sola, no puede ofrecer una educación integral a niños y jóvenes. Para ello es preciso tender puentes de unión y trabajar conjuntamente con las familias y la comunidad. La EpS en la escuela es un trabajo compartido entre los profesionales de los centros docentes, las familias, los profesionales de la salud, especialmente los equipos de atención primaria, y el resto de la comunidad, cada uno de ellos con funciones diferentes pero no menos importantes unas que otras.

Al asumir el papel que cada uno desempeña en el desarrollo de la EpS en la escuela, se hace necesario establecer y definir de forma clara y consensuada sus funciones y responsabilidades. Se opta para ello por un modelo de cooperación, en el que profesionales y comunidad trabajen juntos por un objetivo común: que los alumnos lleguen a ser adultos en las mejores condiciones de salud posibles. La participación de todos en la consecución de este objetivo aumentará la efectividad de las acciones. Asimismo, se pueden plantear actividades para desarrollar juntos, entre las que se encuentran la formación de los padres.

Los profesionales docentes tienen la misión de educar de forma íntegra al alumno, apoyando la labor de las familias. La sociedad exige a los centros escolares una mayor calidad de la enseñanza, correspondiendo a sus profesionales el protagonismo activo en la tarea de aprovechar el potencial de la escuela como ámbito de promoción de la salud, fomentando estilos de vida saludables.

Los profesionales sanitarios han de trabajar desde los centros de atención primaria, estableciéndose relaciones entre éstos y los centros escolares para desarrollar actividades conjuntas de educación para la salud. La influencia de los profesionales de los equipos de atención primaria es clave en las actuaciones con las familias y con las entidades locales.

El papel de madres y padres, así como de la comunidad local es básico a la hora de adoptar y potenciar la noción de promoción de la salud. No se debe separar la escuela de su contexto social. La educación es una responsabilidad compartida y se debe llegar a puntos comunes. El centro educativo, junto con otros profesionales, tiene un papel de ayuda e información a las familias.

3.- Estrategia formativa. Imprescindible para desarrollar la EpS. La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación. Esto requiere un acceso constante a la información y a la formación para que, entre otros, los profesionales ayuden al alumno a desarrollar sus habilidades personales y adquirir conductas saludables. Se han de realizar intervenciones tanto en la formación universitaria, especialmente de los profesionales docentes y sanitarios, como en la formación continuada de los mismos.

METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN.

El Plan se define como el conjunto de acciones

mediante las cuales se transformen las estrategias o intenciones sobre EpS en la escuela en propuestas concretas.

Para la elaboración, se han seguido las indicaciones de la Conferencia Internacional de Egmond (OMS, 2002) en las que se plantean tres componentes principales para desarrollar y mantener programas que conviertan a las escuelas en escenarios saludables:

1º.- Condiciones del programa, entre los que se encuentran el análisis de la situación, la colaboración profesional limpia y transparente, el convencimiento de los agentes con capacidad de decisión de la bondad de estas escuelas y seguir las bases teóricas de la promoción de la salud.

2º.- Programación, expresando los contenidos y objetivos del programa, una planificación a largo plazo (de 3 a 8 años) y un compromiso político que se mantenga durante ese tiempo.

3º.- Evaluación y seguimiento de todas las actuaciones. La metodología seguida para su elaboración ha tenido en cuenta:

- Adecuación al contexto, es decir, al alumnado, centros educativos y centros de atención primaria de la Región de Murcia, estudiando las funciones de todos los sectores implicados en la educación para la salud en la escuela, relativa a la comunidad escolar -familias, profesorado, alumnado y personal no docente- de los profesionales de los centros de salud y de servicios comunitarios, entre otros.

También se han estudiado los aspectos organizativos de los sistemas sanitario y educativo, las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares y la opinión de expertos en EpS sobre las necesidades regionales para el desarrollo de la misma en la escuela.

- Concreción en los objetivos y actuaciones que se pretenden llevar a cabo, especificando su organización, secuencia y responsables. Con la voluntad de realizar un Plan viable, participativo y de consenso entre todos los sectores implicados, se formaron grupos de trabajo multidisciplinares y multisectoriales, que plantearon las actividades necesarias para conseguir los objetivos, así como los indicadores de evaluación de las mismas.
- Planteamiento de que no debe ser considerado un plan cerrado y sin posibilidad de modificación a lo largo de su puesta en práctica. Al contrario, se han diseñado indicadores de evaluación para su revisión continua y actualización que le den flexibilidad en todo su periodo de vigencia.
- Consideración a las normas que deben atender las iniciativas de promoción de la salud:
 - ✓ Capacitación de individuos (alumnado) y comunidades (profesorado y familia) para que asuman un mayor control sobre los factores medioambientales, socioeconómicos y personales que afectan a su salud, de forma que sea

menos necesario el voluntarismo de los profesionales.

- ✓ Implicación de todos los sectores en las etapas del Plan, en la planificación, desarrollo y evaluación. Para ello se abren canales que posibiliten que sea un proceso dinámico en el que la población va asumiendo parcelas de poder que tienen que ver con sus intereses y necesidades.
- ✓ Orientación hacia la equidad y justicia.
- ✓ Utilización de una variedad de estrategias y métodos combinados que incluyan el desarrollo de políticas de salud escolar, el cambio organizativo, el desarrollo de la comunidad escolar, la legislación y el proceso educativo.

ESTRUCTURA DEL PLAN.

El Plan se ha estructurado en dos volúmenes.

Volumen I. Consta de:

- Introducción. Refleja los Principios y Elementos de la Escuela Promotora de Salud, así como las estrategias para el desarrollo del Plan.
- Análisis de la situación. Recoge el estudio de los sistemas sanitario y educativo así como las relaciones históricas y actuales existentes entre ambos. Asimismo, valora las conductas y factores relacionados con

la salud de los escolares de la Región de Murcia. Por último, refleja la investigación de las necesidades y problemas para el desarrollo de la EpS en la escuela en esta Región.

- Finalidad, objetivos generales y específicos del Plan.
- Actividades. Propone actividades para conseguir cada uno de los objetivos específicos descritos.
- Evaluación. Describe los indicadores tanto para los objetivos generales (evaluación de resultados) cuanto para los objetivos específicos (evaluaciones intermedias). Además, también se han diseñado otros indicadores que permitan conocer el impacto que el Plan ha tenido sobre las conductas de los escolares y sobre problemas específicos de morbimortalidad en jóvenes, entre otros.
- Recursos. Hace referencia a los recursos humanos, materiales y financieros que se han de destinar para la consecución de las actividades previstas, precisando la dotación económica necesaria para llevarlas a cabo hasta el año 2010.
- Bibliografía. Las referencias bibliográficas consultadas constituyen el último capítulo.

Volumen II:

Además de los capítulos mencionados, el Plan consta de tres Anexos, que ofrecen información complementaria que puede ser de utilidad para su puesta en marcha en los centros docentes.

- **Anexo I.-** Recursos de promoción y EpS. Incluye una selección de materiales didácticos, revistas, libros, artículos científicos, documentos, asociaciones y otros recursos disponibles en internet, que pueden ser de utilidad para los profesionales.
- **Anexo II.-** Legislación. Contiene aquellas referencias normativas, comentadas y resumidas, relacionadas con la promoción y la EpS en la escuela, que se han tenido en cuenta para la elaboración del Plan.
- **Anexo III.-** Presencia de los contenidos de EpS en los Decretos de Currículo vigentes de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria.

a

3. Análisis de la situación

- ESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS EDUCATIVO Y SANITARIO
- EVOLUCIÓN DE LAS CONDUCTAS Y FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD DE LOS ESCOLARES DE LA REGIÓN
- NECESIDADES Y PROBLEMAS PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA EN LA REGIÓN DE MURCIA

3. Análisis de la situación

Con la seguridad de que la educación para la salud en la escuela ha de estar basada, como el proceso educativo que es, en estrategias de actuación que se relacionen con los escolares, los currículos, la formación de los profesionales y la coordinación de los diferentes sectores implicados, se han analizado estos aspectos para formular propuestas adaptadas a las necesidades concretas y a las posibilidades específicas de esta Región.

Así, se han estudiado los factores dependientes de los sistemas sanitario y educativo que facilitan o dificultan el establecimiento de la EpS en la escuela y las relaciones que mantienen ambos sistemas para posibilitar el desarrollo de la misma. También se han investigado las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región y su evolución en los últimos años. Por último, se han valorado las necesidades y problemas existentes en esta Comunidad Autónoma para el desarrollo de la EpS en la escuela.

La legislación y definición de políticas que conserven la salud están plenamente establecidas. Constituyen el primer elemento para la creación de un contexto social saludable, pero su desarrollo es desigual e insuficiente. La Ley General de Sanidad 14/1986 incide en las actuaciones prioritarias del sistema sanitario con relación a la promoción de la salud y a la educación sanitaria. La legislación sanitaria determina que las Zonas Básicas de Salud (Real Decreto 13/84 de Estructuras Básicas de Salud) son las que tienen atribuidas, entre otras, las funciones integradas de promoción y prevención.

La legislación autonómica profundiza en los aspectos mencionados en el párrafo anterior, tanto en su Decreto 53/89, de 1 de junio, sobre las funciones de los equipos de atención primaria, cuanto en la Ley 2/1990, de 5 de abril, que crea el Servicio de Salud de la Región de Murcia. Este Servicio es el encargado de gestionar la promoción de la salud y la atención a la enfermedad en sus aspectos preventivos, asistenciales y rehabilitadores. También, la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, establece la necesidad de coordinación con los restantes servicios de las administraciones públicas, en especial con el Instituto Nacional de la Salud y los de Medio Ambiente, Educación y Asuntos Sociales.

En el mismo sentido insisten distintas normativas y planes regionales (actuaciones frente a la drogadicción, SIDA, tabaquismo, inmigración y participación juvenil, entre otros) que buscan favorecer la promoción de la salud en la escuela, la compensación educativa de las diferencias sociales y las actividades coordinadas en aspectos sociosanitarios de diferentes instituciones.

En consonancia con lo anterior, la legislación estatal educativa, tanto la Ley Orgánica 8/1985 del Derecho a la Educación, como la Ley Orgánica 1/1990 General del Sistema Educativo y la reciente Ley Orgánica 10/2002 de Calidad de la Educación, establecen el derecho a una educación conforme a los principios constitucionales para lograr una formación plena y conseguir el desarrollo armónico de la persona. La normativa educativa de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

determina la integración curricular de la Educación para la Salud, como se indica en los Decretos de Currículo vigentes en el ámbito regional para cada uno de los niveles y etapas educativas.

1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LOS SISTEMAS EDUCATIVO Y SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA.

El análisis de la estructura y organización de la sanidad y educación regional se ha efectuado mediante revisión bibliográfica y telemática de los registros administrativos correspondientes, extrayéndose los datos de interés relacionados con la EpS en la escuela o que inciden en su desarrollo en las aulas (Conferencia de Salónica, 1997). Siempre que ha sido posible, se ha reflejado su evolución en los últimos cinco años. También se han valorado informes realizados por el Consejo Escolar del Estado, Consejo Escolar Regional y por el Instituto Nacional de Calidad de la Enseñanza del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Tabla 1. Enseñanzas no Universitarias: Enseñanzas de Régimen Especial y Enseñanzas de Régimen General.

L.O.G.S.E.			L.O.C.E.		
ENSEÑANZAS DE RÉGIMEN ESPECIAL	ENSEÑANZAS DE RÉGIMEN GENERAL		ENSEÑANZAS DE RÉGIMEN GENERAL	ENSEÑANZAS DE RÉGIMEN ESPECIAL	
E. Artísticas	E. Infantil (Colegios Públicos)	De 0 a 3 años De 3 a 6 años	E. Infantil (Colegios Públicos)	De 3 a 6 años	E. Artísticas
E. Idiomas	E. Primaria (Colegios Públicos)	De 6 a 12 años	E. Primaria (Colegios Públicos)	De 6 a 12 años	E. Idiomas
	E. Secundaria (Institutos Educación Secundaria)	<ul style="list-style-type: none"> ■ E. S. Obligatoria ■ Bachillerato ■ F.P. Grado Medio ■ F.P. Grado Superior 	E. Secundaria (Institutos Educación Secundaria) F.P. Grado Superior (Institutos Educación Secundaria)	<ul style="list-style-type: none"> ■ E. S. Obligatoria ■ Bachillerato ■ F.P. Grado Medio 	E. Deportivas

1.1. Sistema educativo

El sistema educativo ha estado estructurado hasta el curso 2002-03 de acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica General del Sistema Educativo de 1990 (LOGSE). A partir del curso 2003-04 la Ley Orgánica de Calidad de la Educación de 2002 (LOCE), establece una nueva división de las enseñanzas escolares no universitarias (Tabla 1) y de la tipología de los centros docentes (Tabla 2). Los datos recogidos en este análisis corresponden a los centros establecidos de acuerdo a la LOGSE.

En el curso escolar 2003-04 el número de alumnos matriculados en Educación Infantil y enseñanza obligatoria en la Región asciende a 201.635, mientras que en enseñanzas secundarias no obligatorias es de 29.677 alumnos, distribuidos en un total de 378 colegios públicos, 106 institutos de educación

secundaria y 104 colegios privados-concertados¹ (Gráfica 1).

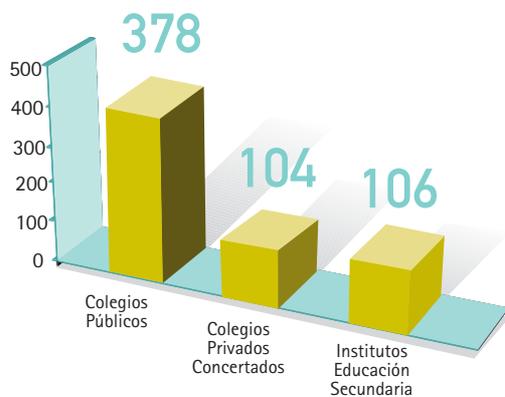
Cuentan con comedor escolar 167 centros públicos de Educación Primaria, haciendo uso de este servicio un total de 14.021 alumnos. También disponen de comedor escolar 49 centros privados.

Tabla 2. Tipología de los centros educativos según la LOCE.

Tipología de los Centros Educativos
Educación Infantil
Educación Primaria
Educación Secundaria Obligatoria
Bachillerato
Formación Profesional
Enseñanzas Artísticas
Enseñanza de Idiomas
Educación Especial

1. Fuente: Servicio de Planificación. Dirección General de Enseñanzas Escolares. Consejería de Educación y Cultura.

Gráfica 1. Número de centros que imparten Enseñanza Obligatoria.



Destaca el aumento significativo en los últimos años de alumnado inmigrante en nuestra Comunidad Autónoma, sobre todo en Educación Infantil y enseñanza obligatoria, pasando de 515 alumnos en 1994 a 19.095 en 2004 (Gráfica

2), de los que un 80% son norteafricanos y latinoamericanos.

Este alumnado presenta, en general, características diferentes a las del autóctono en cuanto a lengua, cultura, alimentación, higiene, etc. En este sentido, la Consejería de Educación y Cultura, consciente de esta problemática, planificó una compensación de desigualdades bajo la denominación del Plan Regional de Solidaridad en la Educación de la Región de Murcia, 2001-03.

El número de profesores de la enseñanza pública, 16.915², es cinco veces mayor que en la privada, 3.220. Aunque la proporción entre el número de profesores y de centros es similar para los centros públicos y privados, la razón entre el número de alumnos por profesor es menor en la enseñanza pública para todas las etapas

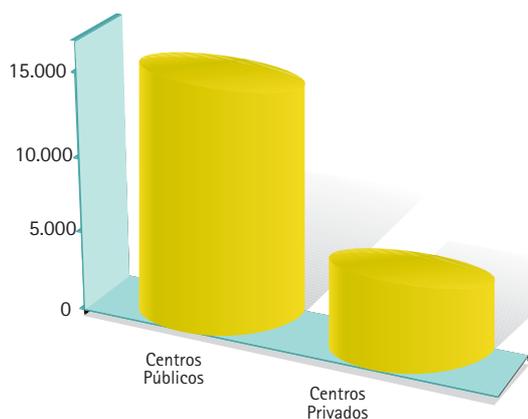
Gráfica 2. Evolución de la matriculación del alumnado inmigrante en los centros no universitarios.



2. Fuente: Dirección General de Personal. Consejería de Educación y Cultura.

educativas (Gráfica 3). A este respecto, el profesorado considera que para mejorar la dedicación y la calidad profesional debe, en primer lugar disminuir el número de alumnos en el aula, o ratio (Instituto Nacional de Calidad de la Educación, 2000). El Informe de Valoración del Inicio del curso 2003-2004 del Consejo Escolar Regional, manifiesta que la ratio está por encima de lo establecido en 20 Consejos Escolares Municipales, coincidiendo que en alguno de estos municipios existe una fuerte presencia de alumnado inmigrante.

Gráfica 3. Profesorado en centros públicos y privados en el curso 2003/2004.



Los currículos escolares que se imparten en la Región en Educación Primaria y Secundaria Obligatoria son los establecidos en los Decretos 111/2002 y 112/2002, de 13 de septiembre (B.O.R.M. del 14). Por el contrario, el Decreto de Educación Infantil es el establecido en el Real Decreto 1333/1991, de 6 de septiembre,

(B.O.E. del 7), no existiendo desarrollo normativo propio. Toda vez que la normativa ministerial derivada de la L.O.C.E. ha sido diferida en su aplicación hasta el 2006-07, y que el anteproyecto de Ley Orgánica de Educación está siendo tema de debate en estos momentos, es imprevisible concretar cuando entrarán en vigor los nuevos contenidos curriculares.

En el Informe PISA 2003 (Programa para la Evaluación Internacional de los Alumnos), que evalúa los conocimientos y destrezas esperables en un alumno próximo a terminar su escolaridad obligatoria, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia obtiene, como el resto de España, bajas calificaciones. El Informe expone que estos resultados han de servir a los sistemas educativos para idear métodos que hagan trabajar con los estudiantes las actitudes y comportamientos de aprendizaje, y convertir estos objetivos en algo tan prioritario como la enseñanza de conocimientos. Esto puede afectar a la formación inicial del profesorado y a su formación continua. Para optimizar el rendimiento del alumnado también se plantea la mejora de los entornos educativos y el fomento de la participación de los padres.

Cada grupo de alumnos cuenta con un profesor-tutor, con unas funciones definidas legalmente en relación con el propio alumno, las familias, el equipo docente y el propio centro escolar. En un informe del Consejo Escolar Regional de 2002 los docentes consideran que el trabajo tutorial, en general más planificado por el profesorado de

Educación Primaria que por el de Secundaria, está poco valorado y poco incentivado por parte de la administración educativa, ya que ésta reconoce más el rendimiento en contenidos que el desarrollo integral del alumnado. También, un alto porcentaje de profesores opina que su trabajo proporciona un servicio a la sociedad aunque se considera infravalorado por la misma, que la docencia es una actividad bastante o muy atractiva y que es una oportunidad de ayudar a la formación académica de la juventud y contribuir a la formación humana de los jóvenes.

Estas actitudes del profesorado son positivas si se cuenta que, para el desarrollo de los programas de educación para la salud en los centros escolares, es determinante el currículo implícito, es decir, la cultura propia de cada escuela que se manifiesta en el ambiente general del centro, en sus normas de convivencia, en las actitudes que adopta el profesorado hacia el alumnado y en los valores propios de su organización general.

El Consejo Escolar Regional determinó en 2002 que, en la actualidad, al profesorado se le presentan en las aulas nuevas demandas dependientes, entre otros, de la creciente indisciplina en las mismas, la procedencia multicultural del alumnado, la prevención de problemáticas sociales relacionadas con la salud o con posibles comportamientos insolidarios. En su Informe de Valoración del Inicio del curso 2003-04 destacan también el ascenso generalizado y continuo del alumnado inmigrante, *"...con las consecuencias que ello lleva aparejadas por lo que respecta a presión*

sobre la ratio, necesidad de ayudas, mobiliario, infraestructuras, profesorado de apoyo y material didáctico..."

De acuerdo a estas nuevas necesidades educativas y sociales de los alumnos, la formación inicial -pregrado- del profesorado precisa un replanteamiento que enseñe cómo fomentar el trabajo coordinado entre iguales, desarrolle su capacidad de liderazgo e innovación y les aporte las técnicas necesarias para facilitar que los alumnos se impliquen en su enseñanza.

Los Centros de Profesores y Recursos (CPR) son los encargados de planificar y ofertar la formación permanente del profesorado de Educación Infantil, Primaria y Secundaria, al que se le pide un mínimo de 100 créditos de formación cada seis años. La oferta formativa de estos centros se establece anualmente, lo que posibilita la coordinación e integración de proyectos de formación en educación para la salud de una forma planificada. Así, el profesorado considera que su formación académica es suficiente para impartir la estructura central de la materia estudiada (Instituto Nacional de Calidad de la Enseñanza, 2000), pero que es insuficiente para ser un buen profesional, sobre todo, para el tratamiento de los ejes transversales, en los que un 86% cree escasa su capacidad. También opina que la mejor modalidad formativa es la autoformación en centros, reflexionando con los compañeros, aprovechando el espacio y el tiempo de trabajo y los proyectos de innovación e investigación. La metodología preferida por el profesorado es aquella que conjuga la teoría

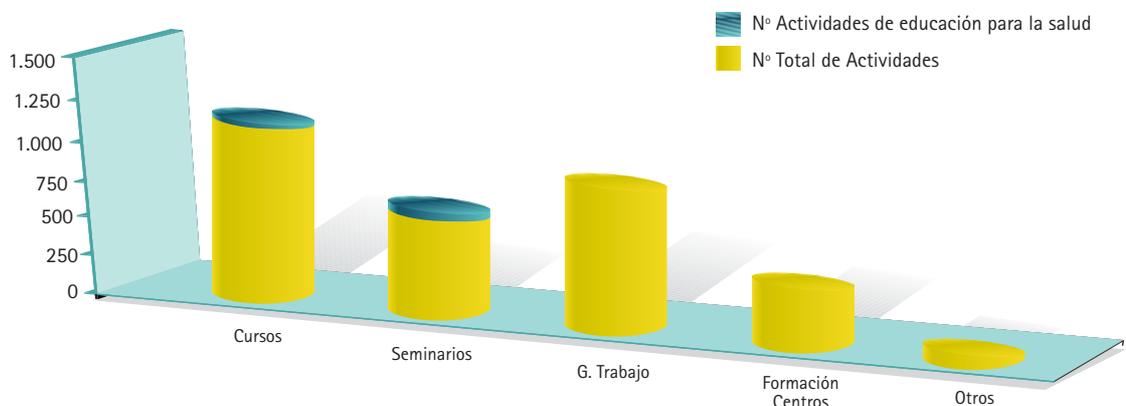
y la práctica, presenta experiencias que han tenido éxito y su fundamento, facilitando la iniciativa y el espíritu creativo de cada profesor.

En el Plan Regional de Formación Permanente del Profesorado de los tres últimos cursos se recoge la Educación en Valores de Convivencia como uno de los ejes estructurales de la formación del profesorado, constituyendo una de las líneas prioritarias de actuación. Así mismo, la Resolución de la Dirección General de Formación Profesional e Innovación Educativa, por la que se establece el proceso de Selección de Proyectos de Formación en Centros, señala como temáticas prioritarias, entre otras, los temas transversales y la mejora de habilidades sociales. De cualquier manera, se realizan pocas actividades de educación para la salud en comparación con la totalidad de actividades formativas ofertadas, tal y como aparece en la Gráfica 4.

El libro de texto es el recurso pedagógico más utilizado de los empleados por el profesorado (Gavidia, 2003). Del análisis efectuado sobre 297 manuales de las etapas de Educación Primaria, Secundaria Obligatoria y Bachillerato de diferentes materias, este autor concluyó que los actuales manuales no constituyen un referente adecuado para que el profesorado desarrolle la educación para la salud en el aula, no le prestan la atención suficiente a pesar de ser considerada una materia transversal y, cuando lo hacen, sus orientaciones no movilizan actitudes y conductas.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta en la escuela es la baja participación de las familias. Así lo expresa el Consejo Escolar del Estado en relación con las asociaciones de padres de alumnos, instando a las Administraciones para que promocionen el

Gráfica 4. Número de actividades formativas realizadas en Centros de Profesores y Recursos y su oficina de actividades de EpS en el curso del 2001-2002 al 2003-2004.





funcionamiento de las mismas y apoyen a través de sus presupuestos los proyectos que lleven a cabo dichas asociaciones. Con este propósito se crea la Comisión Mixta Regional de las Organizaciones de Padres y Madres de Alumnos y la Administración Regional Educativa, por Orden de 8 de mayo de 2001 (B.O.R.M. de 26 de junio), con el objeto de estudiar, discutir y negociar aquellos asuntos que afectan a la comunidad educativa entre otros.

El 82% de los progenitores manifiestan que su relación más directa y participativa en los centros escolares es efectiva a través del tutor. Asimismo, un 74% valoran la información que reciben de los centros como suficiente y satisfactoria frente a un 26% que la considera escasa.

El Consejo Escolar Regional (2002) establece la necesidad de un modelo de formación de padres y madres que los prepare tanto para su rol de educandos, como de educadores, programadores, controladores y gestores de la educación de sus hijos.

Según el mencionado estudio INCE-2000³ se observan diferentes opiniones relacionadas con la transmisión de valores en la enseñanza según que los informantes sean profesores, alumnos o padres. Los padres opinan que los valores que más se fomentan en el hogar son la honradez y la responsabilidad, mientras que el éxito en los estudios y el sentido religioso son los menos estimados. Con respecto a la conducta de los hijos, un 94% dice que su nivel de cuidado personal e higiene es muy alto, 84% considera que son poco o nada agresivos, un 68% que

son poco o nada consumistas y alrededor del 80% consideran satisfactoria la relación educativa que mantienen con sus hijos. Este dato se contradice con el dato aportado por los alumnos que achacan un 50% de los conflictos con sus progenitores a los estudios. La educación es una cuestión de responsabilidad colectiva (Esteve, 2002) y no se puede esperar que la educación solucione ninguno de los problemas sociales pendientes mientras dejemos solos a los profesores y el resto de la sociedad se inhiba de sus responsabilidades educativas. Por ejemplo, la opinión de los padres sobre la influencia educativa de los medios de comunicación es muy desfavorable. En el estudio INCE-2000³, se destaca que las dimensiones educativas transversales más demandadas a la escuela por los padres son en primer lugar la prevención de las drogodependencias y en segundo lugar, la EpS y la Educación para la paz.

1.2. El sistema sanitario.

La Atención Primaria de Salud en la Región de Murcia está estructurada en 3 Gerencias de Atención Primaria, dependientes de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, que se corresponden con una o más de las Áreas Sanitarias en las que se encuentra dividida la Comunidad Autónoma. La Gerencia de Lorca se corresponde con el Área Sanitaria III, la de Cartagena con el Área Sanitaria II y la de Murcia asume las Áreas Sanitarias I, IV y VI. El Área Sanitaria V se separa de la Gerencia de Murcia el 1 de enero de 2005, constituyéndose en la primera Gerencia de Área que asume a la vez las competencias de la atención primaria y especializada. Las seis áreas sanitarias cuentan

3. Instituto Nacional de Calidad de Enseñanza, estudio publicado en el año 2000.

con 85 Zonas Básicas de Salud, de las que 83 tienen Centro de Salud con sus Equipos de Atención Primaria y existen un total de 180 consultorios, dependientes de los anteriores. Estos equipos tienen la obligación de atender al individuo, la familia y la comunidad desarrollando, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación.

Uno de los problemas más importantes que tiene la Atención Primaria en esta Región es la excesiva carga de trabajo que soporta. La alta presión asistencial, sobre todo para el médico de familia, es debida, entre otros, al aumento de problemas geriátricos y crónico-degenerativos, la inmigración y el uso de servicios de atención continuada. Esta atención dificulta la prestación de servicios relacionados con la prevención y la promoción de la salud individual y comunitaria.

En el año 1991, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) diseñó un catálogo de servicios a prestar por los equipos de atención primaria, con actividades de promoción, prevención y seguimiento denominado, Cartera de Servicios que ha ido modificándose en función de los nuevos avances científicos, prioridades y necesidades de la población murciana. La Cartera de Servicios constituye una parte importante de los objetivos de los Contratos de Gestión, pactados de forma anual, con cada una de las Gerencias de Atención Primaria.

En la Cartera de Servicios Regional de Atención Primaria 2003 aparece la educación para la

salud en los centros educativos en el Programa de Atención Comunitaria. Este servicio incluye a todos los centros educativos con escolarización entre los 6 y 18 años. Para su inclusión en la Cartera de Servicios de los equipos de atención primaria, es preciso garantizar unos requisitos:

- La presencia de un grupo de trabajo multidisciplinario formado entre el equipo de atención primaria y la institución escolar.
- Un proyecto educativo de duración mínima de un año, que contenga la población diana a quien va dirigido, la prioridad de los problemas detectados, los objetivos del proyecto, plan de actividades y evaluación.

Aunque no todos los equipos realizan las mismas actividades en número, contenidos ni metodología, la norma técnica -o características de funcionamiento- de este servicio consiste en la elaboración de una memoria anual que evalúe el grado de consecución de los objetivos y de las actividades realizadas, y refleje las actas de las reuniones de trabajo efectuadas.

Y para su evaluación presenta:

- Indicador de accesibilidad o captación del servicio: número de centros educativos en los que se han realizado actividades.
- Indicador de proceso o rendimiento: el número de actividades grupales de educación para la salud realizadas por el número de profesionales sanitarios adscritos (facultativos y enfermeros).

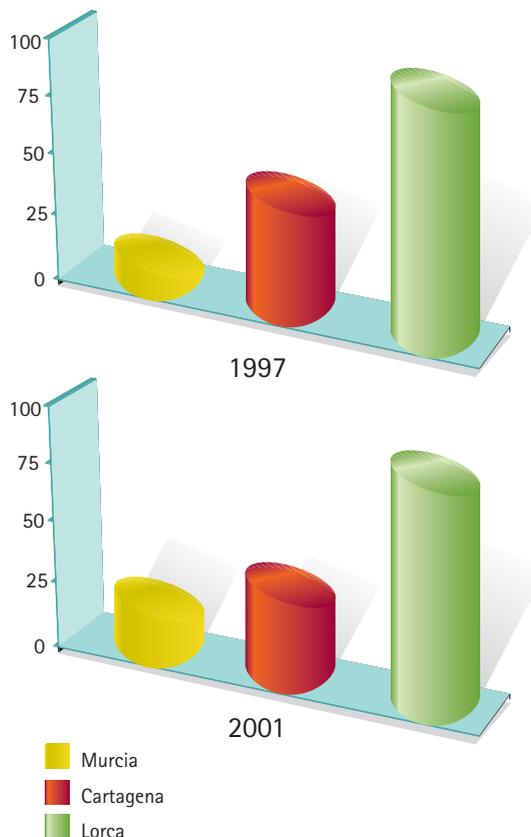
Tabla 3. Cifras de cobertura en cada una de las Gerencias de Atención Primaria para el Servicio de "EpS en centros educativos".

	MURCIA			CARTAGENA			LORCA		
	Alcanzado	Pobl. Diana	% Cobertura	Alcanzado	Pobl. Diana	% Cobertura	Alcanzado	Pobl. Diana	% Cobertura
1997	46	664	6'93	49	125	39'20	57	57	100
2001	74	664	11'14	40	133	30'08	53	57	92'98

Las cifras de coberturas regionales aparecen en la Tabla 3 y Gráfica 5, en la que destaca la Gerencia de Lorca, con cifras cercanas a la totalidad. De la Gerencia de Yecla no se reflejan los datos separados de la Gerencia de Murcia debido a su reciente puesta en funcionamiento.

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en coordinación con el Ministerio de Sanidad y Consumo, desarrolla las estrategias de los Planes Nacionales de Drogas (2000-08) y SIDA (2001-05). Por otra parte, se impulsan, por parte del Consejo Interterritorial de Salud, recomendaciones sobre salud sexual, salud mental y consumo de alcohol en jóvenes, el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, y recomendaciones sobre formación en promoción de salud; en todos los casos, con un componente de promoción de estilos de vida saludables muy relevante. De igual modo, siguiendo una estrategia multisectorial, se han puesto en marcha diferentes Planes Regionales, en los que la promoción de la salud ocupa un lugar destacado: Plan Regional de Inclusión Social, Plan para la Integración Social de los Inmigrantes 2002-2004, Plan Integral de Promoción del Pueblo Gitano, Plan Regional

Gráfica 5. Porcentaje de Cobertura del Servicio "EpS en Centros educativos" en las Gerencias de Atención Primaria.



para la Igualdad entre Hombres y Mujeres, Plan Regional de Juventud y Plan Regional Integral para Personas con Discapacidad. Por ellos mismos, todos constituyen una estrategia de promoción de salud, que exigen voluntad, un gran esfuerzo económico y sobre todo coordinación entre todas las instituciones y profesionales implicados.

Con respecto a la formación continuada en Atención Primaria hay que destacar que no está regulada específicamente, como ocurre con los profesionales docentes, existiendo varios procedimientos de formación (Colegios Profesionales, Escuela Nacional de Sanidad, Asociaciones, etc.). Cada Gerencia de Atención Primaria consta de una Unidad Docente que se ocupa, entre otras funciones, de la formación e investigación de sus profesionales, incluidas la formación postgrado de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y la supervisión y organización de las horas docentes de prácticas.

La Comisión de Formación Continuada e Investigación es un órgano de participación de la Gerencia de Atención Primaria encargada de fijar cada año los objetivos específicos de formación con el Servicio Murciano de Salud.

Prácticamente todas las actividades formativas para profesionales sanitarios ofertadas por las Gerencias de Atención Primaria son de carácter asistencial. Las actividades que se ofertan sobre educación para la salud son prácticamente nulas, manteniéndose sólo un curso sobre esta materia integrado en la

formación de los Residentes en Medicina Familiar y Comunitaria.

1.3. Relaciones entre los sistemas sanitario y educativo regionales.

La distribución geográfica de la Región de Murcia es diferente según qué unidad administrativa lo adscriba. Así, en el ámbito educativo se encuentran los Distritos de los Centros de Profesores y Recursos y los Distritos, diferentes a los anteriores, de la Inspección Educativa. En el ámbito sanitario están las Áreas de Salud y las Gerencias de Atención Primaria, que tampoco coinciden con ninguno de los mencionados distritos educativos (Tabla 4). Este hecho podría constituir un problema al abordar actividades de educación para la salud en una determinada zona de la Región, y exigirán el establecimiento de los mecanismos de coordinación que sean precisos.

Por otro lado, la relación numérica existente entre centros docentes y equipos de atención primaria, por áreas sanitarias, se muestra en la Tabla 5.

Históricamente, la educación para la salud en la escuela en esta Comunidad Autónoma se ha trabajado conjuntamente entre las instituciones sanitarias y educativas. En 1991 se suscribió el Convenio de Colaboración, en materia de Educación para la Salud, entre la Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Cultura y la Dirección General de Salud Pública que finalizó en julio de 1999, fecha de las transferencias educativas a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

La colaboración formal entre las Consejerías derivada de este convenio ha sido operativa y fructífera, como se contempla en la asunción de los objetivos y actuaciones realizadas y en

la inclusión de éstos en documentos públicos de planificación de ambas Instituciones, como el Plan de Salud, Plan Regional de Drogas, Planes de Formación del Profesorado, Proyectos

Tabla 4. Relación entre sectorización de los sistemas educativos y sanitarios.

Áreas Sanitarias	Gerencias de Atención Primaria	Distritos de Centros de Profesores y Recursos	Distritos de Inspección Educativa
I Murcia	Murcia	Murcia I Murcia II	Murcia I Murcia II
II Cartagena	Cartagena	Cartagena Torre Pacheco	Cartagena
III Lorca	Lorca	Lorca	Lorca
IV Noroeste	Murcia	Cehegín	Noroeste
V Altiplano	Yecla	Yecla	Altiplano
VI Vega del Segura	Murcia	Molina de Segura Cieza	Murcia I Murcia II

Tabla 5. Relación entre el número de centros de salud y centros docentes en cada una de las Áreas Sanitarias.

Áreas Sanitarias	Número de E.A.P.*	Número de centros escolares de Educación Infantil, Primaria y Secundaria	Razón entre centros docentes y E.A.P.*
I. Murcia	32	227	7
II. Cartagena	21	138	6'5
III. Lorca	10	75	7'5
IV. Noroeste	6	29	4'8
V. Altiplano	3	24	8
VI. Vega del Segura	13	64	4'9

* Equipos de Atención Primaria

Curriculares de Centro, etc. De igual forma se han incrementado las actividades formativas para profesionales y se han potenciado los trabajos conjuntos entre profesionales y con otras instituciones, como los ayuntamientos y organizaciones no gubernamentales.

A raíz del traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de enseñanza no universitaria, el mencionado Convenio dejó de ser necesario. Los buenos resultados descritos anteriormente, propiciaron que los responsables sanitarios y educativos de entonces establecieran cauces para seguir coordinando y planificando actividades de educación para la salud en la escuela en la Región.

Por este motivo, se estableció la Orden Conjunta de las Consejerías de Sanidad y Consumo y de Educación y Universidades de 26 de mayo de 2000, para la coordinación de competencias relativas a la educación del consumidor y a la educación para la salud en centros docentes no universitarios (BORM nº 130 de 6 de junio de 2000), por la que se crea la Comisión de Coordinación en materia de Educación para la Salud en Centros Docentes no Universitarios. Desde el momento de creación de la Comisión hasta la actualidad se sigue trabajando y planificando actividades de coordinación, subvenciones, curriculares, formativas y de asesoramiento.

Otras actuaciones que afectan a los contenidos

escolares de EpS y que han sido realizadas conjuntamente por ambas administraciones son la participación en proyectos europeos, como la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, proyecto promovido por la Oficina Regional Europea de la OMS, la Comisión de la Unión Europea y el Consejo de Europa. En el año 1995 se efectuó la primera convocatoria para participar en dicha Red. En el curso 2002-03 se convocó por segunda vez, presentándose 18 proyectos de centros docentes públicos, de los que 10 han reunido los criterios necesarios para formar parte de la Red, que agrupa en esta Región a 14 centros, 11 colegios públicos y 3 institutos de Educación Secundaria.

Otro de los Proyectos Educativos Europeos, el COMENIUS⁴, pretende fomentar las relaciones y el entendimiento entre los países de Europa en materia educativa. Con él se han desarrollado cuatro proyectos relacionados con la educación para la salud entre centros de la Región y otros centros europeos.

Con respecto a la distribución de los materiales educativos de educación para la salud en la escuela elaborados por la Consejería de Sanidad, o que se adquieren de otras instituciones, se realiza ampliamente en todos los sectores a los que van dirigidos (centros docentes, centros de salud, ayuntamientos, universidades, etc.). Asimismo, se les hace llegar a los Centros de Documentación (REDINET⁵, Centros de Profesores y Recursos, Biblioteca Regional, Centro de Documentación Médica) para garantizar la máxima difusión

4. Proyectos europeos que permiten a los centros (como mínimo 3 centros de 3 países participantes) trabajar sobre un tema de interés común o compartir experiencias e intercambiar ideas sobre métodos de enseñanza y modelos de organización y gestión.

5. Red de Bases de Datos de Información educativa del Ministerio de Educación y Cultura.

de los mismos a toda la población. En el Anexo I, referido a Materiales didácticos de Educación para la Salud, se reflejan los materiales impresos y telemáticos, elaborados o no en esta Región y con los que se cuenta en el Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Consejería de Sanidad.

Otro pilar importante de la educación para la salud en la escuela es el que hace referencia a la formación de los profesionales docentes y sociosanitarios. A este respecto, en la formación universitaria de la Región de Murcia en el curso 2002-03 y en los bienios 2001-03 y 2002-04 de Doctorado, respectivamente se constata que la Educación para la Salud aparece como asignatura obligatoria en 4 titulaciones (Enfermería, Pedagogía, Periodismo y Publicidad y Relaciones Públicas), como asignatura troncal en 2 (Trabajo Social y Ciencia y Tecnología de los Alimentos) y como optativa en 10, relacionadas especialmente con las Ciencias de la Salud.

Por otro lado, las universidades regionales no proponen ningún título de master universitario en educación para la salud, ni títulos propios referidos a este tema, aunque sí se oferta educación para la salud en programas de doctorado de departamentos universitarios relacionados con las Ciencias de la Educación y Ciencias Sociosanitarias, pero en un número no superior a 10 cursos en los dos últimos bienios. Sólo se han realizado tres tesis doctorales en el curso 1999 en este campo. De los Grupos de Investigación de la Universidad de Murcia, el Grupo de Historia de la Ciencia, Documentación Médica y Promoción de la

Salud, y el Grupo de Medicina Preventiva y Salud Comunitaria de la Facultad de Medicina, tienen abiertas líneas de investigación en Educación para la Salud en la Escuela, referida al asesoramiento a centros de Educación de Adultos, a Centros de Educación Primaria y Secundaria y a centros sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada.

CONCLUSIONES DE LA ESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS SANITARIO Y EDUCATIVO.

- Desde finales de los años 80 existen actuaciones en el marco escolar en coordinación entre la Comunidad Autónoma y el Ministerio de Sanidad.
- A partir de los años 90 las Consejerías competentes en Sanidad y Educación de esta Región trabajan conjuntamente en educación para la salud en el ámbito escolar.
- La distribución geográfica de la Región de Murcia es diferente según la unidad administrativa que la realice: Inspección Educativa, Áreas Sanitarias, Centros de Profesores y Recursos y Gerencias de Atención Primaria y de Área.
- La estrategia motivadora que suponen las convocatorias sucesivas de financiación de proyectos ha funcionado favorablemente en centros educativos.
- Existen carencias formativas de pre y postgrado de los profesionales de la salud y la educación, así como de los agentes sociales que trabajan como promotores de salud.

• El número de alumnado inmigrante ha aumentado en los últimos tres años de forma muy significativa, pasando de cerca de 3.000 alumnos en el año 2.000 a más de 19.095 en 2004.

• La inmigración también tiene repercusiones sobre el número de consultas realizadas a los equipos de atención primaria.

• La participación de los padres en la vida de los centros es muy baja, planteándose el Consejo Escolar Regional la necesidad de formarlos.

• En la actual cartera de servicios regional de Atención Primaria aparece la "EpS en centros educativos" en el Programa de Atención Comunitaria.

• Los equipos de atención primaria de las cuatro gerencias no realizan las mismas actividades en los centros educativos, ni en número, ni en contenidos, ni en metodología.

2. CONDUCTAS Y FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD DE LOS ESCOLARES DE LA REGIÓN DE MURCIA.

El conocimiento de las conductas de los escolares que pueden llegar a constituir un problema de salud es fundamental para establecer objetivos educativos orientados al aprendizaje de hábitos saludables.

Para obtener este tipo de información, se han consultado las fuentes disponibles sobre comportamientos relacionados con la salud en población escolarizada en el ámbito

regional, comparándola con datos nacionales, cuando existían.

La base de este análisis está constituida por los estudios sobre las conductas relacionadas con la salud de los escolares de la Región de Murcia, realizados desde 1993 hasta 2001. Estos estudios se elaboraron a través de cuestionarios validados que recogían información sobre actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, autovaloración del estado de salud, consumo de medicamentos, higiene, salud buco-dental, alimentación, relaciones personales, tiempo libre, descanso, conductas relacionadas con los accidentes e información ofrecida y solicitada sobre distintos aspectos de la salud.

Las encuestas se llevaron a cabo durante los cursos escolares 1993-94, 1997-98 y 2001-02. Constaban de 54 preguntas comunes para los escolares que cursaban 6º de Educación Primaria, 2º y 4º de ESO, dos preguntas más, relativas al consumo de drogas ilegales para los de 2º y 4º de ESO y cinco preguntas referentes a conducta sexual y uso de anticonceptivos para los escolares de 4º de ESO. Las edades medias analizadas fueron de 11, 13 y 15 años. Para cada estudio se seleccionaron muestras representativas de más de 2000 alumnos pertenecientes a unos 70 centros educativos distribuidos por toda la Región.

El análisis que se expone a continuación se ha dividido en función de las distintas variables relacionadas con la salud, para facilitar la comprensión y la planificación de las medidas

que se consideren más oportunas. Se presentan los resultados porcentuales del primer y último año, y bajo el epígrafe de "evolución", la razón (multiplicado por 100) entre la proporción del primer año y la diferencia entre las proporciones obtenidas en 1993-1994 y 2000-2001. Las tablas y gráficas, están elaboradas por el Servicio de Promoción y Educación para la Salud, y se refieren a los estudios mencionados anteriormente, mientras no se indique otra fuente.

2.1. Autovaloración del estado de salud y consumo de medicamentos.

Los escolares de la Región consideran

Tabla 6. Distribución porcentual por género de la percepción del estado de salud en 2001.

	VARÓN	MUJER
Muy sano/bastante sano	93,6	90,1
No muy sano	6,4	9,9

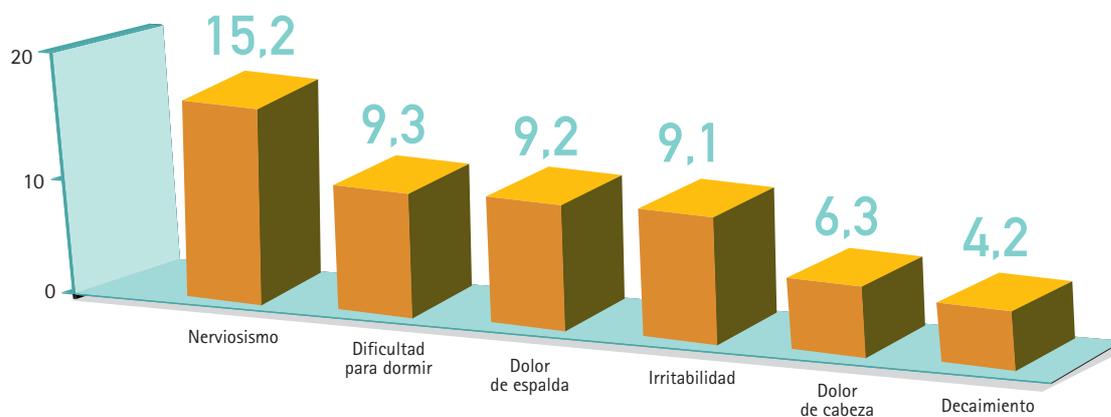
mayoritariamente que su salud es buena o muy buena, con escasas diferencias entre chicas (90,1%) y chicos (93,6%) como se observa en la Tabla 6. Así mismo, se consideran felices o muy felices en un 93,4%.

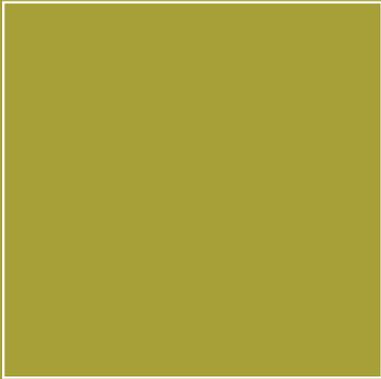
Los escolares que perciben que tienen sobrepeso son un 43,1%, apreciándose diferencias notables entre mujeres (51,7%) y varones (35,9%).

Los síntomas que revelan tener con más frecuencia son los relacionados con el estado de ánimo. El 15,2% dice "estar nervioso" todos los días, el 9,1% "estar irritado" y el 4,2% "estar decaído". Además, más del 9% manifiesta tener dificultades para dormir o dolor de espalda y el 6% refiere dolor de cabeza (Gráfica 6).

La percepción de problemas de salud es distinta, si se analiza por género. El porcentaje de mujeres que presenta ciertos problemas de salud, con una frecuencia semanal, supera en todos los

Gráfica 6. Distribución porcentual de síntomas diarios en los adolescentes de la Región de Murcia en 2001.





casos al de varones, como se puede observar en la Tabla 7.

Tabla 7. Distribución porcentual por género, de los síntomas referidos por el alumnado, con una frecuencia superior a "una vez por semana" en 2001.

	VARÓN	MUJER	TOTAL
Dolor de cabeza	6,5	10,5	8,6
Dolor de estómago	5,8	7,6	6,8
Dolor de espalda	6,0	8,5	7,3
Estar decaído	5,0	10,9	8,1
Estar irritado	11,8	17,0	14,5
Estar nervioso	11,4	16,3	13,9
Dificultades para dormir	4,2	8,4	6,4
Sentirse mareado	4,8	6,3	5,6
Dolor de muelas	1,8	2,7	2,3

Los escolares que dicen tomar medicamentos lo hacen por problemas de salud como:

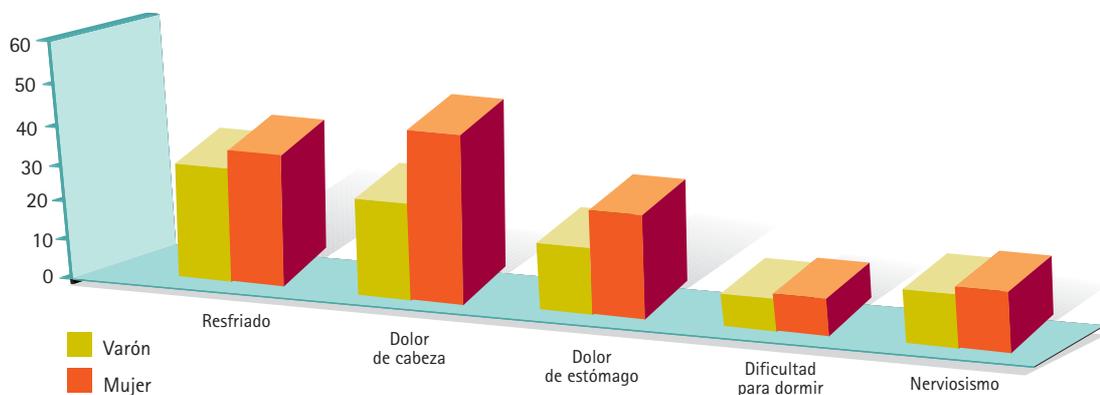
resfriado (33,2%), dolor de cabeza (32,5%), dolor de estómago (21,2%), tos (20,2%), calmar el nerviosismo (9,3%) y dificultades para dormir (6%). Por género el consumo de medicamentos resulta superior en mujeres. (Gráfica 7).

2.2. Actividad física, ocio, descanso y tiempo libre.

La actividad física es fundamental para un adecuado desarrollo físico y mental. Los jóvenes que practican ejercicio físico tienen menos predisposición a la dependencia de alcohol, tabaco y sustancias no legales y, además, su realización contribuye a prevenir la obesidad.

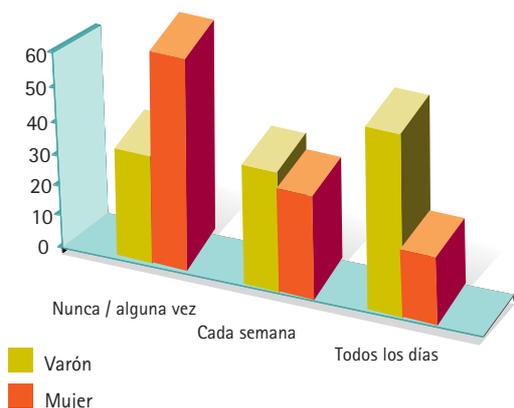
Los datos más recientes indican que los escolares que dicen no practicar nunca o casi nunca deportes o gimnasia fuera del horario escolar son un 46,3% observándose importantes diferencias entre chicas (61,3%)

Gráfica 7. Distribución porcentual del consumo de medicamentos por síntomas referidos al último mes, por género, en 2001.



y chicos (30%). Las chicas que practican diariamente deportes o gimnasia son un 12,4% frente a un 41,4% de los chicos en 2001 (Gráfica 8)

Gráfica 8. Distribución porcentual, por género, de la realización de deportes o gimnasia fuera del horario escolar en 2001.



La tendencia de los que practican diariamente deportes o gimnasia en horario no escolar es

negativa, habiendo disminuido en un 7,4% desde 1993 a 2001. En este periodo, han aumentado un 5% los escolares que cada día practican actividades no regladas como pasear, montar en bicicleta, jugar al escondite o correr.

Se aprecia un aumento en el porcentaje de jóvenes que ve la televisión más de 3 horas diarias, pasando de un 16,7% en el año 1993 a un 17,6% en 2001 (Tabla 8). Los chicos y las chicas escolares manifiestan ver la televisión por igual.

Este dato sobre sedentarismo es corroborado por el incremento del tiempo que dedican los estudiantes a jugar con videojuegos. Si en 1993

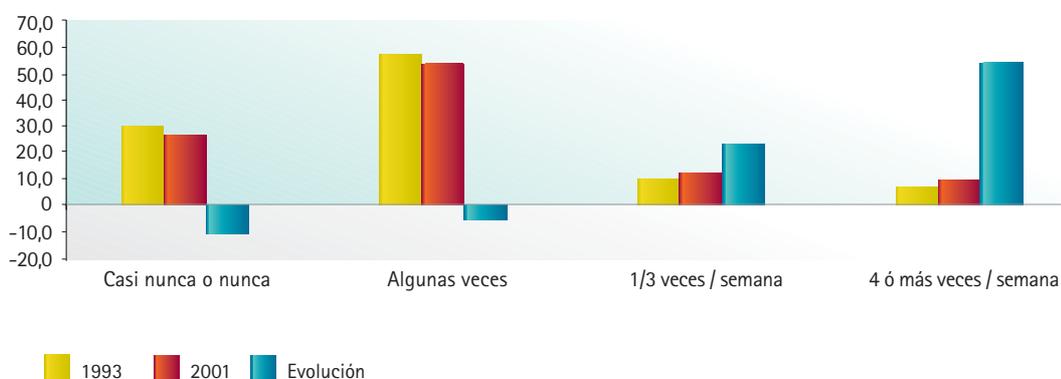
Tabla 8. Distribución en horas del tiempo dedicado a ver la televisión en 1993 y en 2001.

Tiempo en horas	1993	2001
No/hasta 1/2	10,7	9,9
De 1/2 a 2	50,0	51,4
De 2 a 3	22,6	21,1
Más de 3	16,7	17,6

Tabla 9. Distribución en horas del tiempo dedicado a jugar a videojuegos, por género, en 1993 y en 2001.

TIEMPO EN HORAS	VARÓN			MUJER		
	1993	2001	EVOLUCIÓN	1993	2001	EVOLUCIÓN
Ninguna	48,1	21,4	- 55,5	69,1	51,8	- 25,0
Menos de media hora	25,7	20,6	- 19,8	19,6	27,3	39,3
De media hora a una hora	15,6	24,9	59,6	7,8	13,6	74,4
De 1 a 2 horas	6,7	20,6	207,5	2,1	5,1	142,9
De 2 a 3 horas	1,2	6,4	433,3	0,7	1,2	71,4
Más de 3 horas	2,6	6,2	138,5	0,6	0,9	50,0

Gráfica 9. Evolución porcentual de la frecuencia de cansancio al levantarse de 1993 a 2001.



un 7% dedicaba más de una hora al día, en 2001 es 19,6%, por tanto se registra un incremento relativo de un 180% en menos de diez años. Este incremento se observa fundamentalmente a expensas de los chicos. El 33,2% de chicos dedica más de una hora a este tipo de juegos frente al 7,2% de chicas en 2001 (Tabla 9).

La hora de ir a dormir es cada vez más tardía en los jóvenes escolarizados. Los que se acostaban a las 11,30 horas o más tarde han pasado de un 28,3% en 1993 a un 46,5% en 2001. El porcentaje de alumnos que se levantan a las 7,30 horas ha aumentado en un 28,3% en estos años. La sensación de cansancio al levantarse se ha incrementado marcadamente en estos años como se observa en la Gráfica 9.

2.3. Actividades de riesgo.

Las conductas o situaciones específicas de

riesgo constituyen una seria preocupación en el ámbito de la salud pública por su posibilidad de provocar daños que comprometan el bienestar y la salud actual y futura de la población. Esta inquietud se agudiza con los adolescentes.

Entre las conductas que entrañan riesgo destaca, por sus resultados de muertes prematuras y minusvalías, la utilización de vehículos en ausencia de medidas de seguridad apropiadas, como el uso del casco o del cinturón de seguridad. Las actividades de educación para la salud que contribuyan a evitar accidentes y traumatismos son fundamentales para evitar riesgos asociados y sus consecuencias sobre la salud de la población.

En el año 2001, más del 37% de los conductores de ciclomotor manifiesta utilizar siempre el casco cuando va en moto frente

a un 15% de escolares que lo hacía en 1993 (Tabla 10). El uso de casco, cuando se va de pasajero en moto, se ha visto incrementado en estos años en proporción similar (Tabla 11).

Tabla 10. Evolución porcentual del uso de casco al conducir moto desde 1993 hasta 2001.

	1993	2001	EVOLUCIÓN
Siempre	15,1	37,3	147,0
Casi siempre	6,5	11,1	70,8
A veces	5,0	8,0	60,0
Casi nunca	3,0	4,1	36,7
Nunca	70,4	39,5	-43,9

Tabla 11. Evolución porcentual del uso de casco al ir de pasajero en moto desde 1993 hasta 2001.

	1993	2001	EVOLUCIÓN
Siempre	16,7	30,4	141,9
Casi siempre	8,0	13,1	63,8
A veces	7,0	9,3	32,9
Casi nunca	5,5	7,3	32,7
Nunca	62,9	29,9	-52,5

La frecuencia de accidentes cuando se va en moto ha experimentado un incremento en estos años, como se observa en la Tabla 12, mientras

Tabla 12. Evolución porcentual del tipo de accidente sufrido por los escolares.

	1993	2001	EVOLUCIÓN
Montando en bici	24,5	23,1	- 5,7
Conduciendo moto	8,5	9,2	8,2
Pasajero moto	2,1	4,3	104,8
Pasajero coche	3,0	2,9	- 3,3
Atropello	3,2	2,7	-15,6
Deporte	45,9	39,4	- 14,2

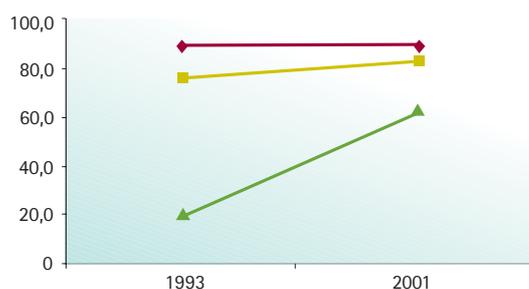
que disminuyen los que han sufrido los jóvenes escolarizados por otros motivos.

2.4. Higiene y salud bucodental.

2.4.1. Higiene corporal.

La correcta higiene corporal es una de las conductas básicas más importantes del individuo. Los hábitos de higiene actuales de los escolares son, en general, satisfactorios. Cerca de un 90% se lava las manos siempre o casi siempre antes de comer, un 87,8% se lava la cabeza en 2 o más ocasiones a la semana y la ducha diaria la practican el 61,6%. Estas cifras han experimentado un incremento notable con respecto a 1993, sobre todo en la práctica de la ducha diaria (Gráfica 10).

Gráfica 10. Evolución porcentual de algunas conductas de higiene corporal 1993-2001.



- ◆ Lavado de manos antes de comer.
- Lavado de cabeza 2 ó + veces/semana.
- ▲ Ducha diaria.

2.4.2. Salud bucodental.

Las afecciones de la boca y de los dientes, como caries y alteraciones periodontales, pueden producir patologías en otras localizaciones del organismo, sin olvidar la repercusión que tienen sobre la imagen corporal, la autoestima y la

vida de relación.

En la Región de Murcia se han llevado a cabo distintas actividades de promoción de salud bucodental en la escuela que han contribuido a que los hábitos de salud bucodental de los escolares hayan mejorado notablemente. Actualmente, el porcentaje de escolares que se cepilla los dientes una o más veces al día es del 84,1%. Desde 1993 se observa que la frecuencia del cepillado, en más de una ocasión al día, se ha incrementado en un 40% (Tabla 13).

Tabla 13. Evolución porcentual de la frecuencia de cepillado de dientes 1993-2001.

	1993	2001	EVOLUCIÓN
Más de una vez al día	38,3	53,8	40,5
Una vez al día	31,5	30,3	-3,8
Al menos 1 vez semana	19,3	9,3	-51,8
Alguna vez o nunca	10,9	6,7	-38,5

El 60% de los escolares de la Región declara haber ido al dentista en el último año. Estos datos aumentan en un 33% desde 1993, disminuyendo en un 49% los alumnos que declaran no haber ido nunca. (Tabla 14).

Tabla 14. Evolución porcentual de la frecuencia de la visita al dentista 1993-2001.

	1993	2001	EVOLUCIÓN
No he ido nunca	21,8	11,1	- 49,1
Hace más de 1 año	33,4	29,4	- 12,0
Hace menos de 1 año	44,8	59,6	33,0

Tabla 15. Evolución porcentual de la frecuencia del motivo de la visita al dentista 1993-2001.

	1993	2001	EVOLUCIÓN
Revisión	31,8	51,3	62,3
Caries	44,5	23,4	- 47,4
Flemón o dolor	8,4	4,6	- 45,2
Aparato	14,0	20,6	47,1

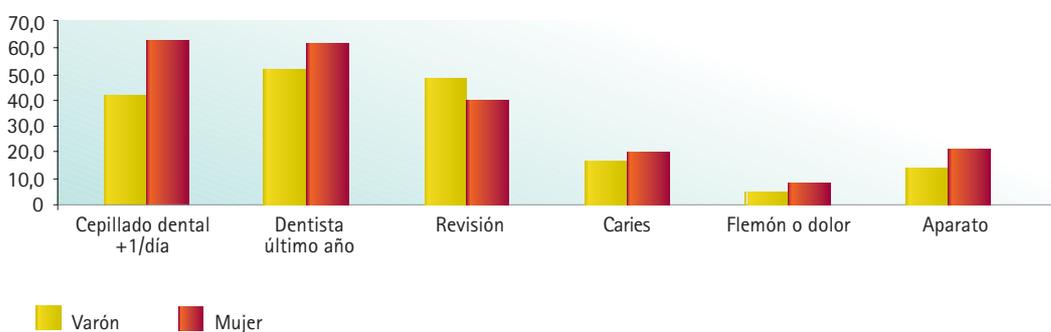
Los escolares que acuden a la revisión bucodental son más del 50% y los que acuden para tratamiento de caries, dolor o flemón son un 28%. Según se aprecia en la Tabla 15, en los últimos años estudiados aumentan los alumnos que acuden para realizarse una revisión bucodental preventiva en más de un 60% y para la corrección de la maloclusión dental en un 47%, frente a las visitas para tratamiento de caries, dolor de muelas o flemón que se han reducido en más de un 45%. Las chicas se cepillan los dientes más de una vez al día en mayor porcentaje que chicos y acuden más al dentista. Los chicos acuden con mayor frecuencia para revisiones preventivas y el tratamiento de caries, dolor o flemón, mientras que las chicas acuden más para el tratamiento de la malaoclusión dental. (Gráfica 11).

2.5. Alimentación.

Las conductas relacionadas con los hábitos de alimentación son muy importantes para el correcto rendimiento escolar y el desarrollo físico de los escolares.

En la actualidad, el 81,4% de los escolares desayuna diariamente, mientras que en 1993 era del 83,4%, observándose una tendencia

Gráfica 11. Distribución porcentual por género de algunas conductas relacionadas con la salud bucodental en 2001.



a la disminución del 2,4%. El almuerzo lo toman diariamente un 60% y casi todos los días un 22%. Estos porcentajes han aumentado en un 6,2% y un 10% respectivamente desde 1993.

La comida diaria que los escolares realizan con mayor frecuencia es la de mediodía (95,1%); la cena la realizan cuatro de cada cinco alumnos de entre 11 y 15 años.

Con respecto a la frecuencia en el consumo de determinados alimentos destaca que más de la mitad de los escolares (57,4%) consume varias raciones de leche al día. Menos de la mitad consume fruta más de una vez al día (35,8%) y sólo uno de cada cuatro consume verduras y hortalizas todos los días (25,5%). La evolución del consumo de estos alimentos desde 1993 ha sido negativa: el consumo de leche experimenta una disminución del 8,2%, las frutas de un 27,4% y las verduras y hortalizas de un 40,2%.

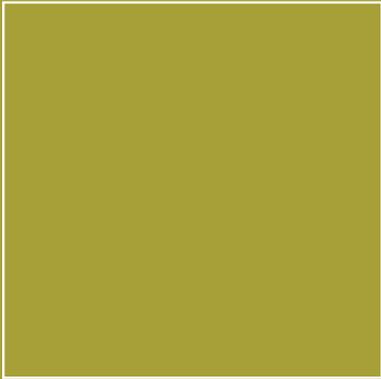
Semanalmente, más de tres cuartas partes de los escolares consume alimentos como el arroz

o la pasta (94%), las legumbres (77,9%) o los huevos (81%). El 71,9% consume semanalmente pescado. Desde 1993 la evolución ha sido negativa para las legumbres en un 6,7% y para los huevos en un 3,8% y positiva para el arroz y la pasta (10%) y el pescado (1,8%).

Más de la mitad de los escolares declara consumir a diario embutidos (51,4%) y, uno de cada cuatro, carne de cerdo o ternera (25,4%). También un 11,1% manifiesta comer cada día hamburguesas o perritos. Desde 1993 ha aumentado la tendencia en el consumo de carne de cerdo o ternera (18,8%) y, sobre todo, la de hamburguesas o perritos (8,2%). La tendencia en el consumo de embutidos ha disminuido ligeramente (55,1%).

En 2001 más de un tercio de alumnos consumía diariamente dulces o golosinas y un 39% refrescos azucarados.

Los escolares varones dicen realizar desayunos, meriendas y cenas con mayor frecuencia que las chicas. El tipo de alimentación es similar en



ambos sexos pero los chicos manifiestan un consumo algo mayor de refrescos azucarados, dulces, hamburguesas o perritos calientes, zumos de fruta y yogur.

2.6. Tabaco.

El tabaquismo es la principal causa mundial de enfermedades y muertes evitables. La iniciación al consumo de tabaco se realiza en la edad escolar. La presión de la publicidad, el grupo de amigos, el deseo de emular la conducta de modelos adultos, la fácil disponibilidad, el bajo coste y otras circunstancias influyen en el inicio. Como la nicotina es una sustancia muy adictiva, el mejor enfoque para evitar enfermedades es no comenzar a consumir tabaco.

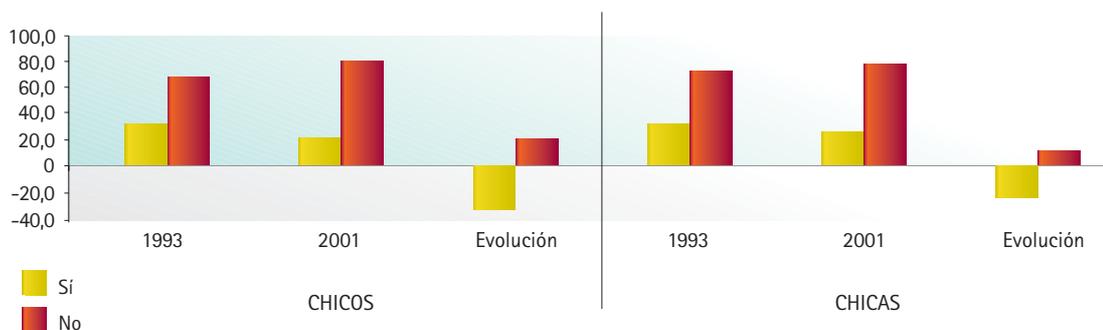
En los últimos años el porcentaje de los escolares que ha probado alguna vez el tabaco ha disminuido, pasando de un 33,6% en 1993 a un 26,4% en 2001. En consecuencia, la cantidad de sujetos que dice no haberlo probado ninguna vez se ve aumentada en un 10,8% en 2001.

La edad media de inicio al consumo se sitúa en los 13 años en el ámbito nacional, mientras que en la Región se realiza al comienzo de la educación secundaria. Sin embargo, el salto hacia el consumo habitual está alrededor del tercer curso de la enseñanza secundaria. Una vez iniciados en el consumo, la proporción de estudiantes que continúa consumiéndolo es muy elevada, cifrándose en 88,7%.

El patrón de consumo en la Región ha mejorado, puesto que los que fuman con baja frecuencia se han incrementado en un 14,4%, mientras que los que fuman a diario más de 5 cigarrillos han disminuido en un 20,1%.

En general, el porcentaje de chicas escolares que han probado alguna vez el tabaco (29,1%) supera al de chicos (23,4%), pero en ambos géneros ha disminuido con respecto a años anteriores (Gráfica 12). De los escolares que se declaran fumadores en la Región un 31,1% son varones y un 68,9% son mujeres.

Gráfica 12. Evolución del porcentaje por género del consumo de tabaco en alguna ocasión 1993-2001.



2.7. Alcohol.

En la Región de Murcia el alcohol es la droga más consumida por los adultos, consumo que es mayor a la media de España. En la adolescencia suelen producirse los primeros contactos con el alcohol y éste goza de gran permisividad social. El consumo de alcohol en esta etapa de la vida repercute en los estudios, dificulta el desarrollo personal, produce dificultades de relación con la familia, accidentes de tráfico, conductas agresivas, riesgos de embarazos no deseados y riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

En 2001 el porcentaje de escolares que nunca ha probado el alcohol es un 38,8%. Desde 1993 se ha incrementado la opción de no probar el alcohol frente a la de sí hacerlo (Tabla 16).

Tabla 16. Evolución del porcentaje de consumo de alcohol en alguna ocasión 1993-2001.

	1993	2001	EVOLUCIÓN
Sí	69,7	56,4	-19,1
No	27,1	38,8	43,2
No sé	3,1	4,8	54,8

La proporción de los escolares que nunca se ha emborrachado ha pasado de un 68% en 1993 a un 73,4% en 2001.

En cuanto al tipo de alcohol que consumen los escolares, se observa un descenso del consumo de bebidas como la cerveza o sidra y un aumento de consumo de bebidas como el vino, que pasan a tener una marcada frecuencia semanal. En estas edades, entre 1993-2001, ha descendido el consumo diario y semanal de licores.

Las diferencias encontradas entre chicos y chicas no son relevantes o no ofrecen información añadida.

2.8. Drogas ilegales.

El hachís se ha convertido en la droga de moda entre los jóvenes escolarizados. En los estudios consultados aparece como la sustancia ilegal probada por mayor número de alumnos. Además, se observa un incremento de los que afirman haberla probado alguna vez, que pasan de un 10,5% en 1993 a un 15,3% en 2001.

Los escolares que tras probarla una vez siguen consumiéndola son más de la mitad y éstos lo hacen, cuanto menos, esporádicamente. Por otro lado, los consumidores diarios también se han incrementado de forma preocupante pasando de un 0,3% en 1993 a un 5% en 2001. Los que afirman no fumar hachís diariamente, pero declaran hacerlo todas las semanas, pasan de ser un 1,3% en 1993 a un 9,8% en 2001; presumiblemente, este consumo semanal se circunscribe al fin de semana.

En el ámbito nacional, el consumo de hachís tiene también una importante presencia entre los escolares de 14 a 18 años. El 31,2% declara haberlo consumido alguna vez, un 27,1% lo ha hecho en los últimos doce meses y el 19,4% lo ha consumido en los últimos 30 días. Por edades, la prevalencia de los que han consumido alguna vez varía notablemente. En el grupo de 14 años es de un 11,9% y en el de 18 años es de un 54,1%. El consumo de hachís es ligeramente mayor en chicos que en chicas, tanto a escala nacional como regional.

Con respecto al consumo de medicamentos no prescritos, destaca el consumo de tranquilizantes, del que se observa que su consumo esporádico pasa de un 2,9% en 1993 a un 11,7% en 2001. En el ámbito nacional, el consumo de tranquilizantes sin prescripción facultativa entre escolares tiene también una significativa presencia. Se indica que el 6,8% de los encuestados los ha consumido alguna vez en la vida, 5% en los últimos doce meses y 2,5% en los últimos 30 días. Por géneros, las chicas los consumen con mayor frecuencia que los chicos y los consumos se incrementan con la edad. Esta situación se da tanto en el ámbito regional como en el nacional.

Aumentan los escolares que consumen anfetaminas una vez que las han probado, pero permanecen estables e incluso disminuyen los que se inician en su consumo. En 2001 manifiestan haberla probado un 2% de los encuestados frente a un 4% en 1993. Esta situación se repite en el consumo de éxtasis y speed. El mismo comportamiento se observa con los alucinógenos, con una disminución de los que se inician y un incremento de los consumidores semanales.

Los alumnos que han probado la cocaína han pasado de un 1,6% en 1993 a un 2,2% en 2001, lo que supone un incremento del 37,5%. El consumo diario va de un 0,1% en 1993 a un 0,6 en 2001. Es de destacar el incremento que sufre su consumo semanal pasando del 0,1% en 1993 al 0,9% en 2001. El consumo esporádico también ha experimentado un importante aumento, pues pasa de un 0,9% a un 5,9% en estos años.

A escala nacional, en 2002 encontramos que, después del hachís, el éxtasis es la sustancia con más consumidores entre los escolares de 14 a 18 años, con un 2,5%, seguida de la cocaína con un 2,2% y de las anfetaminas y alucinógenos con porcentajes de consumidores inferiores al 2%. Los consumos habituales de éxtasis y otras pastillas son claramente superiores entre los chicos (3,4%) frente a las chicas (1,6%). De todos los encuestados, el 5,4% afirma haber consumido cocaína alguna vez en su vida, pero destacan notables diferencias entre las distintas edades. Los alumnos de 14 años que declaran consumir cocaína son un 1,2%, sin embargo a los 15 años lo hacen un 3% y así se va incrementando su proporción hasta llegar a un 15,6% a los 18 años. Lo mismo sucede con los consumos en los últimos 12 meses y 30 días que pasan de porcentajes de 0,9% y 0,5% respectivamente a los 14 años, a 9,9% y 4,8% a los 18 años.

Otras drogas consumidas por los escolares son los inhalantes. Este consumo ha experimentado un descenso en la Región desde 1993 pasando, los que los han probado, de un 5,7% a un 4,8% en el 2001. Pero, al igual que en las anteriores drogas, el consumo es superior en aquellos que ya las han probado por primera vez. Esto se percibe en el incremento experimentado por los consumos diarios, semanales y esporádicos.

Destaca el crecimiento del consumo diario de inhalantes, que pasa de un 0,07% en 1993, a un 1,9% en 2001. Así mismo, se eleva la

3% a un 14,6%, lo que apunta hacia su fácil consecución en el medio en que se desenvuelven los escolares.

2.9. Sexualidad y uso de anticonceptivos.

Los adolescentes son el sector de población en el que las intervenciones en educación afectivo-sexual son prioritarias. Si bien no son un colectivo homogéneo en cuanto a conductas de riesgo para la salud, las relaciones sexuales pueden comenzar en este período y, a menudo, tienen lugar antes de que el individuo haya adquirido las habilidades necesarias para evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

En 2001, el 83,8% de escolares nunca han realizado la masturbación mutua como práctica sexual. En los últimos años han descendido las relaciones sexuales con penetración. Los jóvenes escolarizados que manifiestan no haber tenido nunca relaciones sexuales con penetración han pasado del 84,3% en 1993 al 87,6% en 2001 (Tabla 17). Aumentan los que han tenido relaciones con una sola pareja, pasando de un 67,7% en 1993 a un 69,8% en 2001.

Tabla 17. Evolución del porcentaje de relaciones sexuales con penetración 1993-2001.

	1993	2001	EVOLUCIÓN
Muy frecuentemente	3,5	2,7	-22,4
Frecuentemente	2,5	2,1	-16,3
Alguna vez	9,7	6,9	29,2
Nunca	84,3	87,6	4,8

Las principales diferencias encontradas respecto al género son que

los varones refieren haber tenido relaciones sexuales con penetración con mayor frecuencia que las mujeres y que manifiestan mayor número de parejas.

Los jóvenes escolarizados que afirman haber utilizado el preservativo en su última relación representan el 88,5%. Esta opción se ha incrementado en un 26,2% desde 1993 hasta 2001, mientras que la proporción de los que no lo han utilizado en su última relación ha disminuido en un 61,5% en los mismos años. El resto de métodos anticonceptivos (DIU, contracepción oral) son poco conocidos y utilizados por la población de esta edad.

El uso de métodos desaconsejados como la "marcha atrás" ha descendido con respecto a años anteriores. El 76,6% de los jóvenes declara no practicarlo nunca o no conocerlo en 2001, mientras que era un 50,5% en 1993.

La utilización de medidas anticonceptivas entre chicos y chicas parece similar en estas edades, aunque los varones manifiestan utilizar el preservativo en todas las ocasiones con mayor frecuencia que las mujeres (Tabla 18).

2.10. Relaciones personales.

Dentro de las variables relacionadas con la salud de los escolares, la fluidez de las relaciones socio-familiares interesa en la autovaloración del individuo y en sus comportamientos.

Las dificultades de relación que los alumnos manifiestan tener con sus padres y madres son las siguientes en 2001: un 32,9% de los varones y un 53% de las chicas declaran tener relaciones

Tabla 18. Evolución porcentual por género de la frecuencia de utilización del preservativo en la última relación mantenida 1993-2001.

	VARÓN			MUJER		
	1993	2001	EVOLUCIÓN	1993	2001	EVOLUCIÓN
Siempre	56,1	80,0	42,6	59,5	73,2	23,0
Casi siempre	12,3	4,4	-64,2	14,3	12,2	-14,7
Alguna vez	10,5	6,7	-36,2	14,3	9,8	-31,5
Nunca	19,3	6,7	-65,3	11,9	4,9	-58,8
No conozco	1,8	2,2	22,2	0,0	0,0	0,0

Con respecto a las relaciones con la madre estas cifras bajan algunos puntos (21,8% y 25,9%) luego, tanto las chicas como los chicos se relacionan peor con su padre que con su madre. Estas dificultades se incrementan con la edad. Así, el 28,6% de los alumnos de 6º curso de Educación Primaria manifiesta tener "relaciones difíciles" o "ausencia de ellas" con su padre y el 14,9% con su madre. En los alumnos de 4º de ESO el porcentaje se eleva al 53,6% con el padre y al 30,3% con la madre.

En torno al 50%, tanto varones como mujeres, afirma mantener relaciones difíciles con sus hermanos. Por el contrario, los escolares de la Región de Murcia, de forma mayoritaria en ambos géneros y en todos los cursos estudiados, expresan tener relaciones fáciles o muy fáciles con sus amigos.

2.11. Información recibida y deseada en EpS.
Se precisa conocer la información que poseen

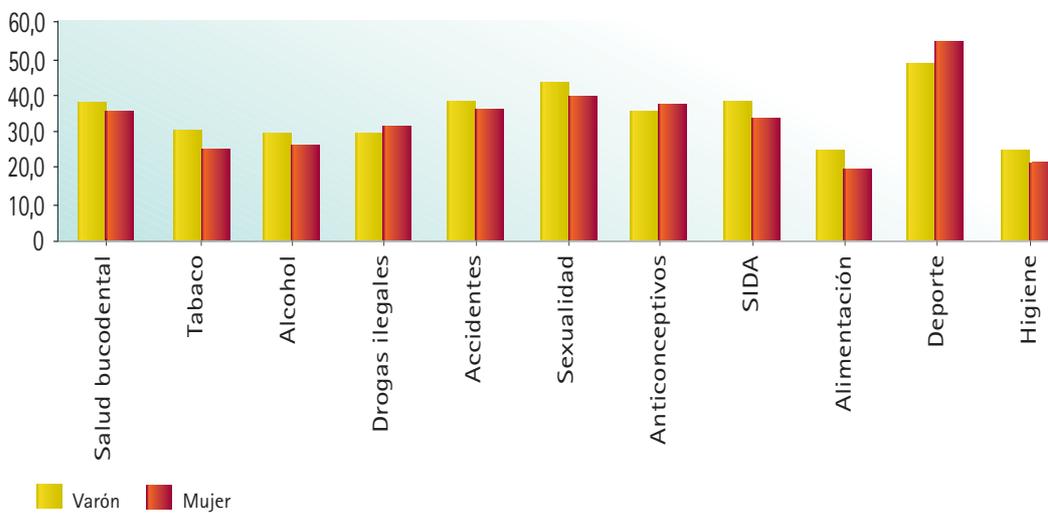
los estudiantes y la que ellos demandan para valorar sus necesidades y captar su atención e interés. Los temas sobre los que se ha solicitado información han sido salud bucodental, tabaco, alcohol, drogas ilegales, accidentes, sexualidad, anticoncepción, SIDA, alimentación, ejercicio físico e higiene.

2.11.1. Información recibida.

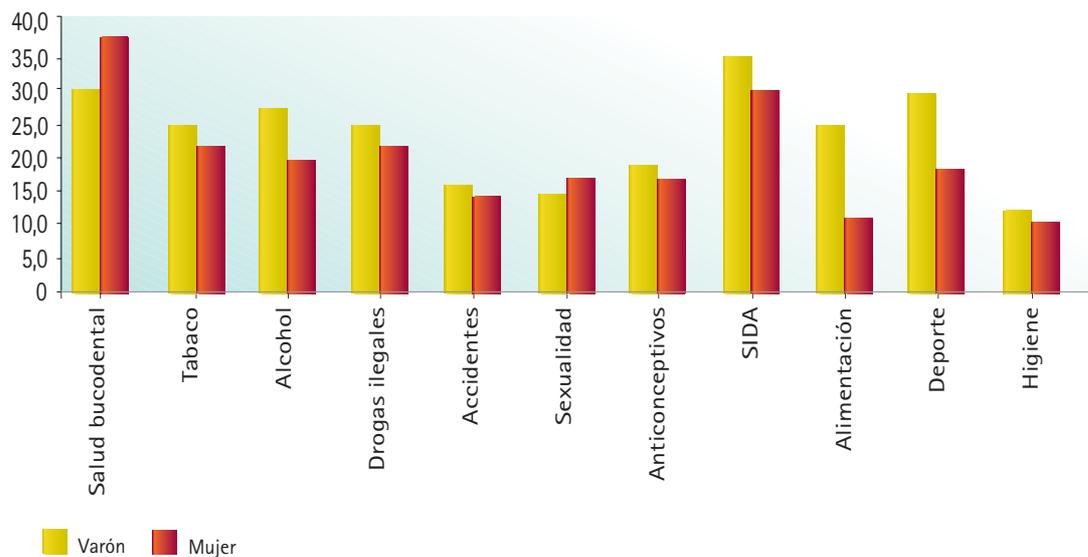
La información recibida en la escuela y en casa por las chicas y chicos estudiantes se expone en las Gráficas 13 y 14.

Los jóvenes manifiestan un incremento de la información recibida desde 1993 hasta 2001 sobre drogas ilegales, alcohol y tabaco, advirtiéndose una mayor sensibilidad del profesorado hacia la educación para la salud en las adicciones a las drogas. La información que facilitan los padres sobre estos temas se ha reducido en los mismos

Gráfica 13. Distribución porcentual por género de información recibida en la escuela sobre temas de salud en 2001.

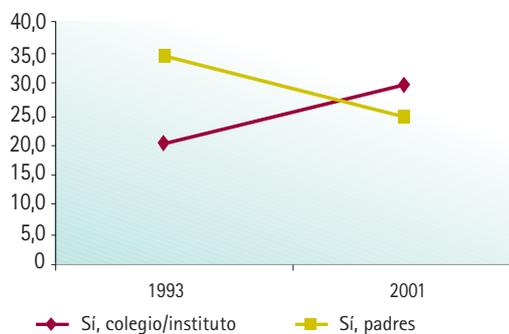


Gráfica 14. Distribución porcentual por género de información recibida de los padres sobre temas de salud en 2001.

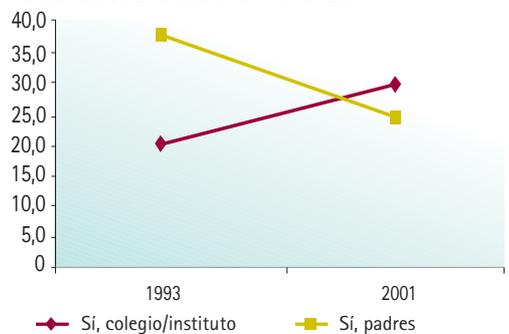


años (Gráficas 15 a 17).

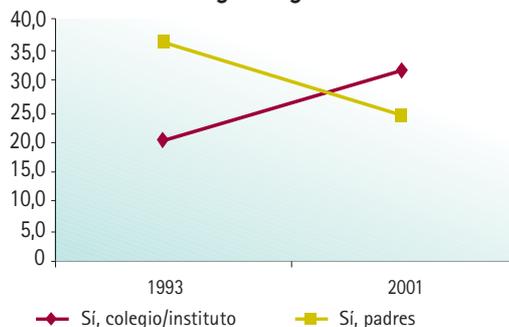
Gráfica 15. Evolución porcentual de la información recibida sobre tabaco 1993-2001.



Gráfica 16. Evolución porcentual de la información recibida sobre alcohol 1993-2001.



Gráfica 17. Evolución porcentual de la información recibida sobre drogas ilegales 1993-2001.



Se ha ampliado notablemente la información recibida en la escuela sobre higiene, salud bucodental, alimentación y educación afectivo-sexual. Los accidentes, conjuntamente con el ejercicio físico, son los temas en los que la información se ha intensificado, pero en menor medida. La información ofrecida en casa ha disminuido entre un 20% y un 35% desde 1993 hasta el 2001, en la mayoría de temas.

2.11.2. Información deseada.

Los estudiantes de la Región expresan su deseo de recibir información en temas relacionados con la salud de forma mayoritaria. Los chicos y chicas escolarizados de la Región quieren recibir información sobre todo en accidentes, educación afectivo sexual y prevención de drogodependencias.

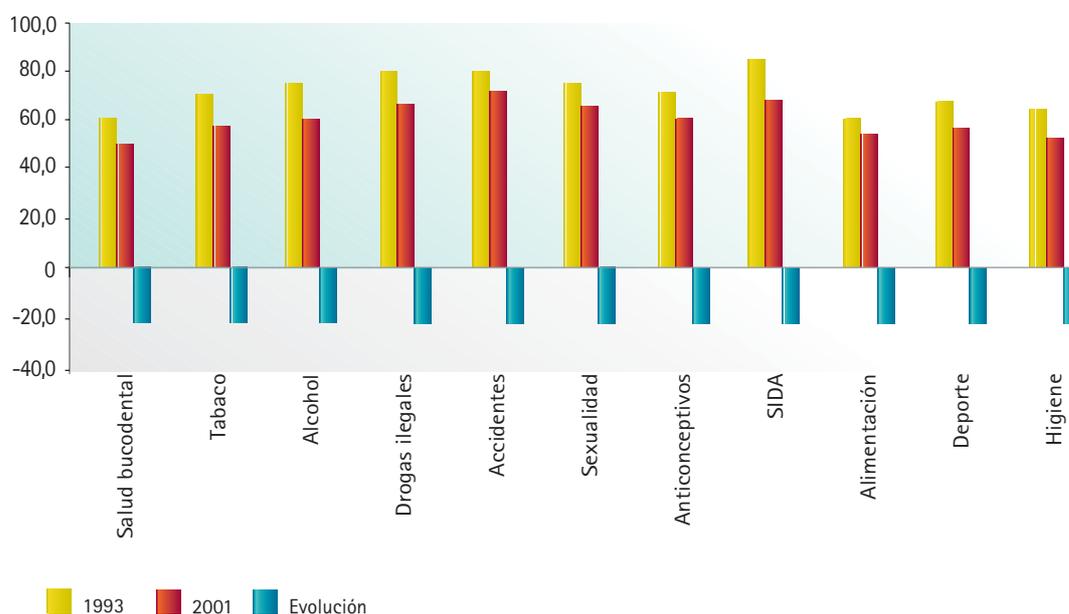
Destaca notablemente que el deseo de información en temas de salud ha decrecido entre un 10% y un 20% en el periodo comprendido entre 1993 y 2001 (Gráfica 18).

CONCLUSIONES SOBRE LAS CONDUCTAS Y FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD DE LOS ESCOLARES.

Se observa una mejoría en la mayor parte de las conductas relacionadas con la salud estudiadas en los escolares murcianos desde 1993 hasta 2001.

Los escolares se consideran mayoritariamente sanos y felices (90%). La imagen corporal que poseen varía según su género, ya que más de la mitad de las mujeres considera que tiene sobrepeso frente a un tercio de los varones

Gráfica 18. Evolución porcentual de la información deseada sobre temas relacionados con la salud 1993-2001.



de la misma edad. Alrededor de un 10% manifiesta padecer dolor de cabeza o dolor de espalda y un 15% "estar nervioso" diariamente. Semanalmente más de un tercio de los escolares manifiesta tener síntomas de alteración del estado de ánimo con diferencias notables entre chicas (44,2%) y chicos (28,2%). Las chicas toman medicamentos para sus problemas de salud con mayor frecuencia que los chicos.

Se aprecia una propensión al sedentarismo en la población escolarizada que se ve incrementada en la última década. Casi el 50% de los escolares no practica nunca ejercicio físico fuera del horario escolar, siendo este dato el doble en las chicas (61,3%) que en los chicos

(30%) y con una tendencia negativa desde 1993 hasta 2001. Tan sólo la actividad física no sistemática como correr o jugar aumenta discretamente en estos años. Las horas dedicadas a ver la televisión y a jugar a videojuegos es alta, registrándose que un 38,7% de escolares ve la televisión y un 7,1% utiliza videojuegos más de dos horas diarias.

En 2001 el 37% de los escolares que conducen un ciclomotor y el 30% de los escolares que van de pasajero en moto llevan casco. La tendencia desde 1993 es positiva aunque está lejos de ser idónea.

El lavado de manos antes de comer, el lavado

de la cabeza más de dos veces a la semana y el cepillado de dientes en una o más ocasiones al día alcanza porcentajes entre 85% y 90% y la ducha diaria la practican un 60% de escolares. Los chicos que manifiestan acudir al dentista regularmente son un 60% y la mayoría de ellos lo hacen para hacerse revisiones preventivas o para corrección de una malaoclusión dental.

La dieta de los escolares tiene aspectos positivos que hay que mantener y otros que hay que modificar o mejorar puesto que se alejan de los patrones alimentarios recomendados como óptimos. Uno de cada cinco escolares no desayuna diariamente siendo ésta una de las recomendaciones más importantes a estas edades de crecimiento y desarrollo.

El consumo de alimentos con alto contenido en grasas de origen animal es elevado. Así, más de la mitad comen embutidos diariamente, uno de cada cuatro come carne de cerdo o ternera cada día y más de un 10% consume diariamente hamburguesas o perritos.

Uno de cada cuatro escolares no consume fruta diariamente y sólo un 25% consume verduras y hortalizas. Un tercio de los alumnos consume a diario dulces y golosinas y casi un 40% refrescos azucarados.

Los escolares que han probado el tabaco en alguna ocasión son 26,4% en 2001. El primer contacto con el tabaco se sitúa alrededor de los 12 años y el paso hacia el consumo

habitual alrededor de los 14 años. Una vez probado el tabaco por primera vez, el 88,7% continúa con su consumo. De los escolares que se declaran fumadores en la Región de Murcia (12,4%) un 68,9% son mujeres y un 31,1% son varones. A escala regional baja el número de escolares que dicen haber fumado alguna vez y también ha descendido la cantidad de cigarrillos consumidos. En nuestra Comunidad Autónoma, las chicas prueban y consumen en mayor proporción que los chicos, al igual que sucede en el ámbito nacional. Debido a esta tendencia creciente en las mujeres, las medidas preventivas deben ser diferenciadas por género.

En 2001 el alcohol ha sido probado por el 56,4% de los escolares. Este porcentaje ha disminuido casi un 20% desde 1993. El 38,8% manifiesta no haberlo hecho. Los escolares que nunca se han emborrachado en 2001 han sido un 73,4% con tendencia creciente desde 1993 (68%). El consumo de bebidas alcohólicas presenta cierta tendencia semanal.

El porcentaje de escolares que ha probado el resto de drogas ilegales permanece estable, aunque se aprecia un aumento en los escolares que las han consumido en los últimos 30 días.

Se subraya la importancia del alto porcentaje de jóvenes que persiste en el consumo de cualquier droga, una vez probada por primera vez.

El hachís es la sustancia ilegal que los alumnos dicen probar con mayor frecuencia. En 2001,



el 15,3% manifiesta haberla probado alguna vez. Los que tras probarla siguen consumiéndola son más de un 50%. Tanto en la Región como en el resto de España, los chicos consumen esta sustancia con más frecuencia que las chicas. Los datos nos revelan que cada vez son más los que han probado el hachís en alguna ocasión, y que éstos realizan un consumo diario, semanal y esporádico superior al que realizaban en 1993.

Los porcentajes de estudiantes que han probado en 2001 el resto de drogas ilegales o fármacos sin prescripción médica es el siguiente:

Tranquilizantes 5%, inhalantes 4,8%, anfetaminas 2%, cocaína 2,2%, alucinógenos 1,9% y otros estimulantes 1,7%, heroína 0,7% y otros opiáceos 0,5%. La tendencia es negativa para anfetaminas, speed, éxtasis, inhalantes y alucinógenos y positiva para cocaína y tranquilizantes. La tendencia de heroína y otros opiáceos no se puede determinar en la actualidad. Los estudiantes que una vez iniciados en el consumo de las drogas ilegales continúan con él es muy preocupante, puesto que para todas las drogas estudiadas esta tendencia es positiva. Los chicos consumen drogas ilegales en mayor proporción que las chicas.

Los escolares de 15 años que declaran haber tenido relaciones sexuales con penetración son un 12,4%. Los varones refieren tenerlas con mayor frecuencia que las mujeres de la misma edad. El método anticonceptivo más utilizado es el preservativo. Los jóvenes que manifiestan haberlo utilizado en su última relación son un 88,5%. Los demás métodos son poco

conocidos y utilizados.

Los jóvenes escolarizados manifiestan en un alto porcentaje tener problemas de relación con sus padres y madres. En 2001 un 23% de varones y un 53% de mujeres manifiestan tener relaciones difíciles con su padre. Un 21,8% de varones y 25,9% de mujeres dice tener relaciones difíciles con su madre. Estas dificultades de relación se incrementan con la edad. Las relaciones con amigos y amigas es fluida y fácil para la mayoría de escolares.

El porcentaje de jóvenes que ha recibido información en el centro educativo para la mayoría de temas de salud preguntados está entre el 30% y el 45% y se ha incrementado notablemente desde 1993 hasta 2001. La información aportada desde la escuela es mayor sobre ejercicio físico (47,5%) y sexualidad (41,1%) y menor en higiene (25,5%) y alimentación (27,1%). La información sobre temas relacionados con la salud ofrecida por los padres tiene una tendencia marcadamente decreciente en los años estudiados. Los padres en la actualidad informan, sobre todo, acerca de alimentación (31,9%) y salud bucodental (28,2%) y la información que menos proporcionan es la relacionada con sexualidad (16,6%) y anticoncepción (17,4%). Los jóvenes siguen deseando información sobre temas de salud, pero este interés ha decaído bastante desde 1993 hasta 2001. La información que los estudiantes más demandan es sobre prevención de accidentes (73,8%) y SIDA (69,8%).

3. NECESIDADES Y PROBLEMAS PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA DE LA REGIÓN DE MURCIA.

En relación con la educación para la salud en la escuela en el ámbito regional es necesario conocer las opiniones de personas que han estado directamente implicadas en su desarrollo durante los últimos años y que son expertos conocedores del tema. Para ello se propuso un estudio mediante la técnica Delphi.

Esta técnica utiliza una serie de cuestionarios referidos a un tema concreto -en nuestro caso, la Educación para la Salud en la Escuela- buscando el consenso entre expertos sobre dicho tema. El primero de los cuestionarios enuncia una relación de preguntas abiertas y el siguiente se formula a partir del análisis de las respuestas dadas en el cuestionario anterior. Una vez analizadas, se reenvían a los participantes para que valoren el grado de acuerdo y desacuerdo con las expresiones aportadas por los demás y les apliquen un valor. Esta intervención se repite una tercera vez pero, en esta ocasión, proporcionando los valores expresados por el resto de los participantes. Los resultados finales son las puntuaciones totales otorgadas y consensuadas por todos los participantes.

Los resultados que hacen referencia al nivel de acuerdo parecen indicar que, desde la primera ronda, las ideas de los expertos guardan cierta afinidad. Este estudio ha reflejado un buen consenso entre los participantes, quedando claramente perfiladas las principales cuestiones para cada una de

las preguntas. Los resultados obtenidos guardan relación con los criterios expresados como relevantes por otros autores (Miranda, 1995). Las valoraciones otorgadas por los participantes, establecidas como consenso y mayoría, ya que no ha habido unanimidad, han determinado cuestiones de alto, medio y bajo grado de prioridad para cada una de las preguntas formuladas.

De las opiniones expresadas por los expertos como prioritarias se extrae la necesidad de trabajar conjuntamente docentes, sanitarios y familias en el tema que nos ocupa, tanto a escala institucional como en las propias comunidades educativas. Así, aspectos destacados como la creación de un centro de recursos, la coordinación institucionalizada, la formación con equipos multidisciplinares, las actuaciones sobre los modelos culturales, etc., se manifiestan en este sentido.

Observando las respuestas expresadas por los diferentes ámbitos profesionales puede detectarse la desconexión existente entre los sistemas sanitario y educativo, siendo frecuente el desconocimiento de normativas, organización y funcionamiento de las organizaciones por los profesionales no propios.

Se destaca la constancia mantenida por los expertos al dar valor a los ítems del segundo y tercer cuestionario. Así, el alto porcentaje de no diferencia o muy escasa variación puede indicar una coherencia de criterio de los participantes, que es similar en cada uno de los ámbitos profesionales. También expresa y

reafirma el consenso existente sobre las necesidades y problemas que plantea la educación para la salud en la escuela en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, similar al de otras regiones europeas (Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud para la Comisión Europea, 2002).

CONCLUSIONES DESTACABLES OBTENIDAS DEL ESTUDIO SOBRE NECESIDADES Y PROBLEMAS PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA.

Es necesario disponer de un centro de recursos de educación para la salud en la escuela que facilite el acceso a los mismos, su coordinación y seguimiento.

Aunque mejora la cantidad, disponibilidad y calidad de los materiales editados y empleados, sigue siendo insuficiente y es escasa su utilización por parte del profesorado, careciéndose además de reglas básicas para su elaboración.

La existencia de partidas presupuestarias específicas y el aumento de los recursos financieros destinados a la educación para la salud en la escuela facilitarían su desarrollo.

Es necesaria la creación de una Asesoría de Educación para la Salud en la Escuela que facilite la búsqueda de información y asesoramiento del profesorado, así como investigar modelos y criterios metodológicos adecuados a las necesidades de las zonas.

Se ha de incidir en la calidad, seguimiento, evaluación y continuidad de las actividades de educación para la salud que se desarrollen en los centros docentes.

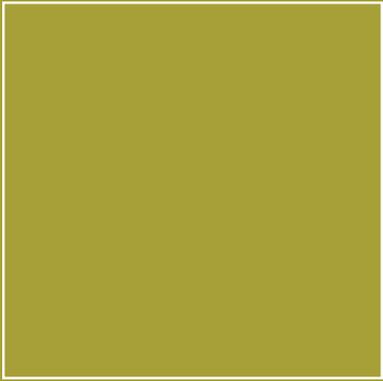
No se contempla, de forma explícita, la dedicación a educación para la salud en la escuela en los horarios de trabajo de los profesionales docentes y sanitarios. Además carecen de coordinación institucionalizada entre ellos y refieren la existencia de sobrecarga en sus tareas habituales, por lo que dicha dedicación sigue dependiendo de su voluntarismo y motivación propia.

La formación permanente más adecuada en educación para la salud en la escuela es la realizada en los propios centros de trabajo con equipos multidisciplinares y en la que se incluya la motivación hacia estos temas y la adopción de valores que se reflejen en el ejercicio profesional.

Es importante la formación pregrado obligatoria en educación para la salud en las titulaciones académicas de Ciencias de la Salud y de Ciencias de la Educación.

Existe consenso sobre la escasa cultura participativa de los padres de alumnos y su desinterés frente a la labor educativa, aunque se reconoce que se organizan pocas actividades para despertar el interés hacia la educación de sus hijos.

Es de destacar la influencia negativa de la publicidad y los medios de comunicación de

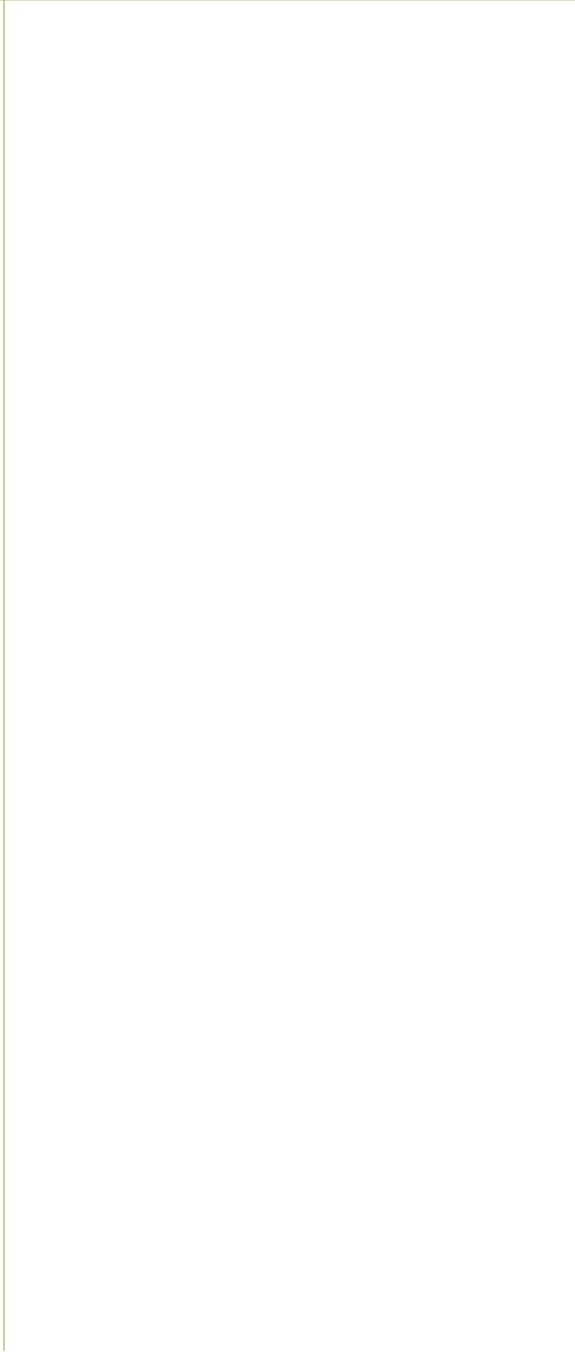


masas para la adopción de estilos de vida saludables.

Los modelos culturales que fomentan la educación en valores facilitan el desarrollo de la educación para la salud en la escuela.

Desde las distintas Administraciones se han de favorecer las relaciones interinstitucionales.

Es preciso definir y llegar a acuerdos sobre la filosofía y los conceptos de Educación para la Salud.





4. Objetivos

- FINALIDAD
- OBJETIVOS GENERALES
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4. Objetivos

FINALIDAD.

La finalidad de este Plan deriva de la realidad de los sistemas sanitario y educativo, establecida en el Análisis de la Situación y de las estrategias de intervención planteadas a partir de los Principios de las Escuelas Promotoras de Salud:

Impulsar y potenciar una educación en conocimientos, destrezas y valores de los alumnos en todos los ámbitos de la vida personal, profesional y social, para contribuir a su desarrollo integral y promover la adquisición de estilos de vida¹ saludables.

La transformación de esta meta en acciones concretas requiere la participación y el consenso de todos. Para ello, se encomendó a profesionales de los ámbitos sanitarios y educativos, entre otros, la especificación de los aspectos que se han de conseguir, es decir, la definición de objetivos.

OBJETIVOS GENERALES

1. Impulsar el desarrollo en los centros docentes no universitarios, antes de junio de 2010, de los contenidos de educación para la salud establecidos en los Decretos de Currículo vigentes en la Comunidad Autónoma².
2. Poner a disposición de la comunidad educativa, antes de finalizar junio de 2010, de forma progresiva, los recursos didácticos necesarios para el desarrollo de la EpS en la escuela.
3. Establecer, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, las medidas de organización de los centros docentes y equipos de atención primaria, así como las pautas de coordinación necesarias para el desarrollo cooperativo de la educación para la salud en la escuela.
4. Implantar, a lo largo de la vigencia del Plan, la formación en promoción y educación para la salud.
5. Desarrollar y mantener, antes de junio de 2010 las líneas de investigación de relevancia para hacer efectiva la educación para la salud en los centros docentes no universitarios.

1. El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales, individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. (Don Nutbeam. Glosario de Promoción de la Salud. OMS.1998).

2. Real Decreto 1333/1991, de 6 de septiembre por el que se establece el currículo de la Educación Infantil (BOE del 9), Decreto 111/2002, de 13 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria (BORM del 14), Decreto 112/2002, de 13 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria (BORM del 14).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Objetivo General

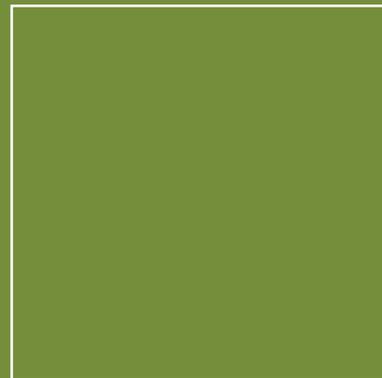
1 Impulsar el desarrollo en los centros docentes no universitarios, antes de junio de 2010, de los contenidos de educación para la salud establecidos en los Decretos de Currículo vigentes en la Comunidad Autónoma.

2 Poner a disposición de la comunidad educativa, antes de finalizar junio de 2010, de forma progresiva, los recursos didácticos necesarios para el desarrollo de la EpS en la escuela.

Objetivos Específicos

- 1.1. Definir, antes de diciembre de 2005, los objetivos y contenidos de salud, así como la metodología y evaluación de las intervenciones educativas en Educación Infantil y Primaria.
- 1.2. Definir, antes de diciembre de 2005, los objetivos y contenidos de salud, así como la metodología y evaluación de las intervenciones educativas en Educación Secundaria Obligatoria.
- 1.3. Incorporar, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los objetivos, contenidos, metodología y evaluación de las intervenciones de salud en los centros docentes.
- 1.4. Favorecer, a lo largo de la vigencia del Plan, el desarrollo de los contenidos de la EpS en los centros docentes no universitarios.

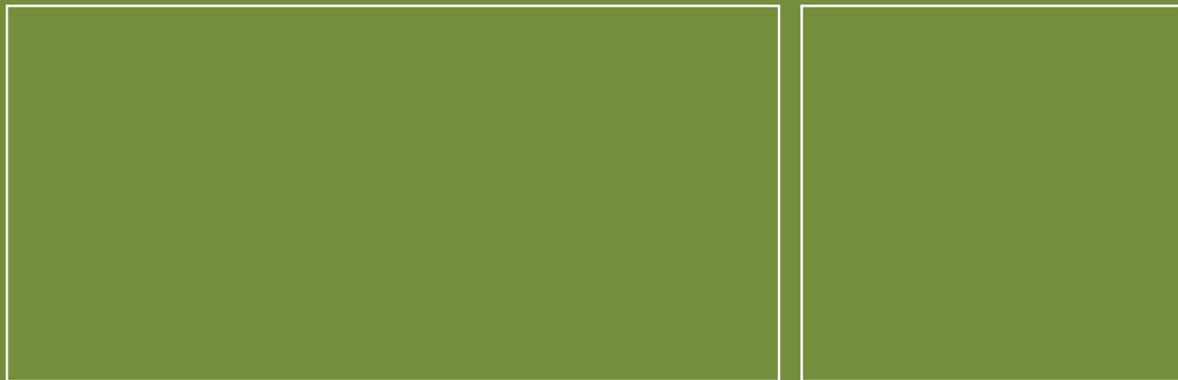
- 2.1. Poner en marcha, antes de diciembre de 2005, un Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud.
- 2.2. Definir, antes de junio de 2007, los criterios para la elaboración, distribución, utilización y evaluación de los materiales de promoción y educación para la salud.
- 2.3. Elaborar y distribuir, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los recursos didácticos para el profesorado y el alumnado de aquellos contenidos de salud que se incluyan en los currículos.
- 2.4. Elaborar y distribuir, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los recursos didácticos para profesionales socio-sanitarios de aquellos contenidos de salud que se incluyan en los currículos.
- 2.5. Elaborar y poner a disposición de las familias, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los materiales para facilitar su participación en el proceso educativo de sus hijos.
- 2.6. Ofrecer, a lo largo de la vigencia del Plan, una página electrónica regional de promoción y educación para la salud a través de internet.



	Objetivos Específicos
	<p>Facilitar, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, el establecimiento de las medidas de organización de los centros docentes y equipos de atención primaria que favorezcan el desarrollo de la Educación para la Salud. Designar, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los interlocutores de EpS en las estructuras de referencia. Establecer, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, las medidas de coordinación interinstitucional en el ámbito central, intermedio y local que favorezcan su desarrollo.</p> <p>Regular, antes de junio de 2008, las pautas de coordinación que permitan la cooperación en el desarrollo de actividades extraescolares u otras ofertas a los centros educativos.</p> <p>Instaurar, antes de junio de 2007, los procedimientos de mejora de participación de las familias para el desarrollo de la EpS.</p>
	<p>Establecer las bases para la inclusión, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, de la Promoción y Educación para la Salud en los currículos de las titulaciones universitarias de las Ciencias de la Salud y de la Educación.</p> <p>Instaurar, antes de junio de 2008, la formación postgrado o especializada de los profesionales de la educación y de la salud.</p> <p>Establecer, antes de junio de 2008, la formación continuada de los profesionales de la educación y de la salud.</p> <p>Llevar a cabo actividades formativas de promoción y</p>

5 Desarrollar y mantener, antes de junio de 2010, las líneas de investigación de relevancia para hacer efectiva la educación para la salud en los centros docentes no universitarios.

- 5.1. Investigar los patrones de las conductas y los factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia.
- 5.2. Conocer, antes de junio de 2007, la metodología e instrumentos pedagógicos utilizados para la EpS en la escuela.
- 5.3. Analizar, antes de junio de 2008, los factores sociales y culturales de los profesionales docentes, sanitarios, familias y otros agentes que influyen en el desarrollo de la EpS.
- 5.4. Determinar, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, otras líneas de investigación en función de las variables que se muestren influyentes en el desarrollo de la EpS y/o en la evolución de las conductas de los escolares.



Esquema relacional del Plan de Educación para la Salud en la Escuela.

ESTRATEGIA CURRICULAR

1 Impulsar el desarrollo de los contenidos de EpS establecidos en los Decretos de Currículo vigentes.

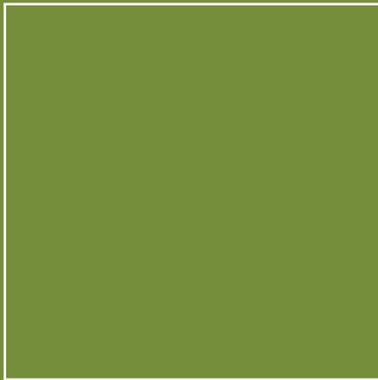
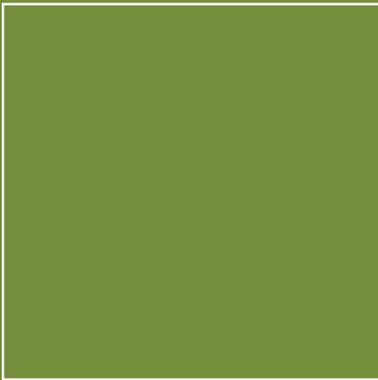
- 1.1-1.2. Definir los objetivos y contenidos de salud, así como la metodología y evaluación de las intervenciones educativas.
- 1.3. Incorporar los objetivos, contenidos, metodología de las intervenciones de salud.
- 1.4. Favorecer el desarrollo de los contenidos de EpS.

2 Poner a disposición de la Comunidad Educativa los recursos didácticos necesarios para el desarrollo de la EpS en la escuela.

- 2.1. Centro de Recursos de Promoción y EpS.
- 2.2. Criterios de elaboración, distribución, utilización y evaluación de los materiales de promoción y EpS.
- 2.3-2.4-2.5. Elaborar y distribuir recursos didácticos para profesores y alumnos, sanitarios y padres.
- 2.6. Página electrónica regional de promoción y EpS.

5 Desarrollar y mantener líneas de investigación para hacer efectiva la EpS en los centros docentes

- 5.1. Investigar las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares.
- 5.2. Conocer la metodología e instrumentos pedagógicos utilizados para la EpS en la escuela.
- 5.3. Analizar los factores sociales y culturales de los profesionales docentes, sanitarios, familias y otros
- 5.4. Determinar otras líneas de investigación en función de las variables que se muestren influyentes



ESTRATEGIA PARTICIPATIVA

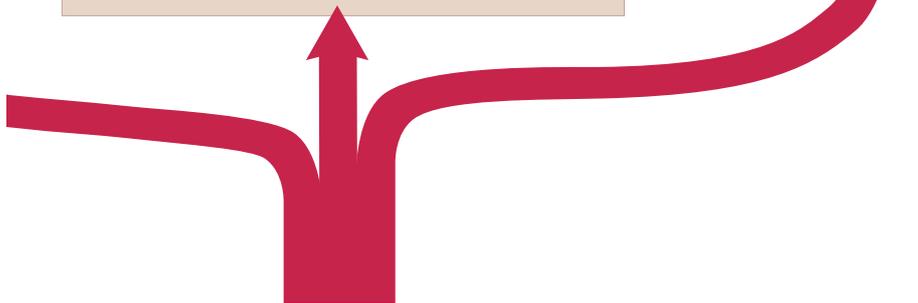
3 Establecer la organización y funcionamiento de los centros docentes y equipos de atención primaria y pautas de coordinación para desarrollo cooperativo de EpS.

- 3.1. Medidas de organización.
- 3.2. Designar interlocutores en las estructuras de referencia.
- 3.3. Coordinación interinstitucional.
- 3.4. Cooperación en el desarrollo de actividades extraescolares u otras ofertas a los centros educativos.
- 3.5. Participación de familias.

ESTRATEGIA FORMATIVA

4 Implantar la formación en promoción y EpS.

- 4.1. Inclusión de la Promoción y EpS en currículos universitarios de Ciencias de la Salud y Educación.
- 4.2. Formación postgrado o especializada.
- 4.3. Formación continuada.
- 4.4. Formación para familias.



no universitarios.

otros agentes que influyen en el desarrollo de la EpS.
en el desarrollo de la educación para la salud y/o en la evolución de las conductas de los escolares.

A

5.Actividades

5.Actividades

Objetivo General 1

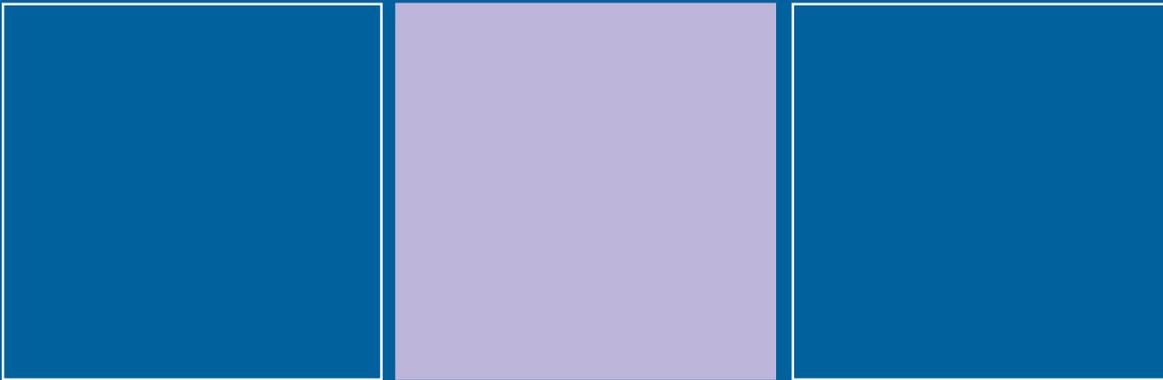
Impulsar el desarrollo en los centros docentes no universitarios, antes de junio de 2010, de los contenidos de educación para la salud establecidos en los Decretos de Currículo vigentes en la Comunidad Autónoma.

Objetivos Específicos

1.1 Definir, antes de marzo de 2006, los objetivos y contenidos de salud, así como la metodología y evaluación de las intervenciones educativas en Educación Infantil y Primaria.

Actividades

- 1.1.1.** Constitución, antes de octubre de 2005, de un grupo de trabajo multisectorial y multidisciplinar que defina las características que han de tener las "Intervenciones de Educación para la Salud en las etapas de Educación Infantil y Primaria".
- 1.1.2.** Elaboración, antes de marzo de 2006, del documento que recoja "Intervenciones de Educación para la Salud en las etapas de Educación Infantil y Primaria" que, al menos, incluya:
- Objetivos de la educación para la salud en estas etapas.
 - Contenidos de salud.
 - Metodología de la intervención.
 - Criterios de evaluación de la EpS.



Objetivos Específicos

1.2 Definir, antes de marzo de 2006, los objetivos y contenidos de salud, así como la metodología y evaluación de las intervenciones educativas en Educación Secundaria Obligatoria.

1.3 Incorporar, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los objetivos, contenidos, metodología y evaluación de las intervenciones de salud en los centros docentes.

Actividades

1.2.1. Constitución, antes de octubre de 2006, de un grupo de trabajo multisectorial y multidisciplinar que defina las características que han de tener las "Intervenciones de Educación para la Salud en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria".

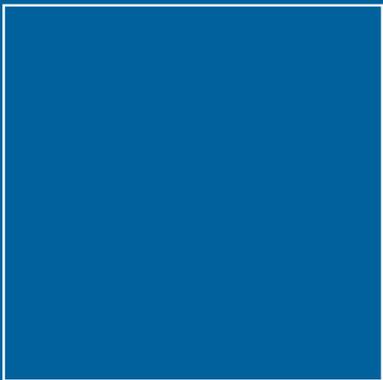
1.2.2. Elaboración, antes de marzo de 2006, del documento. "Intervenciones de Educación para la Salud en Educación Secundaria Obligatoria" que, al menos, incluya:

- Objetivos de la educación para la salud en esta etapa.
- Contenidos de salud.
- Metodología de la intervención.
- Criterios de evaluación de la Educación para la Salud.

1.3.1. Constitución de un grupo de trabajo en, al menos, un 20% de centros escolares por año a partir del curso 2006-07, con el fin de adaptar los contenidos de Educación para la Salud a la situación específica de cada centro educativo, para que:

- Determine y analice la situación de salud en su centro.
- Incorpore los aspectos de la Educación para la Salud propuestos en los puntos 1.1.2. y 1.2.2., en su Proyecto Educativo y en sus Programaciones Didácticas.
- Dinamice la educación para la salud en su centro.

1.3.2. Potenciación de la educación para la salud de las etapas de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria al menos en un 20% de los centros docentes por año a partir del curso 2006-07.



Objetivos Específicos

1.4 Favorecer, a lo largo de la vigencia del Plan, el desarrollo de los contenidos de EpS en los centros docentes no universitarios.

Actividades

- 1.4.1. Implantación de un sistema de registro, antes de junio de 2008, de las intervenciones y experiencias de promoción y educación para la salud de la Región de Murcia.
- 1.4.2. Puesta en marcha, antes de junio de 2009, de una Red de Intervenciones y Experiencias de Promoción y Educación para la Salud de la Región de Murcia.

Objetivo General 2

Poner a disposición de la comunidad educativa, antes de finalizar junio de 2010, de forma progresiva, los recursos didácticos necesarios para el desarrollo de la EpS en la escuela.

Objetivos Específicos

2.1 Poner en marcha, antes de diciembre de 2005, un Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud.

Actividades

- 2.1.1. Determinación, antes de octubre de 2005, de la ubicación del Centro de Recursos y definición de su estructura y funciones.
- 2.1.2. Dotación, antes de octubre de 2005, de los recursos materiales, humanos y financieros necesarios para su puesta en marcha y funcionamiento.
- 2.1.3. Protocolización, antes de diciembre de 2005, de los flujos de comunicación del Centro de Recursos.

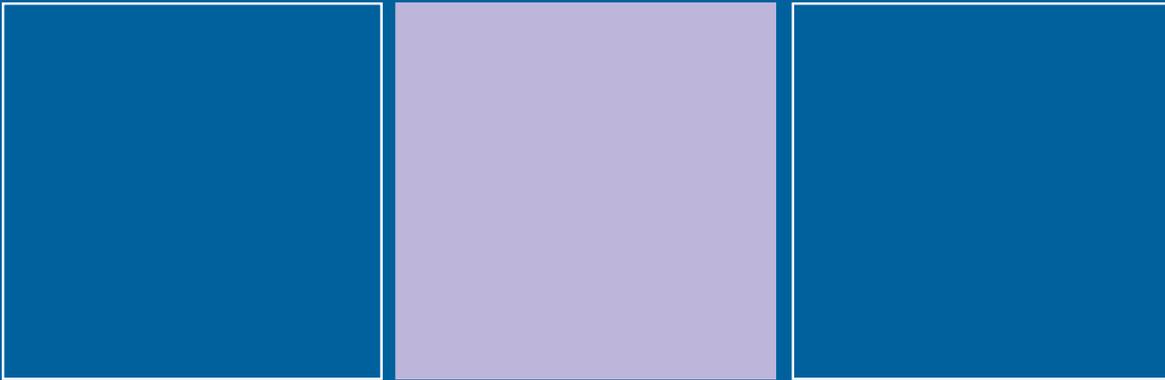


Objetivos Específicos

2.2 Definir, antes de junio de 2007, los criterios para la elaboración, distribución, utilización y evaluación de los materiales de promoción y educación para la salud.

Actividades

- 2.2.1. Catalogación, antes de diciembre de 2005, de los recursos materiales de educación para la salud existentes en la Región de Murcia.
- 2.2.2. Proposición, antes de junio de 2006, de criterios de buena praxis para la elaboración de materiales educativos.
- 2.2.3. Instauración, antes de junio de 2006, de los protocolos de distribución de los recursos materiales por el Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud.
- 2.2.4. Recomendaciones, antes de junio de 2007, para la utilización adecuada de los recursos materiales por el Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud.
- 2.2.5. Elaboración, antes de junio de 2006, de criterios generales de evaluación para los materiales de promoción y educación para la salud.
- 2.2.6. Revisión, antes de diciembre de 2006, de los contenidos y la metodología propuestas en los recursos materiales de educación para la salud existentes en la Región de Murcia.

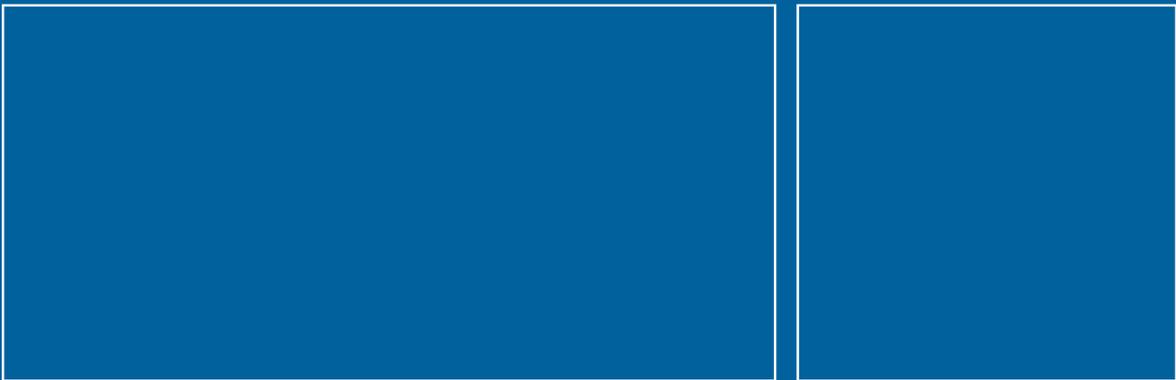


Objetivos Específicos

2.3 Elaborar y distribuir, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los recursos didácticos para profesores y alumnos de aquellos contenidos de salud que se incluyan en los currículos.

Actividades

- 2.3.1. Elaboración, antes de diciembre de 2006, de un documento que recoja las existencias de material de Educación para la Salud para profesores y alumnos en la Región.
- 2.3.2. Determinación, antes de diciembre de 2006, de las necesidades de recursos materiales de educación para la salud, para el profesorado y el alumnado.
- 2.3.3. Propuesta temporalizada, antes de diciembre de 2006, para la elaboración de los recursos didácticos sobre los diferentes contenidos de salud que faciliten el desarrollo de la educación para la salud en la escuela, destinados al profesorado y alumnado, y adaptados por etapas educativas.
- 2.3.4. Elaboración, edición y distribución de los recursos propuestos para profesores y alumnos, a lo largo del periodo de vigencia del Plan.
- 2.3.5. Revisión, actualización y reedición de los recursos didácticos para profesores y alumnos, a lo largo del periodo de vigencia del Plan.

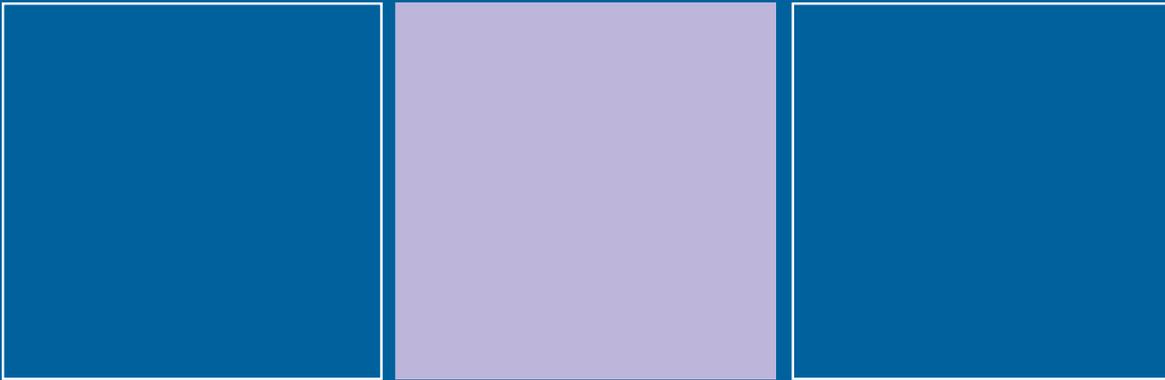


Objetivos Específicos

2.4 Elaborar y distribuir, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los recursos didácticos para profesionales socio-sanitarios de aquellos contenidos de salud que se incluyan en los currículos.

Actividades

- 2.4.1. Elaboración, antes de diciembre de 2006, de un documento que recoja las existencias de material de Educación para la Salud, para profesionales socio-sanitarios en la Región.
- 2.4.2. Determinación, antes de diciembre de 2006, de las necesidades de recursos materiales de educación para la salud, para profesionales socio-sanitarios en la Región de Murcia.
- 2.4.3. Propuesta temporalizada, antes de diciembre de 2006, para la elaboración de los recursos didácticos sobre los diferentes contenidos de salud que faciliten el desarrollo de la educación para la salud en la escuela, destinados a los profesionales socio-sanitarios, adaptados por etapas educativas.
- 2.4.4. Elaboración, edición y distribución de los recursos propuestos para profesionales socio-sanitarios, a lo largo del periodo de vigencia del Plan.
- 2.4.5. Revisión, actualización y reedición de los recursos didácticos para profesionales socio-sanitarios, a lo largo del periodo de vigencia del Plan.



Objetivos Específicos

2.5 Elaborar y poner a disposición de las familias, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, los materiales para facilitar su participación en el proceso educativo de sus hijos.

Actividades

- 2.5.1. Elaboración, antes de diciembre de 2006, de un documento que recoja las existencias de material de educación para la salud para padres y madres en la Región.
- 2.5.2. Determinación, antes de diciembre de 2006, de las necesidades de recursos materiales de educación para la salud para padres y madres.
- 2.5.3. Propuesta temporalizada para la elaboración de los recursos didácticos sobre los diferentes contenidos de salud que faciliten el desarrollo de la educación para la salud en la escuela, destinados a los padres y madres, y adaptados por etapas, antes de diciembre de 2006.
- 2.5.4. Elaboración, edición y distribución de los recursos propuestos para las familias, a lo largo del periodo de vigencia del Plan.
- 2.5.5. Revisión, actualización y reedición de los recursos didácticos para padres y madres, a lo largo del periodo de vigencia del Plan.

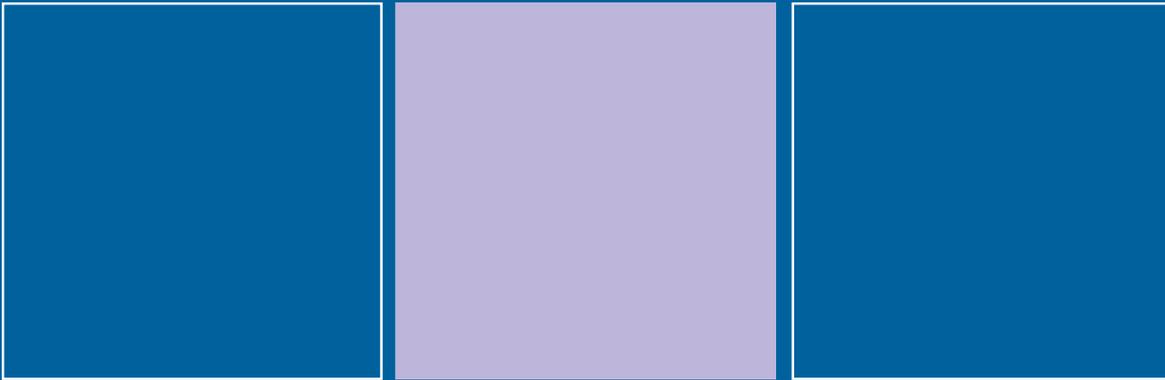


Objetivos Específicos

2.6 Ofrecer, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, una página electrónica regional de promoción y educación para la salud a través de internet.

Actividades

- 2.6.1.** Diseño y puesta en funcionamiento, antes de junio de 2006, de una página electrónica de educación para la salud en la escuela.
- 2.6.2.** Promoción de la utilización de la página electrónica, a lo largo del periodo de vigencia del Plan.
- 2.6.3.** Actualización periódica de la página electrónica, a lo largo del periodo de vigencia del Plan.



Objetivo General 3

Establecer, a lo largo de la vigencia del Plan, las medidas de organización de los centros docentes y equipos de atención primaria, así como las pautas de coordinación necesarias para el desarrollo cooperativo de la educación para la salud en la escuela.

Objetivos Específicos

3.1 Facilitar, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, el establecimiento de las medidas de organización de los centros docentes y equipos de atención primaria que favorezcan el desarrollo de la Educación para la Salud.

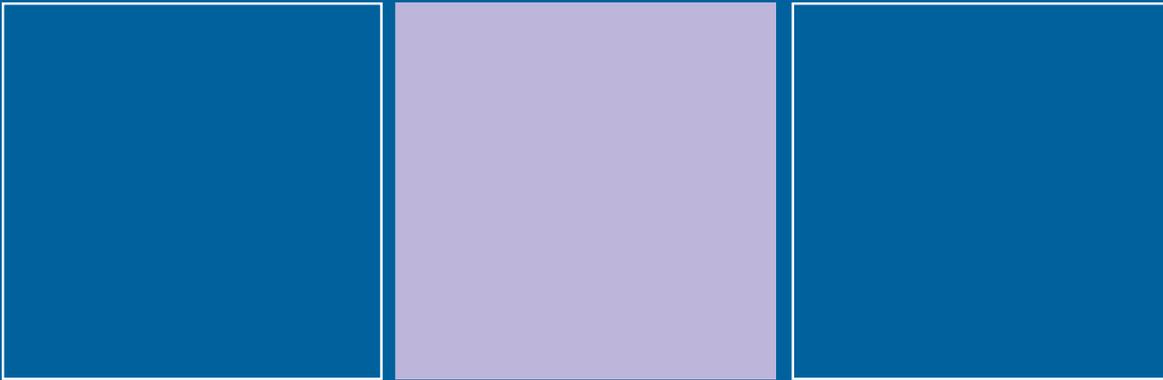
Actividades

- 3.1.1.** Definición y consenso, antes de junio de 2006, de las funciones de los diferentes órganos y componentes de la estructura escolar y sanitaria, relativas al desarrollo de la educación para la salud en la escuela: órganos de los centros escolares, equipos de atención primaria, centros de profesores y recursos y servicios centrales de las respectivas consejerías.
- 3.1.2.** Propuesta, antes de junio de 2007, a los organismos institucionales correspondientes, para la promulgación de medidas de organización de la estructura escolar y sanitaria.
- 3.1.3.** Revisión, antes de diciembre de 2005, de la Cartera de Servicios de Atención Primaria en la Región de Murcia para su adaptación a las propuestas del Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela, desarrollando el servicio y las normas técnicas correspondientes.



Objetivos Específicos	Actividades
<p>3.2 Designar, durante el periodo de vigencia del Plan, los interlocutores de EpS en las estructuras de referencia.</p>	<p>3.2.1 Elección de un referente¹ de educación para la salud en, al menos el 80%, de los centros docentes, antes de junio de 2010.</p> <p>3.2.2 Elección de un referente¹ del Servicio de Educación para la Salud en la Escuela en, al menos, el 80% de los equipos de atención primaria antes de junio de 2010.</p> <p>3.2.2. Elección, antes de finalizar junio de 2006, de un referente¹ de educación para la salud en los Centros de Profesores y Recursos y en las Gerencias de Atención Primaria y de Área.</p> <p>3.2.3. Propuesta a los ayuntamientos, antes de junio de 2006, para la elección entre sus miembros de un responsable de educación para la salud en la escuela.</p> <p>3.2.4. Elaboración, antes de junio de 2006, de protocolos de actuación conjunta entre los distintos niveles de referencia de acuerdo a las funciones definidas y consensuadas en la actividad 3.1.1., con representación de todos los implicados.</p>

1. Profesional que actúa como interlocutor válido en temas de educación para la salud en cada centro de trabajo.



Objetivos Específicos

3.3 Establecer, durante el periodo de vigencia del Plan, las medidas de coordinación interinstitucional en el ámbito central, intermedio y local que favorezcan su desarrollo.

Actividades

3.3.1. Revisión, modificación y promulgación, antes de octubre de 2005, de una Orden Conjunta entre las Consejerías de Sanidad y Educación y Cultura para la coordinación de la educación para la salud en la escuela que sustituya a la actual Orden Conjunta entre ambas Consejerías de 26 de mayo de 2000 (B.O.R.M. de 6 de junio). La mencionada Orden contemplará, al menos:

- Definición de las funciones y número de miembros de la Comisión.
- Posibilidad de formación de grupos específicos en el seno de la Comisión.
- Proponer a las respectivas Consejerías la conveniencia de dar carácter vinculante a determinadas decisiones tomadas en su seno.
- Periodicidad de reuniones y calendario de actuaciones.
- Nombramiento de un Comité Técnico para la dirección, desarrollo y seguimiento del Plan.

3.3.2. Puesta en marcha, antes de junio de 2010, de estructuras de participación social en, al menos, el 45% de las zonas de salud constituidas por representantes de centros docentes, equipos de atención primaria, entidades locales y tejido asociativo, especialmente asociaciones de madres y padres.



Objetivos Específicos

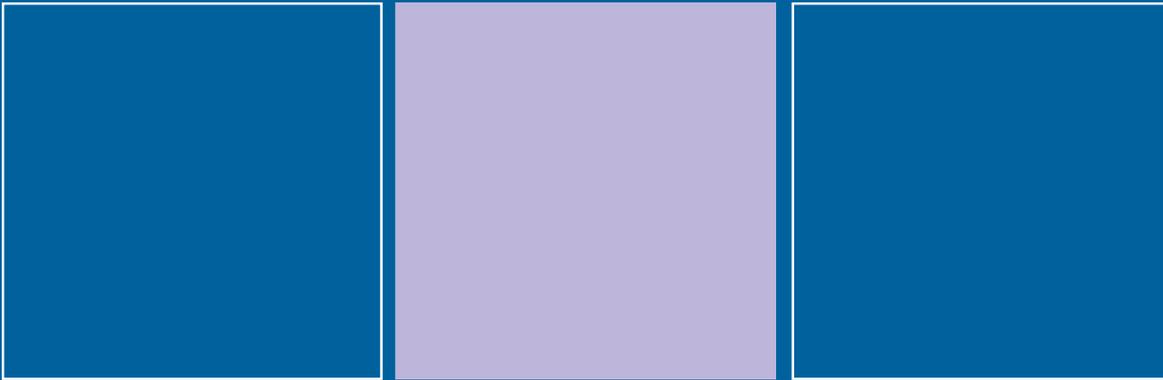
3.4 Regular, antes de junio de 2008, las pautas de coordinación que permitan la cooperación en el desarrollo de actividades extraescolares u otras ofertas a los centros educativos.

3.5 Instaurar, antes de junio de 2009, procedimientos de mejora de la participación de las familias para el desarrollo de la EpS.

Actividades

- 3.4.1.** Definición y promulgación, antes de junio de 2006, de los criterios que han de cumplir las propuestas de intervención de educación para la salud, ofertadas a los centros docentes por instituciones ajenas a los mismos.
- 3.4.2.** Catalogación y valoración, antes de diciembre de 2007, de actividades escolares, extraescolares, institucionales y no institucionales de educación para la salud ofrecidas a centros docentes, para su integración o no en el Plan.
- 3.4.3.** Propuesta a los medios de comunicación de masas, antes de diciembre de 2008, de criterios de buena práctica en relación con educación para la salud, con el fin de favorecer el desarrollo de la misma.

- 3.5.1.** Desarrollo, antes de junio de 2009, de estrategias y actividades (jornadas, normativa, etc.), para facilitar la participación de las familias en la educación para la salud de sus hijos.
- 3.5.2.** Puesta en marcha desde la Administración Regional, antes de junio de 2007, de procedimientos de colaboración con asociaciones y federaciones de AMPAS, para facilitar su participación en el desarrollo del Plan.



Objetivo General 4

Implantar, a lo largo de la vigencia del Plan, la formación en promoción y educación para la salud.

Objetivos Específicos

Actividades

4.1 Establecer las bases para la inclusión, a lo largo del periodo de vigencia del plan, de la Promoción y Educación para la Salud en los currículos de las titulaciones universitarias de Ciencias de la Salud y de la Educación².

- 4.1.1. Análisis, antes de diciembre de 2006, de los objetivos y contenidos de promoción y educación para la salud en las titulaciones universitarias del ámbito de la salud y de la educación, a través del "Grupo de Formación Pregrado en Promoción y Educación para la Salud", constituido entre la Administración Autonómica y la Universidad de Murcia.
- 4.1.2. Definición, antes de diciembre de 2007, de los objetivos y contenidos curriculares de promoción y educación para la salud, así como la identificación de las titulaciones en las que esta materia ha de ser ofertada como materia troncal u optativa.
- 4.1.3. Propuesta, antes de junio de 2008, de inclusión de la promoción y educación para la salud como materia troncal u optativa en las diferentes titulaciones relacionadas con las Ciencias de la Salud y de la Educación especialmente en las de Magisterio, Pedagogía y Psicopedagogía, Psicología, Medicina, Enfermería y Trabajo Social.

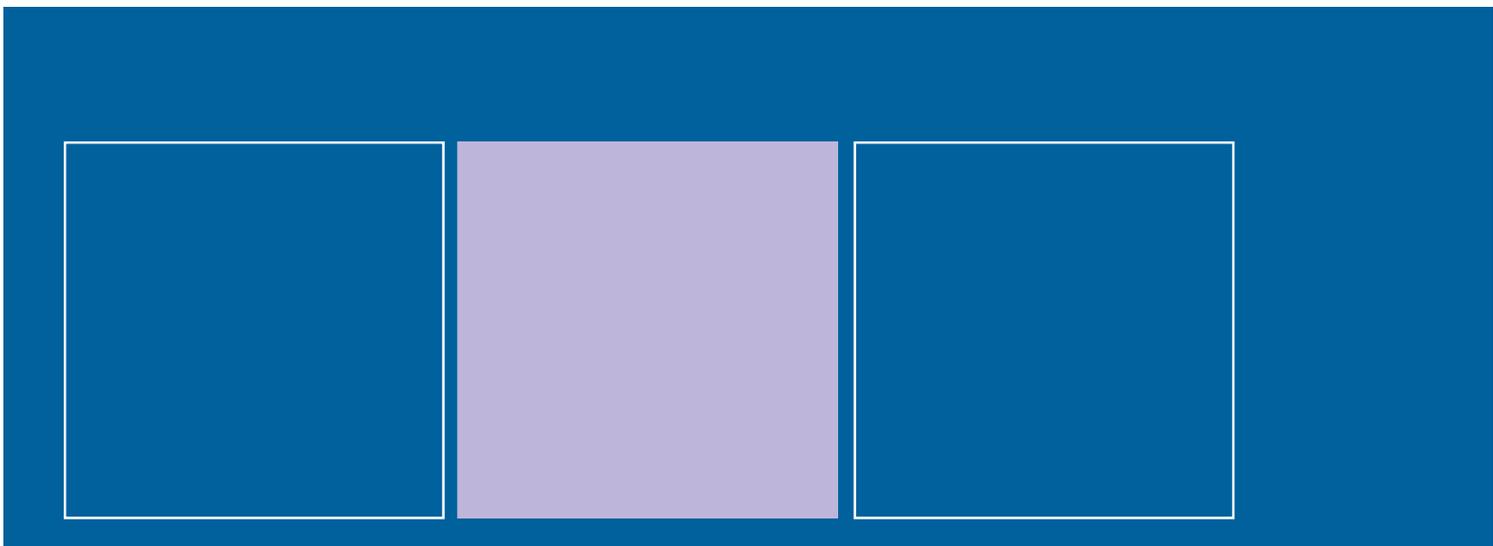
2. Formación inicial o pregrado, cuya finalidad es la obtención del correspondiente título y legitima para el ejercicio profesional. Es competencia de las Universidades.



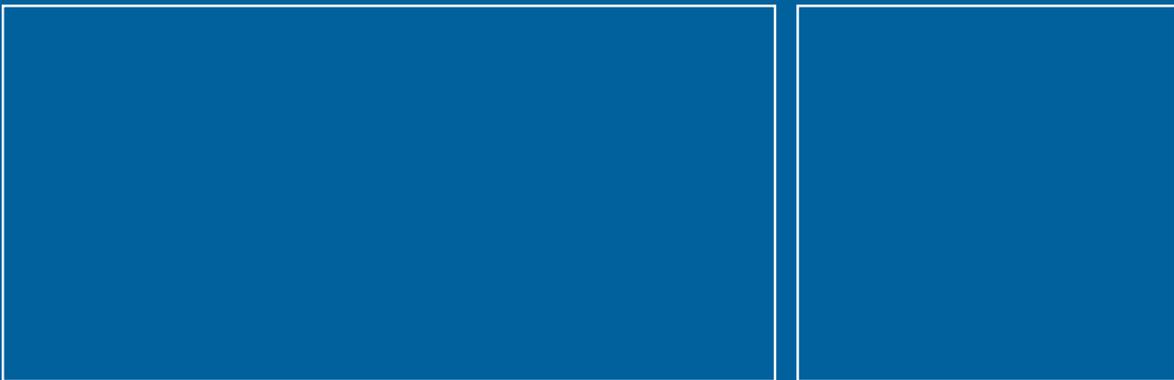
Objetivos Específicos	Actividades
<p>4.2 Instaurar, antes de junio de 2008, la formación postgrado o especializada³ de los profesionales de la educación y de la salud.</p>	<p>4.2.1. Disposición, antes de junio de 2006, de los criterios que ha de reunir la formación especializada en promoción y educación para la salud respecto a la metodología, contenidos, modalidades y destinatarios de la formación.</p> <p>4.2.2. Desarrollo, antes de junio de 2008, de una actividad formativa especializada en promoción y educación para la salud, para los profesionales que formen parte de las estructuras de referencia.</p>
<p>4.3 Establecer, antes de junio de 2009, la formación continuada⁴ de los profesionales de la educación y de la salud.</p>	<p>4.3.1. Análisis, antes de junio de 2006, de las necesidades de formación de los profesionales docentes y socio-sanitarios en educación para la salud, y establecimiento de los mecanismos de monitorización de dichas necesidades formativas.</p> <p>4.3.2. Formación, antes de diciembre de 2006, de una subcomisión en el seno de la Comisión conjunta entre las Consejerías de Sanidad y Educación y Cultura para la elaboración de un Programa de Formación Continuada de los Profesionales. Con este programa, han de buscarse los cauces de participación, entre otros, con universidades, colegios profesionales, sociedades científicas y otras instituciones con responsabilidades formativas en la Región de Murcia.</p>

3. Formación especializada o postgrado: se corresponde con los estudios posteriores a los básicos y su finalidad es adquirir especialización en una determinada área o materia.

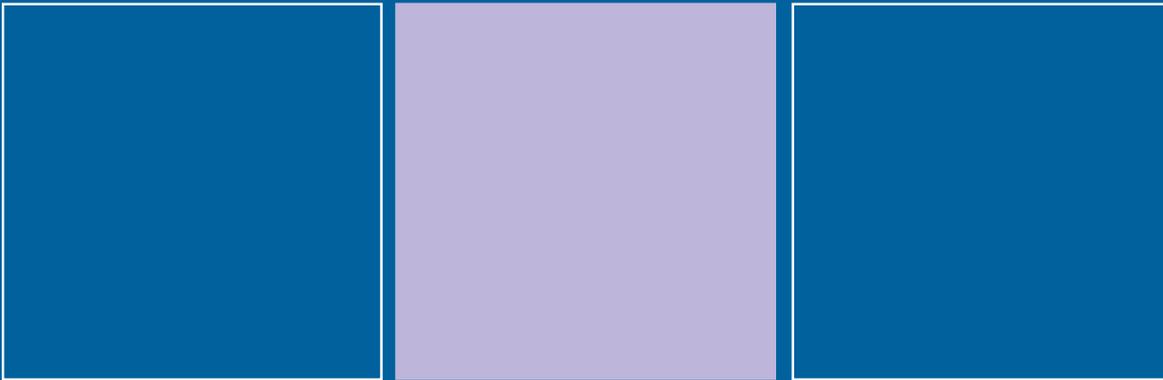
4. Formación continuada: aquella formación que pretende mantener o aumentar la competencia de los profesionales.



Objetivos Específicos	Actividades
	<p>4.3.3. Disposición, antes de diciembre de 2006, de los criterios que deben reunir la formación continuada de promoción y educación para la salud respecto a la metodología, contenidos, modalidades y destinatarios. Hasta la realización del Programa de Formación Continuada de los Profesionales y durante la vigencia del mismo, se realizará:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un curso anual por Área Sanitaria y por Centro de Profesores y Recursos.• Un curso dirigido a profesionales de los medios de comunicación.• Jornadas científicas de intercambio de experiencias en promoción y educación para la salud. <p>4.3.4. Instauración, antes de junio de 2006, de los acuerdos necesarios entre las Consejerías de Sanidad y Educación y Cultura para la acreditación y certificación de las actividades formativas de promoción y educación para la salud.</p> <p>4.3.5. Propuesta de inclusión, antes de junio de 2009, a la Comisión Nacional de Especialidades, de los contenidos de la educación para la salud como materia obligatoria en la formación de las especialidades de Medicina de Familia y Enfermería Comunitaria, y en las especialidades médicas y de enfermería que aborden aspectos relevantes de promoción de la salud.</p>



Objetivos Específicos	Actividades
	<p>4.3.6. Propuesta de inclusión, antes de diciembre de 2007, a la Universidad de Murcia de la educación para la salud como materia obligatoria en la formación inicial del profesorado (Curso de Aptitud Pedagógica).</p> <p>4.3.7. Propuesta a la Dirección General de Formación Profesional e Innovación Educativa, antes de diciembre de 2007, por que los contenidos de salud aparezcan como módulo obligatorio en los cursos de formación de los funcionarios en prácticas en los diferentes Cuerpos Docentes (Maestros, Profesorado de Enseñanza Secundaria, Profesorado Técnico de Formación Profesional, Dirección) y de la Inspección Educativa.</p>
<p>4.4 Llevar a cabo, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, actividades formativas de promoción y EpS para las familias.</p>	<p>4.4.1. Desarrollo de actividades de formación dirigidas a padres en colaboración con las asociaciones de madres y padres de la Región de Murcia.</p> <p>4.4.2. Promoción de la puesta en marcha de Escuelas de Padres.</p>



Objetivo General 5

Desarrollar y mantener, antes de junio de 2010, las líneas de investigación de relevancia para hacer efectiva la educación para la salud en los centros docentes no universitarios.

Objetivos Específicos

Actividades

5.1 Investigar los patrones de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia.

5.1.1. Evaluación, antes de octubre de 2005, de los actuales instrumentos de medida utilizados en la investigación de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares, y aplicar las modificaciones que en su caso correspondan.

5.1.2. Aplicación, antes de diciembre de 2005, de un cuestionario para medir las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares en 2005 y en periodos sucesivos de 3 años que incluya, entre otras, las siguientes variables: actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas ilegales, autovaloración del estado de salud y consumo de medicamentos, higiene y salud bucodental, alimentación, relaciones personales, tiempo libre y descanso, conductas relacionadas con los accidentes, información sobre salud, sexualidad y uso de anticonceptivos.



Objetivos Específicos

5.2 Conocer, antes de junio de 2007, la metodología e instrumentos pedagógicos utilizados para la educación para la salud en la escuela.

5.3 Analizar, antes de junio de 2008, los factores sociales y culturales de los profesionales docentes, sanitarios, familias y otros agentes que influyen en el desarrollo de la educación para la salud en la escuela.

Actividades

5.2.1. Investigación, antes de octubre de 2005, de la metodología educativa utilizada actualmente en educación para la salud en los centros docentes de la Región.

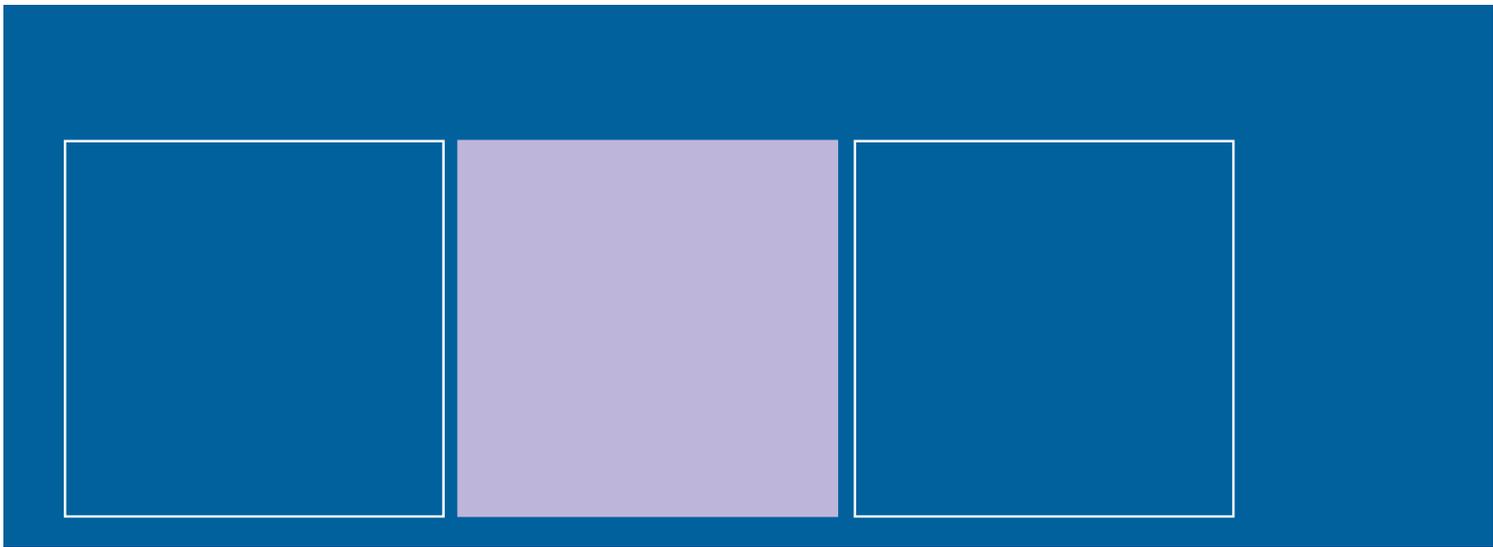
5.2.2. Investigación, antes de junio de 2007, de la metodología educativa utilizada actualmente por los profesionales sanitarios en educación para la salud en los equipos de atención primaria de la Región.

5.3.1. Análisis, antes de octubre de 2005, de los constructos de los profesionales de la enseñanza con respecto a la educación para la salud en la escuela.

5.3.2. Análisis, antes de junio 2008 de los constructos de los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria con respecto a la educación para la salud en la escuela.

5.3.3. Análisis, antes de junio de 2008 de las percepciones de agentes sociales con respecto a la educación para la salud en la escuela.

5.3.4. Estudio, antes de junio de 2008, para analizar las variables que determinan la participación de las familias en educación para la salud y formular las propuestas que aumenten su participación.



Objetivos Específicos

5.4 Determinar, a lo largo de la vigencia del Plan, otras líneas de investigación en función de las variables que se muestren influyentes en el desarrollo de la educación para la salud y/o en la evolución de las conductas de los escolares.

Actividades

5.4.1. La Comisión de Coordinación en materia de Educación para la Salud en la Escuela establecerá el procedimiento para definir posibles nuevas líneas de investigación.

e

6.Evaluación

■ CALENDARIO, INDICADORES
Y REQUISITOS

6. Evaluación

Es responsabilidad de la Comisión de Coordinación en materia de Educación para la Salud en la Escuela, que se apoyará técnicamente en un grupo de evaluación y seguimiento.

Al finalizar cada curso escolar se realizará una valoración del cumplimiento de los objetivos específicos temporalizados hasta ese momento. Durante el primer trimestre de cada periodo se revisará si se han iniciado o continúan las actividades previstas para el periodo escolar de que se trate, emitiéndose un informe evaluativo al respecto.

Tratándose de un plan flexible, la revisión anual podrá ocasionar modificaciones de los objetivos y actividades. La Comisión de Coordinación, a partir del informe de evaluación, introducirá las innovaciones pertinentes.

Coincidiendo con el final del periodo de vigencia del plan se efectuará una evaluación de los resultados y del impacto¹ del mismo.

La valoración de los resultados responde a la pregunta: ¿Cuál ha sido el nivel de cumplimiento de los objetivos generales del Plan del EpS en la Escuela?. Se realizará a partir del propio documento y las modificaciones introducidas, en su caso, en los objetivos.

La evaluación del impacto da respuesta a las preguntas:

- ¿En qué medida han variado las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia?

1. Definimos impacto como los efectos no previstos en el Plan pero que se pueden atribuir a él y que tienen que ver con su filosofía, es decir, lo que ha cambiado debido al Plan pero no estaba previsto en sus objetivos.

- ¿En qué medida se ha modificado la morbilidad de los niños y adolescentes?.
- ¿Cómo han variado los constructos de los docentes con respecto al paradigma de la Educación para la salud utilizado en el Plan?.
- ¿En qué medida varía la identificación de necesidades y problemas existentes en la Región de Murcia para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela?.

CALENDARIO, INDICADORES Y REQUISITOS.

1. EVALUACIONES INTERMEDIAS.

- **1.1. Evaluación primera:** periodo evaluado hasta 30 de junio de 2006.
- **1.2. Evaluación segunda:** periodo evaluado hasta 30 de junio de 2007.
- **1.3. Evaluación tercera:** periodo evaluado hasta 30 de junio de 2008.
- **1.4. Evaluación cuarta:** periodo evaluado hasta 30 de junio de 2009.

Los objetivos evaluados y los indicadores propuestos para estas evaluaciones se reflejan en las tablas que aparecen al final de este capítulo.

Por cada uno de los objetivos específicos se describe el indicador que permite evaluar el cumplimiento alcanzado hasta ese momento.

2. EVALUACIÓN FINAL.

- **2.1. Evaluación de resultados.**
Periodo evaluado hasta 30 de junio de 2010.

Objetivo 1: Impulsar el desarrollo en los centros docentes no universitarios, antes de junio de 2010 de los contenidos de educación para la salud establecidos en los Decretos de Currículo vigentes en la Comunidad Autónoma.

Indicador de evaluación: Proporción de centros escolares no universitarios de la Región de Murcia que han impulsado los contenidos de educación para la salud en sus actividades docentes.

Requisitos mínimos para que se considere desarrollada la educación para la salud en un centro escolar:

- a) Existe un grupo de trabajo de Educación para la Salud en el centro escolar.
- b) La educación para la salud queda reflejada en los documentos institucionales de organización pedagógica del centro educativo (Proyecto Educativo, Reglamento de Régimen Interior, Plan de Acción Tutorial y Orientación Académica y Profesional, Plan de actividades Extraescolares y Complementarias).
- c) La educación para la salud queda reflejada en las programaciones didácticas de, al menos, 5 áreas o materias.
- d) Aparece reflejada la EpS en la evaluación de la práctica docente elaborada por el profesorado y en la Memoria Anual.
- e) Existe un referente de EpS en el centro escolar.

f) Existen protocolos de comunicación en el centro docente y las estructura de referencia para el apoyo de la EpS en la Escuela.

g) Se ha realizado alguna actividad para fomentar la participación de las familias en el centro escolar, quedando reflejadas en su Programación General Anual y en su Memoria Anual.

Objetivo 2: Poner a disposición de la comunidad educativa, antes de finalizar junio de 2010, de forma progresiva, los recursos didácticos necesarios para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela.

Indicador de evaluación: Los recursos didácticos necesarios para el desarrollo de la EpS en la escuela están a disposición de alumnos, profesores, familias y profesionales socio-sanitarios.

Requisitos mínimos para este indicador:

- a) Existe un Centro de Recursos de Promoción y EpS puesto a disposición de la comunidad educativa.
- b) Existe un catálogo actualizado de materiales de EpS para profesorado, alumnado, familias y profesionales socio-sanitarios.
- c) Se han elaborado, editado, distribuido y evaluado los materiales didácticos de acuerdo con las propuestas realizadas a

este respecto en los objetivos específicos 2.3, 2.4, 2.5.

d) Se ha puesto en marcha la página electrónica de educación para la salud en la escuela y se ha actualizado durante el año en curso.

Objetivo 3: Establecer, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, las medidas de organización de los centros docentes y equipos de atención primaria, así como las pautas de coordinación necesarias para el desarrollo cooperativo de la educación para la salud en la escuela.

Indicador de evaluación: Se han establecido medidas de organización y de coordinación interinstitucional para favorecer el desarrollo de la EpS en la escuela.

Requisitos mínimos para este indicador:

- a) La Cartera de Servicios de Atención Primaria está adaptada a las indicaciones del Plan, tanto el servicio en sí, como sus normas técnicas.
- b) Existe la figura del referente de EpS los Centros de Profesores y Recursos y en las Gerencias de Atención Primaria y de Área.
- c) Existe una estructura de participación social de referencia en, al menos, el 45% de las zonas de salud.
- d) Existe un catálogo de actividades de interés educativo-sanitario acreditadas de

acuerdo a la normativa establecida al efecto para el desarrollo cooperativo de la EpS en la escuela.

e) Están instaurados procedimientos (normativa, acuerdos de colaboración con asociaciones, jornadas, etc.) para aumentar la participación de las familias en las escuelas.

Objetivo 4: Implantar, a lo largo del periodo de vigencia del Plan, la formación en promoción y educación para la salud.

1º. Indicador de evaluación: Se han realizado actividades formativas de promoción y educación para la salud.

Requisitos mínimos para este indicador:

a) Se ha proporcionado formación especializada a los profesionales de las estructuras de referencia.

b) Se ha realizado, al menos, un curso anual de formación continuada para los profesionales socio-sanitarios y docentes.

c) Se ha realizado, al menos, una actividad formativa anual para las familias.

2º. Indicador de evaluación: Se han realizado propuestas para la implantación de la educación para la salud en la formación pregrado y postgrado.

Requisitos mínimos para este indicador:

a) Está realizada la propuesta de inclusión de

la EpS en los currículos universitarios de las titulaciones de Magisterio, Pedagogía y Psicopedagogía, Psicología, Medicina, Enfermería y Trabajo Social.

b) Se ha realizado la propuesta a la Comisión Nacional de Especialidades para que sea contemplada la EpS como materia obligatoria en el currículo de especialidades médicas y de enfermería.

c) Existe una propuesta para que la EpS forme parte del Curso de Aptitud Pedagógica impartido por la Universidad de Murcia.

d) La EpS forma parte del curso que se imparte a funcionarios docentes en prácticas, para la acreditación a director de centro escolar y a inspectores educativos en prácticas.

Objetivo 5: Desarrollar y mantener, antes de junio de 2010, las líneas de investigación de relevancia para hacer efectiva la educación para la salud en los centros docentes no universitarios.

Indicador de evaluación: Se han mantenido las líneas de investigación existentes.

Requisitos mínimos para este indicador:

a) Se han efectuado, al menos dos análisis de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares, uno en 2005 y otro en 2008.

b) Se han realizado informes de investigación en cuanto a la metodología y los instrumentos

pedagógicos empleados en la EpS en la escuela.

c) Se han hecho informes de investigación sobre los constructos que poseen profesionales, familias y otros agentes respecto al paradigma de la EpS en la escuela propuesto en el Plan.

■ 2.2. Evaluación del impacto:

2.2.1. Valoración del impacto sobre las conductas de los escolares.

a) Método: Análisis de la evolución, desde 1993 hasta 2010 de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia, mediante la realización de una encuesta descriptiva transversal de base poblacional.

2.2.2. Valoración del impacto en los profesionales y otros agentes sociales.

a) Método: Análisis y evolución, desde 2002 hasta 2010, con respecto a las necesidades y problemas para el desarrollo de la EpS identificadas por los profesionales y otros agentes sociales de la Región de Murcia, mediante la realización de un estudio según la técnica Delphi en 2010.

b) Método: Análisis y evolución, desde 2004 hasta 2010 de constructos de los docentes con respecto al paradigma de EpS en la escuela definido en el Plan,

mediante la repetición de un cuestionario en 2010.

2.2.3. Valoración del impacto sobre la morbilidad en niños y adolescentes.

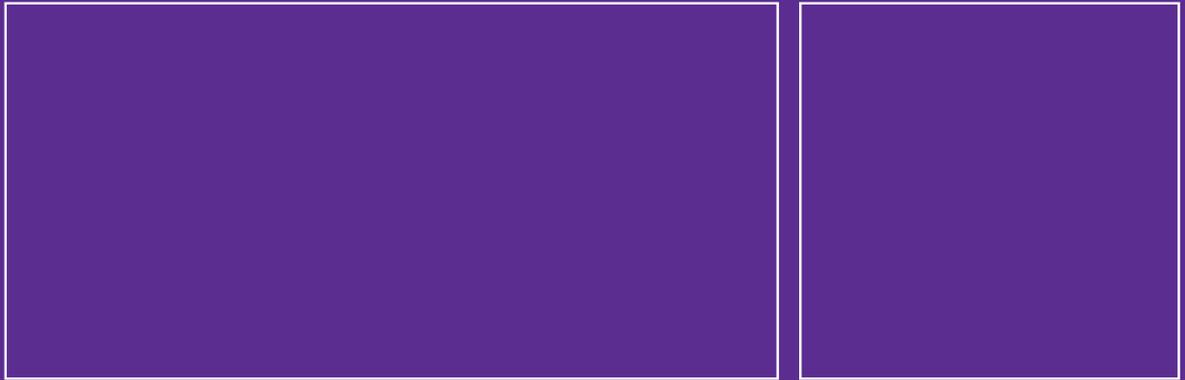
En este caso no se realizarán estudios específicos desde el propio Plan, sino que se utilizará la información disponible, entre otros:

- a) Encuesta de salud bucodental en escolares de la Región de Murcia.
- b) Evolución de la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico.
- c) Evolución del número de embarazos no deseados en adolescentes.
- d) Evolución del número de enfermedades de transmisión sexual y SIDA en jóvenes.

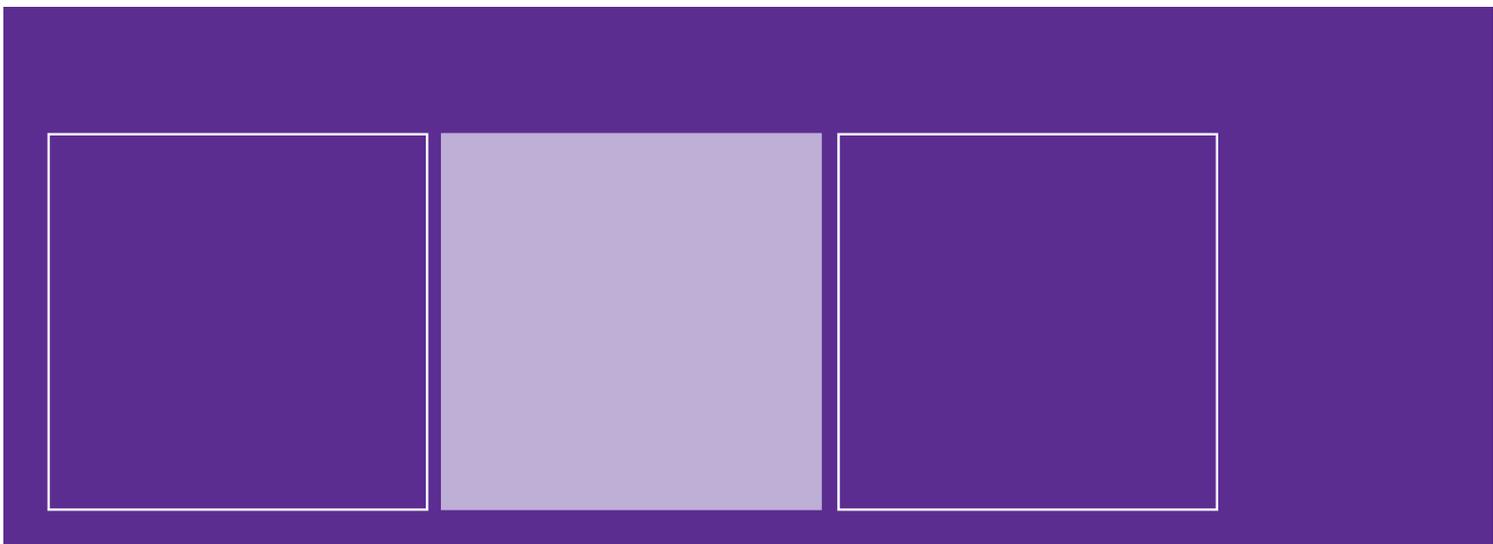
Periodo evaluado

Hasta 30 de junio de 2006

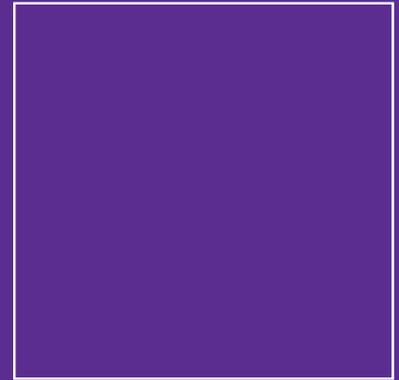
Objetivo Específico	Indicador de evaluación
1.1. Definir los objetivos y contenidos de salud, así como la metodología y evaluación de las intervenciones educativas en Educación Infantil y Primaria.	Se ha elaborado el documento "Intervenciones de Educación para la Salud en Educación Infantil y Primaria" de acuerdo a las características referidas en la actividad 1.1.2. SI.../...NO.
1.2. Definir los objetivos y contenidos de salud, así como la metodología y evaluación de las intervenciones educativas en Educación Secundaria.	Se ha elaborado el documento "Intervenciones de Educación para la Salud en Educación Secundaria Obligatoria" de acuerdo a las características referidas en la actividad 1.2.2. SI.../...NO.
2.1. Poner en marcha un Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud.	Se ha puesto en marcha el Centro de Recursos y sus protocolos de comunicación. SI.../...NO.
2.2. Definir los criterios para la elaboración, distribución, utilización y evaluación de los materiales de promoción y educación para la salud.	Existe un catálogo de los recursos. SI.../...NO. Se han propuesto criterios de elaboración, distribución y evaluación de los materiales. SI.../...NO.
2.3. Ofrecer una página electrónica regional de promoción y educación para la salud a través de internet.	Se ha puesto en marcha la página web de promoción y EpS. SI.../...NO.
3.1. Facilitar el establecimiento de las medidas de organización de los centros docentes y equipos de atención primaria que favorezcan el desarrollo de la EpS.	Se han definido y consensado las funciones de los diferentes órganos y componentes de la estructura escolar y sanitaria relativas al desarrollo de la EpS en la escuela. SI.../...NO. Se ha incluido en la Cartera de Servicios de Atención Primaria el servicio de educación para la salud en la escuela con las características propuestas en el Plan. SI.../...NO.



Objetivo Específico	Indicador de evaluación
<p>3.2. Instaurar las estructuras de referencia para el asesoramiento y apoyo a la EpS.</p>	<p>Se han elaborado protocolos de actuación conjunta entre los distintos niveles de referencia. SI.../...NO.</p> <p>Proporción de CPR y Gerencias de Atención Primaria y de Área que tiene un referente de EpS. Estándar 100%.</p> <p>Se ha realizado la propuesta a los ayuntamientos para la elección de un referente de EpS en la escuela. SI.../...NO.</p>
<p>3.3. Establecer, las medidas de coordinación interinstitucional en el ámbito central, intermedio y local que favorezca el desarrollo del Plan.</p>	<p>Se ha promulgado una Orden de coordinación interinstitucional que modifica la existente entre las Consejerías de Sanidad y la Consejería de Educación y Cultura, de 26 de mayo de 2000. SI.../...NO.</p>
<p>3.4. Regular las pautas de coordinación que permitan la cooperación en el desarrollo de actividades extraescolares u otras ofertas a los centros educativos.</p>	<p>Se han promulgado los criterios que han de cumplir las propuestas de intervención en educación para la salud ofertadas a los centros docentes. SI.../...NO.</p>
<p>4.2. Instaurar la formación postgrado o especializada de los profesionales de la educación y la salud.</p>	<p>Se han establecido los criterios de la formación especializada en EpS, de acuerdo a las características referidas en la actividad 4.2.1. SI.../...NO.</p>
<p>4.3. Establecer la formación continuada de los profesionales de la educación y de la salud.</p>	<p>Se han establecido acuerdos entre Consejería de Sanidad y Consejería de Educación y Cultura para la acreditación y certificación de las actividades de promoción y EpS. SI.../...NO.</p> <p>Se han analizado las necesidades de formación de profesionales docentes y sanitarios. SI.../...NO.</p>

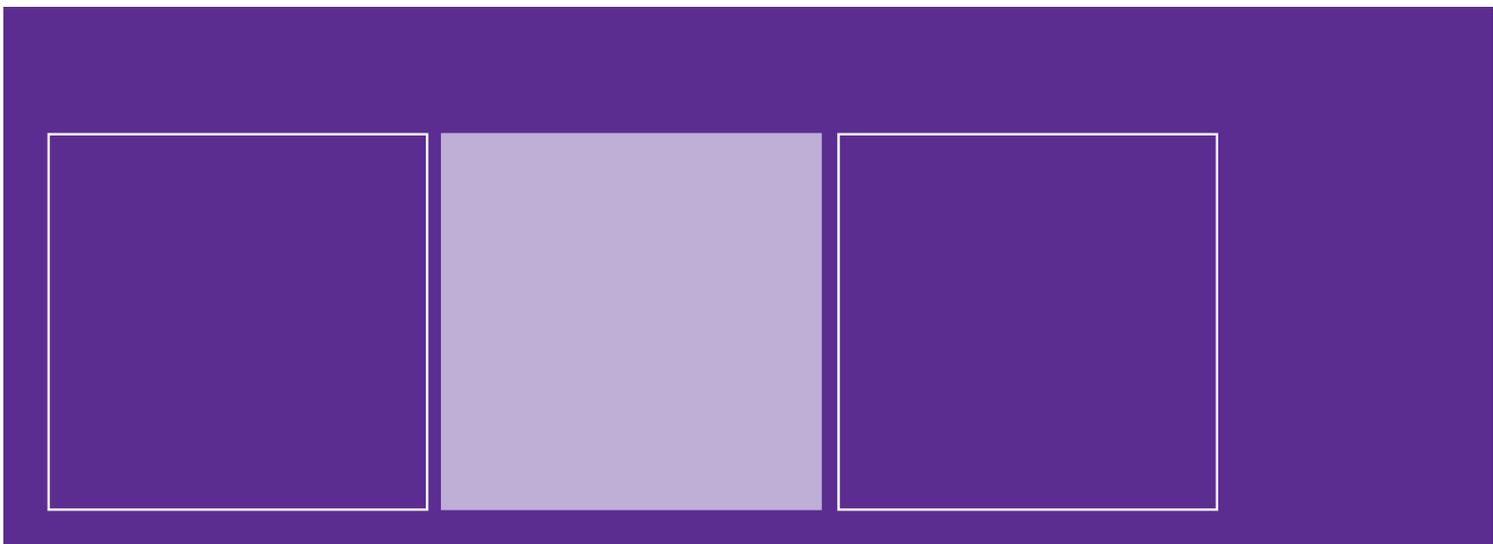


Objetivo Específico	Indicador de evaluación
5.1. Investigar los patrones de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia.	Se ha aplicado un cuestionario para valorar las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares. SI.../...NO.
5.2. Conocer la metodología e instrumentos pedagógicos utilizados para la EpS en la escuela.	Se ha investigado la metodología educativa utilizada para la EpS en centros docentes. SI.../...NO.
5.3. Analizar los factores sociales y culturales de los docentes, profesionales socio-sanitarios, familias y otros agentes que influyen en el desarrollo de la EpS.	Se han analizado los constructos de los profesionales de la enseñanza con respecto a la EpS en la escuela. SI.../...NO.

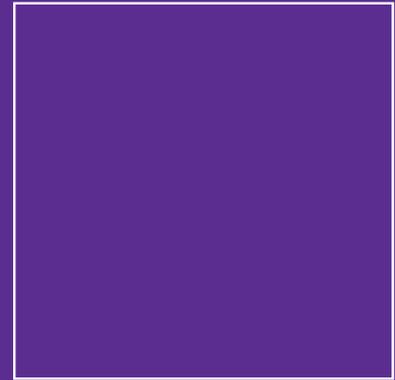


Periodo evaluado **Hasta 30 de junio de 2007**

Objetivo Específico	Indicador de evaluación
1.3. Incorporar los objetivos, contenidos, metodología y evaluación de las intervenciones de salud en los centros docentes.	Proporción de centros escolares que han incorporado objetivos, contenidos y metodología de la EpS de acuerdo con los requisitos del 1 ^{er} indicador de evaluación del Objetivo 1. Estándar 20%.
2.2. Definir los criterios para la elaboración, distribución, utilización y evaluación de los materiales de promoción y educación para la salud.	Se han establecido las recomendaciones de utilización de los materiales de promoción y EpS. SI.../...NO. Se han revisado los contenidos y metodología de los recursos existentes. SI.../...NO.
2.3. Elaborar y distribuir los recursos didácticos para profesorado y alumnado de aquellos contenidos de salud que se incluyan en los currículos.	Existe un documento que recoge las existencias de material de promoción y EpS para profesores y alumnos. SI.../...NO. Se ha realizado una propuesta temporalizada de elaboración de materiales para profesores y alumnos. SI.../...NO.
2.4. Elaborar y distribuir los recursos didácticos para profesionales socio-sanitarios de aquellos contenidos de salud que se incluyan en los currículos.	Existe un documento que recoge las existencias de material de promoción y EpS para los profesionales socio-sanitarios. SI.../...NO. Se ha realizado una propuesta temporalizada de elaboración de materiales para profesionales socio-sanitarios. SI.../...NO.
2.5. Elaborar y poner a disposición de las familias los materiales didácticos para facilitar su participación en el proceso educativo de sus hijos.	Existe un documento que recoge las existencias de material de promoción y EpS para las familias. SI.../...NO. Se ha realizado una propuesta temporalizada de elaboración de materiales para familias. SI.../...NO.



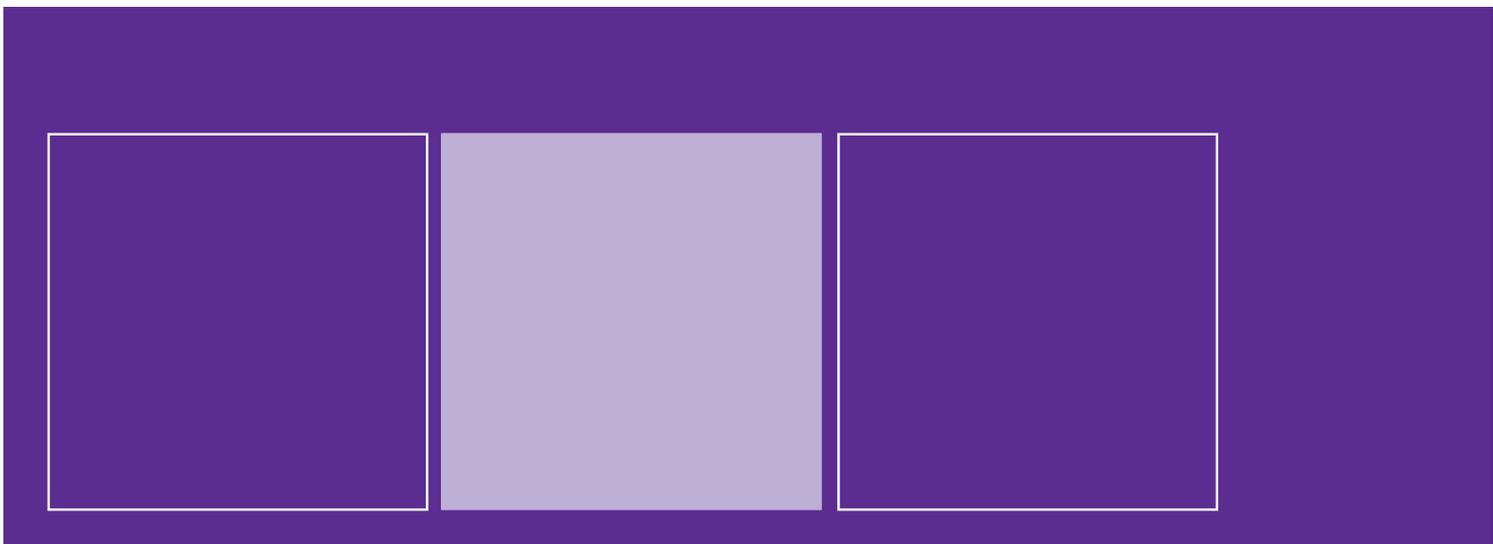
Objetivo Específico	Indicador de evaluación
3.1. Facilitar el establecimiento de las medidas de organización de los centros docentes y equipos de atención primaria que favorezcan el desarrollo de la EpS.	Se ha realizado la propuesta de promulgación de medidas de organización de la estructura escolar y sanitaria. SI.../...NO.
3.2. Instaurar las estructuras de referencia para el asesoramiento y apoyo a la EpS.	<p>Proporción de centros escolares que tienen un referente de EpS. Estándar 20%.</p> <p>Proporción de equipos de atención primaria que tiene un referente de EpS. Estándar 20%.</p>
3.5. Instaurar procedimientos de mejora de la participación de las familias para el desarrollo de la EpS.	Número de AMPAS y FAPAS que mantienen acuerdos de colaboración con la Administración Regional en materia de EpS en la Escuela. SI.../...NO.
4.1. Establecer las bases para la inclusión de la Promoción y EpS en los currículos de las titulaciones universitarias de las Ciencias de la Salud y de la Educación.	El Grupo de Formación Pregrado en Promoción y EpS ha analizado los objetivos y contenidos de salud de las titulaciones del ámbito de la salud y de la educación. SI.../...NO.
4.3. Establecer la formación continuada de los profesionales de la educación y de la salud.	<p>Se ha elaborado un programa de formación continuada de los profesionales docentes y sanitarios. SI.../...NO.</p> <p>Se han monitorizado las necesidades de formación de profesionales docentes y sanitarios. SI.../...NO.</p> <p>Se han establecido los criterios de la formación continuada en promoción y EpS. SI.../...NO.</p> <p>Se ha realizado un curso de formación por área sanitaria y por centro de profesores. SI.../...NO.</p>
5.2. Conocer la metodología e instrumentos pedagógicos utilizados para la EpS en la escuela.	Se ha realizado la investigación de la metodología educativa utilizada por profesionales de los equipos de atención primaria. SI.../...NO.



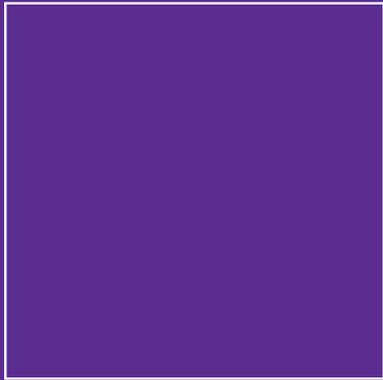
Periodo evaluado

Hasta 30 de junio de 2008

Objetivo Específico	Indicador de evaluación
1.3. Incorporar los objetivos, contenidos, metodología y evaluación de las intervenciones de salud en los centros docentes. Estándar 25%.	Proporción de centros escolares que han incorporado objetivos, contenidos y metodología de EpS de acuerdo con los requisitos del 1 ^{er} indicador de evaluación del Objetivo 1. Estándar 40%.
1.4. Favorecer el desarrollo de los contenidos de EpS en los centros docentes no universitarios.	Se ha implantado un sistema de registro de intervenciones y experiencias de Promoción y EpS. SI.../...NO.
3.2. Instaurar las estructuras de referencia para el asesoramiento y apoyo a la EpS.	Proporción de centros escolares que tienen un referente de EpS. Estándar 40%. Proporción de equipos de atención primaria que tiene un referente de EpS. Estándar 40%.
3.3. Establecer las medidas de coordinación interinstitucional en el ámbito central, intermedio y local que favorezca el desarrollo del Plan.	Proporción de zonas de salud que han puesto en marcha estructuras de participación social. Estándar 15%.
3.4. Regular las pautas de coordinación que permitan la cooperación en el desarrollo de actividades extraescolares u otras ofertas a los centros educativos.	Existe un catálogo con las actividades acreditadas escolares y extraescolares, institucionales o no, ofertadas a los centros docentes. SI.../...NO.
4.1. Establecer las bases para la inclusión de la Promoción y EpS en los currículos de las titulaciones universitarias de las Ciencias de la Salud y de la Educación.	Se ha definido el currículo de la promoción y EpS en los currículos universitarios. SI.../...NO. Se ha realizado propuesta para incluir la promoción y EpS en las titulaciones referidas en la actividad 4.1.3. Si.../...NO.

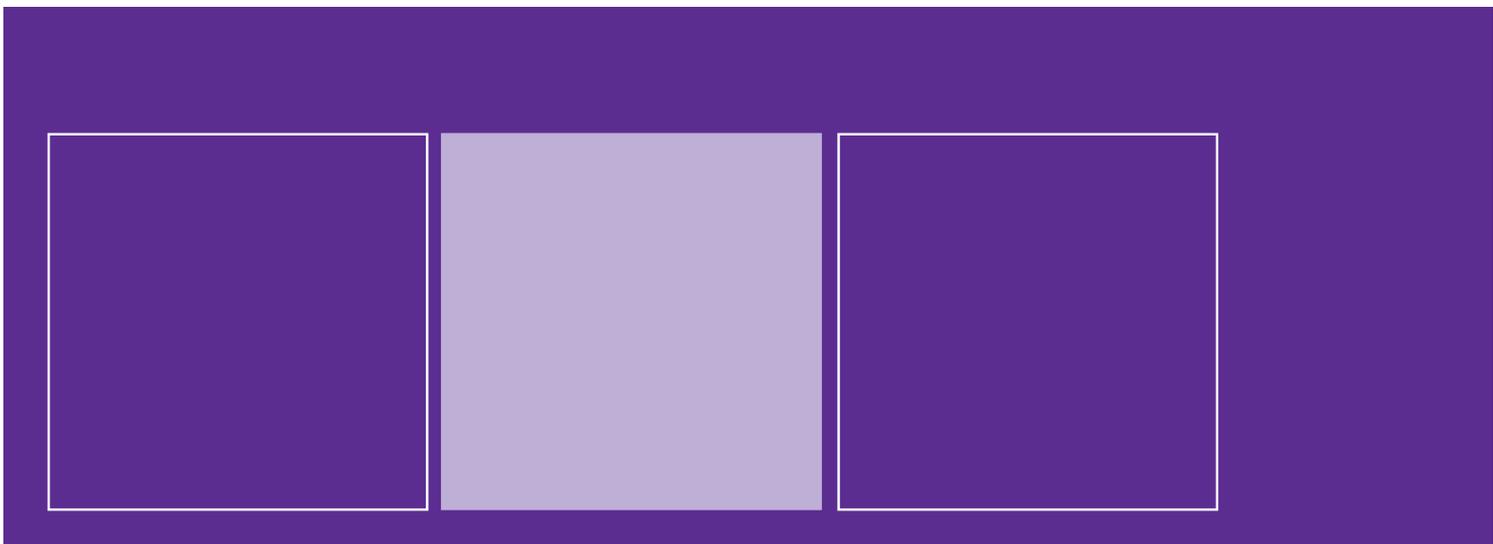


Objetivo Específico	Indicador de evaluación
4.2. Instaurar la formación postgrado o especializada de los profesionales de la educación y la salud.	Se ha desarrollado una actividad de formación especializada para los profesionales de las estructuras de referencia. SI.../...NO.
4.3. Establecer la formación continuada de los profesionales de la educación y de la salud.	<p>Se han monitorizado las necesidades de formación de profesionales docentes y sanitarios. SI.../...NO.</p> <p>Se ha realizado formación en promoción y EpS por Centro de Profesores y Recursos. Estándar: un curso. SI.../...NO.</p> <p>Se ha realizado propuesta a la Universidad de Murcia para la inclusión de la EpS como materia obligatoria en el curso de formación inicial del profesorado para la obtención del Certificado de Aptitud Pedagógica. SI.../...NO.</p> <p>Se ha realizado la propuesta a la Dirección General de Formación Profesional e Innovación Educativa de los contenidos de salud que han de contemplarse en la formación inicial de los funcionarios en prácticas de los diferentes cuerpos docentes y de la inspección educativa. SI.../...NO.</p>
5.3. Analizar los factores sociales y culturales de los profesionales docentes, socio-sanitarios, familias y otros agentes que influyen en el desarrollo de la EpS en la escuela.	<p>Se han analizado los constructos de los sanitarios con respecto al paradigma de la EpS en la escuela definido en el Plan. SI.../...NO.</p> <p>Se han analizado las variables que influyen en la participación de las familias en la escuela. SI.../...NO.</p> <p>Se han identificado las variables que influyen en los agentes sociales para el desarrollo de la EpS en la escuela. SI.../...NO.</p>



Periodo evaluado **Hasta 30 de junio de 2009**

Objetivo Específico	Indicador de evaluación
1.3. Incorporar los objetivos, contenidos, metodología y evaluación de las intervenciones de salud en los centros docentes.	Proporción de centros escolares que han incorporado objetivos, contenidos y metodología de EpS de acuerdo con los requisitos del 1 ^{er} indicador de evaluación del Objetivo 1. Estándar 60%.
1.4. Favorecer el desarrollo de los contenidos de EpS en los currículos de los centros docentes no universitarios.	Existe una Red de Intervenciones y Experiencias de Promoción y EpS. SI.../...NO.
3.2. Instaurar las estructuras de referencia para el asesoramiento y apoyo a la EpS.	Proporción de centros escolares que tienen un referente de EpS. Estándar 60%.
3.3. Establecer las medidas de coordinación interinstitucional en el ámbito central, intermedio y local que favorezca el desarrollo del Plan.	Proporción de equipos de atención primaria que tiene un referente de EpS. Estándar 60%. Proporción de zonas de salud que han puesto en marcha estructuras de participación social. Estándar 30%.
3.4. Regular las pautas de coordinación que permitan la cooperación en el desarrollo de actividades extraescolares u otras ofertas a los centros educativos.	Número de profesionales de los medios de comunicación a los que se les han propuesto criterios de buena praxis en relación con la EpS.
3.5. Instaurar procedimientos de mejora de la participación de las familias para el desarrollo de la EpS.	Se han desarrollado estrategias para fomentar la participación de las familias en la educación de sus hijos (normativa, jornadas, etc). SI.../...NO.



Objetivo Específico	Indicador de evaluación
<p>4.3. Establecer la formación continuada de los profesionales de la educación y de la salud.</p>	<p>Se han monitorizado las necesidades de formación de profesionales docentes y sanitarios. SI.../...NO.</p> <p>Se ha realizado formación en promoción y EpS en cada Centro de Profesores y Recursos. Estándar: un curso.</p> <p>Se ha realizado propuesta a la Comisión Nacional de Especialidades para la inclusión de la EpS como materia obligatoria en Medicina de Familia y Enfermería Comunitaria y otras especialidades de medicina y enfermería. SI.../...NO.</p>



7. Recursos

- RECURSOS HUMANOS
- RECURSOS MATERIALES
- RECURSOS FINANCIEROS

7. Recursos

Para el desarrollo del Plan, elaborado y gestionado de forma cooperativa entre las Consejerías de Sanidad y de Educación y Cultura se cuenta, en primer lugar, con los recursos materiales y humanos que poseen ambas consejerías, tanto en sus servicios centrales como en centros docentes, equipos de atención primaria, centros de profesores y recursos y gerencias de atención primaria y de área.

Entre los mencionados recursos se han de considerar, especialmente, aquellos que dispone en la actualidad el Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Consejería de Sanidad en cuanto a espacios, materiales y recursos humanos. De estos últimos, es preciso especificar los profesionales que van a estar dedicados permanentemente al desarrollo del Plan: un enfermero a jornada completa y otro enfermero a tiempo parcial del 50% de la Dirección General de Salud Pública, un enfermero del Servicio Murciano de Salud, un auxiliar administrativo, un asesor técnico de la Consejería de Educación, un psicólogo a tiempo parcial (15%) y dos médicos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública a tiempo parcial (10%). Los profesionales mencionados, dependientes de la Consejería de Educación y Cultura y del Servicio Murciano de Salud, forman parte indispensable de la gestión, puesta en marcha, desarrollo y evaluación del Plan, aportando la información, experiencia y conocimiento de sus respectivas áreas, y cuya permanencia viene determinada al tiempo necesario para el óptimo funcionamiento del mismo.

En cuanto a recursos estructurales, materiales y de mantenimiento, la situación de partida cuenta con los existentes en el Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Consejería de Sanidad, donde estará ubicado el Centro de Recursos propuesto en el Plan. Puesto que se parte de los recursos ya existentes, a continuación se citan sólo aquellos que necesitan una dotación presupuestaria, es decir, el incremento presupuestario para el desarrollo del Plan.

1. RECURSOS HUMANOS.

- Diplomado en Biblioteconomía y Documentación. Dedicación 100%.
- Licenciado en Pedagogía. Dedicación 100%.
- Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Dedicación 100%.
- Auxiliar Administrativo. Dedicación 100%.

2. RECURSOS MATERIALES.

- Materiales necesarios para la promoción del Plan (publicidad y propaganda).
- Dotación del Centro de Recursos.
- Mantenimiento del Centro de Recursos.
- Materiales necesarios para el desarrollo del Plan (educativos y de formación).

3. RECURSOS FINANCIEROS.

Se refiere a los necesarios para la puesta en marcha, desarrollo y mantenimiento del Plan incluyendo los derivados de los objetivos docentes y de investigación, que quedan reflejados en las tablas siguientes. Los cálculos se han realizado de acuerdo a las cantidades recogidas en los presupuestos actuales de la Comunidad Autónoma para cada una de las actividades propuestas, aplicándoles un 5% anual de incremento desde 2006 hasta 2010.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Personal	42.703,41 €	160.986,94 €	165.552,61 €	170.276,90 €	175.166,31 €	180.227,72 €
Materiales de formación	0,00 €	144.000,00€	606.000,00 €	476.100,00 €	500.100,00 €	0,00 €
Actividades de formación	54.000,00 €	46.200,00 €	60.300,00 €	49.500,00 €	50.800,00 €	52.400,00 €
Información	0,00€	0,00 €	12.600,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Investigación	21.600,00 €	0,00 €	18.000,00 €	76.800,00 €	0,00 €	0,00 €
Adquisición de material	8.000,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6.900,00 €	00,00 €
Convenios		18.000,00 €	18.900,00 €	19.845,00 €	20.837,00 €	21.878,00 €
Total anual	120.303,41€	369.186,94 €	881.352,61 €	792.121,90 €	746.903,31 €	254.505,72 €
Coste total del Plan	3.170.773,89 €					

b

8. Bibliografía

8. Bibliografía

1. Colomer Revuelta C, Álvarez - Dardet Díaz C. Promoción de la Salud y Cambio Social. Masson; 2001.
2. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Informe bienal sobre la situación de la Enseñanza en la Región de Murcia. Cursos 2001/02 y 2002/03. Consejo Escolar de la Región de Murcia 2004.
3. Conferencia Ministerial sobre Jóvenes y Alcohol. Declaración sobre Jóvenes y Alcohol. Estocolmo, febrero 2001. EUR/00/5020274/6.
4. Consejería de Educación y Cultura de la Región de Murcia. La formación de padres hacia un modelo de actuación para la Región de Murcia. Sugerencias para el debate. Murcia: Consejo Escolar de la Región; 2002.
5. Consejería de Educación y Cultura de la Región de Murcia. Plan trienal de Formación del Profesorado 2004-2007. Plan Regional de Formación Permanente del Profesorado 2004-2005. Murcia: Subdirección General de Programas Educativos y Formación del Profesorado; 2004.
6. Consejería de Educación y Cultura y de Economía de la Comunidad de Madrid, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y Ministerio de Educación y Cultura. Transversalidad: educar para la vida (Actas del Primer Encuentro 1995). Madrid; 1996.
7. Consejería de Educación y Universidades. Plan Regional de Solidaridad en la Educación. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

2001-2003. Murcia: Dirección General de Enseñanzas de Régimen Especial y Atención a la Diversidad; 2001.

8. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Estudio DELPHI sobre Necesidades y Problemas para el desarrollo de la Educación para la Salud en la Escuela en la Región de Murcia. Murcia: Servicio de Promoción y Educación para la Salud; 2003.

9. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan de Salud 2003-2007. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia; 2003.

10. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Promoción de la salud. Glosario. Murcia: Dirección General de Salud Pública; 1998.

11. Consejería de Trabajo y Política Social. Memoria 2001. Murcia: Secretaría Sectorial de Acción Social, Menor y Familia; 2002.

12. Constitución Española. Madrid; 1978 (Boletín Oficial del Estado de 27 de diciembre de 1978).

13. Costa M, López E. Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar la vida. Madrid. Pirámide; 1996.

14. Decreto 111/2002, de 13 septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 214 de 14/09/2002).

15. Decreto 112/2002, de 13 septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 214 de 14/09/2002).

16. Decreto 113/2002, de 13 septiembre, por el que se establece el currículo del Bachillerato en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 214 de 14/09/2002).

17. Decreto 81/2005, de 8 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Educación y Cultura (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 164 de 19/07/2005).

18. Decreto 18/2005, de 9 de septiembre, por el que se establecen los órganos directivos de la Consejería de Educación y Cultura. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 215 de 17/09/2005).

19. Decreto 42/2003, de 9 de mayo, por el que se regula la planificación, estructura y organización de la formación permanente del Profesorado de la Región de Murcia. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 42 de 20/05/2003).

20. Decreto 132/2000, de 15 de diciembre, por el que se crea la Comisión Delegada del Consejo de Gobierno, por la protección colectiva de la salud de los ciudadanos. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 23 de 23/12/2000).

21. Decreto 148/2002, de 9 mayo, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 7 de 10/01/2003).

22. Decreto 37/2003, de 11 abril, por el que se crea y regula el Consejo Asesor Regional de Educación Permanente de Personas Adultas. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 98 de 30/04/2003).

23. Decreto 42/2003, de 9 mayo, por el que se regula la planificación, estructura y organización de la formación permanente del Profesorado de la Región de Murcia. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 114 de 20/05/2003).

24. Decreto 53/1989, de 1 junio, por el que se aprueba el reglamento general de funcionamiento de los equipos de atención primaria de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 53 de 17/06/1989).

25. Decreto 6/1992, de 30 enero, por el que se crea la Red de Servicios de Información y Documentación Juvenil. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 57 de 09/03/1992).

26. Decreto 74/2001, de 26 octubre, por el que se crea la Comisión Interdepartamental coordinadora del Plan Integral de la Juventud 2002-2003. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 256 de 05/11/2001).

27. Decreto 9/2003, de 3 de julio, de reorganización de la Administración Regional (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 152 de 04/07/2003).

28. Delgado Domínguez JJ. Necesidades de salud de los adolescentes. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1995; Vol. 2-5: 247-248.

29. Esteve Zaragoza JM. Los Educadores y la Sociedad: Expectativas Mutuas. Madrid: Consejo Escolar del Estado. Seminario sobre los educadores en la sociedad del siglo XXI; 2002.

30. Fernández - Ballesteros R. Editora. Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud. Síntesis Psicología; 1996.

31. Gavidia Catalán V. La Transversalidad y la Escuela Promotora de Salud. Rev. Esp. Salud Pública 2001; 75(6): 505-506.

32. Gavidia Catalán V. La educación para la salud en los manuales escolares españoles. Rev. Esp. Salud Pública 2003; 77(2): 275-285.

33. Grupo de Expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre estilo de vida. Aten Primaria 2001; Vol 28 (2 supl): 37-51.

34. Guayta Escolies R. Educación sanitaria. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1998; Vol 5-7: 440-453.

35. Gutiérrez J, Usera M, Fenollar P, Ordoñana J. Evolución de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad; 2003.

36. III Encuentro Institucional del Consejo Escolar de la Región de Murcia, Consejos Escolares Municipales y Consejos Escolares de Centros. Un nuevo profesor para un nuevo siglo. Nuevas demandas, nuevas necesidades. Murcia: Consejo Escolar de la Región de Murcia; 2002.

37. Landeta J. El método Delphi. Una técnica de previsión de futuro. Barcelona: Ariel Social; 2002.

38. Ley 13/2002, de 4 diciembre, de Creación del Instituto de la Juventud de la Región de Murcia. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 296 de 24/12/2002).

39. Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 102 de 29/04/1986).

40. Ley 3/1995, de 21 marzo, de la Infancia de la Región de Murcia. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 86 de 12/04/1995).

41. Ley 4/1994, de 26 julio, de Salud de la Región de Murcia. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 243 de 11/10/1994).

42. Ley 8/1995, de 24 abril, de Promoción y Participación Juvenil. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 102 de 04/05/1995).

43. Ley Orgánica 1/1990, de 3 octubre, Enseñanza en General. Ordenación general del sistema educativo. (Boletín Oficial del Estado, número 238 de 04/10/1990).

44. Ley Orgánica 10/2002, de 23 diciembre, de Calidad de la Educación. (Boletín Oficial del Estado, número 307 de 24/12/2002).

45. Ley Orgánica 16/2003, de 28 mayo, cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número 128 de 29/5/2003).

46. Ley Orgánica 8/1985, de 3 julio, Enseñanza en General. Regulación del Derecho a la Educación. (Boletín Oficial del Estado, número 159 de 04/06/1985).

47. Ley Orgánica 9/1995, de 20 noviembre, Centros Docentes no Universitarios. Participación, evaluación y gobierno de los centros docentes. (Boletín Oficial del Estado, número 278 de 21/11/1995).

48. Luengo M^a, Gómez J, Garra A, Romero E. Programa Construyendo Salud. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 2002.

49. Marcelo García C. La Formación Inicial y Permanente de los Educadores. Madrid: Consejo Escolar del Estado. Seminario sobre los educadores en la sociedad del siglo XXI; 2002.

50. María Vilar J. Investigación-acción y currículo oculto en la enseñanza obligatoria. LEEME; 2000; 5.

51. Ministerio de Educación y Ciencia. Evaluación PISA 2003. (Programa para la Evaluación Internacional de los Alumnos). Resumen de los primeros resultados en España. Instituto Nacional de Evaluación y Calidad del Sistema Educativo. Ministerio de Educación y Ciencia; 2004.

52. Ministerio de Sanidad y Consumo. Formación en Promoción y Educación para la Salud. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003.

53. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ganar Salud con la Juventud. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2002.

54. Ministerio de Sanidad y Consumo. La evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.

55. Ministerio de Sanidad y Consumo. Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002). Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.

56. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Multisectorial sobre SIDA 2001-2005. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA; 2001.

57. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan

Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.

58. Ministerio del Interior. Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2000.

59. Miranda P, Ordoñana JR, Gutiérrez García JJ. Educación para la salud en la escuela. Informe SESPAS 1995. Parte I. Salud y Prevención: 137-146.

60. Orden conjunta de 26 de mayo, Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Educación y Universidades, para la coordinación de competencias relativas a la educación del consumidor y a la educación para la salud en los centros docentes no universitarios. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 130 de 06/06/2000).

61. Orden conjunta de las Consejerías de Agricultura, Agua y Medio Ambiente y de Educación y Universidades para la coordinación de la educación ambiental. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 292 de 19/12/2000).

62. Orden de 10 de abril de 2003, conjunta de las Consejerías de Educación y Cultura y de Trabajo y Política Social para la coordinación de la Prevención de Riesgos Laborales en el ámbito escolar. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 94 de 25/04/2003).

63. Orden de 13 de octubre de 1999 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba el mapa sanitario de la Región de Murcia. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 251 de 29/10/1999).

64. Orden de 15 de marzo de 1992 de la Consejería de Sanidad, de creación de los consejos de salud de zona. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 95 de 24/04/1992).

65. Orden de 16 septiembre de la Consejería de Educación y Cultura, por la que se desarrolla la estructura y organización de las Enseñanzas de Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 231 de 04/10/2002).

66. Orden de 16 septiembre de la Consejería de Educación y Cultura, por la que se desarrolla la estructura y organización de las Enseñanzas de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 231 de 04/10/2002).

67. Orden de 23 de diciembre de 2002 de la Consejería de Presidencia por la que se convoca el programa deporte escolar para el curso 2002-2003. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 3 de 04/01/2003).

68. Orden de 29 febrero, Inspección Educativa. Organización y funcionamiento. (Boletín Oficial del Estado, número 54 de 02/03/1996).

69. Orden de 6 de mayo de 2002 de la Consejería

de Sanidad y Consumo, por la que se convocan subvenciones para la financiación de proyectos de educación para la salud en centros docentes no universitarios de la Región de Murcia. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 111 de 15/05/2002).

70. Orden de 6 de mayo de 2002 de la Consejería de Educación y Cultura por la que se crea el equipo de orientación educativa y psicopedagógica específico de convivencia escolar, dependiente de la Dirección General de Formación Profesional, Innovación y Atención a la diversidad. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 157 de 09/07/2002).

71. Orden de 8 de mayo de 2001 por la que se constituye la Comisión mixta Regional de las Organizaciones de Padres y Madres de alumnos y Administración Educativa en la Consejería de Educación y Universidades. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 141 de 20/06/2001).

72. Organización Mundial de la Salud. La Agenda de Egmond. Secretaría Técnica para la REEPS. Oficina Regional para Europa de la OMS 2004. Disponible en: <http://www.euro.who.int/enhps>.

73. Ortega Sánchez-Pinilla R. Salud escolar: revisiones y educación sanitaria. ¿De quién es competencia?. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1995; Vol 2-5:290-294.

74. Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1.WHQ, Geneve, 1986.

75. Pérez Juste R. Los Educadores en la Sociedad del Siglo XXI. Madrid: Consejo Escolar del Estado. Seminario sobre los educadores en la sociedad del siglo XXI; 2002.

76. Pérez Juste R. Sociedad, valores y educación. Seminario sobre sociedad, valores y educación. Madrid: Consejo Escolar del Estado; 1997.

77. Parga Lozano Diana L. Los temas transversales: claves para la formación integral del alumno. Revista Educativa Voluntad. Revista 1.

78. Promoción de la Salud a través de la Escuela, Informe de un Comité Experto de la OMS sobre Educación y Promoción de la Salud Integral en la Escuela, OMS, Serie de Informes Técnicos N°870.WHO, Ginebra, 1997.

79. Real Decreto 83/1996, de 26 enero, Institutos de Educación Secundaria. Reglamento Orgánico. (Boletín Oficial del Estado, número 45 de 21/02/1996).

80. Real Decreto 938/2001, de 3 agosto, por el que se modifica el Real Decreto 1007/1991, de 29 de noviembre, por el que se modifica el Real Decreto 1179/1992, de 2 de octubre, por el que se establece el currículo del Bachillerato. (Boletín Oficial del Estado, número 215 de 07/09/2001).

81. Real Decreto 1911/1999, de 17 diciembre, por el que se aprueba la estrategia nacional sobre drogas para el periodo 2000-2008. (Boletín Oficial del Estado, número 313 de 31/12/1999).

82. Real Decreto 3473/2000, de 29 diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 1007/1991, de 14 de junio, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria. (Boletín Oficial del Estado, número 14 de 16/01/2001).

83. Real Decreto 3474/2000, de 29 diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 1007/1991, de 29 de noviembre, por el que se establece la estructura del Bachillerato, y el Real Decreto 1178/1992, de 2 de octubre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del Bachillerato. (Boletín Oficial del Estado, número 14 de 16/01/2001).

84. Real Decreto 82/1996, de 26 enero, Escuelas de Educación Infantil y Centros de Educación Primaria. Reglamento Orgánico. (Boletín Oficial del Estado, número 44 de 20/02/1996).

85. Resolución de 11 de abril de 2003, de la Secretaría General de la Consejería de Educación y Cultura, por la que se ordena la publicación del Reglamento del Comité de Seguridad y Salud de la Consejería de Educación y Cultura. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 93 de 24/04/2003).

86. Resolución de 15 de septiembre de 2003, de la Dirección General de Enseñanzas Escolares por la que se dictan instrucciones sobre el funcionamiento de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica para el curso académico 2003/2004. (Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 257 de 06/11/2003).

87. Resolución de 25 de mayo de 2005, de la Secretaría Autonómica de Educación, por la que se dictan instrucciones para el final del curso 2004-2005 y comienzo del 2005-2006 en materia de Ordenación Académica y de organización de la actividad docente en los centros que imparten Educación Secundaria.

88. Resolución de 25 de mayo de 2005, de la Secretaría Autonómica de Educación, por la que se dictan instrucciones para el final del curso 2004-2005 y comienzo del 2005-2006 en materia de Ordenación Académica y de organización de la actividad docente en los centros que imparten Educación Infantil y Primaria.

89. Instrucciones de 1 de septiembre de 2003 de la Consejería de Educación y Cultura, sobre compensación educativa dirigida a los centros educativos de la Región de Murcia para el curso 2003/2004.

90. Resolución de 7 de septiembre de 1994, de la Secretaria de Estado de la Educación sobre la enseñanza en valores. (Boletín Oficial del Estado, número 306 de 23/12/1994).

91. Rodríguez Espinar S. La orientación y la función tutorial, factores de la calidad de la educación. Madrid: Consejo Escolar del Estado. Seminario sobre los educadores en la sociedad del siglo XXI; 2002.

92. Sánchez Moreno A. La promoción de la salud desde la institución educativa: la educación para la salud en la escuela. Promoció i educació per a la salut des d'ambits i

institucions. Il jornada de Promoció i Educació per a la salut. Diversitas. Universitat de Girona, 2002.

93. UNESCO. La educación encierra un tesoro. Jaques Delors. Comisión Internacional sobre la educación por el siglo XXI. UNESCO, 1996.

94. Videgáin Más C, Ituarte Tellaeche A. El Trabajador social en atención primaria. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1996; Vol. 3- 6:377 -382.

95. Villalbí JR. La promoción de la salud en la escuela: ¿cuál es el papel de la atención primaria?. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1995; Vol 2-5: 285-289.

96. XIII Encuentros de los Consejos Escolares Autonómicos y del Estado. Los educadores en la sociedad del siglo XXI. Oviedo: Consejo Escolar de la Región de Murcia; 2002.

97. XIV Encuentros de los Consejos Escolares Autonómicos y del Estado. Inmigración y Educación. La Intervención de la Comunidad Educativa. Salamanca: Consejo Escolar de la Región de Murcia; 2003.

98. Yakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21 st Century. HPR/HEP/41CHP/BR/97.4. WHO, Geneve; 1997.

99. Young I, Wollians T. Editores. La Escuela Promotora de Salud. Edimburgo; 1989.

100. Yus Ramos R. Temas transversales: hacia una nueva escuela. Barcelona. Graó; 1998.



Plan de Educación para la Salud en la Escuela



Region de Murcia
Consejería de Sanidad
Consejería de Educación y Cultura

