



*TESIS DOCTORAL*

**Evaluación de necesidades multidimensionales y  
establecimiento de indicadores de gobernanza para el  
diseño y evaluación de un modelo sostenible de Promoción  
de la Salud en el contexto universitario de Extremadura.**

---

**ENMA DOMÍNGUEZ MARTÍN**

**Innovación en Formación del Profesorado.**

**Asesoramiento, análisis de la práctica educativa y TIC en  
educación.**

---

**2017**



*TESIS DOCTORAL*

**Evaluación de necesidades multidimensionales y  
establecimiento de indicadores de gobernanza para el  
diseño y evaluación de un modelo sostenible de Promoción  
de la Salud en el contexto universitario de Extremadura.**

---

**ENMA DOMÍNGUEZ MARTÍN**

**Innovación en Formación del Profesorado.**

**Asesoramiento, análisis de la práctica educativa y TIC en educación.**

Conformidad de la Directora:



Fdo: Dra. María Jesús Miranda Velasco.



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer el apoyo de mi directora María Jesús Miranda Velasco en la realización de este trabajo. Su profunda convicción en el modelo de universidad promotora de salud ha contagiado mi interés y motivación en el estudio de este campo. Por su motivación constante, el tiempo que ha invertido en este proyecto y la confianza que ha depositado en mí desde el primer momento.

En segundo lugar a todos los profesores de la Universidad de Extremadura que han cedido parte del tiempo de sus clases, interesados en la finalidad de este trabajo, para la cumplimentación del cuestionario por parte de los alumnos.

Por supuesto a todos los estudiantes de esta universidad que han participado de forma voluntaria en este estudio contestando al cuestionario sobre estilos de vida o bien con su participación en el focus group. Gracias por su disposición, su tiempo y la valiosa información que nos han aportado para la realización de este trabajo.

Agradecer también a los expertos que con sus valoraciones y su implicación, nos han permitido llevar a cabo el diseño del instrumento de evaluación de la Estrategia de Promoción de la Salud.

Quiero agradecer también a mis amigos, fundamentales en mi vida, por su apoyo incondicional, su cariño y todo lo bueno que me aportan, que es mucho, en especial a mis niñas Sol, Mamen, Viryi, Glo, Cris y M<sup>a</sup> José, por seguir creciendo juntas en todos los ámbitos de la vida.

También a mi familia de Reyes Huertas 13, por celebrar siempre nuestros logros, su enorme cariño y su arropo en los momentos más difíciles.

A Luis, mi secretario personal, mi apoyo constante y mi compañero. Por tu ayuda, por entender mis agobios y mis “tengo cosas que hacer”, por tus cuidados, tu cariño y tu inmensa generosidad hacia mí.

Por último, quiero dedicar este esfuerzo a mi familia, lo más importante que tengo. A mis padres, por su esfuerzo para que nos pudiéramos formar académica y profesionalmente y habernos dado la mejor educación. A mi madre, por animarme y cuidarme siempre, por recordarme que hay que disfrutar más de la vida, por su amor infinito y por ser para mí un ejemplo de superación. A mi padre, mi fuerza interior más grande, por ser mi mayor referente en la vida de esfuerzo, superación, sencillez y humildad y por mandarme tanta fuerza desde donde esté para seguir adelante siempre con la mejor actitud.

A Óscar y Marta, por ser un ejemplo como personas y un orgullo para mí. Gracias Marti por ser con el paso del tiempo un pilar imprescindible en mi vida, por tu saber escuchar y dar siempre los mejores consejos. Y a tí Óscar por estar ahí siempre a tu manera, tu altruismo y tu bondad.

También a mi tía, por su importante presencia en nuestras vidas, por querernos tanto y estar siempre al pie del cañón.

Y por último a la pequeña Emma, por haber traído la alegría más infinita a esta familia.

A todos vosotros, muchísimas gracias de corazón.

## Resumen

El objetivo de la investigación es evaluar el modelo de gobernanza en el que se basa la Estrategia de Promoción de la Salud (PS) en la Universidad de Extremadura (UEX) desde el enfoque de los *entornos saludables* con especial atención a los aspectos que inciden en la mejora del bienestar de los estudiantes.

Se lleva a cabo un estudio de caso que estudia los estilos de vida de los estudiantes desde el marco de los Determinantes Sociales de Salud y evalúa las dimensiones de la PS en el contexto de la UEX a través del diseño y validación de un sistema de indicadores.

Los resultados muestran que los estudiantes presentan conductas de riesgo en cuanto al bienestar emocional, la insuficiente práctica de actividad física, unos hábitos de alimentación poco saludables y en algunos casos en relación al consumo de tabaco y alcohol. Los estudiantes en este sentido demandan disponer de servicios relacionados con la práctica de actividad física, una oferta de alimentación saludable y recursos de orientación y apoyo psicosocial.

Las acciones de gobernabilidad necesarias para potenciar la Estrategia de PS en la UEX deben dirigirse al desarrollo de políticas y normativas organizativas que impacten en la cultura de la salud, a potenciar la coordinación de los servicios de la institución para promover la salud, a incorporar estrategias de comunicación que den visibilidad a la estrategia y a la inclusión de competencias de PS en los planes de estudio de las titulaciones y otras modalidades de formación.

**Palabras clave:** promoción de la salud, entornos saludables, estilos de vida, gobernanza, Educación Superior, universidades saludables.

## **Abstract**

The purpose of the research is to evaluate the governance model that supports the Health Promotion Strategy at the University of Extremadura from the Healthy Settings approach, paying special attention to aspects that affect the improvement of students' well-being.

We develop a case study to analyze students' lifestyles from the Social Determinants of Health model and to evaluate Health Promotion dimensions within the University of Extremadura context through the design and validation of health promotion indicators.

Los resultados muestran que los estudiantes presentan conductas de riesgo en cuanto al bienestar emocional, la insuficiente práctica de actividad física, unos hábitos de alimentación poco saludables y en algunos casos en relación al consumo de tabaco y alcohol. Los estudiantes en este sentido demandan disponer de servicios relacionados con la práctica de actividad física, una oferta de alimentación saludable y recursos de orientación y apoyo psicosocial.

The results show that students present risk behaviors in terms of emotional well-being, insufficient physical activity and unhealthy eating patterns and in some cases the consumption of tobacco and alcohol. Students demand to have services to practice physical activity, a healthy and accessible food supply and resources related to guidance and psychosocial support.

Governance actions needed to strengthen Health Promotion Strategy in the UEx should be directed to the development of organizational policies and regulations that impact on the culture of health, to enhance the coordination of the institution's services to promote health, to incorporate communication strategies to give visibility to the strategy and to include Health Promotion competencies in the curriculum and other study options.

**Keywords:** health promotion, healthy settings, lifestyles, governance, Higher Education, healthy universities.



## ÍNDICE

Relación de acrónimos, códigos, siglas y abreviaturas utilizadas.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
<b>CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
1. 1. El concepto de Salud desde el modelo Biopsicosocial.....	22
1.1.1. El concepto de salud y su evolución conceptual.....	22
1.1.2. Los determinantes sociales de salud.....	26
1.1.2.1. Los Estilos de vida.....	30
1.1.3. Hacia un nuevo modelo de salud desde la perspectiva salutogénica.....	49
1.2. Promoción de la Salud desde el enfoque ecológico e intersectorial.....	54
1.2.1. Los valores de la promoción de la salud. Hacia la equidad, la justicia social y los derechos humanos.....	56
1.2.2. El enfoque de los entornos saludables y el desarrollo sostenible.....	64
1.2.3. El empoderamiento a través de la educación para la salud.....	67
1.2.4. La formación y capacitación como recurso para la promoción de la salud....	69
1.2.5. Hacia la calidad de vida y el bienestar de la comunidad universitaria.....	77
1.3. Promoción de la Salud en la Universidad.....	78
1.3.1. Las universidades promotoras de la salud o universidades saludables desde la carta de Edmonton hasta Okanagan y la Declaración de Alicante.....	80
1.3.2. La responsabilidad de la universidad como entorno promotor de salud desde la perspectiva intersectorial.....	86
1.3.3. La gobernanza para la promoción de la salud en la Universidad.....	88
1.3.4. Redes nacionales e internacionales de universidades promotoras de salud. Ejemplos de experiencias y buenas prácticas.....	92
1.3.5. La evaluación de la Promoción de la Salud en la Universidad.....	101
<b>CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>105</b>
2.1. Planteamiento del problema de investigación.....	106
2.2. Objetivos de la investigación.....	108
	109

<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....</b>	
3.1. El estudio de caso como método de investigación.....	115
3.2. Diseño del estudio de investigación .....	118
3.3. Fases del desarrollo del estudio de caso.....	120
3.3.1. El contexto de investigación.....	122
3.3.2. Estudio de las necesidades en relación a los estilos de vida de los estudiantes de la Universidad de Extremadura.....	123
3.3.3. Estudio sobre la evaluación de la gobernabilidad a través de la Estrategia de Promoción de la Salud en la Universidad de Extremadura.....	130
3.3.3.1. Diseño de un sistema de indicadores para la evaluación de la Estrategia de Promoción de la Salud.....	131
3.3.4. Estudio de las percepciones de los estudiantes y representantes institucionales sobre las políticas, recursos y oportunidades de participación en la UEx en relación a la Promoción de la Salud.....	137
3.3.4.1. Estudio de las opiniones y percepciones de los estudiantes a través del focus group.....	138
3.3.4.2. Estudio de las percepciones de los representantes institucionales.....	143
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....</b>	149
4.1. Resultados del estudio de las necesidades en relación a los estilos de vida de los estudiantes de la Universidad de Extremadura.....	150
4.2. Resultados del estudio de la gobernanza sobre la evaluación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la Universidad de Extremadura.....	168
4.2.1. Resultados del diseño de un sistema de indicadores para la evaluación multidimensional de la Estrategia de Promoción de la Salud.....	168
4.2.2. Resultados de la evaluación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la UEx.....	175

4.3. Resultados del análisis de la percepción de los estudiantes y representantes institucionales sobre las políticas, recursos y oportunidades de participación en la UEx en relación a la Promoción de la Salud.....	197
4.3.1. Percepciones de los estudiantes de la UEx en relación a la valoración del contexto universitario .....	197
4.3.2. Percepciones de los representantes institucionales en relación a la PS en la Universidad de Extremadura.....	207
<b>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....</b>	<b>209</b>
5.1. Discusión de los resultados de las necesidades en relación a los estilos de vida de los estudiantes de la Universidad de Extremadura.....	210
5.2. Discusión de los resultados relacionados con el diseño del instrumento para la evaluación de la PS dentro del contexto universitario.....	225
5.3. Discusión de los resultados de la evaluación de las dimensiones de la Promoción de la Salud en la UEx.....	228
<b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>243</b>
<b>CAPÍTULO VII. LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS DEL ESTUDIO.....</b>	<b>247</b>
7.1. Limitaciones del estudio.....	248
7.2. Prospectivas del estudio.....	248
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>251</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS.....</b>	<b>286</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>289</b>

## **RELACIÓN DE ACRÓNIMOS, CÓDIGOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS**

CIUEPS Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud.

DSS Determinantes Sociales de la Salud

EEES Espacio Europeo de Educación Superior.

ENT Enfermedades no transmisibles.

EPS Educación para la Salud.

OMS Organización Mundial de la Salud.

OPS Organización Paramericana de la Salud.

PDI Personal Docente e Investigador.

PAS Personal de Administración y Servicio.

PS Promoción de la Salud.

REUS Red Española de Universidades Saludables.

RIUPS Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud.

SNS Sistema Nacional de Salud.

SOC Sentido de Coherencia.

STP Salud en Todas las Políticas.

UEX Universidad de Extremadura.

US Universidad Saludable.

UIPES Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

WHO World Health Organization (Organización Mundial de la Salud).

# Introducción

La protección de la salud es reconocida como uno de los derechos fundamentales de todos los individuos en el artículo 43 de la Constitución Española (1978) y en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, Art.25).

La OMS, en el Acta de Constitución de 1948 define la salud como “*un estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia*”, aspecto que implica una mejora constante de las condiciones personales y sociales en las que se desarrolla el individuo para alcanzar el mayor nivel de bienestar y una buena calidad de vida.

Para lograr este objetivo es imprescindible conocer cómo los diferentes determinantes de la salud moldean e influyen en la salud y calidad de vida de los diversos grupos humanos. Los determinantes sociales de la salud, con las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan y que afectan a su salud (Tarlov, 1996).

Una de las principales preocupaciones en materia de salud a nivel mundial es la prevención de las enfermedades no transmisibles (ENT), principal causa de enfermedad y muerte prematura y evitable (OPS/OMS, 2013), condicionadas en gran parte por los efectos negativos de ciertos determinantes sociales. Por esto, hacer frente a la carga mundial de estas enfermedades constituye uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI.

Las cuatro ENT que representan mayor carga según la OMS son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, dentro de las cuales se reconocen como factores de riesgo comunes: el consumo de tabaco, la dieta poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol.

Frente a esta amenaza, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), proponen la línea estratégica de acción “*Factores de riesgo y factores protectores de las ENT*”, donde plantean como objetivos reducir el consumo de tabaco, reducir el consumo nocivo de alcohol, promover la alimentación sana y promover la vida activa; empleando estrategias de promoción de la salud basadas en la evidencia y abordando los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud entre otras iniciativas (OPS/OMS, 2013).

En relación a estos objetivos, desde hace varios años se vienen impulsando políticas de prevención, como el Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco (OMS, 2002), la Estrategia Mundial de la OMS para reducir el consumo nocivo

del alcohol (OMS, 2010a) y la Estrategia Mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud (WHO, 2004).

Estos datos ponen de manifiesto el cambio en los problemas de salud y en las causas de morbilidad registrados en los análisis epidemiológicos, donde enfermedades que tienen su origen en factores sociales, provocan desigualdades en salud en función del género, el nivel socioeconómico u otros motivos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003). De aquí la conclusión de que las acciones dirigidas a mejorar la salud deben considerar primordialmente los determinantes sociales.

Uno de los determinantes de especial relevancia y que además adquiere protagonismo en nuestro estudio es el estilo de vida, entendido como una forma de vida *“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”* (OMS, 1998a, p.27).

Éstos pueden ser entendidos según los comportamientos que se adopten como factores de riesgo o factores protectores de la salud, de forma que la adopción de un estilo de vida saludable está relacionado directamente con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Ante este panorama, surge la Promoción de la Salud (PS) durante las últimas décadas del siglo XX como necesidad estratégica y como disciplina dentro de la Salud Pública, para intervenir sobre los Determinantes sociales de la Salud (DSS) y por ende sobre las enfermedades no transmisibles.

El movimiento de Promoción de la Salud fue impulsado a través de propuestas internacionales promovidas desde la OMS, entre ellas la Conferencia de Ottawa, donde se redacta la Carta de Ottawa de Promoción de Salud en 1986 que supuso el nacimiento de este movimiento. Ésta potencia los principios y los valores de equidad, diversidad, ciudadanía y destaca la importancia de los “entornos saludables” para el desarrollo, entendidos como los lugares y contextos sociales donde las personas desarrollan su actividad diaria e interactúan con factores que puedan afectar a su salud y bienestar.

La universidad reúne varias de las características de estos entornos por ser centro laboral, educativo e investigador de especial relevancia para el avance de nuestra sociedad. Además de esto, las universidades constituyen entornos vivos donde interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan al bienestar y donde es posible crear salud, desde una perspectiva salutogénica (Antonovsky, 1996).

Desde la Carta de Edmonton (2005) a la Carta de Okanagan (2015) y la reciente Declaración de Alicante sobre la Promoción de la Salud y Universidad (2017), se subraya el rol de la universidad en la PS y se identifican las acciones prioritarias.

En la perspectiva de los *entornos saludables* se considera que, una universidad promotora de salud es aquella que incorpora el fomento de la salud a su proyecto, capacita a la comunidad universitaria con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan, influyendo así en entornos laborales y sociales (Dooris & Doherty, 2010). Para ello es fundamental incorporar este concepto en las políticas institucionales, en su entorno y en su currículo (Lange & Vio, 2006), a través de la adopción de un modelo de gobernanza orientado a la salud. Por gobernanza entendemos *“las tentativas de los gobiernos u otros actores para dirigir comunidades, países o grupos en la búsqueda de la salud como parte integral del bienestar mediante la adopción de un enfoque conjunto del gobierno y la sociedad”* (OMS, 2011, p. 4).

Parte fundamental de todo este proceso, es el análisis del entorno para obtener la evidencia que nos ayude a comprender nuestro contexto e incentivar las actuaciones que sean más pertinentes.

En base a los antecedentes, principios y estrategias aquí expuestos, fundamentamos el presente trabajo de investigación dirigido a un análisis desde el modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1987) de la gobernanza, en relación a la PS en la UEx, según el cual los ambientes en los que se desarrolla el individuo son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana.

La importancia y pertinencia de implantar un modelo de universidad saludable en la UEx o cualquier Institución de Enseñanza Superior, se fundamenta en diferentes principios que se desarrollan a continuación:

- La universidad es una institución que reúne las características propias de un entorno saludable por ser centro de trabajo, centro educativo y ser una institución de especial relevancia en tanto que investiga y garantiza el avance de nuestra sociedad a través de la formación de los cuadros del futuro.

- La universidad tiene una misión social vinculada estrechamente con su tarea formativa unida al desarrollo permanente de las capacidades de los miembros de la universidad.

- Con respecto a la PS tiene un papel importante en el desarrollo de competencias para la formación de Grado y Postgrado, de los diferentes profesionales implicados (sanitarios, sociales, educativos, laborales, comunitarios, etc.).



- Estamos viviendo con el plan Bolonia el proceso de transformación de un nuevo modelo de universidad basado en la formación integral del alumno y en la adquisición de competencias para el desarrollo personal y profesional; así como el desarrollo de valores relacionados con el medio ambiente, valores democráticos y de equidad, construcción de ciudadanos activos y del cuidado de la salud.

- El desarrollo de la Estrategia Universidad 2015 pensada para reforzar el carácter de servicio público de la Educación Superior e incrementar la dimensión social de la universidad, propone como uno de los ejes estratégicos de intervención los entornos inclusivos, sostenibles y saludables.

- La adopción de un nuevo enfoque para potenciar la salud, que se fundamenta en el diseño de un contexto adecuado para ello. Partimos de una nueva perspectiva orientada a responsabilizar a los entornos y las posibilidades de salud que brindan a las personas que en él habitan, en lugar de responsabilizar solamente a los individuos. Para ello, se utiliza el conocimiento para identificar las necesidades y a partir de éstas orientar la creación de ambientes favorables.

- En el contexto propio de la UEx, el Proyecto de Universidad Promotora de Salud, incorporado de forma explícita en el Programa del Rector Segundo Píriz Durán, en el período 2014-2018, supone un reto y un compromiso con el desarrollo humano, social, económico y medioambiental en el ámbito universitario y no universitario de Extremadura. Al mismo tiempo que está orientado a contribuir a los objetivos del Campus de Excelencia Internacional de la UEx *Hidranatura*. Con esta finalidad se crea la Oficina de Universidad Saludable en Julio de 2011 y se nombra en Consejo de Gobierno a la persona responsable de la misma la Dra María J. Miranda Velasco.

- A nivel nacional, la Oficina de Universidad Saludable se enmarca en el Proyecto de la Red Española de Universidades Saludables (REUS) a la que ya pertenece desde Diciembre de 2011, y por tanto, asume los principios de funcionamiento y objetivos de actuación, según una estrategia nacional.

En relación al ámbito internacional, la Oficina de Universidad Saludable de la UEx forma parte de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS) y del Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación en Promoción de la Salud (CIUEPS) desde Abril de 2012. Al mismo tiempo tiene el compromiso de trabajar en función de los estándares internacionales y panaeuropeos relacionados con la investigación, la formación y capacitación de profesionales, y su acreditación en PS, así como la aplicación del modelo de las competencias básicas.

Llegados a este punto, el objetivo de la investigación es estudiar los factores que tienen influencia en el desarrollo de la Estrategia de PS considerando dentro de este proceso, el estudio de los estilos de vida de los estudiantes de la UEx desde el Modelo salutogénico, de los DSS, la evaluación de las dimensiones propias de la PS dentro del contexto de la UEx, el análisis de las necesidades desde la percepción de los estudiantes con respecto a los recursos, políticas y oportunidades de participación que la universidad les brinda para potenciar su salud y bienestar; y por otro lado, el análisis de la percepción de representantes del equipo de gobierno de la universidad en relación a las barreras internas relacionadas con el desarrollo de la estrategia de Universidad saludable.

El desarrollo metodológico de la investigación se lleva a cabo mediante el método de estudio de caso e incorpora técnicas propias del paradigma cualitativo y cuantitativo, que permiten de la forma más conveniente acceder a la realidad social y enriquecen los resultados de la investigación.

Por último señalar, que este trabajo está en la línea de *entornos saludables*, (*Healthy Settings*) concretamente de *universidades promotoras de salud*, que se corresponde con una de las líneas de investigación del grupo de investigación “*Innovación en Educación y Salud*”, del catálogo de grupos de investigación de la Junta de Extremadura (SEJ033) y de la Universidad de Extremadura, que dirige la directora de la tesis.

- Estructura de la tesis:

El presente trabajo se compone de dos partes diferenciadas. La primera de ellas, es la relacionada con el marco teórico donde se lleva a cabo la fundamentación teórica que sustenta nuestro trabajo.

La segunda parte se corresponde con el desarrollo empírico del trabajo, donde se presenta el diseño de la investigación, las variables y dimensiones de estudio, los procedimientos de recogida de datos y validez empleados, los resultados obtenidos y la discusión y conclusiones finales.

En el primer capítulo se describen los antecedentes del tema, la justificación y fundamentación de la PS como estrategia de intervención en un nuevo modelo de salud, que considera la significatividad de los determinantes sociales. Por otro lado se expone la importancia de un estilo de vida saludable en la etapa vital de la juventud, y se definen los factores relacionados con la misma, que corresponden con las variables de estudio de una de las fases de investigación.

Posteriormente nos centramos en la universidad como entorno promotor de salud, su origen, fundamentación, redes nacionales e internacionales que forman parte del movimiento mundial de universidades promotoras de salud, y ejemplos de experiencias positivas en otras universidades.

El capítulo II describe el problema del cual parten nuestras preguntas de investigación que se plantean como los objetivos generales y específicos que persigue la misma.

El capítulo III se corresponde con el apartado metodológico del estudio, que incorpora: el diseño del estudio, la descripción del contexto de la investigación, los diferentes estudios llevados a cabo con sus respectivos métodos y técnicas de investigación, los instrumentos de recogida de información, las fuentes, los procedimientos y el análisis de los datos.

El capítulo IV muestra los resultados obtenidos en cada uno de los estudios a través de tablas, gráficos y figuras que ayudan a su visión y comprensión.

En el capítulo V se desarrolla la discusión de los resultados obtenidos fundamentados con datos de la literatura científica.

El capítulo VI de la tesis establece las conclusiones y consideraciones finales relacionadas con los objetivos planteados en la investigación.

El capítulo VII muestra las limitaciones del estudio, así como la prospectiva para futuras investigaciones.

Le sigue el apartado de referencias bibliográficas en las que se apoya este trabajo y los anexos que se referencian a lo largo del documento.



# CAPÍTULO I.

## MARCO TEÓRICO

## **1.1. EL CONCEPTO DE SALUD DESDE EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL.**

El modelo biopsicosocial de salud defiende que la salud está determinada por el conjunto de los factores biológicos, psicológicos (lo que implica pensamientos, emociones y conductas) y factores sociales. De esta forma, implica la existencia de determinantes generales que influyen en la salud y en el desarrollo humano dentro de un modelo integral de salud que requiere un abordaje multidisciplinar (Engel, 1977).

Esta nueva perspectiva, se orienta hacia un concepto de salud positiva que se focaliza en lo biopsicosocial, y en aquello que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren; de forma que el modelo salutogénico pone énfasis en aquello que genera salud y no en lo que genera enfermedad (Antonovsky, 1979).

### **1.1.1. El concepto de salud y su evolución conceptual.**

Aunque a lo largo de la historia, se han producido importantes variaciones en la concepción de la salud, los cambios más relevantes se han producido en la segunda mitad del siglo XX. Hasta entonces estuvo vigente la definición de salud surgida, con el advenimiento de la medicina científica, que consideraba la salud como “*la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez*”. Esta concepción negativa y reduccionista fue relegada debido a las dificultades para hacer operativa esta definición.

A partir de los cuarenta, se comenzó a definir la salud en sentido positivo, al considerar sano al individuo o colectivo que siente bienestar en ausencia de malestar. Así, en 1941 Sigerist establece que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que es “*una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo*”. Defiende que el individuo está determinado por la naturaleza, la cultura y los hábitos, y que la salud está presente de forma constante excepto cuando es interrumpida por la enfermedad (Sigerist, 1941).

En 1945 Stampar presentó su definición de salud, admitida universalmente y recogida en 1948 por la OMS en el preámbulo de su Constitución y la define de la siguiente manera: “*la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 1948, p.1).

Esta definición supuso un avance conceptual porque se relaciona de forma sencilla la salud no sólo con el aspecto físico y mental sino también con el ámbito social; de tal manera que la salud pasa de ser un asunto de interés privado a ser de interés público y social.

Aunque esta definición es significativamente más integral que la anterior e incluye distintas dimensiones de la salud, ha sido objeto de multitud de críticas por equiparar bienestar a salud, lo cual no es del todo exacto; ser utópica, ya que rara vez o nunca se alcanzará el completo bienestar físico, mental y social; por mostrar la salud como algo estático y por su carácter subjetivo (López & Aranda, 1994).

Posteriormente se han ido realizando diversas definiciones del término, intentando corregir los “errores” criticados en la definición de la OMS.

René Dubos expresa una concepción bidimensional de la salud, referida tanto al bienestar físico como mental y que incluye el concepto de adaptación con el ambiente, (no solamente físico, sino también mental y social). De esta forma la salud sería un estado físico y mental sin dolor que permite a la persona funcionar de forma efectiva en su ambiente durante el mayor tiempo posible (Dubos, 1959).

Esta idea bidimensional de la salud fue ampliada por Herbert L. Dunn en 1959, al incorporar el aspecto social. Para este autor, la salud incluye tres dimensiones: orgánica o física, psicológica y social. Esta inclusión de la dimensión social fue adquiriendo un progresivo énfasis en los años sucesivos.

A partir de los años setenta se produce un cambio de perspectiva. La relación salud-enfermedad pasa de ser un concepto estático a considerarse dentro de una escala continua sin que exista un límite claro entre ambos conceptos, ya que nunca se está totalmente sano o totalmente enfermo.

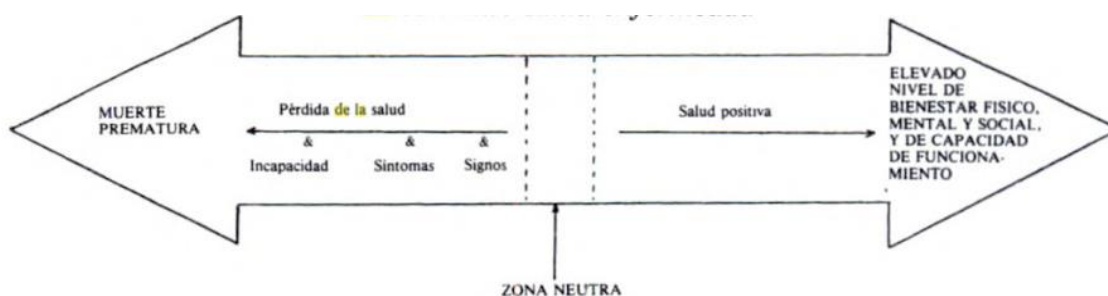
Milton Terris (1975), sugiere que la salud tendría dos polos: uno, la sensación de bienestar que es subjetivo y otro, la capacidad de funcionamiento, que sería objetivable y medible en distintos grados. Para él la salud va más allá de lo físico y además de un estado de bienestar físico, mental y social, le atribuye la capacidad para funcionar.

Posteriormente, Salleras Sanmartí (1985) considera la salud un fenómeno psico-biológico, social, relativo y variable haciendo referencia a un estado de compensación físico, psicológico, mental y social.

Para Salleras, por razones biológicas, la muerte no es evitable y el estado óptimo de salud es difícilmente alcanzable, por lo que considera cambiar estos conceptos por muerte prematura y elevado nivel de bienestar con capacidad para funcionar. La salud se encuadraría en un continuo que va desde la muerte hasta el estado óptimo, sin obviar la posibilidad de existencia de salud con ciertas enfermedades o afecciones en fase precoz que no producen síntomas, ni limitan la capacidad funcional. Desde este planteamiento, en 1985 establece un concepto dinámico de salud afirmando que la

salud es “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (Salleras, 1985, p.17). En esta definición se dan diferentes grados entre la salud positiva y la pérdida de salud como muestra el siguiente gráfico (figura 1), donde existe una zona neutra que es el reflejo de que la separación entre el binomio salud-enfermedad no es absoluta, provocando situaciones en las que es difícil diferenciar lo patológico de lo normal.

Figura 1. Continuo salud-enfermedad. Correlación de los aspectos subjetivo y objetivo con la salud y la enfermedad.



Fuente: Salleras, 1985, *Educación Sanitaria*, p.17.

Ante las dificultades del modelo biomédico para explicar la incidencia de variables extrasanitarias en la salud, se vio la necesidad de crear una nueva conceptualización para comprender y controlar mejor la salud y la enfermedad. Engel en 1977 defiende el modelo biopsicosocial, convencido de que aquello que determina la salud y la enfermedad es el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales. En el ámbito de la investigación, el modelo sostiene que para comprender los resultados en el dominio de la salud y la enfermedad se deben tener en cuenta todos los procesos implicados y se deben tratar de medir los tres tipos de variables antes mencionadas, lo que hace necesario adoptar un abordaje multidisciplinar. El modelo biopsicosocial proporciona una gran flexibilidad en la aproximación a la salud. Si bien es cierto que carece de una estructura consolidada de factores o dimensiones, esto mismo otorga al modelo libertad suficiente como para explorar las múltiples causas presentes en los problemas de salud (Engel, 1977).

Posteriormente, Antonovsky desarrolla en los años 70 la conocida teoría salutogénica humana, donde proclamó la necesidad de reconocer que la enfermedad no es el polo opuesto a la normalidad o ausencia de enfermedad sino a la salud positiva.



A pesar de que esta teoría empezó a forjarse a finales de los años 70, su desarrollo real y expansión están sucediendo en los últimos años como veremos posteriormente (Rivera et al., 2011; Antonovsky, 1979).

Teniendo en cuenta la salud como un derecho fundamental, en 1986, se celebró en Ottawa (Canadá) la Primera Conferencia Internacional de PS, en la que se elaboró la conocida *Carta de Ottawa* dirigida a la consecución del objetivo *Salud para Todos en el año 2000*.

Desde ésta se define la salud como “*un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas*” (OMS, 1998a, p.10). Esta amplia concepción tiene una implicación importante, y es que todas las políticas e intervenciones tienen que tener en cuenta que los cambios socioeconómicos tendrán un importante impacto sobre la salud y el bienestar individual y colectivo (OMS, 1986).

Hoy en día, está aparentemente consensuada la definición de la OMS, publicada en su formulación de objetivos de la Estrategia de “*Salud para Todos en el siglo XXI*” (OMS, 1998b) donde se define la salud como aquello a conseguir para que “*todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven*”. Esta visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. El objetivo que se persigue socialmente no se limita a recuperar la salud perdida, sino también a mantenerla mediante la promoción, el fomento y la prevención.

Como hemos visto, el término de salud es un concepto amplio y dinámico, porque tiene en cuenta muchas variables que determinan el grado de salud o enfermedad de un individuo o de una población. Se considera que la salud no es un valor absoluto y se reconoce que existen peculiaridades originadas por distintos factores. Las condiciones de vida de los distintos grupos sociales, el entorno, la evolución cultural, los avances científicos etc, han posibilitado que el concepto de salud no se centre sólo en el aspecto curativo, sino que éste vaya más allá. En definitiva, el concepto de salud está sujeto a la evolución del pensamiento social, a los avances de las ciencias de la salud y a los nuevos retos a los que hay que hacer frente. Constituye, por tanto, una de las bases de nuestro sistema de valores sobre el que día a día intentamos facilitar el desarrollo de una vida plenamente humana y universal.

### 1.1.2. Los determinantes sociales de la salud.

Los motivos o circunstancias que explican la salud, han sido motivo de preocupación en todas las épocas y civilizaciones, independientemente del concepto de salud asumido en cada momento. Sin embargo, ha sido a partir de la segunda mitad del siglo XX, con el desarrollo de la conceptualización de la salud cuando se ha planteado su estudio como “*el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones*” (OMS, 1998a, p.16).

La OMS (2008), hace referencia a los determinantes sociales de la salud como las condiciones de vida de cada individuo que dan lugar a las desigualdades en salud. Esto se refiere de forma particular a “*la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico*” (OMS, 2008, p.1).

Los DSS explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, que hacen referencia a las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

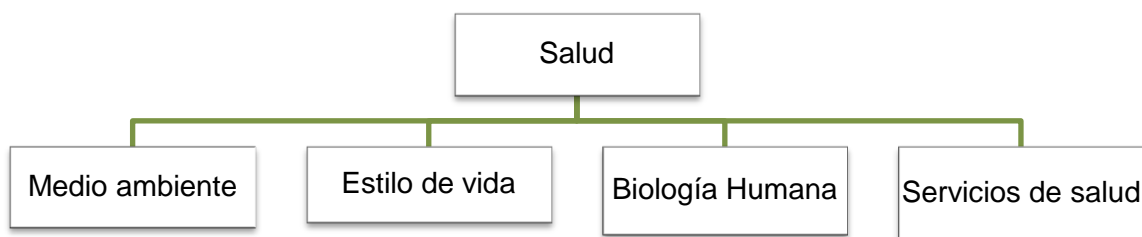
El desarrollo de los determinantes de salud ha sido paralelo a la evolución de la Salud Pública y al desarrollo de campos como la PS y la educación para la salud. Desde su origen, han aparecido varios modelos para intentar explicar los DSS.

Marc Lalonde (1974) construyó un modelo que ha pasado a ser un clásico en Salud Pública y que aún sigue vigente hoy en día.

Como se muestra en la figura 2, para este autor los factores condicionantes de la PS se agrupan en cuatro determinantes básicos:

1. Medio ambiente: incluye la contaminación biológica, física o química del aire, del agua o del suelo, la contaminación socio-cultural y la psicosocial (violencia, estrés).
2. Estilo de vida: posee múltiples dimensiones e integra el conjunto de hábitos y conductas que modulan nuestra vida diaria.
3. Biología humana: hace referencia a los procesos de maduración y envejecimiento determinados por la genética y que son muy poco modificables.
4. Sistema sanitario: en relación a la calidad, oportunidad y accesibilidad de los servicios de salud.

Figura 2. Determinantes de la salud según Marc Ladonde.



Fuente: Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*.

El estilo de vida o hábitos saludables es el grupo que más influencia tiene en la salud. Se trata de comportamientos que actúan negativamente sobre la salud, a los que el hombre se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control.

El modelo de Lalonde tuvo gran importancia en el desarrollo y orientación de las políticas sanitarias en la mayoría de los países desarrollados, pero también tuvo críticas y modificaciones con el paso de los años.

Dever (1976) desarrolló el modelo de Lalonde describiendo con mayor detalle los componentes de cada categoría, dando lugar al modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud (figura 3). En éste modelo los cuatro grupos de determinantes son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que estos estén en equilibrio.

Figura 3. Modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud de Dever.



Fuente: Dever, 1976, p.455.

En 1999, Tarlov clasificó los determinantes de salud en cinco niveles, desde el más individual y dependiente del campo sanitario hasta el más generalizado e independiente en el que apenas influyen las actuaciones en el campo de la salud.

Nivel 1. Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.

Nivel 2. Determinantes del estilo de vida.

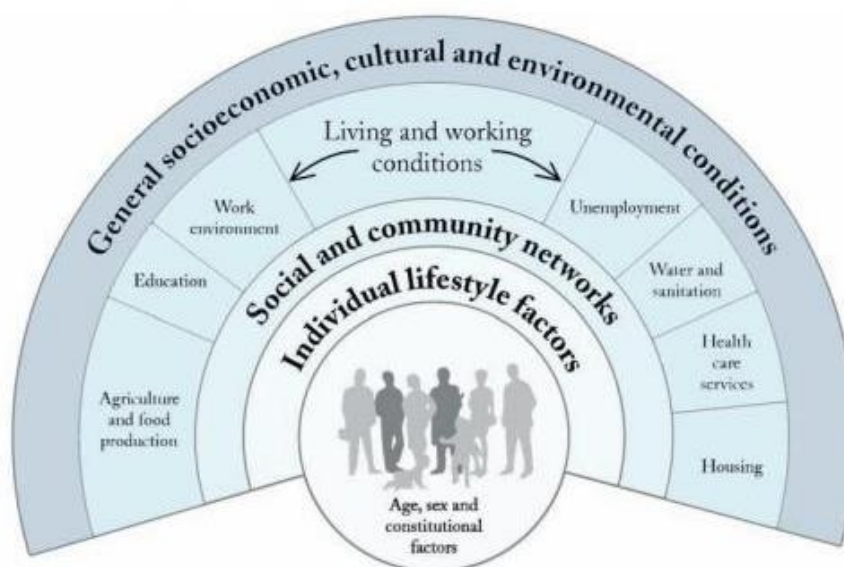
Nivel 3. Determinantes ambientales y comunitarios.

Nivel 4. Determinantes del ambiente físico, climáticos y contaminación ambiental.

Nivel 5. Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales.

En 1991, surge el modelo de capas de Dahlgren y Whitehead (figura 4) en el que el individuo con sus determinantes genéticos y biológicos está en el centro, alrededor del cual existe un amplio rango de determinantes que van desde los determinantes proximales o microdeterminantes asociados a variables de nivel individual, hasta los determinantes distales o macrodeterminantes, asociados a variables como: condiciones políticas, económicas, culturales y ambientales de la sociedad y que poseen gran influencia sobre las capas inferiores del modelo (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Figura 4. Modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead (1991).



Fuente: Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.

La mayoría de los problemas prioritarios dentro de la salud pública, comparten una serie de determinantes sociales básicos, como pueden ser la exposición a situaciones de riesgo, la vulnerabilidad a las enfermedades o el acceso a la atención sanitaria. Según establece la OMS la causa más poderosa reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas.

Para detener esta situación y mejorar el estado general de salud de la población es necesario actuar de forma coordinada frente a las afecciones importantes para la salud pública actuando dentro de sistemas sólidos, basados en la atención primaria de salud.

Como respuesta a la creciente preocupación producida por unas inequidades cada vez mayores, la OMS puso en marcha en el año 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el objetivo de orientar a los Estados Miembros y los programas de la OMS sobre cómo hacer frente a esta problemática.

En el informe de la Comisión de los DSS (OMS, 2008), se establecen entre las principales conclusiones y recomendaciones las siguientes:

- Las inequidades en salud entre los países y dentro de cada país son cada vez mayores entre los distintos grupos de población en función de variables como la etnicidad, el género, la situación socioeconómica o la zona geográfica.

- Esta situación es resultado de políticas fallidas y de inequidades en las condiciones de vida, el acceso al poder y los recursos y la participación en la sociedad.

- Para cumplir muchos objetivos vinculados a enfermedades concretas, entre ellos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (NU, 2015) relacionados con la salud, y para controlar y eliminar epidemias que ponen en peligro a poblaciones enteras, resulta indispensable actuar sobre los determinantes sociales. Existen grandes oportunidades para trabajar colectivamente sobre esos determinantes, desde dentro y desde fuera de los sistemas sanitarios.

La Comisión formula tres recomendaciones principales:

- a) mejorar las condiciones de vida;
- b) luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos;
- c) medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Hoy día, los DSS están reconocidos de forma unánime y son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, nacionales y regionales).

En la actualidad se sigue insistiendo en estas prioridades mundiales para la defensa de la salud y el bienestar tal como se recogen en la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (NU, 2015).

#### **1.1.2.1. Los estilos de vida.**

El estilo de vida es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de PS o prevención primaria.

Los *estilos de vida* pueden definirse como un conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo que suelen permanecer en el tiempo (Mendoza, 1990). Son fruto básicamente de la interacción entre las reacciones aprendidas durante el proceso de socialización y las condiciones de vida de ese individuo o grupo (Nutbeam, 1998).

Guerrero y León (2010), hacen referencia a ellos como una serie de rutinas o hábitos, una manera de vivir.

Jenkins (2005), los define como hábitos o comportamientos sostenidos, diferenciando entre los que mantienen la salud y promueven la longevidad (considerados factores protectores) y aquellos que la limitan y reducen la esperanza de vida (considerados conductas de riesgo).

La salud, desde la perspectiva que planteamos en nuestra investigación, depende de una forma general de vida donde interrelacionan las condiciones de vida y unos patrones de conducta que van a depender a su vez de las características socioeducativas y personales del individuo. Por tanto, hablamos de una responsabilidad compartida, donde deben plantearse acciones dirigidas tanto hacia las personas como hacia el medio (Perea, 2004).

- **Algunos componentes de los estilos de vida en jóvenes.**

La juventud se considera una construcción social y cultural marcada por una sucesión de ritos, que aseguran la transición progresiva hacia la vida adulta. Se trata de un proceso complejo a través del cual el joven adquiere y desarrolla habilidades suficientes para incorporarse a la sociedad como ente productivo y, sobre todo, al proceso de asimilación de valores, normas y prácticas propias del mundo adulto.

Los estudiantes universitarios, se incluyen por lo general dentro de este grupo. Conforman un grupo heterogéneo que realizan una misma actividad, en este caso el estudio. Por otro lado, comparten edades similares y coinciden sus condiciones materiales, sus trayectorias académicas, sus búsquedas y aspiraciones, así como sus ideas, valores y creencias son diferentes.

Para los jóvenes el acceso a la Enseñanza Superior supone enfrentarse a numerosos desafíos, como la separación de la familia y de los amigos y una exigencia de mayor autonomía (Brooks y Dubois, 1995). En la literatura, la adaptación al contexto universitario se ha conceptualizado como un proceso complejo y multidimensional, que implica múltiples factores.

De este proceso pueden surgir diferentes comportamientos por parte de los jóvenes, que están relacionados con los estilos de vida. Por un lado, la etapa universitaria, es crítica para la adquisición de buenos hábitos que posteriormente serán reflejados en la vida adulta (Espinoza et al., 2011). Por otro lado, los jóvenes universitarios son considerados como una población vulnerable, que pueden adoptar estilos de vida no saludables y se les atribuye comportamientos como, el sedentarismo, la mala alimentación, un consumo poco moderado de alcohol y tabaco, sumado a otras conductas sociales de riesgo.

A continuación vemos de forma más detallada algunos de los componentes que determinan el estilo de vida de los jóvenes universitarios.

- **Alimentación saludable.**

En un estilo de vida saludable, la alimentación equilibrada juega un papel de reconocida relevancia que, conjuntamente con otros hábitos saludables nos permiten prevenir multitud de enfermedades.

La modernización de la sociedad ha supuesto una serie de cambios sociológicos y/o culturales que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias (Durá & Castroviejo, 2011). Los hábitos dietéticos en sociedades culturalmente desarrolladas como la nuestra, han evolucionado desde la dieta mediterránea tradicional hacia patrones alimentarios más propios de las sociedades originarias del norte de Europa, caracterizadas por una mayor contribución de la grasa de origen animal al consumo energético total, en perjuicio de los hidratos de carbono complejos y la fibra vegetal. Además, el cada vez más frecuente consumo de alimentos precocinados en detrimento de los frescos, así como el hábito de comer fuera del

hogar, hacen que nos alejemos de nuestra saludable dieta mediterránea tradicional (Majem et al., 2003).

El aumento del consumo de grasa de origen animal, asociado a una baja actividad física, se ha relacionado con un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, algún tipo de cáncer, obesidad, trastornos del metabolismo glicémico, caries dental, osteoporosis y algunas alteraciones del sistema inmunitario. Contrariamente, la incorporación abundante de frutas y verduras a nuestra alimentación se ha correlacionado como un marcador protector de muchos de estos problemas crónicos. Paralelamente, las evidencias disponibles indican que las intervenciones mediante el consejo dietético y la educación nutricional pueden influir positivamente en la evolución de estos trastornos (Dapcich et al., 2007).

La dieta mediterránea tradicional se considera el modelo de alimentación más saludable y sus beneficios sobre la salud se han puesto de manifiesto en numerosos estudios observacionales. Se ha demostrado que patrones alimentarios más cercanos a la dieta mediterránea, caracterizados por el consumo de frutas y verduras, hidratos de carbono complejos, frutos secos, legumbres, pescado, carnes blancas y, especialmente, la utilización del aceite de oliva virgen como fuente principal de grasa, así como un consumo bajo de grasas de origen animal y bollería industrial, se asocian a una disminución de la morbilidad sobretodo de la atribuible a la patología cardiovascular. Por este motivo el modelo de la dieta mediterránea se ha trasladado a innumerables guías dietéticas de todo el mundo (Dapcich et al., 2007).

Las recomendaciones nutricionales indican cuáles son las ingestas deseables para alcanzar un estado óptimo de nutrición y salud. Para conseguir que los objetivos nutricionales deseados lleguen a la población y se hagan efectivos, es necesario desarrollar e implementar programas de PS que contemplen distintos tipos de estrategias de intervención en la comunidad. Con tal finalidad, se publican las guías alimentarias, que expresan en los alimentos, los nutrientes y el valor energético recomendado, por medio de cantidades orientativas y recomendaciones sobre la frecuencia de consumo de raciones estándar de los alimentos.

En la siguiente figura se muestra la nueva rueda de alimentos, donde se dividen los alimentos en tres grupos. Los alimentos formadores (color rojo), que permiten el crecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de las estructuras de nuestro cuerpo; los alimentos energéticos (en color amarillo), que permiten el funcionamiento normal de nuestro organismo al aportar el 'combustible' necesario para todas nuestras actividades cotidianas y los alimentos reguladores (color verde), que hacen que



nuestro cuerpo pueda utilizar convenientemente el resto de alimentos. La SEDCA (2016), recomienda consumir alimentos de todos los grupos de la forma más variada posible.

Además, entre las recomendaciones de alimentación para la población española se establece el consumo de agua y una buena hidratación para mantener la condición física normal, el mantenimiento de la función cognitiva, la termorregulación y el funcionamiento adecuado de nuestro metabolismo.

Por otro lado, se recomienda la práctica de actividad física, donde establece para los niños y jóvenes realizar al menos 60 minutos diarios varias veces por semana, y para los adultos realizar al menos 30 minutos diarios.

Figura 5. La nueva rueda de los alimentos.



*Fuente: Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. SEDCA, 2016.*

Los factores que determinan la selección de los alimentos que integrarán la dieta de un individuo son de naturaleza compleja y no están del todo bien definidos. Básicamente la tipología alimentaria está supeditada a factores socioculturales y familiares junto con la capacidad de elección. Dentro de los condicionantes socioculturales se englobarían diversos factores como creencias religiosas, tradiciones, modas y las campañas de publicidad y marketing que pretenden promocionar una determinada cultura o modelo alimentario (Bautista et al., 2004).

En los últimos años se han venido desarrollando diferentes propuestas a la luz de las evidencias encontradas por las investigaciones en esta área de conocimiento. En la actualidad las recomendaciones de la Harvard School of Public Health se orientan a promocionar el *plato saludable* compuesto por verduras, incluidas hortalizas y legumbres, proteínas, frutas y cereales. Además incorpora la importancia de mantenerse activo como parte de la dieta saludable.

Figura 6. Recomendaciones del plato saludable.



Fuente: Harvard School of Public Health. [www.hsph.harvard.edu/nutritionsource](http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource).

Conocer y profundizar sobre qué componentes de la dieta pueden desempeñar un papel importante en la prevención de enfermedades podría permitir desarrollar acciones de educación nutricional encaminadas a modificar el patrón alimentario de la población hacia dietas más equilibradas, saludables y cardioprotectoras.

Durante la etapa universitaria muchos estudiantes empeoran su estilo de alimentación, producto de la falta de tiempo para cocinar, comer o conocer la preparación de alimentos saludables que probablemente en sus casas acostumbraban a consumir en su etapa escolar, lo que influye en la probabilidad de tener sobrepeso y otros factores de riesgo cardiovascular (Espinoza et al., 2011).

Luis Espinoza, en el estudio anterior, encuentra entre universitarios chilenos, que aunque dispongan de una amplia oferta de alimentos saludables y no saludables, éstos tienden a elegir alimentos ricos en carbohidratos y lípidos en detrimento de las frutas y verduras, independientemente del coste económico del alimento. Estos antecedentes ponen de manifiesto la necesidad de tomar acciones a nivel universitario que permitan a los alumnos formarse y adquirir hábitos alimentarios adecuados, que perduren en la edad adulta.

En España existen pocos estudios sobre hábitos alimentarios en los estudiantes universitarios y la mayoría de ellos reflejan un inadecuado seguimiento de las recomendaciones de consumo que establece el patrón de dieta mediterránea (Durá & Castroviejo, 2011; Serra-Majem et al., 2009).

Un estudio realizado recientemente en la Universidad de Castilla- La Mancha sobre la calidad de dieta, muestra que los estudiantes universitarios duplican en consumo las recomendaciones de azúcares simples y su dieta es alta en grasa saturada y colesterol. Este estudio concluye que más del 91% de los estudiantes se encuentra en una situación de "necesidad de cambios en la dieta" hacia patrones más saludables y que sólo un 53% muestra adherencia a la dieta mediterránea (Cervera et al., 2013).

A nivel internacional, diferentes estudios realizados en esta población señalan que los estudiantes tienden a elegir alimentos ricos en lípidos, carbohidratos y bajos en fibra dietaria (Sakamaki et al., 2005; Espinoza et al., 2011).

Frente a esta problemática, la mayoría de las universidades saludables en todo el mundo están incluyendo propuestas nutricionales en los comedores universitarios en beneficio de toda su comunidad universitaria. Además incluyen dietas especiales para las necesidades específicas de sus estudiantes y profesionales. Destacan ejemplos muy consolidados como los que desarrollan las redes alemanas de universidades saludables, las nórdicas y la red inglesa de Universidades Saludables.

- **Actividad física.**

Los términos actividad, ejercicio y forma física, aunque relacionados entre sí, describen conceptos diferentes:

1. La actividad física (AF) se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que origine un consumo de energía. En todos los momentos de la vida se efectúa alguna AF.

2. El ejercicio físico es una subcategoría de la AF, que al ser planificada, estructurada y repetida mantiene o mejora las funciones del organismo. El deporte es el ejercicio físico realizado bajo unas reglas y de forma competitiva.

3. La forma física es la capacidad de realizar actividades físicas en grados moderados o vigorosos sin que aparezca fatiga (Ortega, 1992).

Desde el inicio de la humanidad, la actividad física ha sido connatural al hombre, ya que de ella dependía su supervivencia (caza, agricultura, ...), pero a medida que la tecnología ha permitido liberar al hombre de las tareas pesadas que requerían grandes dosis de esfuerzo físico, así como facilitarle los desplazamientos sin tener que caminar, la sociedad occidental ha modelado unos quehaceres cotidianos que no requieren, en la mayor parte de los casos, prácticamente de ningún esfuerzo físico, ni tampoco de desplazamientos que deban hacerse andando (Blasco et al., 1996).

Estas circunstancias nos conducen a una situación en la que predomina la inactividad y, como consecuencia de ella, una serie de patologías y alteraciones derivadas de esta hipocinesia: obesidad, atrofia ósea y muscular, aterosclerosis, alteraciones degenerativas cardiovasculares y del aparato locomotor, broncopatías crónicas, afecciones psíquicas, aumento del consumo de medicamentos, tabaco, alcohol y otras drogas, entre otras (Casimiro, Artés & Águila, 1999).

Cada vez hay mayor evidencia de que la falta de ejercicio está relacionada con el desarrollo de diversas enfermedades, así como de que su práctica puede tener un papel fundamental en el mantenimiento de la salud. La práctica regular de ejercicio se asocia a una disminución de la mortalidad global ajustada por la edad y a un aumento de la esperanza de vida en más de 2 años sobre la media poblacional. Reduce el riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria o la muerte por ésta, de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y distintos tipos de cáncer, disminuye los síntomas de ansiedad y depresión, contribuye a evitar la osteoporosis y a mantener la funcionalidad de músculos y articulaciones, y puede ayudar a los ancianos a vivir independientes y prevenir caídas y fracturas (Ortega, 1999).

Los avances de la investigación sobre los efectos beneficiosos de la actividad física han potenciado enormemente el desarrollo del concepto de condición física orientada hacia la salud frente al concepto tradicional de orientación de la condición física hacia el rendimiento (Sánchez, 1998).

Se cree que un estilo de vida saludable en la etapa adulta se consigue con los hábitos adquiridos a edades tempranas, sobre todo durante la adolescencia. Por otro lado, diversos estudios han demostrado que la actividad física disminuye de manera significativa entre la adolescencia y la juventud, y esto puede ser explicado por el hecho de que la práctica de ejercicio físico se convierte en una actividad voluntaria cuando las personas abandonan la escuela secundaria y empiezan a trabajar o estudiar en la universidad (Bauer et al., 2011).

La relación entre la actividad física y la salud se puede enfocar desde tres perspectivas: rehabilitadora, preventiva y orientada al bienestar.

La perspectiva rehabilitadora considera la actividad física como un instrumento mediante el cual puede recuperarse la función corporal. La perspectiva preventiva, orienta la actividad física a reducir el riesgo de que aparezcan determinadas enfermedades o se produzcan lesiones. Es la que se ocupa del cuidado de la postura corporal y la seguridad en la realización de los ejercicios físicos, así como de la disminución de la susceptibilidad personal a enfermedades modernas como la osteoporosis, la depresión, el exceso de colesterol, la hipertensión o las enfermedades cardiovasculares, a través de la A.F (Devís, 1995).

Tanto la perspectiva rehabilitadora como la preventiva se encuentran estrechamente vinculadas a la enfermedad y la lesión, pero la relación de la actividad física con la salud va más allá de la enfermedad, por lo que es necesario incorporar la perspectiva orientada al bienestar.

Esta tercera perspectiva considera que la actividad física contribuye al desarrollo personal y social, independientemente de su utilidad para la rehabilitación o prevención de las enfermedades o lesiones. Es decir, se trata de ver en la actividad física un elemento que puede contribuir a mejorar la existencia humana más allá de la supervivencia de manera que nos permita hablar de calidad de vida.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que la cantidad de tiempo sentado diariamente se asocia con la obesidad, el síndrome metabólico y la mortalidad por enfermedad cardiovascular en ambos sexos y que esta asociación se mantiene con independencia de la actividad física (Katzmarzyk et al., 2009). O sea, a mayor tiempo sentado, mayor riesgo de muerte, siendo mayor el riesgo en los sujetos que

simultáneamente realizan menos actividad física y más conducta sedentaria. Parece ser que, el deterioro que produce la conducta sedentaria es un efecto desencadenado por la baja actividad musculoesquelética (Hamilton et al., 2008).

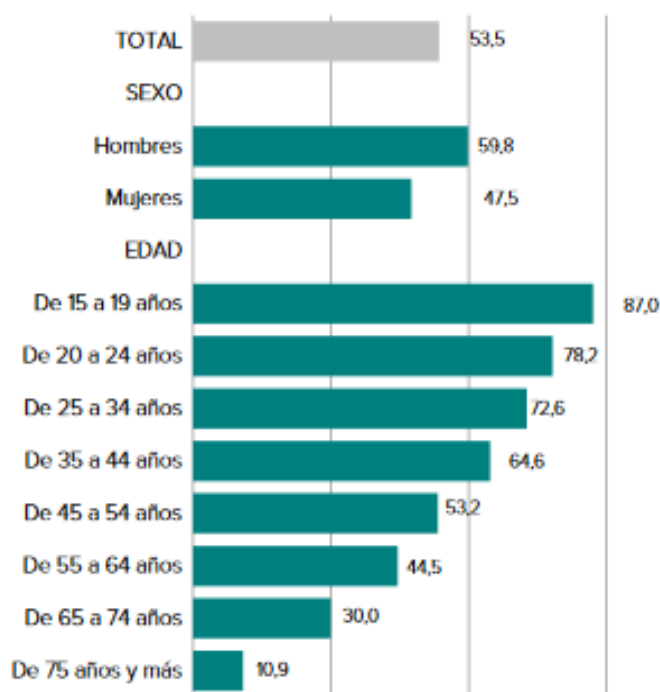
Si analizamos la Encuesta de Hábitos Deportivos en España de 2015 del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, muestra que los practicantes de actividad física dedicaron un promedio de 312,1 minutos a la semana.

Algunas variables como la edad y el sexo resultan determinantes. En cuanto a la edad las mayores tasas de práctica deportiva se alcanzan en la población más joven analizada (de 15 a 19 años), donde un 87% son practicantes. Esta tasa va descendiendo hasta situarse en un 10,9% en el grupo de población de 75 años y más.

Por sexo, la práctica deportiva continúa siendo superior en los hombres (un 59,8%) que en las mujeres (47,5%).

Con respecto al grupo de población donde podemos situar a los estudiantes universitarios (entre los 20 y los 24 años), los datos muestran que son practicantes un 78,2%, lo que supone un descenso del porcentaje de practicantes (en un 11%) con respecto al grupo de edad anterior.

Figura 7. Porcentaje de personas que practicaron deporte en España en 2015.



Fuente: Encuesta de hábitos deportivos en España 2015. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

La mayoría de estudios relativos a los hábitos de actividad física en universitarios revelan un elevado porcentaje de sedentarismo en esta población. Algunos revelan tasas de hasta un 40-50% de estudiantes físicamente inactivos (Keating et al., 2005). Uno de los principales motivos que alegan los estudiantes para no realizar actividad física es la falta de tiempo (Olivares, Lera, & Bustos, 2008), debido principalmente a la sobrecarga académica (Ulla-Diez & Perez-Fortis, 2009).

En un estudio realizado en la población universitaria (Farinola & Bazán, 2011) se vio que la conducta sedentaria es muy variable de un sujeto a otro (coeficiente de variación del 50%). Los varones pasaban menos tiempo sentados que las mujeres, aunque estas diferencias no fueron significativas. Una cantidad preocupante (16%) de estudiantes (en su mayoría mujeres) eran insuficientemente activos y sedentarios al mismo tiempo, por lo que se encuentran en mayor riesgo de desarrollar patologías crónicas metabólicas y/o cardiovasculares.

Frente a estos datos, varios estudios destacan la importancia de ofrecer programas de actividad física en las instituciones universitarias y la responsabilidad de las universidades de promover la práctica de actividad física y la participación en actividades deportivas entre sus estudiantes.

En este sentido, la universidad es un contexto ideal en el que aprender y consolidar la vida personal y profesional, incluyendo un estilo de vida que va a determinar la salud futura (Keller et al., 2008; Molina-Garcia et al., 2009; Quintiliani et al., 2010).

Las guías para Universidades saludables deben ser un referente a la hora de motivar a los alumnos y para entregar una oferta de actividades físicas que permitan a los estudiantes ocupar su tiempo libre.

- **Tabaquismo.**

Según la OMS el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo.

El consumo de tabaco es un factor de riesgo para la aparición de numerosas enfermedades, como cáncer de pulmón, bronquitis crónica, enfisema, cardiopatía isquémica y otras muchas enfermedades crónicas (Samet, 2013).

En España, el consumo de tabaco, es actualmente la mayor causa de morbilidad y mortalidad. Ocasiona una gran pérdida de años de vida potenciales, invalideces, jubilaciones prematuras, hospitalizaciones y actos sanitarios de todo tipo, originando el

coste sanitario y social más elevado al que tiene que hacer frente la sociedad española (González et al., 2002).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (2011-2012), el 24,5% de la población adulta fuma a diario, el 3,1% es fumador ocasional, el 19,6% se declara exfumador y el 53,5% nunca ha fumado, con una tendencia hacia una disminución del consumo diario sobre todo en hombres, independientemente del nivel educativo. Entre las mujeres de menor nivel educativo ha aumentado el consumo, pero ha disminuido entre las universitarias.

Es incuestionable que la adolescencia es un momento crítico en el establecimiento del hábito de fumar. Las causas relacionadas con el inicio del consumo de tabaco son múltiples y se pueden agrupar en tres niveles (Flay, Petraitis & Hu, 1999):

1) Individual: incluye factores intrínsecos de la persona, como edad, factores cognitivos, emocionales y biológicos.

2) Contexto social inmediato: corresponde al ámbito más cercano del adolescente como son las actitudes y conductas relacionadas con el tabaquismo de familiares y amigos.

3) Ambiente sociocultural: como la política sobre tabaquismo en espacios públicos o el nivel socioeconómico de la familia.

Fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Dejar de fumar, supone por lo tanto, superar la adicción, desprenderse de una conducta y modificar la influencia del entorno (Physicians, 2000).

Las intervenciones deben ir encaminadas por un lado a impedir la iniciación al consumo y por otra a fomentar y facilitar el abandono del consumo.

Los requisitos mínimos para el éxito y el buen funcionamiento de un plan para la prevención y el control del tabaquismo incluyen: un abordaje integral del problema, un marco legal apropiado, la existencia de apoyo institucionalizado, una adecuada dotación de recursos, la participación social y una integración y coordinación adecuada entre todas las instancias implicadas en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación del programa (Piédrola, 2008).

Con respecto al ámbito universitario, en la actualidad, se evidencia una notable preocupación sobre el consumo de tabaco entre los jóvenes universitarios.



Varios estudios llevados a cabo en universidades españolas revelan porcentajes de fumadores entre la población universitaria que van desde el 29% hasta un 48% (Froján & Rubio, 1997; Villar et al., 2001; Reig et al., 2001).

Una tesis de la Universidad de Murcia, realizada por la Dra Adelaida Lozano Polo en 2015, revela que uno de cada cuatro estudiantes fuma y que la mayor parte son mujeres (77%). Por otro lado, un elevado porcentaje (78,8%) están expuestos al humo ambiental de tabaco.

Este trabajo concluye que deben establecerse medidas para la reducción de la prevalencia de fumadores y la exposición al humo y que éstas han de tener un enfoque comunitario extendiéndose al entorno próximo del alumnado.

Por otro lado evidencia la necesidad del abordaje del tabaquismo en universitarios, donde la universidad como institución tiene una importante función social y de promoción de la salud, que puede contribuir a mejorar las actitudes y conocimientos y a facilitar el abandono del consumo de tabaco en sus estudiantes, si incorpora acciones específicas para este fin (Lozano, 2015).

En estudios internacionales se han obtenido resultados que muestran una prevalencia de este hábito durante la etapa universitaria de un 38,7% (Zárate et al., 2006).

Un estudio realizado en universidades portuguesas (Precioso, 2004) revela que un porcentaje elevado de estudiantes (cerca del 30%), particularmente de alumnas (34%), empiezan a fumar en la universidad.

Si revisamos las normativas existentes relacionadas con el consumo de tabaco dentro del contexto universitario, el artículo 7 de la ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, establece que está prohibido fumar en los espacios cerrados de centros docentes y formativos así como en las inmediaciones a los edificios o aceras circundantes. Lo que no aclara es el perímetro en el que está prohibido. Debe ser la Universidad o la Comunidad Autónoma la que establezca cuántos metros desde la puerta son espacios libres de humo.

La última tendencia en las universidades es abogar por espacios 100% libres de tabaco, incluso al aire libre, más que ir creando espacios para fumadores. La convivencia de espacios cerrados para fumar no ha dado buenos resultados porque al final se incumplen estos espacios y se fuma en partes no permitidas. Cuando se trata

al aire libre, generalmente no se acotan los lugares donde fumar, pero se intenta que nunca sea en los accesos a los centros.

El espacio universitario por tanto, puede convertirse en un factor de riesgo o un factor protector en el consumo de tabaco. La experiencia en la aplicación de estrategias educativas para la prevención del consumo de drogas ha demostrado que no es suficiente dar a conocer a la población los peligros del consumo. Es igualmente importante desarrollar en las personas la capacidad para resistir las presiones negativas de los pares y la publicidad, promoviendo su autocontrol, autoestima, autoeficacia y autocuidado.

- **Consumo de alcohol**

El alcohol es una droga con capacidad adictiva, tóxica y que causa importantísimos problemas de salud física, mental y social en todo el mundo.

En Europa y sobre todo en los países mediterráneos el consumo de alcohol es uno de los factores determinantes de la salud más importantes. Este hecho diferencial se debe a que tiene un importante arraigo sociocultural en esos países, al papel que se le ha otorgado dentro de la dieta mediterránea y a la elevada producción de diversas bebidas alcohólicas.

Según la Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2013-2014) del observatorio nacional sobre drogas:

- La tendencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 10 años se encuentra estabilizada en niveles elevados.
- La prevalencia de intoxicación aguda por alcohol muestra una tendencia estable. El 15,5% de la población ha consumido alcohol “en atracón” en el último mes. Las mayores prevalencias se encuentran en el grupo de los adultos jóvenes de 15 a 29 años.
- Tienen un consumo problemático de alcohol el 4,9% de encuestados, de los cuales presentan consumo de riesgo el 4,5% y presentan una posible dependencia el 0,4%.

El consumo nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo evitables de los trastornos neuropsiquiátricos y otras enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres, contribuyendo de forma importante a la carga mundial de morbilidad, y ocupando el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial.

Existe una alta variabilidad interindividual en la ocurrencia y gravedad de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Condiciones como su abuso y su dependencia, son el resultado de una amplia gama de complejas interacciones entre factores genéticos, ambientales, conductuales y sociales, que aún permanecen sin elucidar, a pesar de los enormes esfuerzos hechos durante varias décadas por la comunidad de investigadores que trabaja en temas relacionados con el alcohol.

En el 2010, la OMS plantea una estrategia para reducir el uso nocivo del alcohol en la que recomienda el trabajo comunitario ya que según su planteamiento, puede lograrse que desde el interior de las comunidades se conozcan y asuman los daños que acarrea el consumo, movilizándolo de esta manera a la población en contra de la venta y el consumo (OMS, 2010a).

La estrategia para reducir el uso nocivo del alcohol de la OMS tiene cinco objetivos:

- Aumentar la concienciación mundial sobre la gravedad del problema a nivel sanitario, social y económico y reforzar el compromiso de los gobiernos para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol.

- Consolidar los conocimientos sobre los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que los reducen y previenen.

- Aumentar el apoyo técnico a los Estados Miembros y reforzar su capacidad para prevenir el uso nocivo del alcohol y gestionar los problemas de salud derivados.

- Fortalecer las alianzas, aumentar la coordinación entre los interesados y la movilización de recursos para adoptar medidas de prevención adecuadas.

- Mejorar los sistemas de seguimiento y la difusión y aplicación más eficaz de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación.

Las personas que se inician en el consumo de bebidas alcohólicas durante la adolescencia tienen mayor probabilidad de sufrir las consecuencias del consumo excesivo de alcohol al llegar a la vida adulta, entre las cuales se encuentran el riesgo de desarrollar alcoholismo o dependencia al alcohol (Guardia et al., 2007).

En la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (2014) se refleja que el consumo de alcohol, especialmente el consumo en forma de “binge drinking” (tomar 5 o más bebidas alcohólicas en pocas horas) tiene su máxima prevalencia entre los 15 y los 29 años en ambos sexos (mayor pico entre los 20-24 años, correspondiente con la etapa universitaria).

Asimismo, otros artículos sugieren el “binge drinking” produce mayor ansiedad, impulsividad y un estado de ánimo más bajo que los abstemios, y un peor rendimiento cognitivo, especialmente en memoria de trabajo y planificación. (Townshend & Duka, 2005).

En cuanto al consumo de alcohol en universitarios, estudios revelan que un 68% de los estudiantes universitarios son consumidores habituales de bebidas alcohólicas, de los cuales “algo más del 8% tienen problemas” con este consumo (Reig et al., 2001).

- **Consumo de otras drogas.**

El consumo de drogas (ilegales) es uno de los problemas que mayor interés ha despertado en las últimas décadas debido a la creciente implicación de los adolescentes y jóvenes en estas conductas. Además, constituye un auténtico problema de salud pública y social debido a los costes humanos, sociales y económicos que conlleva, y que se confirma por los datos epidemiológicos sobre el consumo.

Según la OMS, droga es toda sustancia capaz de modificar una o más funciones del organismo. En este sentido, se entiende por drogodependencia, el estado psíquico, y a veces físico, que resulta de la interacción de un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada para experimentar los efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona.

Cuando la adicción se acompaña de otras implicaciones biológicas, manifestadas en forma de reacciones de tolerancia y abstinencia, se puede hablar de dependencia. La dependencia es la necesidad imperiosa e incontrolable que tiene una persona de ingerir una determinada sustancia.

El consumo de drogas y las consecuencias unidas a su consumo constituye un problema social y de salud pública que afecta a España y a la comunidad internacional en su conjunto.

Según el Observatorio Español sobre Drogas (2013), podemos decir que las conclusiones más destacadas sobre la evolución del consumo de drogas en España en los últimos años son las siguientes:

- Se ha detenido el descenso de consumo de tabaco observado hasta 2007.

- Está estabilizada o en descenso la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, aunque ha aumentado la frecuencia de episodios de consumo intensivos (borracheras).

- Después de muchos años de descenso, puede haberse estabilizado el consumo de heroína, e incluso puede haber comenzado a ascender.

- Se ha estabilizado o puede haber comenzado a descender el consumo de cocaína y cannabis, tras muchos años de aumento continuado.

- Ha aumentado el consumo de hipnosedantes, mientras continúa descendiendo el consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos.

Un estudio llevado a cabo con 763 universitarios en Cali (Cáceres et al., 2006), muestra que el consumo de drogas ilegales se da en un 10,9% de la población universitaria. La droga ilegal más consumida por los jóvenes es la marihuana, en línea con otras investigaciones (Turner, Russell & Brown, 2003), quizás por ser considerada por los jóvenes como la menos nociva en comparación con las demás drogas ilegales.

En nuestro país, un estudio llevado a cabo en la Universidad de Zaragoza (Jiménez-Muro et al., 2009) con estudiantes de primer curso durante el curso académico 2005-2006, obtuvo como resultado que el 16,5% de los estudiantes fuma cannabis (a diario, ocasionalmente o los fines de semana). De éstos, el 57% afirma que sus amigos también lo hacen. El 32,8% de los consumidores de cannabis creen que su consumo no provoca adicción frente al 67,2% de los que no consumen que consideran que sí ( $p < 0,001$ ). Por otro lado, no consideran peligroso su consumo.

El 10,4% del total de la muestra afirma que sus amigos consumen otras sustancias además de las ya referidas, como son cocaína y “pastillas”.

Los resultados de un estudio realizado en la Universidad de Córdoba en 2010 (Ruiz-Olivares et. al, 2010), señalan que un 6,33% consumen psicofármacos esporádicamente y un 1,3% lo hace habitualmente. En general los jóvenes universitarios que más consumen alcohol, tabaco y psicofármacos son los que valoran con una puntuación más baja los posibles riesgos derivados del consumo.

- **Sexualidad y relaciones afectivas.**

La sexualidad es una dimensión importante de la personalidad y el estado de salud que se expresa a lo largo de la vida de manera diversa y diferente en cada una de las personas. No todos tenemos el mismo concepto de lo que es la sexualidad ni la expresamos de la misma forma. Cada grupo social y cultural construye y recrea imaginarios sociales particulares. Esta complejidad hace difícil su estudio y en parte justifica la falta de una robusta evidencia sobre la efectividad de las intervenciones (Colomer, 2011).

Aunque la sexualidad tiene importancia a lo largo de toda la vida, en la adolescencia adquiere una mayor dimensión. Alcanzar la sexualidad madura, con todas las implicaciones físicas y psicológicas, es uno de los muchos retos a los que deben hacer frente los adolescentes. En los países desarrollados, una alta proporción de jóvenes que finalizan la escuela obligatoria, informan haber participado en comportamientos sexuales de riesgo (Godeau et al., 2008).

Por tanto, abordar las relaciones sexuales tempranas y mal protegidas sigue siendo un problema importante para la salud pública.

Como base de la planificación de las intervenciones preventivas, se vienen realizando muchos esfuerzos por parte de los investigadores para establecer modelos coherentes de los determinantes del comportamiento sexual que permitan identificar factores de riesgo y de protección.

De la Encuesta Nacional de Salud Sexual de 2009 (encuesta de base poblacional a partir de 16 años) se pueden extraer los siguientes resultados:

En general, los hombres inician sus relaciones sexuales más tempranamente que las mujeres. La media de edad de inicio más frecuente para los hombres es la categoría de “17-18 años”, seguida de “15-16 años”. Las mujeres también se inician en los “17-18 años” siendo en cambio la segunda respuesta “21-25 años” con el 20,8% de los casos. En cuanto a la persona con la que iniciaron sus relaciones sexuales, los hombres se dividen entre la pareja estable y una pareja ocasional, mientras que las mujeres afirman haberlo hecho con su pareja estable en el 85,6% de los casos.

Debemos remarcar que cerca del 40% de los casos, tanto de hombres como de mujeres, no han utilizado ninguna protección para la prevención de embarazos en las primeras relaciones sexuales y el 25% de ambos sexos refiere no haber utilizado ningún método por no considerarlo necesario.

Los métodos anticonceptivos más utilizados con la pareja estable, tanto en mujeres como en hombres, son el preservativo masculino seguido de la píldora. El uso de preservativos es mayoritariamente fruto de una decisión negociada en la pareja. Los datos reflejan que la responsabilidad en la prevención sigue recayendo mayoritariamente en las mujeres, si bien el 24% de ellas afirma que lo deciden solas, frente al 13% de los hombres.

Los indicios sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes españoles muestran que los adolescentes inician cada vez más temprano su actividad sexual, que vivencian su vida sexual de manera activa, que lo hacen sin usar las protecciones adecuadas y necesarias, y que ello conduce a infecciones de transmisión sexual y a embarazos no deseados.

Aunque el nivel de conocimientos por parte de la población acerca de la sexualidad y las conductas de riesgo ha mejorado notablemente en los últimos años, todavía persisten errores. Dentro de las principales consecuencias negativas para la salud de los jóvenes se encuentra el contagio de las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados (Mesa, Barella & Cobeña, 2004). Según estos autores, estos riesgos se encuentran asociados, entre otros, a la frecuencia en las relaciones sexuales, el grado de información sobre los riesgos, los prejuicios, las ideas erróneas, la disminución de la edad de la menarquia, el tipo de educación sexual, los modelos de crianza, la falta de comunicación familiar, las deficiencias del sistema educativo formal, los cambios en las escalas de valores, la percepción de invulnerabilidad y la poca preocupación por su salud.

Por otra parte, en la primera encuesta sobre salud y sexualidad en los jóvenes del Instituto Nacional de la Juventud (2008) se extraen los siguientes resultados:

- Alrededor de ocho de cada diez jóvenes en 2008 afirman haber mantenido relaciones sexuales, un 78% con penetración y un 5% relaciones sin penetración.

- La iniciación sexual entre la juventud en nuestro país se concreta mayoritariamente en torno a la mayoría de edad (entre los 18 y los 20 años) y tiende a generalizarse a medida que aumenta la edad de los chicos y chicas.

- Los universitarios consideran tener conocimientos suficientes sobre sexualidad y anticoncepción, estando sus fuentes de información relacionadas con su entorno social y educativo y con menor importancia el personal sanitario y los padres.

- **Otros hábitos y comportamientos relacionados: el descanso, el tiempo de ocio.**

En la actualidad el tiempo libre, entendido como el tiempo que resta del tiempo de trabajo y del dedicado a las obligaciones, adquiere un enorme significado vital para los individuos.

Dentro de tiempo libre, se considera ocio a aquel tiempo:

- Conformado por las actividades y prácticas libremente elegidas según las preferencias de cada individuo

- Un tiempo caracterizado por la libre elección y realización de actividades que satisfagan necesidades personales; y

- Un tiempo cuya finalidad sea el descanso, la diversión, la creación o el desarrollo del sujeto.

En el estudio de Rodríguez y Agulló (1999) entre estudiantes universitarios se describió que prácticamente todos ellos (99,3%) ven la televisión, un 77% de ellos todos o casi todos los días. El 96 % de los estudiantes escucha la radio (el 72% todos o casi todos los días). El 92 % de los universitarios declara leer periódicos, haciéndolo algo más de la mitad (53%) todos o casi todos los días, proporción superior a la del resto de jóvenes (41%). Con referencia a las actividades artísticas y culturales, los jóvenes universitarios muestran más inquietudes de este tipo (visitas a museos, exposiciones artísticas, monumentos...) que el resto de jóvenes, y uno de cada tres estudiantes afirma practicar al menos una de las cuatro actividades artísticas que hemos analizado: fotografía, pintura, cómics y escultura, siendo mayor el número de aficionados a las dos primeras. Se constató que ocho de cada diez estudiantes universitarios realizan algún deporte (el 33% frecuentemente), siendo las actividades deportivas más practicadas, por este orden, la natación, el fútbol, el tenis, el ciclismo, el baloncesto, el footing, el montañismo y la gimnasia. Salir con los amigos e ir a bares constituyen las dos actividades más realizadas por los universitarios.

El estudio de Lemp y Behn (2008), llevado a cabo en Talca, muestra que las actividades sedentarias como ver TV y dormir son las que realizan más frecuentemente los estudiantes en su tiempo libre.

Otro estudio a nivel internacional realizado con estudiantes de 23 países muestra que la inactividad en el tiempo de ocio varía según factores culturales y económicos. Siendo ésta del 23% en el Noroeste de Europa y Estados Unidos, del 30% en Europa Central y Oriental, 39% en el Mediterráneo, 42% en Asia Pacífico y un 44% en los países en desarrollo.



Frente a esto, las universidades tienen que responder con ofertas de ocio activo que promuevan la salud de los estudiantes y les incite a realizar actividades en el medio natural, deportes o actividades físicas de diferente tipo.

### **1.1.3. Hacia un nuevo modelo de salud desde la perspectiva salutogénica.**

Como consecuencia de la aparición de los DSS y otros factores, el enfoque de la salud pública centrado en la prevención ha dado un giro.

La tendencia a la protección y prevención dirigida a reducir los factores de riesgo, propia del siglo XX, está cambiando hacia el enfoque de la salud pública positiva (Hernán & Lineros, 2009).

Esta nueva concepción de salud positiva se orienta hacia una forma de ver las acciones en salud, focalizando en lo biopsicosocial y en aquello que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Se conoce como perspectiva salutogénica y pone énfasis en aquello que *genera salud* y no en lo que *genera enfermedad*. *Esta aproximación hace mucho más accesibles las acciones orientadas hacia al bienestar, al crecimiento y al envejecimiento saludable* (Juvinya, 2013).

El concepto de salutogénesis fue introducido a finales de los años 70 por Aaron Antonovsky. Todo surgió a raíz de un estudio con un grupo de mujeres que habían estado varios años en un campo de concentración (Antonovsky et al., 1971). De este estudio, obtuvo unos resultados inesperados, pues el 29% de las antiguas prisioneras alegaron tener una buena salud mental a pesar de sus experiencias traumáticas. Este hecho le llevó a preguntarse cómo estas mujeres lograron mantenerse saludables a pesar de la extrema presión que se ejerció sobre ellas. Este cambio de perspectiva al formular la pregunta en positivo influyó en todas sus investigaciones posteriores.

En este punto, el modelo salutogénico comienza a surgir, basándose en las siguientes asunciones (Antonovsky, 1979; Antonovsky, 1987):

- El énfasis se hace sobre los orígenes de la salud y el bienestar,
- La principal preocupación se centra en el mantenimiento y realce del bienestar, y
- La hipótesis de que los factores estresantes son intrínsecamente negativos es rechazada en favor de la posibilidad de que los factores estresantes puedan tener consecuencias saludables o beneficiosas, dependiendo de sus características y de la capacidad de las personas para resolverlos.

Antonovsky propuso entender la salud como un continuo de salud-enfermedad. En este continuo identificó dos polos: el bienestar (salud) y el malestar (enfermedad). De esta forma, el énfasis no debe recaer en el hecho de que una persona esté sana o enferma, sino más bien en qué lugar del continuo se coloca, entre la salud perfecta y el completo estado de enfermedad. Considera que la salud no es un estado de equilibrio pasivo, sino más bien un proceso inestable, de autorregulación activa y dinámica.

Centró su modelo en torno a 2 conceptos: los Recursos Generales de Resistencia (RRRs) y el Sentido de Coherencia (SOC) (Lindstrom & Eriksson, 2006).

Los RRRs son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Si una persona tiene este tipo de recursos en su entorno inmediato tiene más oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida.

El SOC, hace referencia a la capacidad de utilizar los recursos de resistencia. Se construye a partir de tres componentes clave:

1. La comprensión de lo que acontece (componente cognitivo);
2. La visión de las propias habilidades para manejarlo o manejabilidad de lo que ocurre (componente instrumental o de comportamiento);
3. Significatividad o la capacidad de convertir lo que se hace en satisfactorio y con significado para la vida (componente motivacional).

Dentro de este modelo, el principal hallazgo es que el SOC se correlaciona con la salud y la calidad de vida percibidas.

De esta forma, tener un SOC fuerte permite a las personas ver la vida como algo coherente, manejable y significativo, proporcionándoles confianza y seguridad para identificar recursos dentro de uno mismo y en su entorno inmediato, una habilidad para utilizar y reutilizar estos recursos de forma promotora de la salud.

Eriksson y Lindstrom (2005), lo definen como un recurso que capacita a las personas para gestionar la tensión, reflexionar sobre sus recursos, identificarlos y movilizarlos para encontrar soluciones con el fin de conseguir un afrontamiento con éxito, de una forma saludable. Por esto, las personas con una alta puntuación en esta dimensión suelen presentar una buena percepción de su salud.

Por otro lado, un uso óptimo de los RRRs da lugar a que las experiencias vitales se conviertan en promotoras de un nivel alto de SOC.

Para comprender esta perspectiva, tenemos el ejemplo de que hay personas que muestran una buena adaptación a la vida a pesar de haber estado expuestos a adversidades. Esto se debe a que la autoestima, autoeficacia, el optimismo, el apoyo familiar o las redes sociales protegen a las personas de los efectos negativos de las situaciones adversas (Luthar & Zigler, 1991).

Antonovsky desarrolló un instrumento para medir el SOC, un cuestionario que el autor validó en lengua inglesa. El cuestionario está traducido a 33 lenguas en 32 países.

A pesar de que esta teoría empezó a forjarse en los años 70, su desarrollo real y su expansión están sucediendo en los últimos años, existiendo distintos modelos y teorías que usan una aproximación salutogénica (Rivera et al., 2011).

En esta forma de planificar y actuar en la salud pública gana valor la idea de los *activos para la salud*. Un activo para la salud se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar (Morgan & Ziglio, 2007).

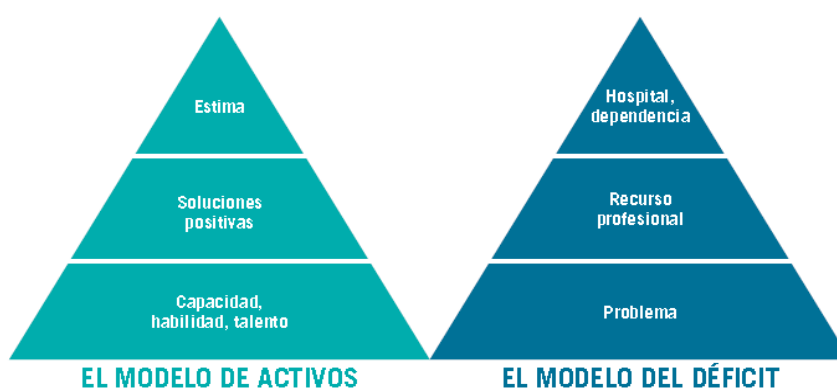
La conceptualización de activos para la salud tiene por filosofía hacer fáciles y accesibles las opciones sanas, orientadas al bienestar, crecimiento y envejecimiento saludable.

El modelo de activos comunitarios (Kretzman & Mc Knight, 1993) propone una metodología que potencia el desarrollo de políticas y actividades que se basan en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y barrios menos favorecidos. De esta forma se identifica el mapa de activos o fortalezas de la comunidad para identificar las capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales que existen en el contexto y que constituyen un valor de ese contexto.

Hernán y Lineros (2009), señalan que es un proceso diferente a la práctica de diagnosticar las deficiencias de individuos y comunidades. Consiste en identificar las habilidades, intereses y experiencias de cada comunidad que pueden usarse para potenciar el contexto.

En la siguiente figura se muestra las diferencias entre el modelo del déficit y el modelo de activos.

Figura 8. Perspectivas de los modelos de déficit y activos.



*Fuente: Serie monográfica EASP n°51. Formación en salutogénesis y activos para la salud.*

En el modelo del déficit, en la base se encuentra el problema, que busca el recurso profesional para ser resuelto, dependiendo del servicio de salud.

En el modelo de activos, la capacidad, la habilidad y el talento de individuos y comunidades forman la base, buscando soluciones positivas que fortalezcan su autoestima para resolver los retos del ambiente.

En la actualidad, hay una clara apuesta por el cambio de modelo de salud pública a partir de los análisis de expertos sobre la necesidad y viabilidad de políticas públicas salutogénicas para la promoción de la salud (Álvarez-Dardet & Ruiz, 2011).

- **El modelo salutogénico en la Promoción de la Salud.**

El modelo salutogénico enfatiza la creación de salud y el valor de los activos para la salud (Assets) como recurso que potencia la capacidad de las personas, de las comunidades y de las poblaciones para mantener la salud y el bienestar (Morgan & Ziglio, 2007).

Juvinya (2013), señala que después de 30 años investigando el modelo salutogénico es el momento de describir los conceptos desde la perspectiva de lo que pueden aportar en la PS.

A pesar de no figurar la teoría salutogénica de forma explícita en la Carta de Ottawa, ha influido indudablemente en el desarrollo de la PS.

El comienzo formal de esta influencia se sitúa en un seminario celebrado en la Oficina Regional de la OMS en Copenhague en 1992, en el que Antonovsky presentó su modelo salutogénico como una dirección para la PS. Entre los acuerdos de la reunión se concluyó que el enfoque en PS debía realizarse sobre la salud y no sobre la enfermedad. La perspectiva salutogénica se presentaba entonces como un modelo viable para la investigación y la práctica en Promoción de la Salud (Antonovsky, 1996) y como una buena base de fundamentación para la Promoción de la Salud (Lindstrom y Eriksson, 2006), por tres razones principales: por focalizar la atención en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones; por identificar Recursos Generales de Resistencia que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva; y en tercer lugar, por identificar un sentido global y omnipresente en los individuos, grupos, poblaciones o sistemas, cuya capacidad se plasma en el SOC (comprensión, manejabilidad y significatividad de los acontecimientos vitales).

Lindström denomina “next health” al futuro de la salud y de la investigación en salud, concepto que manifiesta que hace falta dar el paso definitivo hacia el cambio de paradigma en la PS al marco de la salutogénesis. Según Lindström, hay que cambiar el enfoque *“hacia marcos constructivos que persigan soluciones y trabajar desde la interdisciplinariedad para encontrar sinergias y potencialidades entre disciplinas y sistemas”*.

Llevar a cabo la práctica desde esta perspectiva sigue siendo un reto emergente, actual y de futuro para la salud pública en el ámbito comunitario y en el de la clínica, así como en el terreno de la investigación, la evaluación y la formación de profesionales. Sin embargo, en estos momentos hay una gran necesidad de evidenciar los efectos de estos nuevos modelos y para hacerlo hacen falta aportaciones de las ciencias de la salud, pero también de la sociología, la psicología y las teorías del aprendizaje humano. En un contexto de crisis global y de cambios económicos profundos, que afectan a las personas y potencian las desigualdades sociales injustas que repercuten en la salud, esta perspectiva de la promoción de la salud desde el bienestar es más necesaria que nunca.

El nuevo marco salutogénico se centra en los recursos disponibles y puede servir a las personas para comprender y gestionar lo que les pasa en la vida, incluidos los efectos de las desigualdades, permitiendo afrontarlos desde la toma de conciencia de lo que somos capaces y de lo que hace falta cambiar socialmente.

## 1.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE EL ENFOQUE ECOLÓGICO E INTERSECTORIAL.

En los últimos tiempos se viene trabajando con un concepto que considera a la salud como una parte de la vida diaria, una dimensión esencial de la calidad de vida. Esta nueva visión de la salud está directamente vinculada con el logro del bienestar, entendiéndose éste como la posibilidad de crecer y desarrollarse a través del acceso a una adecuada alimentación, educación, trabajo, recreación, deporte y cultura (Ministerio de Salud de Perú, 2012).

La promoción de la salud, a diferencia de la aproximación médica centrada en la enfermedad, aplica una estrategia global que se dirige a la población en su conjunto y no sólo a los enfermos, sino al desarrollo de la salud y sus causas sociales, y no sólo a lo biológico, que combina metodologías y planteamientos diversos huyendo del monopolio corporativo, y favorece la participación y la autoayuda alejándose del paternalismo. No se trata, pues, de un servicio médico, sino de una actividad en el ámbito de la salud pública y las políticas sociales (Colomer & Álvarez-Dardet, 2000).

La promoción de la salud surgió como búsqueda de un nuevo acercamiento a los múltiples problemas de salud de la sociedad y como forma de adaptarse a las necesidades que iban surgiendo en la población.

Las aportaciones de autores como Terris (1975), Lalonde (1974) y Dever (1976), los estudios llevados a cabo por los movimientos sociales y la constatación epidemiológica de la mejora en la calidad de vida de las personas mediante la intervención sobre los estilos de vida y el medio ambiente provocaron la aparición a mitad de los años 80 de la Promoción de la Salud como disciplina dentro de la Salud Pública.

La OMS (1998a) definió la promoción de la salud como *“proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, para mitigar su impacto en la salud pública e individual”* (p.10).

La PS por tanto, permite a los individuos aumentar el control sobre los determinantes sociales que condicionan su salud y por consiguiente mejorarla.

Éste es el concepto más importante que fundamenta el diseño de nuestra investigación.

La piedra angular de la PS es el compromiso de lograr una situación de equidad mediante enfoques que capaciten a las comunidades y los individuos de todas las edades para tomar decisiones saludables. La promoción de la salud consiste también en asegurar que las políticas públicas favorezcan esa adopción de decisiones saludables y en procurar influir en los numerosos determinantes, complejos y sinérgicos, de la salud que operan fuera del sector sanitario a nivel individual, doméstico, comunitario, nacional y mundial (OMS, 1999).

Se sustenta por tanto en los modelos ecológico y ambiental. Estos modelos se basan en los principios de la multicausalidad de los DSS y la enfermedad y sobre las interacciones de los factores. Las intervenciones que se plantean en un modelo ecológico buscarán simultáneamente alcanzar al individuo (en sus hábitos de vida), a su medio de vida o entorno (casa, trabajo, amigos), las condiciones de vida más amplias (estructuras socioeconómicas, valores sociales, culturales, políticos y públicos). Las intervenciones que se planeen en un enfoque ambiental tendrán en cuenta los ambientes bio-psico-comportamentales (la biología, la psicología y el comportamiento) y además, los ambientes físico-sociales (geográficos, socio-culturales, arquitectónicos y tecnológicos) (Ministerio de Salud de Perú, 2012).

En resumen, la PS es el proceso de capacitar a las personas para aumentar el control de su salud y así mejorarla, a través de una estrategia mediadora entre la población y su entorno, que sintetiza la elección personal y la responsabilidad social en la creación de un futuro más sano.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en el Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, estableció en 2003 tres áreas de intervención prioritarias para abordar de forma coherente las diferentes necesidades de salud que se plantean en nuestras sociedades desarrolladas. Estas son: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales.

De la misma forma, identificó los escenarios más importantes en promoción y educación para la salud, que son: los servicios sanitarios (atención primaria y especializada, salud mental y otros) y sociales, el medio escolar (Centros de educación infantil, primaria y secundaria, de personas adultas, universidades y otros) y laboral y el ámbito social (entidades sociales, tejido asociativo...).

### **1.2.1. Los valores de la promoción de la salud. Hacia la equidad, la justicia social y los derechos humanos.**

La Promoción de la Salud, incorpora una nueva visión al campo de la salud pública, donde se reconoce la salud como una meta social que contempla como aspectos esenciales dentro de su estrategia la participación comunitaria, el logro de la equidad, la intersectorialidad, la sostenibilidad de los recursos y la justicia social.

El derecho a la salud ha sido reafirmado en tratados internacionales. Fue consagrado por primera vez en la Constitución de la OMS, en 1946. Posteriormente, fue reiterada en la Declaración de Alma-Ata (1978). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que el derecho a la salud se debe interpretar como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones de trabajo seguras y sanas, un medio ambiente sano y el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud (Ministerio de Salud de Perú, 2012).

La equidad en salud, no puede dejar de ser una característica central de la justicia, de los acuerdos sociales en general. La equidad en salud debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas (Sen, 2002).

Con respecto a la intersectorialidad, ésta corresponde con la integración de distintos ámbitos y de los distintos actores representativos de las instituciones y organizaciones de la sociedad, que inician un proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones de asuntos que se consideran de importancia para el desarrollo social.

La acción intersectorial permite aunar fuerzas, conocimientos y medios para comprender y resolver problemas complejos que no pueden ser resueltos por un solo sector, y, puede materializarse en forma de iniciativas comunes, alianzas, coaliciones o relaciones de cooperación (Alessandro, 2003).

La justificación de la acción intersectorial de la promoción de la salud responde justamente a la comprensión de la relevancia de los determinantes fundamentales de la salud, los cuales dependen de diferentes sectores y la necesidad de reducir las brechas persistentes en el estado de salud de la población.



Se necesita la colaboración entre los distintos sectores de la sociedad para emprender acciones con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.

Un objetivo importante de la acción intersectorial consiste en lograr una mayor concienciación sobre las consecuencias sanitarias de las decisiones políticas y las prácticas organizativas de distintos sectores, y con ello, un movimiento en la dirección de unas políticas públicas saludables y prácticas (OMS, 1998b).

A continuación desarrollamos la evolución de la PS desde sus primeras manifestaciones y sus avances a lo largo de las consecuentes Conferencias Mundiales de PS así como las resoluciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS) que han marcado el camino y las directrices sobre el desarrollo de PS en el mundo, y son antecedentes de la PS en la Universidad.

El Informe Lalonde (1974) considera a la PS como una estrategia gubernamental, dirigida a la resolución de los problemas de salud, y propone la fórmula para integrar los sistemas sanitarios y la PS en el marco de una política integral. La propuesta incluía el fortalecimiento de la acción comunitaria con la finalidad de actuar sobre distintos escenarios en los que las personas viven cotidianamente (Gómez, 1998).

En 1978, como consecuencia de Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se suscribe *la Declaración de Alma-Ata* que expresa la necesidad de un compromiso nacional e internacional por la atención primaria en salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Por otro lado, manifiesta la obligatoriedad de los gobiernos de cuidar la salud a través de políticas, estrategias y planes de acción nacionales, y el derecho y deber del pueblo de participar en la planificación de su atención de salud.

En la declaración se enfatiza que la salud de las personas es un derecho humano universal y fundamental, y no un privilegio de unos pocos (OPS/OMS, 1994).

Esta Declaración fija una nueva dirección para las políticas de salud al establecer como bases de apoyo de la estrategia, la participación de la población, la cooperación entre los sectores de la sociedad y la atención primaria de salud.

En 1986, la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública organizaron la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa. Un total de 212 delegados de 38 países entre profesionales de la salud y de otros sectores, se

coordinaron para definir claramente los objetivos futuros y reforzar el compromiso individual y colectivo con la meta de Salud Para Todos en el año 2000 (SPT 2000).

El resultado fue la elaboración de la Carta de Ottawa (OMS, 1986) en la que se hacen importantes aportes para el concepto de promoción de la salud. Según la Carta de Ottawa, *“la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”*.

La carta enfatizó la intersectorialidad y el logro de la equidad en salud como aspectos esenciales de la estrategia de promoción de la salud.

Por otro lado, reconoce la importancia de los aspectos sociales de los problemas de salud ligados a los estilos de vida más allá de sus elementos biológicos y destaca la importancia de ocho factores como condicionantes para la salud: paz, vivienda, educación, alimentación, ingresos, ecosistema estable, recursos sostenibles, y justicia social y equidad.

Las áreas de acción prioritaria que propone son:

1. *Elaborar una política pública saludable*, donde la salud debe estar considerada por todos aquellos que elaboran las políticas en todos los sectores.

2. *Crear entornos de apoyo a la salud*. De forma que se fomente el cuidado de los unos a los otros, de las comunidades y del medio ambiente natural.

3. *Fortalecer la acción comunitaria para la salud*. Para ello es necesario capacitar a las comunidades para tomar decisiones, planificar estrategias, establecer sus propias prioridades y ser responsables de sus propios objetivos.

4. *Desarrollar las habilidades personales*, haciendo referencia al empoderamiento de las personas y los pueblos para que mejoren su salud y ejerzan un mayor control sobre los factores que la determinan.

5. *Reorientar los servicios sanitarios*. Pasar de la perspectiva puramente clínica y curativa hacia una promoción de la salud. Por otro lado, abrir cauces de relación entre el sector sanitario y los componentes sociales, políticos, económicos y del ambiente físico, más amplios.

Como resumen podemos indicar que los aportes sustanciales de la Carta de Ottawa son:

1) Énfasis en la perspectiva sociopolítica de la salud. Se concibe a la salud no sólo como ausencia de enfermedad sino que ésta es el resultado del desarrollo humano, social, económico y político.

2) Sintetiza los enfoques orientados a individuos como a las colectividades y los enfoques de PS basados en determinantes específicos de la enfermedad con determinantes generales.

3) Redimensiona la participación social como eje central de la PS.

4) Redefine el enfoque tradicional de la educación en salud, eminentemente pasivo, hacia un enfoque que promueve la participación reflexiva activa y crítica y el desarrollo de capacidades y habilidades en el control de los individuos sobre su salud y sus determinantes.

5) Orienta las actividades de los servicios más allá de la atención curativa hacia una atención que contemple la PS, no sólo como responsabilidad del sector sino también, de individuos, comunidades y otros sectores (OPS/OMS, 1992).

La carta de Otawa sirvió como referente para el resto de Conferencias que se celebraron posteriormente.

La II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud tuvo lugar en 1988 en Adelaide (Australia) bajo el lema "*Políticas públicas favorables a la salud*".

En ella se hace hincapié en las políticas públicas para la salud y en la necesidad de establecer metas explícitas hacia la PS con el objetivo principal de crear un entorno propicio para permitir a las personas llevar una vida sana y procurar un acceso igualitario a servicios de salud.

También alude a la inversión de recursos en las políticas públicas de salud y subraya la necesidad de evaluar las repercusiones de la política, para promover una toma de decisiones informada para las futuras asignaciones de recursos.

Nuevamente pone de manifiesto la importancia de la intersectorialidad, haciendo mención a la necesidad de forjar nuevas alianzas para dar impulso a las acciones relacionadas con la salud, aprovechando el potencial de sindicatos, instituciones, el comercio y la industria y los líderes religiosos para que actúen a favor de los intereses de salud de toda la comunidad.

En 1991 se celebra la III Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Sundsvall (Suecia) con el lema “*Ambientes favorables a la salud*”.

En esta conferencia se subraya la importancia de desarrollar *ambientes o entornos* que apoyen la salud a través de diferentes estrategias, que incluyen fortalecer la abogacía mediante la acción comunitaria, el empoderamiento de comunidades e individuos, la mediación entre intereses opuestos en la sociedad y el establecimiento de alianzas para la salud y entornos propicios.

La conferencia establece dos criterios fundamentales para aplicar las estrategias de salud: la *equidad* como prioridad fundamental para crear ambientes favorables para la salud y la *interdependencia* de todos los seres humanos y la gestión de todos los recursos naturales.

La IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Yakarta (Indonesia) se celebra en 1997. Como novedad, fue la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en incluir al sector privado en el apoyo de la promoción de la salud. También reiteró la importancia de los requisitos para la salud, incluyendo el empoderamiento de la mujer, el respeto de los derechos humanos y la equidad; y se planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en los países en desarrollo.

Como resultado de la Conferencia se adoptó la Declaración de Yakarta (OMS, 1997) identificando las necesidades de las generaciones futuras y estableciendo cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI.

1. Promover la responsabilidad social para la salud.
2. Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud.
3. Consolidar y expandir la colaboración para la salud.
4. Aumentar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo.
5. Consolidar una infraestructura para la promoción de la salud.

La V Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se celebra en México en el año 2000, bajo el lema “*Promoción de la salud: hacia una mayor equidad*”.

Los objetivos de la Conferencia giran en torno a tres ideas fundamentales, como son: demostrar que la promoción de la salud mejora la salud y la calidad de vida, dar prioridad a la salud en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales y fomentar vínculos de asociación en pro de la salud entre diferentes sectores en todos los niveles de la sociedad.

Los ministros de Sanidad alcanzaron un acuerdo sobre seis acciones:

- Calificar la promoción de la salud como una prioridad fundamental en las políticas y los programas locales, regionales, nacionales e internacionales.
- Asumir un rol protagónico para conseguir la participación activa de todos los sectores en acciones de PS.
- Apoyar la preparación de planes de acción por todo el país para promover la salud.
- Establecer o fortalecer las redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.
- Abogar para que las agencias de las Naciones Unidas sean responsables de la repercusión en la salud de su programa de desarrollo.
- Informar a la Directora General de la OMS, sobre los avances en la realización de las acciones señaladas.

La VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de Bangkok (Tailandia), fue celebrada en 2005. Como resultado se redactó la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.

Por un lado, identifica los nuevos factores que tienen una influencia crítica en la salud (desigualdades en los países, las nuevas formas de consumo y comunicación, los cambios ambientales y la urbanización) y por otro los nuevos desafíos que influyen en la salud (cambios sociales, económicos y demográficos). También se señalan las nuevas oportunidades de colaboración para mejorar la salud a través de los avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones y los mejores mecanismos disponibles para el gobierno mundial y el intercambio de experiencias. Así mismo, destaca la importancia de las asociaciones, alianzas, redes y otros mecanismos de colaboración, para el establecimiento de objetivos comunes y acciones conjuntas que mejoren la salud de las poblaciones.

La Carta de Bangkok identifica una serie de medidas requeridas para seguir avanzando en la aplicación de esas estrategias:

- Abogar por la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad.
- Invertir en políticas, medidas e infraestructura sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud.
- Crear capacidad para el desarrollo de políticas, el liderazgo, las prácticas de PS, la transferencia de conocimientos y la investigación, y la alfabetización sanitaria.

- Establecer normas reguladoras y leyes que garanticen protección frente a posibles daños y la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas.

- Asociarse y establecer alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles.

La VII Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de Nairobi (Kenia), tuvo lugar en 2009. Esta fue la primera vez que una conferencia mundial de PS se realiza en el continente africano.

En ella se pone de manifiesto la efectividad que la PS ha demostrado y con ello una devolución de la inversión a nivel local, nacional e internacional. Uno de los resultados fundamentales de la Conferencia fue el Llamamiento de Nairobi, que “define las estrategias clave y los compromisos que deben cumplirse urgentemente para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, haciendo uso de la promoción de la salud para lograrlo”.

La Conferencia abordó 5 núcleos temáticos:

1. *Capacitación en promoción de la salud.*
2. *Fortalecimiento de los sistemas de salud.*
3. *Alianzas y colaboración intersectorial.*
4. *Empoderamiento comunitario.*
5. *Alfabetismo en salud y conductas en salud.*

La VIII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud “Crear nuestra herencia, mirar a nuestro futuro” se celebró en 2013 en Helsinki, centrándose en el enfoque de Salud en Todas las Políticas (STP).

La conferencia planteaba entre sus objetivos impulsar nuevos enfoques y capacidades de apoyo a la estrategia STP y avanzar con ello en la implementación de las recomendaciones de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Por estas razones hace un llamamiento a los gobiernos para que fortalezcan la capacidad de aplicación de la salud en todas las políticas, así como a la OMS para que proporcione apoyo a los Estados miembros y refuerce la colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas para destacar la salud como prioridad en la agenda global de desarrollo.

Solicita a los gobiernos:

- Comprometerse con la salud y la equidad sanitaria como prioridad política.
- Asegurar estructuras eficaces, procesos y recursos.
- Fortalecer la capacidad de los Ministerios de Salud para dar participación a otros sectores del gobierno.
- Desarrollar capacidades y habilidades para la puesta en práctica de la salud en todas las políticas.
- Adoptar auditoría transparente y los mecanismos de rendición de cuentas.
- Establecer medidas contra el conflicto de interés.
- Incluir comunidades, movimientos sociales y la sociedad civil.

Recientemente ha tenido lugar la 22 Conferencia Mundial sobre la Promoción de la Salud de la IUHPE, celebrada en Curitiba (Brasil) en mayo de 2016. Como resultado fue redactada la Declaración de Curitiba sobre la Promoción y Equidad en la Salud, que articula las recomendaciones de los participantes de la conferencia. La Declaración de Curitiba incorpora el espíritu del compromiso hacia la democracia, la equidad y la justicia y fomenta los derechos sociales y “la salud para todos” en un mundo inclusivo y sostenible. Se centra en cómo fortalecer la PS y la mejoría de la equidad, mejorando la vida de las personas en cualquier lugar en donde vivan, jueguen y aprendan.

En la Declaración hacen un llamamiento a los gobiernos de todos los niveles para que:

- Implementen políticas que promuevan la equidad de género y racial como el principal objetivo.
- Reconozcan que la participación ciudadana en las decisiones de la salud como derecho.
- Usen estrategias innovadoras que fortalezcan y protejan el derecho universal a la salud y al bienestar de las personas de todo el mundo.
- Enriquezcan su conocimiento entendiendo las amenazas que afectan las poblaciones vulnerables y marginadas.
- Demuestren un uso mejor y más transparente de la política, así como del poder.

De la misma afirman reconocer que el sector salud debe:

- Estar listo para aprender de y no adoctrinar los otros sectores.
- Diseñar políticas efectivas para la promoción de la salud e invertir más en la capacidad de los sistemas de promoción de salud e implantarlas.
- Abogar ante los otros sectores para que reconozcan el impacto que tienen sus políticas en la salud humana y en el bienestar.

Defienden que se debe invitar a los ciudadanos para que:

- Se comprometan en una reflexión crítica sobre su rol como participantes activos en el ejercicio de la ciudadanía.
- Ejercen su gran potencial transformador para movilizar y presionar a las autoridades locales para que incluyan la equidad en la salud en sus pautas.

Alentando a los profesionales de la salud y a los investigadores para que:

- Adopten nuevos procesos para lograr una participación social efectiva, inclusión, acción intersectorial y abordajes interdisciplinarios.
- Reconozcan que la práctica de la PS está influenciada directa e indirectamente por la política y por las ideologías.
- Usar la evidencia como un instrumento para el cambio social positivo.
- Desempeñen un papel clave, por medio del uso de múltiples intervenciones, para poder generar un ambiente facilitador y condiciones que aseguren la propiedad y el cuidado adecuado con las personas con las cuales trabajan.

### **1.2.2 El enfoque de entornos saludables y el desarrollo sostenible.**

Desde mediados de los 80, ha sido defendido a nivel internacional el enfoque de los entornos para promover la salud, que orienta el significado de salud hacia el carácter social del individuo y promueve la PS en los lugares donde la gente estudia, trabaja y convive como esencia del desarrollo local y de la mejora de la calidad de la vida. Según la OPS constituyen un tema social, económico y político y, sobre todo un derecho fundamental (OPS, 2005).

El enfoque de entornos saludables se basa en la Declaración de la Carta de Ottawa, donde se establece que *“la salud se crea y se vive por las personas en los entornos de su vida cotidiana, donde viven, aprenden, trabajan, juegan...”* (OMS, 1986), la Declaración de Sundsvall (OMS, 1991) que solicitó la creación de ambientes



favorables orientados a los entornos para la salud y la Declaración de Yakarta (OMS, 1997), que enfatizó el valor de los entornos para la implementación de estrategias proporcionando una infraestructura para la PS.

Desde la perspectiva de PS, los entornos son considerados entidades sociales o sistemas que cambian y pueden promover su salud. Al ser un sistema social, el objetivo de la intervención no afecta sólo a las personas, sino también a las estructuras y patrones sociales que lo conforman. Los estudios demuestran, que esa aproximación basada en los entornos ha demostrado las siguientes capacidades (Dennis, 2000; Trevor, 2001):

- Movilizar apoyo político e introducir temas de salud en la agenda política,
- Crear cauces de participación y modelos de empoderamiento, y
- Desarrollar redes muy amplias (literalmente mundiales) de colaboración, innovación e intercambio de experiencias.

Según Dooris (1998), los principios en los que se basa la estrategia de PS en los entornos son los siguientes:

- Una comprensión holística y socio-ecológica de la salud: donde interaccionan factores personales y los factores ambientales como determinantes de salud.
- La concentración de la atención en la población, la política y los ambientes: centrándose en la construcción y elección de políticas que potencien la creación de ambientes favorables para las comunidades.
- La equidad y la justicia social: el empeño en dar igualdad de oportunidades y hacer valer los derechos humanos.
- La sostenibilidad: las diferentes organizaciones tendrán que intentar un desarrollo sostenible ambiental y social, teniendo en cuenta cuál es el impacto de sus políticas y acciones sobre las personas y el ambiente.
- La participación de la comunidad: haciendo valer y defendiendo sus derechos y necesidades y participando de modo activo en todas las fases del proceso de PS.
- La adquisición de habilidades y de poder: los individuos de las diferentes comunidades deben tener la posibilidad de controlar sus propias vidas y cambiar los aspectos que consideren necesarios.
- La cooperación: aprovechando el apoyo recíproco, construir una colaboración interdisciplinar, interdepartamental e intersectorial.

- El consenso y la mediación: las organizaciones deberán favorecer nuevos modos de tomar decisiones que den prioridad al proceso de cambio, a la solución del conflicto y a la construcción de consenso.

- El patrocinio y divulgación: la capacidad y la responsabilidad de las organizaciones de patrocinar y divulgar públicamente las cuestiones de sanidad pública deben ser conocidas y desarrolladas.

- Los ambientes como sistemas sociales: que se caracterizan por una particular cultura organizativa, una estructura, funciones, normas y valores compartidos, en la cual las personas viven, trabajan, aprenden, aman y pasan el tiempo libre y en la cual la salud debe entrar a través de puntos de acceso prioritarios.

- Las acciones integradas sostenibles: activando mecanismos que aseguren que el impacto vaya más allá de la duración del proyecto, a través de acciones integradas en programas o proyectos ya existentes.

- Los ambientes como parte de un ecosistema interdependiente: ya que muchos ambientes están relacionados entre ellos y a su vez forman parte de un ecosistema más amplio e interdependiente.

Como ideas claves que dan consistencia al enfoque podemos definir las siguientes (Dooris, 2006):

1. Refleja un modelo ecológico de PS, que entiende que la salud está determinada por la interacción de factores ambientales, organizacionales y personales, que se sitúan en gran parte fuera de los servicios de salud.

2. En este modelo ecológico, los entornos son entendidos como sistemas complejos dinámicos con entradas, salidas, rendimientos e impactos, caracterizados por interacciones, interrelaciones e interdependencias entre diferentes elementos.

3. Se centra en introducir y gestionar cambios que involucren a toda la organización (Grossman & Scala, 1993).

Desde la Carta de Ottawa hasta nuestros días, el enfoque de entornos saludables ha ido consolidándose como una de las mejores opciones de puesta en práctica efectiva de PS a través de diferentes proyectos impulsados por la OMS en determinados entornos como es el caso de las Ciudades Saludables, las Escuelas Promotoras de Salud, los Hospitales Promotores de Salud o las Prisiones Saludables. Otros más recientes, han avanzado enormemente en los últimos años acompañando a cambios legislativos y organizativos en nuestra sociedad, como es el caso de los centros de trabajo promotores de la salud.

En términos de efectividad, se considera que el enfoque de entornos saludables tiene un gran número de beneficios (Dooris, 2003; Dooris, 2004). Sin embargo, a pesar del trabajo a nivel internacional en este ámbito que se viene desarrollando desde hace más de 20 años, parece que el enfoque no ha desarrollado una base sólida de evidencias. En este sentido, se necesita prestar más atención a la construcción de evidencias y aprendizajes desde el mismo (Leger, 1997).

En respuesta a la demanda de políticas y prácticas basadas en evidencias se pueden identificar algunas dificultades para crear una base convincente y evaluaciones rigurosas dentro de este enfoque, como son (Dooris, 2006): la construcción de evidencias para la promoción de la salud centrada en enfermedades y factores de riesgo aislados, la diversidad de conceptos y prácticas en la vida real y la complejidad de evaluar el enfoque ecológico del sistema. Estos aspectos han llevado a evaluar sólo pequeños proyectos en entornos determinados que no reflejan el valor añadido de un sistema de trabajo holístico en este campo.

Para evolucionar en este sentido, el estudio de Dooris (2006) "*Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness*" identifica los siguientes aspectos: financiar evaluaciones a través de los entornos, asegurar las relaciones entre políticas, prácticas y evidencias, y clarificar y articular las teorías que den soporte al enfoque de los entornos de forma general e informen de la aplicación de este enfoque en entornos particulares.

En línea con nuestro trabajo de investigación y el entorno en el que se desarrolla nuestro estudio, desarrollaremos en posteriores epígrafes la teoría y práctica relacionada con las Universidades Promotoras de Salud.

### **1.2.3. El empoderamiento a través de la educación para la salud.**

El empoderamiento es uno de los principios fundamentales dentro del modelo de PS, a través del cual se busca el control de las personas sobre los factores que determinan la salud en las dimensiones personales y comunitarias. Ha sido declarado como estrategia clave desde la *Carta de Ottawa (1986)* hasta la *Declaración de Helsinki (2013)*.

Como estrategia entendemos el conjunto de acciones ordenadas, integrales y sinérgicas, que se convierten en herramientas indispensables para el desarrollo de acciones de PS (Ministerio de Salud de Perú, 2012). Por tanto, podemos considerar el empoderamiento como una herramienta fundamental dentro de este enfoque.

La OMS define el empoderamiento para la salud como *“un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud”* (OMS, 1998a, p.16).

Dentro de este proceso se hace una diferenciación entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad.

Rodríguez (2009), lo explica claramente en su artículo *“Empoderamiento y promoción de la salud”*. El empoderamiento individual o personal hace referencia al desarrollo del control personal y de la competencia para actuar, buscar apoyo social y perfeccionar habilidades interpersonales, sociales y políticas (Zimmerman, 1990).

El empoderamiento organizacional incorpora procesos que facilitan ejercer el control sobre las organizaciones, y permiten a éstas influir sobre las políticas y decisiones en la sociedad (Rodríguez, 2009).

El empoderamiento comunitario o colectivo se refiere al proceso que hace ganar poder a una comunidad y por tanto habilidad y posibilidad para producir el cambio. También se puede definir el empoderamiento comunitario como el proceso de acción social que promueve la participación de la gente, las organizaciones y las comunidades hacia el logro del control por parte de los individuos y las comunidades, la eficacia política, la mejora de la calidad de vida comunitaria y la justicia social (Wallerstein, 1992).

Dentro de la PS, constituye un elemento fundamental la educación de los diferentes participantes, que en este campo adopta el término de Educación para la Salud (EpS).

La EpS es un concepto fuertemente vinculado a la prevención y promoción de la salud, y se considera normalmente como un medio para conseguirla; por este motivo en la literatura aparece en muchas ocasiones definida como una de las estrategias o herramientas de la PS. Podríamos decir que es una de las estrategias más importantes para alcanzar el empoderamiento comunitario.

Con respecto a su conceptualización se admiten diversas definiciones según los modelos educativos que la sustentan y la perspectiva de los diferentes autores. Una de las más aceptadas y utilizadas por haber obtenido un gran consenso y servir para programar actividades tanto a nivel individual como colectivo es la de Green (1992). Según esta definición, la educación para la salud es *“cualquier combinación de experiencias educativas diseñadas para predisponer, capacitar y reforzar adopciones voluntarias de comportamientos individuales o colectivos que conducen a la salud”*.

Según la OMS (1998) la educación para la salud comprende, “*comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan la salud individual y de la comunidad*” (OMS, 1998a, p.13).

Es importante tener en cuenta que la EpS no sólo aborda la transmisión de información, sino que constituye un proceso más integral, donde se fomenta la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

Por esta razón en nuestro estudio abordamos la formación para la PS, desde el punto de vista competencial (que corresponde con el análisis de competencias de los planes de estudio) y no exclusivamente teórico, que en este caso estaría relacionado con los contenidos de las asignaturas relacionadas con la PS.

La educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

Según Salleras (1985), los objetivos básicos de la educación para la salud son:

- Facilitar a los individuos y grupos la adopción de la salud como un valor fundamental, hacerla patrimonio individual y humano.
- Modificar las situaciones causantes y/o que mantienen comportamientos insanos y peligrosos para la salud individual o colectiva.
- Promover la ejecución de comportamientos sanos en la población.

#### **1.2.4. La formación y capacitación como recurso para la promoción de la salud.**

La PS y la EpS como ya hemos visto son ámbitos de estudio reconocidos desde hace algunas décadas y se han instaurado en numerosos departamentos en los medios académicos y gubernamentales, así como en el sector privado a nivel nacional e internacional.

A pesar de este reconocimiento general, estos campos de trabajo no han logrado desarrollar la base disciplinar propia de muchos otros campos consolidados de la ciencia y la investigación (McQueen, 2009).

La PS en Europa es un campo en evolución que opera en una variedad de entornos y en una amplia gama de contextos políticos, económicos y sociales. Dada esta diversidad, se identificó la necesidad de unificar las competencias básicas para la práctica de la PS, para fortalecer la capacidad de los profesionales en este campo en Europa.

Esta problemática fue abordada en la Conferencia de Consenso de Galway, donde se emprendió una iniciativa a largo plazo para abordar las cuestiones de la capacitación y las competencias necesarias para ejercer la PS y la EpS.

El propósito de la Conferencia era promover el diálogo y el intercambio de opiniones con respecto a las competencias básicas, los estándares y los mecanismos a adoptar para ofrecer garantías de calidad en la preparación profesional de los especialistas de PS.

De aquí surge el proyecto CompHp, para la formación en PS en Europa, creado por la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES) y desarrollado entre 2009 y 2012 con la participación de los principales expertos europeos y mundiales. Surge como necesidad de determinar de manera consensuada los medios y métodos a través de los cuales aplicar en toda Europa estándares de calidad en materia de PS para estimular la innovación y las mejores prácticas en este campo.

El proyecto CompHp, liderado por la Dra Margaret Barry, de la Universidad Nacional de Irlanda, Directora del *Centro de Promoción de la Salud*, Centro colaborador de la OMS, tiene como objetivo principal desarrollar unas competencias básicas estándares en PS y un sistema de acreditación para la práctica, la educación y la formación en PS en Europa (Barry et al., 2009; Battel-Kirk et al., 2009; Battel-Kirk et al., 2012).

Entre los objetivos específicos del Proyecto CompHP fueron propuestos los siguientes:

- Identificar, consensuar y publicar las competencias básicas para el ejercicio de la PS, así como para la formación y la enseñanza en este campo.
- Definir y publicar estándares profesionales en base a las competencias para el ejercicio de la PS.
- Fomentar la certificación de la calidad desarrollando un sistema de acreditación de ámbito europeo.

- Ubicar y catalogar las competencias y los estándares de los cursos académicos existentes en toda Europa y ponerlos en relación con los sistemas de acreditación de los entornos académicos.

- Poner a prueba las competencias, estándares y la acreditación de los profesionales en una serie de escenarios de Europa.

El marco de acreditación Panaeuropeo fue desarrollado como parte del Proyecto CompHP. Para facilitar el consenso con los representantes claves en PS en Europa se llevó a cabo el estudio multimétodo “*Developing a Competency-Based Pan-European Accreditation Framework for Health Promotion*” (Battel-Kirk et al., 2012), a través de un cuestionario virtual y grupos de discusión, con un total de 405 participantes de 29 países.

En general la respuesta del estudio para el marco de acreditación fue positiva. Entre las conclusiones del estudio se pone de manifiesto la necesidad de establecer un sistema de calidad para consolidar y mejorar la educación y la práctica a través de la diversidad de los sistemas de PS y contextos en Europa. El proceso participativo utilizado para el desarrollo del marco establece las bases para su implementación en el desarrollo del contexto político y práctico de la PS en Europa. Se espera que incluso dentro de la situación económica incierta que hay en la actualidad, se destinen recursos para implementar el marco en Europa como parte de un sistema de calidad seguro para la mejora de la salud de la población.

Recientemente se ha publicado un estudio donde se ha puesto a prueba el marco de acreditación, las funciones claves y el pilotaje de su implementación, cofinanciado por la Unión Europea. Las respuestas de los principales interesados en PS en Europa han indicado que de forma general ha sido apoyado el desarrollo del sistema de acreditación. Sin embargo han sido identificadas barreras potenciales para su implementación, como son: la ausencia de organismos profesionales dedicados en algunos países, la falta de claridad en cuanto a los límites profesionales, la falta de recursos económicos y preocupación por los costes, la objetividad y la transparencia del sistema (Battel-Kirk et al., 2015).

En América Latina, donde como hemos visto anteriormente se ha impulsado con fuerza todo el movimiento de PS, también han sido objeto de controversia las propuestas de competencias profesionales y capacitación en PS.

Durante los años académicos 2006 al 2008 el Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS), dirigido por el Dr Hiram Arroyo, catedrático de la Universidad de Puerto Rico, y director del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de Salud para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud, entre sus múltiples acciones formativas y de investigación, ha estado analizando información acerca de los enfoques, las competencias y las características de los programas de formación de recursos humanos en PS y EpS en Iberoamérica. Como parte del análisis se observan diferencias de enfoques curriculares en las modalidades de pregrado, postgrado y otras ofertas académicas con diferentes tipos de certificación académica-profesional. Tanto el CIUEPS como otras entidades de América Latina han reiterado los desafíos en el ámbito de la formación de recursos humanos y la capacitación en PS en la región. Entre ellos destacan los siguientes: mantener un foro activo para la afinación de las competencias profesionales; ampliar las ofertas curriculares en diversas modalidades en el ámbito de la PS; desarrollar cursos de PS en otras disciplinas relacionadas; incrementar las redes y las acciones de intercambio académico entre las instituciones formadoras en la región Latinoamericana e Iberoamericana; fomentar el desarrollo de cursos internacionales sobre PS; aumentar la producción teórica-conceptual sobre PS y sus aplicaciones y variantes en el contexto de América Latina; mejorar las acciones de difusión de experiencias a través de publicaciones, conferencias y redes electrónicas de intercambio de información (Arroyo, 2009).

En el año 2010 se publicó el libro *“Promoción de la Salud. Modelos y experiencias de formación académica-profesional en Iberoamérica”* (Arroyo, 2010). Esta publicación es el resultado de una investigación que se inició en junio de 2005 como iniciativa del Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS). La publicación expone las experiencias de formación de recursos humanos tanto en los ámbitos de la PS como de la EpS, llevadas a cabo en catorce países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, México, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Uruguay. Se presentan diferentes experiencias de formación de pregrado, posgrado y otras modalidades de capacitación a personal profesional en el ámbito de la salud y otros campos relacionados que reflejan la variabilidad interpretativa de la PS.



En España, el Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elabora el documento de trabajo *“Formación en Promoción y Educación para la Salud”*, donde se recoge el estudio de la situación, las necesidades de formación, los criterios de buena praxis para las acciones formativas y se establecen unas recomendaciones para diferentes contextos formativos.

El informe se fundamenta en uno de los objetivos de salud 21 dirigido a desarrollar los recursos humanos para la salud y declaraba que para el año 2010, todos los estados miembros deberían garantizar que los profesionales sanitarios y de otros sectores hubiesen adquirido los conocimientos, las actitudes, y las cualificaciones necesarios para proteger y promover la salud.

Por otra parte, la Conferencia de México de PS, estableció entre sus temas de trabajo *“asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud”*, dentro de la cual forma parte el *desarrollo de recursos humanos*. Se estableció como una de las estrategias para reorientar los servicios sanitarios con criterios de promoción de salud *“fortalecer el componente de promoción de salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza como en la formación continua de los profesionales de la salud”*. También se señaló la importancia del desarrollo de habilidades en la planificación democrática y una mayor integración entre las universidades y los miembros de la comunidad, planteando que se debe impartir educación básica para todos sobre qué representa una sociedad que fomenta la salud.

Bajo estos antecedentes, el informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, considera que para el desarrollo de la PS y la práctica de la educación para la salud, es imprescindible disponer de una formación suficiente y de calidad, coherente con las funciones y el papel de los profesionales. El desarrollo profesional de la educación y PS, exige la adquisición de conocimientos, habilidades y prácticas por parte de todos los titulados universitarios del ámbito de las Ciencias Sociales, especialmente aquellos más relacionados con la salud y la educación, con un enfoque global biopsicosocial. La capacitación profesional es un condicionante para lograr un sistema sanitario, y también educativo, orientado a la prevención y la PS.

En cuanto al currículo formativo, hace referencia a diferentes circunstancias de formación y de las instituciones responsables de su desarrollo, diferenciando tres niveles:

- La formación inicial o pregrado: es aquella que se establece para la obtención del correspondiente título (licenciatura o diplomatura) y legitima para el ejercicio profesional. La formación de pregrado es competencia de la Universidad.

- La formación de postgrado: se corresponde con los estudios posteriores a la licenciatura o diplomatura inicial, y su finalidad es adquirir un cierto grado de especialización en una determinada materia o área de trabajo. La formación de postgrado es de carácter académico orientada a la consecución de una titulación y es competencia de la Universidad y Escuelas de Salud Pública.

- La formación continuada: es aquella formación que sigue un profesional después de finalizar su formación básica y/o especializada y que no tiene como finalidad la obtención de un título o diploma sino mantener o aumentar su competencia profesional. La formación continuada es una parte de la política de recursos humanos de los servicios públicos. Habitualmente las actividades de formación continuada recaen en las estructuras de docencia de las instituciones públicas, así como en sociedades científicas y colegios profesionales entre otros.

Por otro lado la IUHPE (2000), recoge algunos elementos que condicionan el desarrollo de las actuaciones de formación, en promoción y educación para la salud:

- Las concepciones y modelos de la promoción y educación para la salud son aún poco conocidas por profesionales sociosanitarios. Existen confusiones con modelos o enfoques médicopreventivos.

- Heterogeneidad de la oferta. Muchas instituciones públicas y privadas diseñan programas de formación en educación y promoción de salud, cuyos diseños, objetivos, contenidos y metodologías son en ocasiones divergentes.

- Existen carencias a la hora de desarrollar modelos formativos que sean interdisciplinarios y concebidos por equipos multidisciplinares.

- La intersectorialidad. Hoy ya son numerosos los planes integrales y los programas intersectoriales que exigen la formación conjunta de profesionales de distintos sectores para compartir nuevos espacios de intervención común.

- La planificación y el diseño de la formación, que no responde en ocasiones a un análisis previo de las necesidades de formación de los destinatarios, sino más bien a la coyuntura del mercado de la formación.

- La escasez de planes de promoción de salud a medio-largo plazo, que incluyan estrategias de formación estables y duraderas.

- Los itinerarios formativos de los diferentes colectivos profesionales en promoción y educación para la salud son heterogéneos, y responden, especialmente en las profesiones sanitarias a un modelo de atención sanitaria de carácter biomédico e individual.

- Dificultades en la articulación entre la teoría y la práctica. Es necesario desarrollar un proceso continuado entre la experiencia, la innovación y el desarrollo de iniciativas en PS. Aunque existen suficientes modelos de buenas prácticas, son insuficientemente conocidos.

- La coordinación entre las instituciones responsables de la formación, de la planificación en salud y de la gestión de los servicios sanitarios es insuficiente. A menudo no existe una integración real de la educación y promoción de salud en la gestión y organización de los centros.

- Existen dificultades en la comprensión y el análisis de los factores psicosociales y culturales relacionados con los procesos de salud-enfermedad, por parte de los profesionales implicados, así como para la integración de paradigmas cualitativos propios de las ciencias sociales.

En 2007, el Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, organiza la *I Jornada Nacional de Formación y Educación para la Salud*, con el fin de actualizar las reflexiones iniciadas y promover una estrategia educativa que garantice la necesaria reorientación de los servicios de salud y del medio educativo y social hacia acciones encaminadas a la PS y la vida en el marco y contexto internacional de las políticas de salud para el siglo XXI y como desarrollo del marco legislativo de ámbito nacional.

Establece de forma específica tres objetivos:

1. Propiciar el consenso y establecer puntos de interés común en relación a la formación en PS entre los sectores implicados en la misma.

2. Revisar los criterios de calidad de la formación pregrado, postgrado y continuada, en relación con los objetivos, contenidos y metodología de la formación en promoción y educación para la salud.

3. Establecer estrategias que permitan llevar a la práctica los criterios de calidad mínimos exigidos en la formación en promoción y educación para la salud.

En el documento que recoge el Acta de este Congreso, vamos a centrarnos en dos puntos de forma específica dada la relación con nuestro contexto de investigación. Estos son “*la formación en promoción y educación para la salud de los profesionales*

*de la educación”* y fundamentalmente en el punto referenciado a *“las conclusiones del grupo de Formación de Grado”*.

Dentro del primer punto, se especifican las competencias que debe tener el profesorado de educación para la salud, que son:

- Poseer una representación adecuada y actual del concepto de salud para aplicarla a las acciones educativas.

- Conocer los factores de riesgo de la sociedad juvenil con la que se trabaja.

- Saber atender a las necesidades personales de desarrollo e integración social de los estudiantes.

- Organizar y programar el trabajo formativo de manera transversal a lo largo de las diversas disciplinas y formar equipos multidisciplinares.

- Utilizar la metodología adecuada para llevar a cabo las actividades programadas, sabiendo que la información no es suficiente, de manera que se consiga en el alumnado:

- Aumentar sus conocimientos sobre la salud individual y colectiva.
- Mejorar la resistencia personal frente a los problemas de salud.
- Desarrollar habilidades para la toma de decisiones convenientemente informadas.

- Evaluar tanto el proceso como los recursos utilizados y los resultados obtenidos.

Por otro lado, destaca la trascendencia de las acciones educativas por parte del profesorado de EpS, motivadas por el tratamiento de contenidos vitales, y porque se procura el desarrollo de actitudes y conductas que configuran un estilo de vida saludable. Este aspecto va a marcar la diferencia con respecto al resto de profesorado de otras materias.

La actual situación de formación inicial en EpS del profesorado parece ser insuficiente. Así el Acta recoge en relación a la formación inicial del profesorado de Educación Infantil y Primaria lo siguiente:

- La EpS no aparece como materia troncal obligatoria en ninguna de las titulaciones de Magisterio.

- La EpS puede ofrecerse como materia optativa o de Libre Elección. Depende de los recursos y sensibilidad de las Universidades.

- La EpS, en estos momentos, se ofrece como materia optativa en 16 universidades españolas.

Tras el análisis concluye que los maestros/as de Educación Infantil y Primaria poseen lagunas en su formación inicial de la EpS y la que reciben lo hacen, en la mayoría de las ocasiones, de forma dispersa sin presentación de modelos globales y coherentes con las competencias que luego se espera de ellos en su práctica profesional. Proponen frente a esta situación para mejorar la preparación inicial de los futuros educadores, una formación específica en EpS y su didáctica a través de una asignatura concreta.

Posteriormente en el análisis de Planes de estudio de la UEx, analizaremos la presencia de la PS en las titulaciones de educación, así como en el resto de titulaciones universitarias que ofrece.

#### **1.2.5. Hacia la calidad de vida y el bienestar de la comunidad universitaria.**

Actualmente, existe consenso respecto a que la calidad de vida tiene que ver con dos aspectos, por un lado, con la consideración de las condiciones de vida y por otro con las evaluaciones subjetivas (Noll, 2002).

Por lo tanto, la calidad de vida es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente.

Existen diferentes métodos para la evaluar la calidad de vida. Debido a que algunos de los componentes que integran la calidad de vida no pueden ser observados directamente, estos se evalúan a través de instrumentos autocumplimentados.

Si atendemos al concepto de calidad de vida relacionada con la salud, uno de los instrumentos más utilizados en nuestro país es el Euro-QoI-5D (EQ-5D), adaptado y validado para su uso en España (Badia et al., 2001).

El EQ-5D proporciona datos poblacionales de referencia, para un determinado país o región. Estos datos pueden ser utilizados para comparar los perfiles de los pacientes con condiciones específicas de salud con datos de la persona promedio en la población general de la misma edad y /o sexo y otras variables sociodemográficas.

Los resultados de la encuesta nacional de salud 2011-2012 para la muestra de jóvenes (de 18 a 24 años), apenas presentan problemas de salud. Un bajo porcentaje declara tener problemas en la dimensión “dolor /malestar” y en la dimensión “ansiedad/depresión”, con mayor incidencia del grupo de mujeres.

En general, los estudiantes universitarios perciben que tienen una buena calidad de vida, a pesar de los malos hábitos propios de esta etapa (Duran et al., 2012). Lo mismo ocurre con la percepción de su salud (Meda et al., 2008; Arrivillaga, Salazar & Correa, 2003).

### **1.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA UNIVERSIDAD.**

Las bases en que se inspira el movimiento de Universidades Promotoras de Salud están fuertemente enraizadas en los principios de Salud para Todos (1998b) y desarrollo sostenible y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). La iniciativa forma parte del modelo de entornos promotores de salud (*Healthy Settings*) y se basa en los principios, experiencias y aprendizajes de los movimientos de *Ciudades Saludables* (OPS/OMS, 1996) y *Escuelas Promotoras de la Salud* (OPS/OMS, 1998), iniciativas previas de la OMS.

La estrategia se dirige a construir ambientes físicos, psíquicos y sociales que influyan en mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria, creando un entorno saludable propicio para que las personas inicien o refuercen cambios positivos en sus estilos de vida.

Las Universidades Promotoras de salud, pueden definirse como “*entidades de Educación Superior que han desarrollado una cultura organizacional orientada por los valores y principios asociados al movimiento global de la Promoción de la Salud con apoyo constatado a través de una política institucional propia para el fomento y la permanencia de las acciones de PS*” (OPS, 2009, p.3).

Por su parte, Muñoz y Cabieses (2008) definen Universidad Promotora de la Salud como “*aquella que incorpora el fomento de la salud a su proyecto, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan, influyendo así en entornos laborales y sociales*” (p.140).

Según Gallardo, Martínez y Peñacoba (2010) se entiende por Universidad Saludable a toda aquella institución de educación superior, que de forma continua trabaja para mejorar el ambiente físico y social, y que a su vez, hace potenciar los recursos comunitarios que permitan a su población llevar a cabo todas las funciones de la vida y desarrollarse hasta su máximo potencial. Por otro lado, estas universidades deben ser capaces de involucrar de manera directa todos los niveles de la cultura universitaria en el ámbito de la salud y bienestar.

De igual manera, dichos autores reconocen que todas estas características que definen a las universidades como entornos saludables permiten que dichas instituciones educativas no sólo acrediten profesionales que se incorporen al mercado laboral con las máximas garantías, sino que además asuman la responsabilidad social de ofertar a los estudiantes un aprendizaje que les será de beneficio social a lo largo de toda su vida.

La REUS (2007) defiende que el concepto de Universidad Promotora de la Salud se refiere *“a una Universidad que de forma continua está mejorando e interviniendo sobre aquellos factores que determinan su ambiente físico y social, facilitando el acceso y potenciando los recursos comunitarios que permiten a sus miembros realizar todas sus funciones vitales y autodesarrollarse hasta su máximo potencial desde una perspectiva de apoyo mutuo”* (REUS, 2007).

El Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud se fortalece en América Latina con el trabajo realizado en los países por Universidades tanto públicas como privadas a partir del año 2003. Desde entonces las universidades de Iberoamérica han desarrollado importantes acciones para el fortalecimiento de la PS en la región que han servido de ejemplo para otros países.

También se ha fortalecido como resultado de las redes formales de Universidades Promotoras de la Salud que se han institucionalizado en países como Chile y México, entre otros.

Por otro lado las Conferencias Internacionales sobre el tema también han sido instrumentales contribuyendo a impulsar la iniciativa a nivel Iberoamericano.

A continuación se describen las Conferencias Internacionales que han tenido lugar y sus principales aportaciones.

### **1.3.1. Las universidades promotoras de la salud o universidades saludables desde la carta de Edmonton hasta Okanagan y la Declaración de Alicante.**

La primera Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de Salud tuvo lugar en Lancaster, Inglaterra en 1996, con el auspicio de la OMS. El enfoque de las *Universidades Promotoras de Salud* aspira a crear un entorno de aprendizaje y una cultura organizacional que mejore las condiciones de salud, bienestar y sostenibilidad de su comunidad, y permita que las personas logren desarrollar su pleno potencial.

El I Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud se celebró en el año 2003 en Santiago de Chile, organizado conjuntamente por la Pontificia Universidad Católica (Chile) y la Universidad de Alberta (Canadá), bajo el tema central “*Construyendo Universidades Saludables*”.

Además de constituir el primer paso dentro de un recorrido posterior de encuentros internacionales, fue en este evento donde se dio a conocer la estrategia para que, desde las Universidades, se contribuyera a la promoción de estilos de vida saludables.

En 2005 tuvo lugar el II Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en la Universidad de Alberta en Edmonton, Canadá, organizado nuevamente por la Pontificia Universidad Católica y la Universidad de Alberta.

Como resultado de esta reunión los países representados elaboraron la *Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior (2005)*, que recoge la declaración de los principios y metas de las Universidades Promotoras de Salud, convirtiéndose en una guía para la puesta en marcha de estos proyectos.

En el documento se establece el marco conceptual, las metas, las creencias y los principios de la iniciativa. Además se propone una guía con compromisos de acción institucional para impulsar la iniciativa en las universidades.

Los objetivos que establece la carta son:

1. Identificar el significado de ser una Universidad/Institución de Educación Superior Promotora de Salud.
2. Crear diálogos y promover la comprensión de los conceptos de promoción de la salud en el interior de la universidad.
3. Proporcionar una herramienta para crear una universidad/institución de educación superior para aquellos que desean influir sobre los tomadores de decisión.



En el punto 5 de este documento se establecen las metas a alcanzar por las Universidades Promotoras de Salud:

- Modelar institucionalmente una cultura promotora de salud y un ambiente sostenible para trabajar, vivir y aprender.

- Tomar acciones para mejorar los entornos donde se vive, trabaja y aprende abarcando toda la comunidad universitaria.

- Facilitar y apoyar a las personas para vivir una vida significativa y optar por estilos de vida saludables.

- Mejorar los servicios de salud para funcionarios y estudiantes.

- Estimular a los funcionarios y estudiantes a asumir su responsabilidad por su propia salud y bienestar.

- Comprometer a los alumnos a abogar por los conceptos de PS e involucrarse en la vida universitaria.

- Preparar a los estudiantes como ciudadanos del futuro para que promuevan la salud en sus instituciones y comunidades.

- Apoyar la PS en la comunidad local, nacional y global.

Con respecto a las características comunes de universidades e Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud, establece las siguientes:

- Un abordaje de la PS dirigido al entorno global.

- Articular una visión compartida en relación a la PS.

- Impregnar a los líderes institucionales con el concepto “salud para todos” y “desarrollo sustentable”.

- Adoptar una perspectiva a largo plazo al incorporar la PS en la vida institucional cotidiana y en los cambios culturales que la promoción de la salud exige.

- Asignar recursos y comprometerse a actuar en la PS institucional e individual.

- Incorporar la PS en los planes estratégicos institucionales.

- Comprometerse a provocar cambios a través de políticas, procedimientos, sistemas y prácticas institucionales para crear y mantener un entorno saludable que apoye el aprendizaje, el trabajo y la vida.

- Crear conocimiento individual e institucional sobre opciones y entornos saludables.

La Carta de Edmonton ha sido y sigue siendo un documento de referencia para todas las universidades que incorporan la PS en su estrategia.

El III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud tuvo lugar en Ciudad Juárez, Chihuahua, México en el año 2007, organizado por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. El tema central fue “*Entornos Formativos Multiplicadores*”. Este encuentro supuso un espacio de trabajo que dio lugar a la creación de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS).

En 2009 se celebró el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en Pamplona (España) organizado por la Universidad Pública de Navarra. El tema central del evento fue “*El Compromiso Social de las Universidades*”. En el evento se aprobó un documento resolutivo conocido como la Declaración de Pamplona/Iruña que establece los valores y principios del movimiento de Universidades Promotoras de la Salud.

*La Declaración de Pamplona* destaca el papel de la universidad como centro de enseñanza y desarrollo, con papeles de formación, educación e investigación; es un centro de generación de conocimiento, de creatividad y de innovación que se manifiesta en los procesos de enseñanza-aprendizaje y además proporciona un contexto en el que el alumnado desarrolla su experiencia y aprende habilidades para la vida. En consecuencia, la universidad debe posibilitar la incorporación de la PS en los currículos formativos fomentando la investigación y la docencia en PS, favoreciendo el intercambio de experiencias en PS y estableciendo redes de trabajo a nivel nacional e internacional.

En 2011, se celebró el V Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud en Costa Rica, con el lema: “*Comunidades universitarias, construyendo salud*”. De los ejes temáticos más destacables cabe señalar la vinculación universidad-sociedad y DSS, el papel de la formación como agente de cambio para el logro de la equidad y la población estudiantil universitaria como protagonista en la PS.

Los participantes en la elaboración de la Declaración de Costa Rica propusieron las siguientes estrategias (Declaración de Costa Rica, 2011):

1. Promover en los diversos entornos universitarios prácticas culturales en PS que estimulen principios, valores, creencias, actitudes, modos de vida y relaciones que permitan adherirse a la producción y a los beneficios y oportunidades para facilitar opciones saludables.

2. Estimular cambios en los múltiples escenarios sociales, integrando estrategias de PS que incidan en los DSS, impulsen el acceso universal a los servicios básicos y contribuyan a mejorar el estado de salud de nuestros pueblos.

3. Propiciar espacios de reflexión y de acción que permitan generar y movilizar compromisos en los diversos grupos sociales para incidir en la voluntad política, con el fin de que se asuma la salud como prioridad de los Estados.

4. Proponer la PS como eje transversal en los diversos planes de estudios.

5. Impulsar la creación de un sistema de información y formación a nivel de la RIUPS que permita el intercambio de conocimientos, experiencias y prácticas en PS.

6. Establecer un sistema de seguimiento de los acuerdos que se definen en los diversos congresos que organiza la RIUPS.

7. Definir proyectos estratégicos interuniversitarios con proyección tanto a las comunidades universitarias, como a la población en general en todos los países miembros de la red que impulsen, entre otros aspectos, el análisis del concepto de PS como campo de acción y de conocimiento que puede fortalecer el quehacer en los diversos ámbitos profesionales.

En 2013, se celebra el VI Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud en San Juan (Puerto Rico), en el marco de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS), bajo el lema “*la Encrucijada Social y Universitaria por la Salud en el Siglo XXI*”. El evento anima a la reflexión y el análisis crítico sobre la acción de los sectores sociales y universitarios para el desarrollo de una cultura de PS. En este evento se redacta la Declaración conmemorativa de los diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en la Región de las Américas (2003-2013), donde las instituciones que forman parte de la RIUPS establecen lo siguiente (RIUPS, 2013) :

1. Las universidades por su naturaleza son esenciales para sensibilizar y concienciar dentro de la estrategia de PS a las autoridades y comunidades universitarias, al sector gubernamental y no gubernamental, a los formadores de opinión pública y a la sociedad en general, mediante propuestas, programas, proyectos y otras acciones que articulen esfuerzos, recursos y experiencias con el fin de impactar positivamente en la PS.

2. Las Universidades e Instituciones de Educación Superior están llamadas a incorporar de manera directa en su misión, visión o planes estratégicos el ideario y los valores de la PS como un proceso transversal de desarrollo institucional que impacte positivamente las posibilidades para lograr un desarrollo humano integral y mejorar la calidad de vida de sus miembros (estudiantes, docentes, empleados y funcionarios en general) y las proyectará como motores de desarrollo local.

3. El desarrollo de una cultura real de PS a nivel universitario exige voluntad política institucional que se traduzca en la formulación de políticas que garanticen sostenibilidad de los procesos, el desarrollo de estructuras y programas de Universidades Promotoras de la Salud con talento humano cualificado y recursos financieros que garanticen la sistematización y permanencia de las acciones.

4. Los programas e iniciativas de Universidades Promotoras de la Salud aunque mantienen su esencia cultural e institucional única deben ser responsivas al marco conceptual y metodológico que prescribe la RIUPS y el Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud a nivel regional y global.

5. Las iniciativas de Universidades Promotoras de la Salud exigen la definición de una política institucional propia para el fomento y la permanencia de las acciones de Promoción de la Salud.

6. Las iniciativas de Universidades Promotoras de la Salud deben procurar la integración intersectorial y multidisciplinar en la conceptualización, los enfoques y en la fase operacional de sus acciones.

7. La misión social de la Universidad ha quedado constatada a través de la historia. Los proyectos e iniciativas de Universidades Promotoras de la Salud de la Región se comprometen a redimensionar su alcance para integrar las acciones vinculantes a los DSS, los esfuerzos de salud pública en general y a los cambios culturales necesarios en favor de la promoción de la salud.

8. La RIUPS propone continuar definiendo proyectos estratégicos interuniversitarios con proyección tanto a las comunidades universitarias, como a la población en general en todos los países miembros de la red que impulsen, entre otros aspectos, el análisis del concepto de promoción de la salud como campo de acción y de conocimiento que puede fortalecer el quehacer en los diversos ámbitos profesionales.

9. La RIUPS reconoce la necesidad de caracterizar y potenciar avances a nivel de la investigación en promoción de la salud, la transversalización de la formación en promoción de la salud y la participación activa de la comunidad universitaria.

10. Existe el compromiso de ampliar los espacios de reflexión y de acción que permitan generar y movilizar compromisos en los diversos grupos sociales para incidir en la voluntad política, con el fin de que se asuma la PS como prioridad universitaria y del Estado.

En el mes de junio de 2015 tuvo lugar en Kelowna, Canada, *la Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de Salud 2015*, titulada “10 años después de la Carta de Edmonton” y organizada por la Universidad de British Columbia (UBC). El objetivo de esta conferencia es movilizar y poner de relieve la responsabilidad que tiene las instituciones de educación superior para proporcionar las mejores circunstancias de estudio y desarrollo de los jóvenes en el bienestar, la salud humana y medioambiental, la sostenibilidad del ecosistema y el desarrollo económico, entre otras cuestiones.

En este evento, se redacta la *Carta de Okanagan (2015)*, una llamada a la acción de las universidades e instituciones de educación superior sobre la base de dos ejes de actuación: la incorporación de la salud en todas las actuaciones empresariales, académicas y culturales de los campus; y el liderazgo y la colaboración en actuaciones dirigidas a la PS localmente y globalmente.

El VIII Congreso Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud, tuvo lugar el pasado mes de junio (2017) en la Universidad de Alicante bajo el lema “*Promoción de la Salud y Universidad. Construyendo Entornos Sociales y Educativos Saludables*”. Más de 200 participantes de diversas universidades de México, Costa Rica, Puerto Rico, Colombia, Ecuador, Chile, Brasil, Portugal y España, se reunieron en este encuentro. Las recomendaciones de los participantes han articulado la redacción de la *Declaración de Alicante*, que se centra en cómo fortalecer la promoción de la salud para construir entornos sociales y educativos saludables desde un planteamiento de participación plena, integral, que sea integrado e integrador.

La Declaración pone el acento en el compromiso institucional que deben adquirir los equipos de gobierno de las universidades incorporando estrategias de promoción de la salud que estén integradas en las políticas universitarias.

### **1.3.2 La responsabilidad de la universidad como entorno promotor de salud desde la perspectiva intersectorial.**

Las universidades e instituciones de educación superior han sido identificadas como lugares claves en donde las personas pueden adquirir y mejorar conductas de salud por diversos motivos y han cobrado cada vez mayor relevancia en el campo de la PS. Las universidades pueden ser promotoras de salud no sólo porque tienen el potencial de influir positivamente en la salud y vida de sus miembros, promoviendo su bienestar, sino porque pueden liderar y apoyar procesos de cambio sociales en la población general a través de sus políticas y prácticas (Romero et. al., 2013).

En este sentido, varios autores han defendido las potencialidades de la universidad como entorno promotor de salud. Según Tsouros (1998) *“las universidades pueden transformarse potencialmente en un modelo de lugar que promueve la salud, pues tienen las capacidades intelectuales, las habilidades, la autoridad y la credibilidad necesaria para alcanzar este propósito”* (p.13).

Muñoz y Cabezas (2008) señalan en este mismo sentido, que éstas tienen el potencial suficiente para influir positivamente en la vida y condición de salud de sus miembros, protegiéndolos y promoviendo su bienestar y que pueden liderar y apoyar procesos de cambio en la comunidad externa, a través de sus políticas y prácticas. Por otro lado añaden que, *“al ser organizaciones extensas y complejas, las personas que ahí trabajan o estudian les dedican gran parte de su tiempo, por lo que los determinantes de salud están regidos en gran medida por las condiciones o características sociales en las cuales esas personas viven, estudian o trabajan en la universidad”* (p.145).

La pertinencia del desarrollo de universidad como escenario promotor de salud se sustenta, además de las razones expuestas, en la tendencia de la universidad española dirigida al desarrollo integral de la persona y en el modelo por competencias actualmente instaurado en nuestro sistema universitario.

Tras la adaptación del sistema universitario español al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), se propugnan una serie de funciones para ser desarrolladas por las instituciones europeas de educación superior, entre las que se encuentra la preparación profesional y capacitación de los estudiantes para su desarrollo personal (Pons et al., 2007).

Siguiendo a Gallardo y Martínez (2010), la universidad no solo tiene el compromiso de acreditar profesionales que se incorporen al mercado laboral con las máximas garantías de una buena formación, sino también teniendo en cuenta que asumimos la responsabilidad social de ofertar a la ciudadanía las posibilidades de un aprendizaje a lo largo de toda la vida. Según este nuevo modelo, la universidad deberá formar a los estudiantes en distintos niveles: los propios conocimientos académicos de la materia en cuestión, unos conocimientos generales básicos, unas habilidades y destrezas intelectuales de comunicación e interpersonales, y finalmente, unos conocimientos vinculados al mundo profesional, actitudes y valores personales.

Otra fundamentación política la encontramos en el desarrollo de la Estrategia Universidad 2015, como una iniciativa encaminada a la modernización de la universidad española. Entre sus objetivos están reforzar el carácter de bien público de la educación superior, e incrementar su dimensión social y facilitar que el conocimiento que en él se genera se dirija hacia el progreso, el bienestar y la competitividad de los sectores productivos y el empleo.

El modelo de universidades saludables es un modelo de sostenibilidad, que une la organización, el capital humano y la producción. De esta forma, invertir en universidades saludables es, sobre todo, una inversión para el futuro.

Como señala la *“Guía para universidades promotoras de la salud y otras Instituciones de Educación Superior”*, las universidades tienen la capacidad de generar beneficios para sí mismas, para sus miembros y sus familias. Esto podría obtenerse reconociendo el valor añadido que la PS tiene en términos de incremento de satisfacción laboral, como factor motivador para el ingreso de un mayor número de estudiantes y como elemento relevante en la formación de profesionales íntegros. Al mismo tiempo, la incorporación de estilos de vida saludables podría disminuir el ausentismo de estudiantes, docentes y administrativos, favorecer las relaciones interpersonales y la convivencia, mejorando el clima laboral y de estudio, y contribuyendo a la percepción de la calidad de vida durante el estudio y trabajo. Por otro lado señala, que a largo plazo, la PS en la universidad favorecerá cambios en la situación de salud del país a través de las generaciones de estudiantes graduados que fomentarán modificaciones para lograr el bienestar y la salud de las instituciones y comunidades en las que trabajen y de las familias que formen (Lange & Vio, 2006).

En consecuencia, y para que la Universidad pueda atender adecuada y eficientemente las demandas que la sociedad le requiere, esta institución debe procurar un contexto físico y social saludable y de calidad, que posibilite la cumplimentación óptima de sus obligaciones sociales, incorpore la PS en los currículos formativos y entre los objetivos de investigación, así como que ofrezca diversos programas para impulsar la creación de una cultura saludable, potenciando la participación de las personas y redes sociales en la programación y difusión de los logros alcanzados (Reig et al., 2001).

### **1.3.3. La Gobernanza para la Promoción de la Salud en la Universidad.**

En el campo de la salud la gobernanza fue definida en el año 2011 por la OMS como *“las tentativas de los gobiernos u otros actores para dirigir comunidades, países o grupos de países en la búsqueda de la salud como parte integral del bienestar mediante la adopción de un enfoque conjunto del gobierno y la sociedad”* (OMS, 2011).

La gobernanza para la salud y el bienestar se guía por el concepto de salud como derecho humano, bien público, que debe formar parte de un conjunto sinérgico de acciones que incluyan sectores tradicionalmente considerados ajenos a ella, tanto públicos como privados y al conjunto de la ciudadanía. Asimismo, son necesarias estructuras y mecanismos que hagan posible esta colaboración. De este modo, la salud se construye de una manera eficaz y eficiente haciendo partícipe a todos cuantos influyen en ella y al conjunto del gobierno, por un lado, y de la sociedad por el otro. La intervención de la sociedad es básica y supone un rasgo característico de su democratización.

Esto implica que además de tener en cuenta el papel de los representantes tradicionales en la prestación de servicios médicos y en la gestión de las políticas de salud; se debe estudiar la influencia de los gobiernos locales, de los grupos organizados de la sociedad civil (asociaciones de ciudadanos, sindicatos, colegios profesionales, etc), de las instituciones académicas y de los agentes económicos (la industria farmacéutica, de tecnología médica, etc).

Para conseguir una buena gobernanza, es decisivo fomentar la cultura de la salud e implicar a los ciudadanos para que participen en la toma de decisiones de los temas relacionados con la salud y el bienestar de la sociedad en la que viven. Como recomienda el programa de la OMS, Salud 2020, para conseguir estos objetivos es



importante la comunicación entre instituciones públicas y los ciudadanos europeos a través de las nuevas tecnologías, como internet (Pato, 2011).

La OMS, dentro de este enfoque propone cinco métodos inteligentes de gobierno para una óptima Gobernanza para la Salud y el bienestar, que son los siguientes (OMS, 2011):

- Gobernando a través de la colaboración: la colaboración es un mandato que se articula a través de la comunicación, confianza, compromiso y comprensión, así como la elección de herramientas y mecanismos y la transparencia y rendición de cuentas.

- Gobernando mediante el compromiso ciudadano: requiere tanto de la coproducción como de la cooperación de receptores. Para que los valores sean compartidos, es fundamental hacer equipo y reforzar a la ciudadanía en su poder. Además, la tecnología juega un papel básico gracias a la aplicación de la salud digital o en dispositivos móviles que reformulan todo un abanico de acciones en un mundo cada vez más digital.

- Gobernando mediante la combinación de regulación y persuasión: la autorregulación, las alianzas o redes como contrapunto al modelo jerárquico son claros ejemplos en la puesta en marcha de medidas internacionales como la normativa antitabaco en la UE, yendo de lo global a lo local y siendo capaz de funcionar no sólo como norma sino como agente de cambio de costumbres y hábitos de vida.

- Gobernando a través de agencias independientes: estas agencias, comisiones o auditores externos y expertos son clave en lo que respecta a responsabilidad, ética profesional, controles de calidad o evaluación de riesgos.

- Gobernando con políticas adaptativas, estructuras flexibles y prospectivas: la complejidad de los actuales problemas exige flexibilidad, autoorganización y descentralización a la hora de afrontar sus soluciones. Es básico tener en cuenta que ciertas decisiones en un campo pueden influir en otro, a corto o largo plazo, así como mantener vitales estructuras que puedan ofrecer la posibilidad de introducir distintas soluciones locales para un mismo problema.

Estas medidas ya están siendo puestas en práctica en Europa y otras zonas del mundo con pautas innovadoras y novedosas. Un ejemplo de ellos son los programas impulsados por la OMS basados en entornos saludables, fundamento principal del presente trabajo.

Desde esta perspectiva, una universidad promotora de salud debe adquirir un modelo de gobernanza de la salud que le permita dirigir a la comunidad universitaria en la búsqueda de la salud como parte integral del bienestar desde una responsabilidad compartida entre gobierno y sociedad.

Como hemos dicho anteriormente la gobernanza en la universidad está relacionada con los aspectos organizacionales que abarcan desde las políticas y estructuras universitarias hasta las acciones de PS, poniendo en relevancia el papel de las políticas.

Según establece la RIUPS, *“las iniciativas de Universidades Promotoras de la Salud exigen la definición de una política institucional propia para el fomento y la permanencia de las acciones de Promoción de la Salud”*. Dentro de la política institucional integra los siguientes componentes (RIUPS, 2013):

- Desarrollo de normativa y políticas para propiciar un ambiente favorable a la salud.
- Desarrollo de acciones de educación, alfabetización y comunicación en salud.
- Oferta de servicios orientados a la PS y los determinantes sociales de salud.
- Desarrollo de acciones de formación académica profesional y capacitación en PS.
- Desarrollo de opciones de participación para el desarrollo de habilidades, liderazgo y abogacía.
- Desarrollo de asociaciones, alianzas y redes nacionales e internacionales.
- Acciones de modificación de la infraestructura.
- Desarrollo de acciones de investigación y evaluación.

De esta forma la gobernanza en relación a la PS en la universidad estaría asegurada si la cultura de la salud y el fomento del bienestar tienen una presencia explícita en las políticas institucionales.

En este sentido, *“la Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior”* de la Organización Panamericana de la Salud, constituye un referente. En ella se establecen unas indicaciones y líneas estratégicas que de forma general se pueden aplicar en las instituciones de educación superior.

Por un lado considera indispensable que la máxima autoridad de la universidad, en este caso el Rector, junto con su equipo de gobierno asuma la responsabilidad de crear una cultura favorecedora de la salud y el bienestar dentro de la universidad. Y que esta decisión sea plasmada en el Plan estratégico de la misma para, de esta forma, involucrar de forma gradual al resto de estamentos que se corresponden con

los estudiantes, el personal docente e investigador y el personal de administración y servicios, de forma que la iniciativa se consolide.

Para lograr una iniciativa sostenible se precisa de recursos humanos motivados y capacitados por un lado, y un presupuesto que sirva para implementar el plan anual de acciones. Al ser un cambio que se produce lentamente requiere una construcción colectiva en la que participen todos los sectores y para esto hay que trabajar la sensibilización, motivación, dar información y demostrar los beneficios.

El desarrollo de una cultura organizacional saludable requiere de un pensamiento integral y de una administración efectiva de los procesos de cambio. Para ello se establecen cinco ámbitos que deben integrar la PS para construir una Universidad Saludable. Estos son:

#### 1. Las políticas universitarias.

Debe formar parte del Plan Estratégico, la promoción de un entorno saludable y la formación de un capital humano capaz de su autocuidado y de promover la salud en la sociedad. Este Plan Estratégico debe complementarse con modificaciones de reglamentos internos que refuercen estas iniciativas, apoyado también con los recursos económicos necesarios. Si no se incorpora la PS en la política universitaria, las acciones que se desarrollen no tendrán trascendencia ni serán sostenibles.

#### 2. La estructura.

Hay que desarrollar una estructura organizacional que pueda articular de manera coordinada las acciones que la Universidad Saludable ha priorizado. Para ello todos los servicios universitarios con competencias en determinados aspectos de la salud y el bienestar de la comunidad universitaria, deben coordinarse, cooperar y evitar paralelismos.

#### 3. Los procesos.

En una Universidad Saludable, el concepto de vida sana debe estar incorporado en los procesos de toma de decisiones y abarcar el mayor número de áreas posibles, currículo, reglamento interno, infraestructura, actividades, capacitación docente...

Para ello es recomendable la construcción de un equipo interdisciplinario que desarrolle la tarea en el ámbito en el que tiene competencia. Por otro lado se deben aprovechar los medios de difusión de la universidad para sensibilizar y educar en los condicionantes de los estilos de vida.

#### 4. Mallas curriculares.

La PS es un tema que debe estar presente en el currículo de todas las titulaciones, a través de contenidos transversales. El objetivo final sería conseguir que un porcentaje de las competencias del currículo de todas las titulaciones estén relacionadas con la PS.

#### 5. Ambiente físico.

El ambiente físico debe incentivar y dar facilidades para vivir saludablemente dentro de la Universidad, con infraestructuras adecuadas, lugares de descanso y reflexión, espacios para fumadores, para hacer de la universidad un espacio sin humos, entre otros.

### **1.3.4. Redes nacionales e internacionales de universidades promotoras de salud. Ejemplos de experiencias y buenas prácticas.**

El trabajo en red en PS, presenta grandes ventajas y potencialidades como se ha puesto de manifiesto en las diferentes Conferencias de PS. Algunos ejemplos de ellos, son:

- La Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud efectuada en México en el año 2000, ratifica la necesidad de fortalecer y ampliar las asociaciones en pro de la salud además de acentuar la deseabilidad de establecer o fortalecer las redes nacionales e internacionales para promover la salud (OPS, 2000).

- La Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en el 2005 en Bangkok, evoca el trabajo de redes y en ella se definen diversas estrategias de PS en un mundo globalizado. *Las asociaciones, alianzas, redes y mecanismos de colaboración brindan fórmulas interesantes y gratificantes para conseguir reunir a personas y organizaciones en torno a objetivos comunes y acciones conjuntas que mejoren la salud de las poblaciones.*

- La VII Conferencia Global de Promoción de la Salud de la OMS Salud y Desarrollo de Nairobi, establece entre sus estrategias las Alianzas y Acción Intersectorial. Entendemos alianza como *“arreglo voluntario desarrollado entre entidades que están orientadas por una filosofía de trabajo cooperativo con el fin de compartir objetivos”* y que implica *la responsabilidad de compartir metas, recursos, riesgos, toma de decisiones, confianza, cooperación, negociación.*

Arroyo (2010) presenta la perspectiva conceptual del Trabajo en red en la Salud pública como:

- El trabajo colectivo, en equipo, en redes y en otras modalidades.
- Se plantea que una de las destrezas por excelencia de los líderes salubristas es desarrollar y mantener activos los equipos de trabajo y las redes logrando aumentar su efectividad.
- La aspiración de las redes de trabajo es traducir los objetivos definidos colectivamente en el aumento de resultados positivos.
- La gesta del trabajo colectivo en redes requiere la designación de personas que actúen como líderes primarios o estructuras que orienten la gestión operativa, apoyen y ofrezcan seguimiento a las acciones.
- Los integrantes de las redes deben obtener la información sobre bases de equidad y los constituyentes de la red deben involucrarse activamente en una cultura de trabajo compartido.
- La participación en redes por parte de representantes institucionales y no en su carácter individual requiere que la persona asuma un rol de enlace entre la red y la institución que representa. En ese caso se requieren destrezas adicionales de comunicación y negociación, entre otras.

Por otro lado presenta los valores del trabajo en redes:

- Permite unir el talento y las destrezas variadas de los integrantes.
- Capitalizar el trasfondo multidisciplinario de los integrantes.
- Se asocia con una mayor productividad que es el producto de la colaboración y la cooperación entre las partes.
- La toma de decisiones participativa.
- Permite la flexibilidad y el reenfoque de sus parámetros y acciones.
- La finalidad es el intercambio de información para el beneficio mutuo mediante una relación de tipo informal y sin la obligatoriedad de compartir recursos.
- Asociación que no requiere grandes demandas de los integrantes.

Una vez expuestas las características, valores y potencialidades del trabajo en red pasamos a describir las principales redes nacionales e internacionales de universidades promotoras de salud.

- **Red Española de Universidades Saludables.**

La Red Española de Universidades Saludables (REUS), se constituye el 22 de septiembre de 2008 como una iniciativa a favor de la salud con el objetivo de reforzar el papel de las Universidades como entidades promotoras de la salud y el bienestar de sus estudiantes, su personal, y de la sociedad en su conjunto, liderando y apoyando procesos de cambio social.

La impulsora, gestora y presidenta de la red hasta el año 2015, fue la Dra. Carmen Gallardo Pino, actual Presidenta Honorífica, entonces Vicerrectora de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, actual Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y directora de la Cátedra de Promoción de la Salud.

Fue apoyada por un Convenio Marco de Colaboración (2011) entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas en donde se establecen los objetivos y funciones.

Actualmente la REUS se ha constituido en Asociación para mejorar su gestión, y su presidente es el Dr. Antoni Aguiló, Vicerrector de Campus, Cooperació i Universitat Saludable de la Universidad de las Islas Baleares.

En la REUS participan alrededor de 40 universidades de toda España, la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE), el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI), el Ministerio de Educación y algunas Estructuras Autonómicas de Salud Pública.

La REUS establece entre sus objetivos:

- Potenciar la Universidad como entorno promotor de la salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto.
- Fomentar la Investigación y la Docencia en Promoción de la Salud.
- Favorecer el intercambio de experiencias en Promoción de la Salud.
- Promover y favorecer el trabajo conjunto entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades.
- Consensuar líneas estratégicas y de trabajo para llevar a cabo un proyecto de universidad promotora de Salud.
- Posibilitar la elaboración y el desarrollo de proyectos comunes en las líneas estratégicas de la RED.
- Potenciar la participación internacional.

- Fomentar la oferta de servicios y actividades dirigidos a promocionar la salud de la Comunidad Universitaria.

Para alcanzarlos establece las siguientes líneas estratégicas:

- Entornos universitarios que promuevan la salud.
- Incorporación en los planes de estudio universitarios de formación en promoción de la salud a nivel de grado y postgrado.
- Investigación en promoción de la salud.
- Participación y colaboración entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades.
- Oferta de servicios y actividades en el campus dirigida a promocionar la salud de la Comunidad Universitaria.

La Universidad de Extremadura se adhirió a la REUS en diciembre de 2011.

- **Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS).**

Las universidades de Iberoamérica han desarrollado importantes acciones para el fortalecimiento de la PS en la región y sus experiencias sirven de referencia a nivel internacional para la implementación de la estrategia.

La Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud fue constituida el 6 de octubre de 2007, como parte de los resultados del III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en Ciudad Juárez. Su presidente es el Dr Hiram Arroyo de la Universidad de Puerto Rico.

El Artículo 4 del Documento Constitutivo de la RIUPS establece como funciones de la red las siguientes:

- Participar en la organización de las Reuniones Internacionales bianualmente.
- Promover el reclutamiento y la adhesión de nuevas UPS como miembros de la RIUPS.
- Mantener la documentación de las reuniones y actividades de las UPS.
- Vigilar el cumplimiento de los criterios para ser una UPS.
- Proveer apoyo para el monitoreo y evaluación de las experiencias de las UPS
- Diseminar las experiencias y lecciones aprendidas con las UPS.

Con respecto a las áreas de colaboración y cooperación se establecieron las siguientes:

- Información: mantener el sitio Web y hacer los links de cada universidad, asegurando que la información de cada institución esté lo más actualizada posible.

- Criterios y Guías: desarrollar, adaptar y diseminar criterios y guías sobre UPS.

- Formación: desarrollar cursos presenciales y a distancia sobre PS en colaboración con el CIUEPS.

- Materiales didácticos: preparar materiales, libros de texto y documentos para la enseñanza de la PS en colaboración con el CIUEPS.

- Proyectos de Investigación y capacitación: preparar proyectos de investigación así como de capacitación y formación de los recursos humanos en PS.

- Documentación y divulgación: documentar, sistematizar y publicar/diseminar las experiencias y el conocimiento.

La RIUPS coordina diferentes grupos de trabajo internacionales que desarrollan los documentos e impulsan las líneas estratégicas de la red.

- **Experiencias nacionales e internacionales dentro del movimiento de universidades saludables.**

- Experiencias nacionales del movimiento de universidades saludables.

En España, dos universidades pioneras en la implementación de este tipo de proyectos son la *Universidad Pública de Navarra* y la *Universidad Rey Juan Carlos-URJC*.

Con respecto a la Universidad Pública de Navarra, es una de las universidades con mayor trayectoria en este campo. Comenzó llevando a cabo acciones aisladas pero su interés se vio plasmado en el plan estratégico para el período 2005-2008, bajo el cual nace el Plan de Universidad Saludable que integra las actuaciones en cuatro ámbitos de intervención: entorno universitario físico y social, currículo e investigación relacionados con la PS, oferta de servicios relacionados con este tema e información, colaboración intersectorial y participación. Desde hace algunos años, este plan ya cuenta con la evaluación de los resultados, del proceso y de la estructura para la adecuación de los recursos, a través de métodos cuantitativos y cualitativos (Pascual et al., 2010).



En 2009, se organizó en Pamplona el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud, con el tema central *El Compromiso Social de las Universidades*.

Entre sus experiencias se encuentra la publicación en 2014 de la “*Guía docente para la promoción de la salud en la universidad*” que se dirige a todos los docentes de la universidad, como invitación a participar en el Plan de Universidad Saludable y ofreciéndoles actividades que les faciliten su colaboración. Propone una gran variedad de actividades prácticas preparadas para su realización en el aula con los estudiantes de grado; e incluye contenidos educativos fundamentados en una visión integral de la salud y propuestas metodológicas con un enfoque de pedagogía activa.

El objetivo final es trabajar con el alumnado para potenciar una apertura permanente a la experiencia que les genere autonomía, responsabilidad y control sobre su propia vida y salud.

En cuanto a la Universidad Rey Juan Carlos, el Vicerrectorado de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable fue creado en 2006, para trabajar, desde un enfoque transversal, distintas actuaciones de salud biopsicosocial de la comunidad universitaria. El objetivo inicial y prioritario era mejorar la calidad de vida y la salud tanto del Personal Docente e Investigador como del Personal de Administración y Servicios de la universidad actuando desde dentro, para los cuales se diseñó, en función de los factores de riesgo detectados en cada colectivo, un Plan de Formación en Salud específico para cada uno de ellos.

La formación de los estudiantes como agentes promotores de salud constituye la idea fundamental del programa Universidad Saludable. De esta forma, decidieron capacitar a los estudiantes en el modelo de habilidades para la vida, formando a los docentes para que en los escenarios de aprendizaje que lo posibiliten desarrollen estas competencias.

El eje central del trabajo del Vicerrectorado de Política Social, calidad ambiental y universidad saludable se sitúa precisamente en la coordinación de la tarea por comisiones y programas de actuación, trabajando de forma cooperativa desde la interdisciplinariedad.

En la actualidad sus principales áreas de actuación son:

- Conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular.
- Alimentación saludable.
- Actividad física.

Dentro de las actividades que desarrollan, destacan el “Plan URJC Cardiosaludable”, el Programa “Universidad Saludable” en Radio URJC y la organización de seminarios y diferentes eventos.

- Experiencias europeas del movimiento de universidades saludables.

En Europa destaca el trabajo llevado a cabo por la Universidad Central de Lancashire en Reino Unido, que fue una de las primeras universidades en Europa en establecer una iniciativa de universidades promotoras de la salud en 1995. Se ha convertido en un referente nacional e internacional en este campo, dando lugar al desarrollo de una red nacional de Universidades Saludables, una web y guías de orientación.

Desde esta iniciativa trabajan para crear un sistema de apoyo a la salud, como el desarrollo de las políticas, formación del personal, información relacionada con la salud, campañas y desarrollo del currículo. Su plan de acción incluye a los estudiantes y personas que trabajan en la universidad y su entorno próximo. Las dos áreas claves de trabajo son la salud mental y la alimentación segura y saludable.

Para integrar dentro de sus estructuras, procesos y cultura, un compromiso con la salud, contrató expertos en PS para coordinar e impulsar iniciativas saludables dentro de la universidad. Algunas de estas acciones eran “visibles” para la comunidad universitaria, como charlas, menús saludables, promoción de actividad física... y otras “invisibles” como los cambios de políticas, estructuras y procesos favorecedores de la Promoción de la Salud (Lange & Vio, 2006).

- Experiencias en América Latina del movimiento de universidades saludables.

En América Latina los proyectos de entornos saludables en el ámbito universitario cobran fuerza a partir de 1996, cuando se formalizan redes académicas-profesionales que impulsan acciones de formación de recursos humanos en PS y EpS, y se dan los primeros pasos para formalizar el enfoque de universidades promotoras de la salud.

En este proceso destaca el trabajo llevado a cabo por universidades tanto públicas como privadas, principalmente en países como Chile, México y Colombia; además de la organización de conferencias o congresos internacionales bajo el tema de "universidades promotoras de la salud".

En Chile cabe destacar el trabajo realizado por la *Pontificia Universidad Católica de Chile*. Su programa de universidades saludables tiene cerca de 13 años de existencia y cuenta con una amplia experiencia en la generación, liderazgo y

desarrollo permanente de acciones que promueven estilos de vida saludables en las universidades de Chile y en el mundo. Su proyecto se dirige al desarrollo de tres líneas de trabajo: actividad física, alimentación saludable y entornos saludables (ambientes libres de humo de tabaco y seguridad personal). Previamente ya se ha elaborado el marco conceptual, la constitución de un equipo interdisciplinario que dirija el programa y la realización de un diagnóstico de las conductas de salud de los estudiantes de la institución. También cuenta con un servicio de salud estudiantil que trabaja las áreas de la promoción de la salud mental, salud oral, prevención cardiovascular, sexualidad responsable, prevención de cáncer de piel, prevención y control de consumo de tabaco y otras drogas, talleres de crecimiento personal, programas de prevención del suicidio y un programa de inclusión de estudiantes con necesidades especiales.

También se han llevado a cabo iniciativas en áreas específicas como el alcohol, el tabaco o el VIH/SIDA organizadas por diferentes instituciones.

Las acciones más frecuentes, han sido aumentar los horarios para que los estudiantes puedan realizar deporte dentro de la universidad y la organización de campañas para promover la reducción del hábito de fumar, talleres, charlas sobre alimentación, actividad física, etc.

En 2003, se celebró el Congreso "Construyendo Universidades Saludables" organizado por la Pontificia Universidad Católica y la Universidad de Alberta, Canadá. Tuvo una gran participación de Universidades, demostrando un gran compromiso con la PS. Por otro lado se creó la página web [www.puc.cl/ucsaludable](http://www.puc.cl/ucsaludable) como estrategia para trabajar en redes.

Otra experiencia en Chile es la Red Universitaria de Promoción y Autocuidado (RED UPRA), la cual desarrolla diferentes actividades dirigidas a estudiantes de educación superior, respecto al uso y abuso de drogas en colaboración con el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes.

Es importante destacar que en 2006 se publicó la "*Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Superior*" realizada por miembros de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Chile, con el auspicio de la OPS, el apoyo técnico del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud y del Ministerio de Salud de Chile, la cual se ha transformado en un referente técnico importante a nivel nacional e internacional (Lange & Vio, 2006).

Recientemente la Red de Universidades Promotoras de Salud de Chile ha publicado la “*Guía para la autoevaluación y reconocimiento de instituciones de Educación Superior Promotoras de la Salud*” (2013), que ha sido uno de nuestros referentes para la elaboración del sistema de indicadores propuesto en nuestro estudio. La guía tiene el objetivo de orientar a las instituciones en la toma de decisiones en relación al programa de PS y a fomentar el diseño de un plan de mejora en pro del bienestar de sus comunidades.

En relación a las experiencias de Colombia destaca la labor de la *Pontificia Universidad Javeriana de Colombia-PUJ*, que ha liderado la iniciativa de implementación de un programa de universidades saludables dentro de su institución desde el año 2002.

Para ello han trabajado en base a tres etapas: la formación de un equipo asesor del programa, la implementación del programa de mantenimiento de la salud y la formulación de políticas saludables en base a las necesidades de salud de los miembros de la comunidad educativa. Todo el proceso se ha organizado metodológicamente en tres ejes que se complementan: articulación y divulgación de acciones que aporten a la construcción de la comunidad, mantenimiento de la salud y el eje de educación para la salud (Granados, 2010).

En 2010 se creó la Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior y Universidades Promotoras de la Salud (REDCUPS) con el objetivo de que las instituciones de educación superior avocadas en los proyectos de promoción de la salud en el país y en el extranjero se encuentren comunicadas, se faciliten las sinergias, haya un horizonte compartido, permita caracterizar las necesidades de la población a la que se dirige y se puedan potenciar los recursos con los que cuenta.

Entre las aportaciones de la REDCUPS destaca la elaboración de la guía “Universidades e Instituciones de Educación Superior (IES) Promotoras de Salud. Guía para su fortalecimiento y evaluación”, realizada junto con el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, con el objetivo de brindar elementos básicos para la puesta en marcha, fortalecimiento o consolidación de la Estrategia Universidades Promotoras de la Salud en las Instituciones de Educación Superior/Universidades del país.

Esta guía ha sido otra referencia fundamental en nuestro trabajo, para el desarrollo del sistema de indicadores de evaluación, tal y como veremos en el epígrafe correspondiente.

### **1.3.5. La evaluación de la Promoción de la Salud en la Universidad.**

El proceso de evaluación de la estrategia de PS, requiere de la recogida sistemática y el análisis de los indicadores relativos al cumplimiento de la estrategia y la obtención de los resultados previstos. Como en todo proceso o intervención, la evaluación genera una información que permite guiar el desarrollo de iniciativas y acciones más efectivas al identificar aquellos aspectos que deben ser reorientados hacia los objetivos propuestos. En este sentido, Pawson y Tilley (1997) afirman que la evaluación no debe responder simplemente a qué funciona, sino para quién y en qué circunstancias.

Dentro del ámbito académico, el gran desafío para el diseño, ejecución y evaluación de las estrategias de la PS, tal y como establece Ippolito-Shepherd (2010), *“consiste en la aplicación apropiada, pertinente y creativa de marcos teóricos que faciliten la mejora de la salud, el bienestar y la calidad de vida y las oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo saludable de las poblaciones. El rol de las universidades en este aspecto es vital, especialmente desde el punto de vista de la formación, capacitación, investigación y evaluación”*.

Los resultados del estudio *“Implementing the Health Promoting University approach in culturally different contexts: a systematic review”* (Suárez & Van den Broucke, 2016), indican que la evaluación de los efectos a un nivel más sistemático, como la creación de un entorno promotor de salud o la integración de la salud en la cultura de la Universidad, es evaluado con menor frecuencia. Esto puede ser debido a la dificultad inherente de evaluar iniciativas utilizando el enfoque de contextos saludables.

Durante el desarrollo del campo de la PS a partir de la Carta de Ottawa se han implementado una serie de estrategias y evaluado estas experiencias con el apoyo y la colaboración de la OPS/OMS. Tanto es así, que *“en la última década se ha dedicado un mayor esfuerzo a desarrollar y validar metodologías y guías para crear, implementar y evaluar la estrategia de Promoción de la Salud y fortalecer la capacidad de los países en este campo, especialmente en la creación de los entornos saludables”* (Cerqueira, 2007).

Uno de los sistemas utilizados para la evaluación de las estrategias es el uso de indicadores, que reflejen los aspectos esenciales de la PS y puedan constituir un sistema de evaluación que sirva para orientar la acciones y analizar los cambios. No obstante parece conveniente el uso de diferentes métodos y enfoques a la hora de abordar el estudio de PS. McDonald, Veen y Tones (1996) apuestan por el uso de

métodos de triangulación fundamentados en una teoría que le dé sentido a los resultados, producto de metodologías pluralísticas.

En esta misma línea, un estudio realizado sobre la efectividad de la evaluación de la PS, realizado por Akerman et al. (2007), entre expertos de diferentes países, revela que las mayores expectativas y beneficios que encuentran ellos es compartir experiencias incluyendo estudios de caso de diferentes metodologías y diseños de investigación alternativos para evaluar indicadores de éxito. Defienden por otro lado, el trabajo sobre indicadores relacionados con el empoderamiento y la participación comunitaria, en vez de centrar las expectativas en el estado de salud como resultado (Akerman et al., 2007).

Uno de los referentes internacionales es la guía elaborada por la REDCUPS, *“Universidades e Instituciones de Educación Superior (IES) promotoras de salud. Guía para su fortalecimiento y evaluación”* (2012) para la puesta en marcha, fortalecimiento o consolidación de la Estrategia Universidades Promotoras de la Salud en las Instituciones de Educación Superior y Universidades del país.

La Guía está organizada a partir de algunas de las áreas de acción definidas en la Carta de Ottawa puestas como categorías de evaluación, que se cruzan en un esquema que va mostrando logros, indicadores, verificadores y un conjunto de actividades sugeridas, trazando un camino para la implementación progresiva de la estrategia en las Instituciones de Educación Superior.

Se presenta el desarrollo de objetivos para cada categoría, en pro del desarrollo de un campus Saludable y de acuerdo a la realidad de cada institución.

Las Categorías de evaluación son:

1. Voluntad Institucional.
2. Modelo participativo.
3. Educación para la Salud.
4. Habilidades Colectivas/comunitarias.
5. Reorientación de servicios de salud en las IES.

Otra de las referencias a nivel internacional es la *“Guía para la autoevaluación y reconocimiento de instituciones de educación superior promotoras de Salud”* realizada por la Red de Universidades Promotoras de Salud de Chile, apoyada por la Organización Panamericana de Salud.

En la Guía se señalan las áreas de trabajo mínimas que se deben desarrollar en los programas de PS en el contexto universitario, evaluando los elementos de mayor impacto para la PS en el ambiente de la educación superior.

De esta forma presenta las siguientes áreas de evaluación:

- Gestión institucional.
- Comunicación y participación.
- Entornos saludables.
- Estilos de vida.

Recientemente (febrero 2017), la OMS en colaboración con la OPS y la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS) han elaborado un documento técnico titulado "*Componentes y Criterios para la Certificación de Universidades Promotoras de la Salud*" desarrollado por el Dr. Hiram V. Arroyo. El propósito del documento es presentar una recopilación de los componentes y criterios para la certificación de Universidades como Universidades Promotoras de la Salud (UPS). Supone una guía para desarrollar la iniciativa de UPS en el campus y ofrece orientaciones para la dirección en las dimensiones política, administrativa y de programación.

El documento establece una serie de dimensiones de evaluación, denominadas componentes y definidas como "*guías para desarrollar la iniciativa de UPS en el campus*". Plantean una propuesta de dirección en diferentes dimensiones (política, administrativa y de programación) con una serie de criterios para el desarrollo institucional en este campo.

Establece las siguientes dimensiones y criterios de certificación:

I. Componente Conceptual: incluye criterios de certificación relacionados con el marco filosófico, ideología, fomento y énfasis en aquellos aspectos que se identifican con la PS en este contexto.

II. Componente Programático: incorpora los criterios relacionados con el desarrollo de normativas, acciones, iniciativas y servicios relacionados con diferentes aspectos de la PS.

III. Componente de Política Institucional: donde se recogen los criterios relacionados con la presencia del programa de PS en los documentos institucionales (plan estratégico y otros documentos de referencia en la institución).

IV. Componente Estructural: que incorpora los criterios referidos a la coordinación del programa de UPS, su plan de trabajo y evaluación.

V. Componente de vinculación con el ambiente externo, que incluye los criterios relacionados con la proyección del programa más allá del ámbito universitario, y la participación y colaboración de otras instituciones dentro del mismo.

Una vez expuesto el marco teórico que sustenta la fundamentación del presente trabajo, pasamos a exponer los objetivos del estudio y al desarrollo de la parte empírica del mismo.



# CAPÍTULO II.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

## 2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Tal y como hemos visto en el marco teórico, desde hace unos años ha aumentado el interés por las acciones dirigidas a promocionar la salud y empoderar a las personas en aquellos contextos que forman parte de su vida cotidiana. De esta manera, dentro de la iniciativa de *contextos saludables (Healthy Settings)* se originó la estrategia de *Universidades Promotoras de Salud o Universidades Saludables* con la finalidad de potenciar la universidad como entorno promotor de salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto, iniciativa a la que se adhirió la UEx en 2011.

Teniendo en cuenta el interés y el compromiso institucional por formar parte de esta estrategia y la necesidad de orientar correctamente el impulso de incorporar por primera vez la estrategia de PS en la universidad; además de las precedentes experiencias de otras universidades, y el aumento de la preocupación internacional en Instituciones de Educación Superior por la mejora de los programas de PS en la universidad, se creyó conveniente estudiar en profundidad la incorporación de la estrategia para mejorar su implementación y reorientación al mismo tiempo que se aportan las necesarias evidencias que la comunidad científica demanda en este nuevo campo de intervención en PS.

Por otro lado, aunque en los últimos años se han unido a esta estrategia un gran número de universidades españolas, no existen prácticamente estudios que evalúen la aplicación de la estrategia en este entorno. Además, a pesar de que todas las universidades que integran la red, tienen unos objetivos comunes, cada universidad tiene un gobierno y unos recursos propios y específicos, diferentes de las demás, que van a determinar el desarrollo de la estrategia.

Por todo ello, nos planteamos indagar sobre las posibilidades y barreras relacionadas con la implementación de la estrategia de PS en las universidades, y de forma específica en la UEx y nos planteamos como punto de partida las siguientes preguntas para el desarrollo de la investigación que se relacionan con las dimensiones de la PS a nivel personal, estructural y social.

¿Cuáles son los estilos de vida de los estudiantes de la UEx? ¿Qué opinión tienen acerca de la infraestructura y los servicios y recursos que les facilita la UEx para el cuidado de su salud? ¿Qué necesidades expresan los estudiantes en cuanto al bienestar en el contexto universitario? ¿Qué recursos les gustaría que les facilitara la universidad para el cuidado de su salud en todos los aspectos?

¿En qué medida el contexto potencia o limita la adopción de estilos de vida saludables? ¿Qué elementos del modelo de gobernabilidad en relación a la PS en la universidad están actuando y cuáles constituyen limitaciones para el desarrollo del mismo? ¿Cómo podemos medir el desarrollo de la Estrategia de Promoción de la Salud en el entorno universitario? ¿En qué aspectos la UEx sigue el modelo de PS, que determina la REUS y la RIUPS? ¿Qué aspectos son necesarios en la UEx para favorecer la Promoción de la Salud de forma general a toda la comunidad educativa y de forma específica a sus estudiantes? ¿Qué percepción tienen los representantes institucionales sobre la Estrategia de PS en la universidad y la potenciación de la promoción de la salud desde los servicios que coordinan? ¿Qué programas e iniciativas llevadas a cabo en otras universidades saludables podrían ser implantados en la UEx?

Como respuesta a estas preguntas surgen los objetivos de la presente investigación, tal y como pasamos a definir a continuación.

El objetivo general de la investigación es evaluar el modelo de gobernanza en el que se basa la estrategia de PS en la UEx desde el modelo de los entornos saludables. Todo ello poniendo especial atención a los aspectos que inciden en la mejora del bienestar de los estudiantes como miembros de la comunidad universitaria.

Para ello nos proponemos estudiar los diferentes factores que tienen influencia en el desarrollo de la estrategia de PS considerando dentro de este proceso, el estudio de los estilos de vida de los estudiantes de la UEx desde el Modelo de los DSS, la evaluación de las dimensiones propias de la PS dentro del contexto de la UEx (esto es, su rol en relación al nivel funcional, interactivo y crítico), el análisis de las necesidades desde la percepción de los estudiantes con respecto a los recursos, políticas y oportunidades de participación que la universidad les brinda para potenciar su salud y bienestar; y por otro lado el análisis de la percepción de miembros del equipo de gobierno de la universidad en relación a las barreras internas relacionadas con el desarrollo de la estrategia de Universidad Saludable.

Los resultados obtenidos permitirán orientar el trabajo práctico alrededor de la estrategia, diseñar políticas ajustadas a las necesidades detectadas, y reorganizar los elementos de la estructura universitaria de modo que todos de manera coordinada, a través de una metodología basada en la participación, contribuyan desde su función al objetivo común de construir una universidad con potencialidad para promover la salud de su comunidad universitaria y social.

En definitiva, los resultados obtenidos permitirán la toma de decisiones informada de modo que se pueda garantizar que las siguientes acciones del diseño obtengan los mejores resultados en su implementación y fortalecer a la UEx en sus procesos internos alrededor de la Estrategia de Universidad Promotora de Salud. Nos permitirá establecer vínculos entre las evidencias, las políticas y las prácticas e informar cómo se puede aplicar a contextos concretos de PS como es el universitario. Al mismo tiempo aportamos evidencias que pueden contribuir a fortalecer los procesos en otras universidades.

## **2.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

Para conseguir estos objetivos y dar respuesta a las preguntas de investigación enunciadas, nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

1. Estudiar los estilos de vida de los estudiantes de la UEx mediante los comportamientos y hábitos relacionados con la salud.
2. Analizar las opiniones de los estudiantes en cuanto a los servicios, infraestructuras y recursos que les facilita la UEx para favorecer su desarrollo integral.
3. Identificar las necesidades de los estudiantes en el contexto universitario y los recursos de los que les gustaría disponer en cuanto a su bienestar.
4. Diseñar y validar un sistema de indicadores para la evaluación de la estrategia de PS en el entorno universitario.
5. Evaluar las diferentes dimensiones referidas al contexto universitario como promotor de la salud: gobernabilidad y políticas de PS, investigación, competencias y formación universitaria en PS, entornos y recursos, la participación de la comunidad universitaria, la comunicación, la colaboración e intersectorialidad intra e inter universitaria.
6. Evidenciar en qué aspectos la UEx está alineada con el modelo de PS, que determina la REUS y la RIUPS, redes a las que pertenece.
7. Identificar las potencialidades de la UEx como promotora de salud (assets), así como las limitaciones que impiden el desarrollo de la misma.
8. Identificar las acciones necesarias para potenciar la PS en toda la comunidad educativa y de forma específica en sus estudiantes.

# CAPÍTULO III.

# METODOLOGÍA

En este capítulo pasamos a definir el marco metodológico de la investigación definiendo el enfoque adoptado, el modelo de investigación, las técnicas, fuentes e instrumentos de investigación, así como el procedimiento seguido en cada uno de los estudios desarrollados. Para poder llegar a los fines de la investigación y dar respuesta a los interrogantes planteados, valoramos las posibilidades que el método científico ofrece y determinamos de esta forma la metodología para llevar a cabo el estudio. Para Taylor y Bogdan (1986), el concepto de metodología se refiere al modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas.

Cook y Reichardt (1986), defienden que es importante la adaptación metodológica a las características funcionales que cada contexto impone de manera idiosincrática. Destacan que la perspectiva paradigmática del investigador tiene que ser flexible y capaz de adaptarse a las circunstancias.

Este estudio emplea métodos del paradigma cuantitativo y cualitativo para poder dar respuesta y comprender en profundidad cómo se desarrolla el modelo de gobernanza de la estrategia de PS, estudiando las diferentes dimensiones que tienen influencia en este proceso en una situación natural y un contexto específico, que en este caso es la Universidad de Extremadura.

La investigación cualitativa implica un análisis hacia la “comprensión”. Consiste en un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible. Lo convierten en una serie de representaciones, que incluyen las notas de campo, las entrevistas, conversaciones, fotografías, registros y memorias. En este nivel, la investigación cualitativa implica una aproximación interpretativa y naturalista del mundo. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian los hechos en su contexto natural, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en función de los significados que las personas le dan (Denzin & Lincoln, 2005, p.3).

Por investigación cualitativa o etnográfica se entiende también una actividad descriptiva de trabajo de campo (Knapp, 1986). El elemento más importante en una investigación etnográfica es la descripción y el análisis del entorno social que se estudia, con la intención de especificar el funcionamiento de un sistema social o un aspecto de éste. El rasgo más importante es su naturaleza, es decir, que describe los fenómenos de manera global en los contextos naturales, teniendo en cuenta su complejidad.

Para el mencionado autor, las características de la investigación etnográfica son las siguientes:

- Acceso al escenario inicialmente exploratorio y abierto al problema de investigación.
- Intensa implicación del investigador en el entorno social que está siendo estudiado como observador y en diferentes grados, como participante.
- Empleo de múltiples técnicas de investigación intensiva, insistiendo en la observación participante y en las entrevistas con informantes clave.
- Una tentativa explícita de comprender los acontecimientos en términos del significado para las personas de ese contexto.
- Un marco interpretativo que subraye el importante papel del contexto en la determinación de la conducta y de las interrelaciones ecológicas entre la conducta y los acontecimientos dentro de un sistema funcional.

Sandin Esteban (2003), define la investigación cualitativa como *“una actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos educativos y sociales, a la transformación de prácticas y escenarios socioeducativos, a la toma de decisiones y también hacia el descubrimiento y desarrollo de un cuerpo organizado de conocimientos”* (p.37).

Las metodologías cualitativas se interesan por la vivencia concreta en su contexto natural y en su contexto histórico, por las interpretaciones y los significados que se atribuyen a una cultura (o subcultura) particular, por los valores y los sentimientos que se originan. Es decir, se interesan por la “realidad” tal y como la interpretan los sujetos, respetando el contexto donde dicha “realidad social” es construida. Nos proporciona información en profundidad que permite el análisis de la realidad social en sus diferentes dimensiones y la comprensión de las necesidades del sujeto (García, Ibáñez & Alvira, 1986).

Uno de los aspectos más importantes de la investigación cualitativa es el hecho práctico que el investigador se constituye en el instrumento principal de recolección y análisis de datos. En este sentido, Taylor y Bogdan (1986), señalan que los investigadores cualitativos deberán ser flexibles, porque así lo requiere el carácter inductivo de la metodología cualitativa y por otro lado deberán ver *“al escenario y a las personas a investigar de forma holística”* y tratar de *“comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas”* (p.20). La flexibilidad del proceso de investigación nos permite determinar el nivel de cumplimentación del diseño así como

la necesidad de cambios durante el proceso de implementación, con el objetivo de incrementar la probabilidad de logro de los objetivos del mismo. De este modo, se pretende obtener datos que nos acerquen a la realidad objeto de estudio y al contexto implicado, permitiendo cumplimentar y contrastar la información desde diversas fuentes. Para McMillan y Schumacher (2005) la Investigación es *“un proceso interactivo entre el investigador y la lógica del problema, el diseño y las interpretaciones”* (p. 16).

Algunas de las principales características de cualquier investigación cualitativa pueden resumirse en las siguientes (Rossman & Rallis, 1998; Sandín, 2003):

1) Tienen lugar en un contexto natural, al que a menudo debe desplazarse el investigador.

2) Utiliza múltiples métodos participativos, interactivos y humanísticos.

3) Es emergente.

4) Es fundamentalmente interpretativa.

5) Aborda los fenómenos sociales de forma holística.

6) El investigador condiciona y determina la investigación.

7) El investigador utiliza razonamientos complejos, múltiples y simultáneos.

8) El investigador utiliza una o más estrategias de investigación como guía del proceso.

Dentro de la metodología cualitativa existen diferentes métodos para desarrollar el proceso de investigación y numerosas clasificaciones por parte de diferentes autores: investigación etnográfica, interaccionismo simbólico, investigación fenomenológica, investigación hermenéutica, etnometodología, estudio de caso, investigación-acción, etc.

Dadas las características de nuestra investigación, ésta se lleva a cabo a través del método de estudio de caso, que es apropiado para analizar aquellas situaciones con múltiples variables y que están muy vinculadas al contexto en el que se desarrollan (Cebreiro & Fernández, 2004).



Si analizamos las condiciones y planteamientos de investigación más propicios para el uso de este método, Yin (1989, p.23) lo considera apropiado para temas emergentes, por los siguientes rasgos:

- Examina o indaga sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real.
- Las fronteras entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes.
- Se utilizan múltiples fuentes de datos.
- Puede estudiarse tanto un caso único como múltiples casos.

Chetty (1996) indica que el método de estudio de caso es una metodología rigurosa que:

- Es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren.
- Permite estudiar un tema determinado.
- Es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas.
- Permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable.
- Permite explorar de forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la aparición de nuevas señales sobre los temas que emergen, y
- Juega un papel importante en la investigación, por lo que no debería ser utilizado meramente como la exploración inicial de un fenómeno determinado.

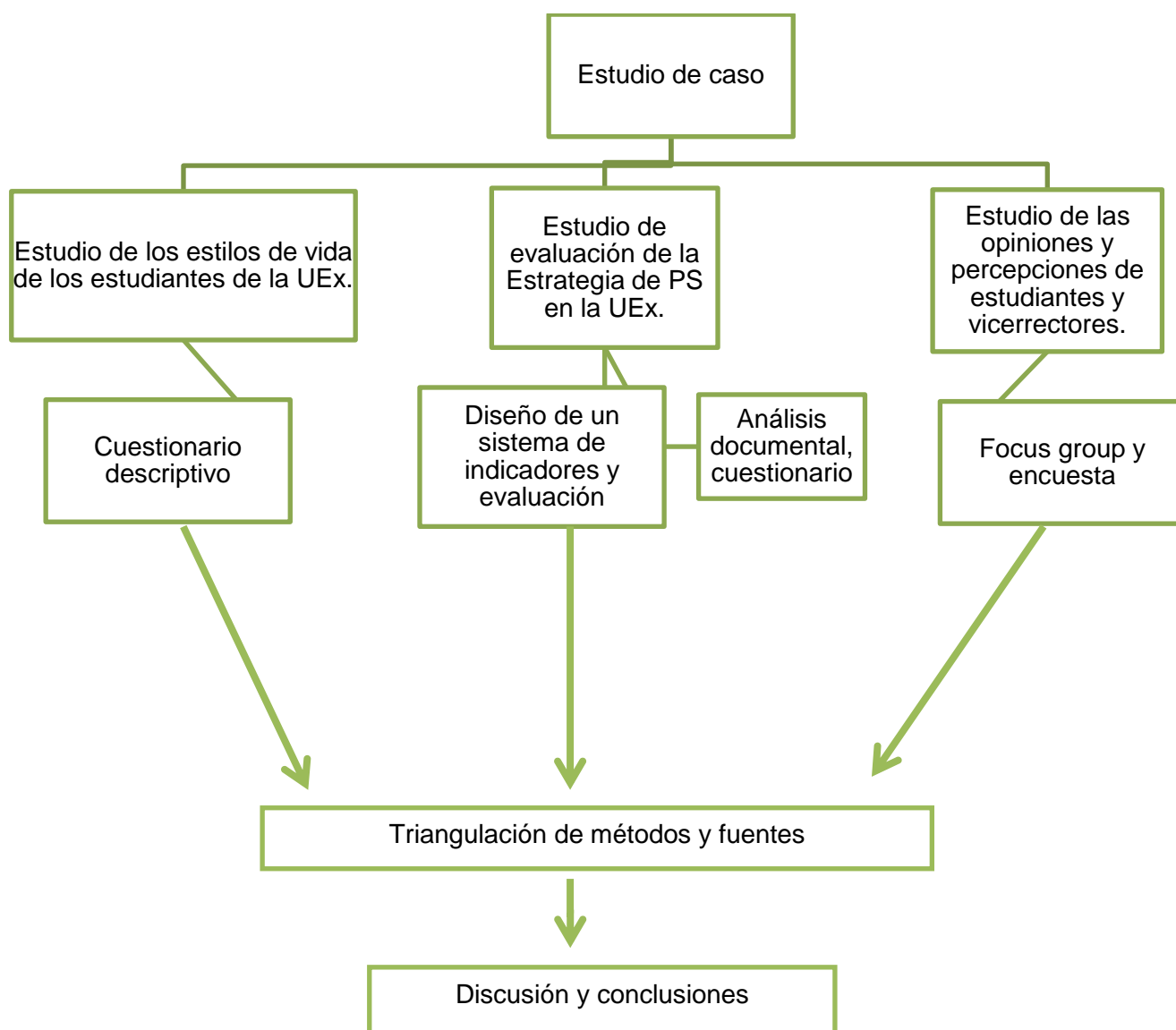
Otros autores como Arnal, Del Rincón y Latorre (1992), la consideran *“una estrategia encaminada a la toma de decisiones. Su verdadero poder radica en su capacidad para generar hipótesis y descubrimientos, en centrar su interés en un individuo, evento o institución, y en su flexibilidad y aplicabilidad a situaciones naturales”* (p. 206).

En el caso de la presente investigación, nos interesa centrarnos en la particularización y no en la generalización de los resultados, ya que nos situamos en el contexto específico de la UEx, de dónde se va a obtener la información y dónde los resultados van a servir para reorientar una toma de decisiones informada en este marco de acción. Es por esto, que nos situamos en el estudio de caso como método de investigación, *“dado que nos ofrece una perspectiva contextualizada”* (Muñoz et al., 2001, p.222).

Para dar respuesta a los interrogantes y objetivos que esta investigación plantea, se desarrollan dentro del estudio de caso diferentes estudios realizados en diferentes fases que convergen en una triangulación de fuentes y métodos para un análisis holístico de la realidad universitaria que se pretende analizar.

El diseño de nuestro estudio de caso puede resumirse en la siguiente figura:

Figura 9. Diseño metodológico del estudio de investigación.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación exponemos brevemente los diferentes estudios que forman parte de la investigación para pasar posteriormente a definir de forma detallada en sus epígrafes correspondientes cada uno de ellos.

El primer estudio que llevamos a cabo se corresponde con el análisis descriptivo de los estilos de vida de los estudiantes de la UEx y sus percepciones acerca de la PS en el contexto de la UEx, evaluadas a través de un cuestionario. Tras el análisis de estos datos y considerando la perspectiva que sostiene la estrategia de PS, donde la adopción de los estilos de vida no es únicamente una responsabilidad individual, sino que se encuentra en parte condicionada por las posibilidades del contexto en el que se encuentra, el siguiente paso no podía ser otro que el análisis del contexto.

El segundo estudio consiste en la evaluación de la estrategia de PS en la UEx a través de un sistema de indicadores que evalúan las diferentes dimensiones de la PS en este contexto. En este estudio diferenciamos dos partes, una primera parte donde se lleva a cabo el diseño del instrumento de evaluación mediante la consulta a expertos; y una segunda parte donde se aplica el instrumento elaborado con el fin de evaluar las diferentes dimensiones de la estrategia de PS.

El tercer estudio consiste en el análisis de las opiniones y percepciones acerca de los recursos de la universidad para potenciar la salud y el bienestar de los estudiantes, desde la perspectiva de los estudiantes, y desde el punto de vista de los representantes institucionales que forman parte del equipo de gobierno de la UEx.

En el caso de los estudiantes, también se ha llevado a cabo la técnica de *focus group* para la obtención de los datos requeridos en el estudio, y en el caso de los representantes institucionales, se ha enviado una encuesta de respuesta abierta para obtener la información.

Antes de describir de forma detallada cada uno de los estudios que forman parte del presente trabajo, pasamos a definir en mayor profundidad las características del método de investigación que ha orientado esta propuesta, y en el que convergen los diferentes estudios desarrollados en cada una de las fases. Éste es, como hemos mencionado anteriormente, el estudio de caso.

### **3.1. El estudio de caso como método de investigación.**

En los últimos años se ha podido constatar un notable incremento en el uso de estudios de caso en diferentes campos de las ciencias sociales, considerándose un método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales.

El estudio de caso implica un proceso de indagación en profundidad y de un fenómeno de estudio (Bisquerra, 2009).

Stake (2005), define el estudio de caso como “*el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes*” (p.11).

Otros autores como Yin (1989), ponen el acento en la contextualización del objeto de investigación, ya que éste ha de estudiarse en su contexto real al no poderse separar las variables del estudio del propio contexto.

Como vemos, la particularidad más característica de este método es el estudio intensivo y profundo de un/os caso/s o una situación con cierta intensidad, entendido éste como un “sistema acotado” por los límites que precisa el objeto de estudio, pero enmarcado en el contexto global donde se produce (Muñoz & Muñoz, 2001).

Debe existir siempre una vinculación constante con la teoría, que orienta el planteamiento y desarrollo del estudio. Yacuzzi (2005), establece que “*todo buen diseño incorpora una teoría, que sirve como plano general de la investigación, de la búsqueda de datos y de su interpretación*” (p.9). En nuestro caso el modelo de los DSS y el modelo de Universidades Saludables que define la red nacional e internacional, además de los estándares internacionales de PS, nos han servido como guía durante todo el proceso de investigación.

Por otro lado es un método que abarca el uso de diferentes técnicas, fuentes y estrategias para la obtención y análisis de la información o incluso metodologías mixtas. En este sentido, hay autores que defienden que el estudio de caso no es cualitativo por naturaleza y que puede ser abordado desde diferentes perspectivas, ya que su rasgo distintivo no son los métodos de investigación utilizados, sino su interés en un caso particular, o varios si se trata de un estudio de casos múltiple (Cohen & Manion, 2002; Stake, 2005; Yin, 1989).

El investigador de campo nunca es solamente un observador participante, es también un entrevistador activo, y un analista de archivos, que contrasta, sobre unos mismos temas, los datos producidos a partir de las encuestas, entrevistas, documentos, observación y experiencia participativa; tal y como establece Sanmartín (1989).

Como consecuencia de la diversidad de métodos, técnicas y fuentes, tiene lugar otra de las características del método que es la triangulación de datos. Ésta se entiende como “*la construcción de comprobaciones y equilibrios, dentro del diseño de la investigación, mediante diferentes estrategias de recolección de datos*” (González, 1997, p.282).

En nuestro trabajo de investigación una vez realizados los diferentes estudios procedemos a su análisis desde una perspectiva de triangulación, que nos va a permitir un análisis integral, holístico y más precioso del problema de investigación (Martínez et al., 2005)

➤ **Tipos de estudios de caso.**

Existen diferentes formas de enfocar un estudio de caso dependiendo del criterio que se tome como referencia.

Atendiendo a la finalidad última del mismo, Stake (2005) plantea tres tipos:

- Estudio de caso intrínseco: casos con especificidades propias, que tienen un valor en sí mismos y pretenden alcanzar una mejor comprensión del caso concreto a estudiar.

- Estudio de caso instrumental: al servicio de la construcción de una teoría. Son casos que pretenden generalizar a partir de un conjunto de situaciones específicas. El caso se examina para profundizar en un tema o afinar una teoría, de tal modo que el caso juega un papel secundario, de apoyo, para llegar a la formulación de afirmaciones sobre el objeto de estudio. Es el diseño de casos múltiples y se emplea cuando se dispone de varios casos para replicar.

- Estudio de caso colectivo: se realiza cuando el interés de la investigación se centra en un fenómeno, población o condición general seleccionando para ello varios casos que se han de estudiar intensivamente.

Por otro lado, atendiendo al informe de investigación, Pérez Serrano (1994) plantea:

1. Estudio de casos descriptivo: se presenta un informe detallado del fenómeno objeto de estudio sin fundamentación teórica previa, con el objeto de no guiarse por hipótesis preestablecidas y aportar información básica sobre áreas educativas no investigadas aún.

2. Estudio de casos interpretativo: contiene descripciones ricas y densas, sin embargo, difiere del anterior en que los datos se utilizan para desarrollar categorías conceptuales o para ilustrar, defender o desafiar presupuestos teóricos defendidos antes de recoger los datos.

3. Estudio de casos evaluativo: implican descripción y explicación y se orienta a la formulación de juicios de valor que constituyan la base para tomar decisiones.

Yin (1989), establece una clasificación en función del número de casos objeto de estudio, diferenciando entre casos únicos y casos múltiples.

### **3.2. Diseño del estudio de investigación.**

Vallés (1997) considera que diseñar significa ante todo “*tomar decisiones a lo largo de todo el proceso de investigación y sobre todas las fases o pasos que conlleva dicho proceso*” (p.28).

En el caso de la presente investigación se lleva a cabo un estudio observacional de tipo descriptivo, que se desarrolla a través del método de estudio de caso.

La investigación descriptiva es el procedimiento desde el cual se recopilan datos con el fin de describir, desde el punto de vista científico, una situación o hecho de la forma más objetiva y comprobable que se pueda. Proporciona información básica sobre situaciones, comportamientos, actitudes en el ámbito de estudio para realizar un diagnóstico de la realidad aportando información en la toma de decisiones (Cubo, Martín & García, 2011).

Los estudios descriptivos buscan evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar, para lo cual se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así, describir lo que se investiga; lo que implica un considerable conocimiento del área que se investiga, para realizar las preguntas específicas que se busca responder (Sampieri, 1991).

En esta investigación evaluamos los diferentes factores que tienen influencia en el modelo de gobernanza de PS, seleccionando las cuestiones, las técnicas y procedimientos propios para dar respuesta a cada una de ellas, para finalizar con un análisis holístico de todos los componentes que conforman la estrategia. Utilizamos para su desarrollo métodos mixtos (Cook & Reichardt, 1986) en el que se combinan técnicas propias de la metodología cualitativa y cuantitativa, aunque el enfoque global de la investigación es eminentemente cualitativo.

Como hemos visto en el apartado anterior, existen diferentes tipos de estudio de caso en función del criterio de clasificación.

Atendiendo a los expuestos en el apartado anterior nuestro estudio se caracteriza de la siguiente manera:

*Tabla 1. Enfoque del estudio de caso de la investigación.*

<i>Criterio de clasificación</i>	<i>Tipo de estudio seleccionado</i>
Finalidad del estudio (Stake, 2005)	Estudio de caso intrínseco
Informe de investigación (Pérez Serrano ,1994).	Estudio de caso evaluativo
Nº de casos (Ying, 1989)	Estudio de caso único

*Fuente: Elaboración propia.*

En función de la finalidad del estudio, nos situamos ante un estudio de caso de tipo intrínseco, donde la finalidad es alcanzar una mejor comprensión del caso que nos ocupa, que es el estudio de la estrategia de PS en la UEx.

En cuanto a la finalidad del informe nos situamos ante un estudio de caso de tipo evaluativo, donde la discusión de resultados y conclusiones se orienta al planteamiento de una propuesta de toma de decisiones informada para orientar la estrategia de PS y a la elaboración de indicaciones que guíen las acciones futuras.

Al estar integrada una única unidad de análisis, que se corresponde con la UEx como institución promotora de salud, el estudio de caso es de tipo único.

- **Criterios de validez y fiabilidad de estudio.**

Desde el punto de vista de la investigación cualitativa, el procedimiento metodológico de la triangulación de la información es esencial para proporcionar validez y fiabilidad a los datos obtenidos.

La triangulación hace referencia al uso de varios métodos de recogida de datos en el estudio de algún aspecto que forma parte del comportamiento humano (Cohen & Manion, 2002).

Tal y como establece González (1997), la triangulación de la información permite potenciar la validez de los hallazgos de un estudio, dada la independencia de los datos con respecto a cada método.

Patton (1987) diferencia cuatro tipos de triangulación:

- *Triangulación de datos*. Se basa en recoger información sobre un mismo tema a partir de diferentes fuentes o informadores.
- *Triangulación de investigadores*. Consiste en utilizar varios investigadores para evitar el sesgo de un único investigador.
- *Triangulación de métodos*. La recogida de los datos se realiza mediante diferentes métodos o técnicas: cuestionarios, pruebas estandarizadas, entrevistas, observación, análisis de documentos, etc.
- *Triangulación teórica*. Consiste en la interpretación de los datos desde diferentes perspectivas teóricas.

Desde nuestro estudio se lleva a cabo una triangulación de datos y de métodos que enriquecerá los resultados de la investigación por la complementariedad de los enfoques (Lincoln & Guba, 1985) y refuerza la fiabilidad y validez de la investigación en el trabajo de campo (Coller, 2000).

### **3.3. Fases del desarrollo del estudio de caso.**

Para el desarrollo del estudio de caso no existe una estructura metodológica estándar para ser aplicada y, aunque haya una base común, la propuesta metodológica resultante debe ser en cierto modo única. En este sentido, Stake (1998) señala que por sus características, el estudio de caso es difícil de estructurar con unos pasos delimitados.

No obstante algunos autores describen una serie de fases para el desarrollo del método, como es el caso de Montero y León (2002), que plantean una propuesta que contempla cinco fases: la selección y definición del caso, la elaboración de una lista de preguntas, la localización de las fuentes de datos, el análisis e interpretación de los datos y la elaboración del informe.

Si tomamos como referencia a Pérez (1994) y Martínez (1990) distinguimos una serie de fases comúnmente aceptadas:

1. *Fase preactiva*. En ella se tienen en cuenta los fundamentos epistemológicos que enmarcan el problema o caso, los objetivos pretendidos, la información de la que se dispone, los criterios de selección de los casos, las influencias del contexto donde se han desarrollado los estudios, los recursos y las técnicas que se han de necesitar y una temporalización aproximada.



2. *Fase interactiva*. Corresponde al trabajo de campo y a los procedimientos y desarrollo del estudio, utilizando diferentes técnicas cualitativas: toma de contacto y negociación que sirven para delimitar las perspectivas iniciales del investigador, las entrevistas, la observación y las evidencias documentales. En esta fase es fundamental el procedimiento de la triangulación para que pueda ser contrastada la información desde fuentes diferentes.

En la fase interactiva la principal preocupación suele ser recoger, reducir y relacionar la información recogida a través de diferentes técnicas: observación participante, entrevista, foros de debate y análisis documental.

3. *Fase postactiva*. Se refiere a la elaboración del informe del estudio final en que se detallan las reflexiones críticas sobre el problema o caso estudiado.

En la siguiente tabla se correlaciona cada una de las fases del estudio de caso con las fases desarrolladas en nuestra investigación, para definir de forma pormenorizada en el siguiente epígrafe cada una de las fases:

<i>Tabla 2. Fases de desarrollo de nuestro estudio de caso.</i>	
<i>Fase preactiva</i>	Planificación del estudio.
	Establecimiento de los objetivos de investigación.
	Definición del contexto de investigación.
	Revisión de la literatura científica.
<i>Fase interactiva</i>	Desarrollo de los estudios de investigación:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio 1. Estilos de vida de los estudiantes de la UEx.</li> <li>• Estudio 2. Evaluación de la estrategia de PS.</li> <li>• Estudio 3. Percepción de estudiantes y vicerrectores.</li> </ul>
	- Análisis de resultados de cada estudio.
	- Triangulación de los datos obtenidos en los diferentes estudios.
<i>Fase postactiva</i>	- Elaboración del informe (discusión y conclusiones).

*Fuente: Elaboración propia.*

### **3.3.1. El contexto de investigación**

El contexto sobre el que se lleva a cabo el estudio, como se ha descrito anteriormente, es la Universidad de Extremadura como institución. La UEx fue creada en 1973. Desde entonces ha ido incrementando el número de alumnos, titulaciones y centros hasta contar con cuatro espacios constituidos por el Campus de Badajoz, el Campus de Cáceres, el Centro Universitario de Mérida y el Centro Universitario de Plasencia. Entre estos cuatro espacios se encuentran repartidos 18 centros entre escuelas y facultades.

En la UEx estudian más de 24.000 alumnos de grado y posgrado y otros 8.000 realizan cursos de doctorado, títulos propios o formación continua. Imparten docencia 1.500 profesores, y trabajan más de 800 administrativos, técnicos y personal de servicios.

Un total de 40 departamentos universitarios participan en la actividad docente e investigadora del área en la que trabajan, y existen un total de 224 grupos de investigación. La oferta académica de la UEx ofrece 62 titulaciones de grado, 5 dobles grados con la Universidad de Évora, 47 Másteres oficiales y 10 Másteres Universitarios de Investigación.

El equipo de gobierno está formado por nueve vicerrectorados: Vicerrectorado Planificación Académica, Vicerrectorado Investigación, Transferencia e Innovación, Vicerrectorado de Profesorado, Vicerrectorado de Estudiantes y Empleo, Vicerrectorado de Relaciones Institucionales e Internacionalización, Vicerrectorado de Universidad Digital, Vicerrectorado de Infraestructura y Servicios Universitarios, Vicerrectorado de Extensión Universitaria y Vicerrectorado de Calidad.

Entre sus servicios cuenta con tres secretariados (Secretariado de Actividades Culturales, Secretariado de Relaciones Internacionales, Formación Permanente), tres unidades (Unidad Técnica de Obras y Mantenimiento, Unidad Técnica de Evaluación y Calidad, Unidad de atención al estudiante), seis oficinas (Oficina de Cooperación Universitaria al Desarrollo y Voluntariado Oficina de Orientación Laboral, Oficina de Responsabilidad Social Universitaria, Oficina de Universidad Saludable, Oficina para la Igualdad, Oficina Universitaria de Medio Ambiente) y múltiples servicios (Sección de Acción Social y Asistencial, Servicio de Actividad Física y del Deporte , Sección de Formación del PAS, Servicio de Informática y Comunicaciones, Servicio de Orientación y Formación Docente, Servicio de Prevención...).

Entre los servicios destacamos, por la finalidad de este estudio, la Oficina de Universidad Saludable, dirigida a potenciar el desarrollo del Movimiento de Universidades Saludables en la UEx, y persigue entre sus objetivos sensibilizar y capacitar, que todos los miembros de la comunidad universitaria (estudiantes, PDI, PAS) puedan ser agentes de salud en los contextos en los que estudian, viven, se relacionan, trabajan... en el sentido que expresa la Carta de Otawa (1986).

A nivel nacional, la Oficina de Universidad Saludable se enmarca en el Proyecto de la Red Española de Universidades Saludables (REUS) a la que ya pertenece desde Diciembre de 2011, y por tanto, asume los principios de funcionamiento y objetivos de actuación. Desde entonces, se constata su compromiso, presencia y participación activa en todos los encuentros de la REUS y de la RIUPS.

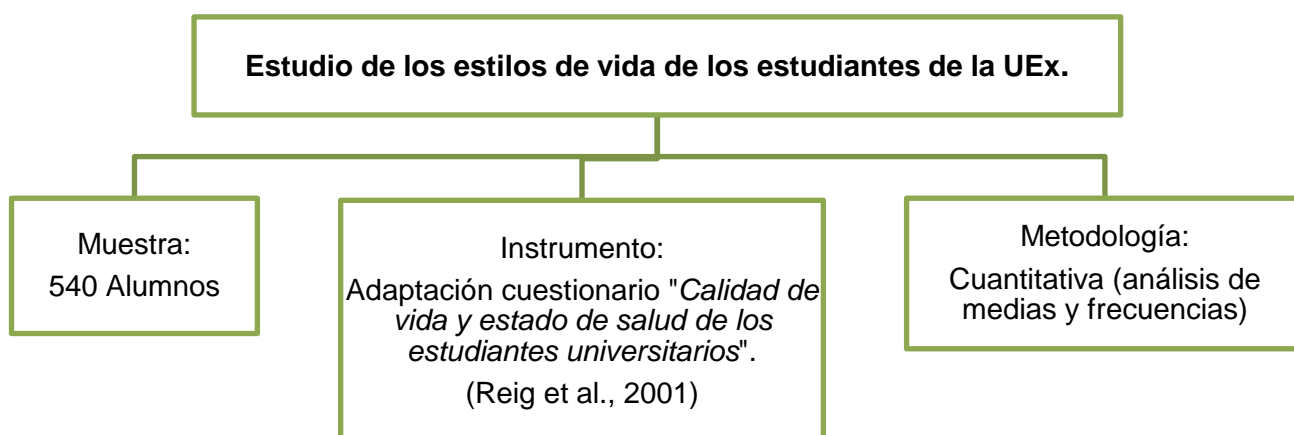
Al mismo tiempo tiene el compromiso de trabajar en función de los estándares internacionales y panauropeos relacionados con la investigación, la formación y capacitación de profesionales, y su acreditación en PS, así como la aplicación del modelo de las competencias básicas

### **3.3.2. Estudio de las necesidades en relación a los estilos de vida de los estudiantes de la Universidad de Extremadura.**

En este estudio se lleva a cabo el análisis de los estilos de vida de los estudiantes de la UEx y sus necesidades relacionadas con el cuidado de la salud, así como la opinión del alumnado acerca de la infraestructura, los servicios y otros aspectos universitarios relacionados con la calidad de vida y la PS.

La siguiente figura muestra un resumen del estudio:

Figura 10. Estudio de los estilos de vida de los estudiantes de la UEx.



- **Método y muestra de estudio.**

La investigación ha sido desarrollada desde la perspectiva de la metodología cuantitativa, con un diseño descriptivo de encuesta (Anguera, 1990; Cubo et al., 2011).

Este estudio se desarrolla en el curso académico 2012/2013. Es un estudio observacional descriptivo que tiene como objetivo definir los estilos de vida de los estudiantes de la UEx, y analizar las necesidades del entorno universitario.

La población del estudio la forman los alumnos de grado de las diferentes titulaciones de la UEx en el curso 2012/2013, exceptuando aquellos alumnos de nuevo ingreso que se encuentran matriculados en el primer curso de cada titulación. Un total de 11.771 estudiantes se ajustan a los criterios establecidos, según los datos extraídos del observatorio de indicadores de la UEx para el curso académico 2012/2013.

Dentro de los criterios de inclusión se encuentran:

- Estar matriculado en el curso 2012/2013 en una de las titulaciones de grado de la UEx.

- Aceptar de forma voluntaria la participación en el proyecto de investigación previa información de los objetivos y finalidades del mismo.

- Cumplimentar de manera correcta el instrumento de evaluación.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Ser alumno de nuevo ingreso en la UEx. Por ello quedaron excluidos de la población del estudio todos aquellos alumnos matriculados en el primer curso de cualquiera de las titulaciones de la UEx.

- Ser alumno visitante o de programa de intercambio.

La selección de la muestra es aleatoria simple condicionada por la voluntad de participación en el estudio, en primer lugar por parte del profesorado que imparte docencia en las diferentes titulaciones que debía ceder una hora de su tiempo de docencia, y en última instancia por la voluntad del propio estudiante de participar en dicho estudio respondiendo al cuestionario.

- **Cálculo muestral.**

Para realizar un estudio poblacional con una muestra tan amplia, hemos de calcular el número óptimo de sujetos a los que se debe pasar el cuestionario para que la muestra sea representativa. Cuando se quiere fijar el máximo error que estamos dispuestos a aceptar en una encuesta, lo habitual es referirnos a dos parámetros: el margen de error y el nivel de confianza. El margen de error es el intervalo en el cuál espero encontrar el dato que queremos medir de la población. El nivel de confianza expresa la certeza de que realmente el dato que buscamos esté dentro del margen de error.

Por tanto, el margen de error, nivel de confianza y tamaño de la muestra están interrelacionados. Si queremos obtener un margen de error y un nivel de confianza determinado (por ejemplo, error del 5% con confianza 95%) necesitaremos un tamaño de muestra mínimo correspondiente. Modificar cualquiera de los 3 parámetros, altera los restantes, de tal manera que para aumentar el nivel de confianza y disminuir el margen de error se deberá ampliar la muestra.

En nuestro estudio, el total de la población era de 11.771. Para obtener una muestra representativa considerando un margen de error de  $\pm 3.5$  con un nivel de confianza del 95% y valores  $p=q=50$ , se calculó un tamaño inicial de 735 encuestas. De las 735 encuestas previstas se lograron, al finalizar el trabajo de campo 556 y tras descartar aquellas que no eran válidas (por estar mal cumplimentadas o incompletas), resultó una muestra final de 540 que representan el 73,46% de las previstas. Esta reducción muestral sitúa el margen de error en  $\pm 4.12$ , permaneciendo constantes el resto de parámetros. Esos márgenes son válidos según manuales estadísticos consultados (Rius, 1997).

- **Instrumento de recogida de información.**

El instrumento de evaluación es una adaptación del cuestionario "*La Calidad de vida y estado de salud de los estudiantes universitarios*" (Reig et al., 2001) utilizado en otros estudios de universidades pertenecientes a la REUS, dentro del plan de universidad saludable como diagnóstico de salud de sus estudiantes y análisis de necesidades (Lozano & Herrera, 2013). Esta herramienta de medición fue diseñada a partir de ítems validados de otros cuestionarios.

Se trata de un instrumento diseñado para ser autocumplimentado por el alumnado, con un total de 113 preguntas divididas en los siguientes bloques:

I. Datos generales y relacionales.

II. Estudios y estrés percibido.

III. Salud y satisfacción vital.

IV. Comportamientos y estilos de vida relacionados con la salud”, con los siguientes apartados: “Actividad física y relajación”, “Alimentación”, “Sexualidad” y “Otros comportamientos y estilos de vida”.

V. “Conocimiento, uso y valoración de servicios y otros aspectos universitarios relacionados con la calidad de vida y la promoción de salud”.

A continuación se especifica el contenido de cada uno de los bloques.

1. *Datos generales y relaciones*: en este apartado se solicita al alumnado datos básicos o generales desde la perspectiva de la salud y calidad de vida, y otros más de tipo relacional y de participación social, también relacionados con la salud, especialmente en su perspectiva psicosocial.

Entre los primeros están las informaciones sobre sexo y edad, altura y peso, situación de convivencia e hijos, residencia y hogar cotidiano, dinero disponible y fuentes de financiación, religión.

En el otro ámbito se pide información sobre amigos íntimos y ámbito espacial y temático de las relaciones personales, participación en los grupos de representación, asociaciones y grupos informales, y los cauces de la información.

2. *Estudios y estrés percibido*: en este bloque se demanda al alumnado universitario dos tipos de información: una más relacionada con los estudios, y otra, con el estrés y la calidad de vida. En la relacionada con los estudios se solicita al colectivo informaciones relativas al curso y estudios que realiza, su opinión sobre el nivel de exigencia, sus planes profesionales de futuro, modo de acceso a la universidad, elección de carrera, notas y asignaturas pendientes, asistencia a clase y a la universidad, y tiempo dedicado a diversos tipos de aprendizaje.

Por otro lado, se demandan informaciones relativas al estrés y calidad de vida relacionadas con ellos. Mediante cuestionario específico se indaga sobre el estrés académico y, tras ello, se pregunta mediante cuestiones más directas por la experiencia del estrés, su evolución y su repercusión en la calidad de vida y salud.

3. *Salud y satisfacción vital*: en él se pregunta al colectivo de estudiantes por diversos aspectos, en mayor o menor medida relacionados con la salud y la satisfacción vital. Se hace referencia a cuestiones como el tiempo de trabajo sentado, horas de sueño o tiempo que camina al día. Otro bloque de preguntas hace alusión a la salud-enfermedad y la calidad de vida, con cuestiones directas sobre la salud-enfermedad y percepción de la salud, y también mediante el test Euroqol-5d, que mide la calidad de vida relacionada con la salud.

Las cuestiones sobre consultas, tratamientos médicos, y sobre consumo de fármacos, completan este bloque de cuestiones. Finalmente, otro bloque profundiza sobre la satisfacción vital y la autoestima, así como el estrés cotidiano.

4. *Comportamientos y estilos de vida relacionados con la salud*: este bloque del cuestionario incorpora diversas áreas de conocimiento relativas a comportamientos y estilos de vida relacionados con la salud, como son: A) Actividad física y relajación; B) Alimentación; C) Sexualidad y D) Otros comportamientos y estilos de vida, que incluyen el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas, actividades de ocio y otras prácticas relacionadas con la salud.

a) *Actividad física y relajación*: en este apartado se pregunta al colectivo de estudiantes sobre su actividad física y deportiva, además de su motivación hacia un comportamiento activo o pasivo al respecto. El apartado finaliza cuestionando sobre las actividades que regularmente hacen para relajarse.

b) *Alimentación*: en el apartado de Alimentación se cuestiona al colectivo de estudiantes sobre su imagen corporal, el consumo de alimentos y dietas, el lugar en que come normalmente y el número y tipo de comidas que hace, y sobre su consumo de café.

c) *Sexualidad*: en el apartado sobre sexualidad se pregunta al colectivo de estudiantes algunas cuestiones más íntimas: si han tenido alguna vez relaciones sexuales, la utilización de métodos anticonceptivos y preventivos, la frecuencia de relaciones sexuales recientes. Se pregunta a las mujeres si se hacen revisiones ginecológicas y para finalizar se pregunta sobre el nivel de satisfacción por la forma de vivir la sexualidad.

d) *Otros comportamientos y estilos de vida*: en este apartado se pregunta por cuestiones variadas, pero muy relacionadas con la salud, como el consumo de alcohol y tabaco, consumo de drogas, actividades de ocio y tiempo libre, y algunas cuestiones de higiene.

5. *Conocimientos, uso y valoración de servicios y otros aspectos universitarios relacionados con la calidad de vida y la promoción de la salud.*

En este último capítulo del cuestionario se plantean varias cuestiones, múltiples en todos los casos, que en último término pretenden visualizar la valoración subjetiva que el colectivo de estudiantes hace de aspectos diversos de la universidad.

Una serie de preguntas inciden en el conocimiento, uso y valoración de diversos servicios de la universidad. En otras se les pregunta sobre el nivel de acuerdo o desacuerdo con una serie de enunciados que implican valoración de diversos aspectos relacionados con la PS y el clima relacional de la universidad.

El cuestionario incluye variables de tipo cualitativo y cuantitativo, como se muestra en la tabla 3.

*Tabla 3. Variables del cuestionario sobre estilos de vida de los estudiantes y valoración de los recursos de la UEx.*

Cuantitativas	Cualitativas
- Peso	- Estudios y estrés percibido.
- Talla	- Salud y satisfacción vital.
- Edad	- Actividad física y relajación
- Horas de actividad física a la semana.	- Alimentación
- Horas que permanece sentado al día.	- Sexualidad
- Horas de descanso diario.	- Otros comportamientos y estilos de vida
	- Valoración recursos y servicios UEx relacionados con la PS.

*Fuente: Elaboración propia.*

• **Consideraciones acerca de la encuesta en nuestro estudio.**

En la aplicación del instrumento en nuestro estudio hemos reducido el número total de preguntas, eliminando las menos significativas según los objetivos propuestos, debido a la extensión de la encuesta.

El bloque 5 del cuestionario, denominado “*Conocimientos, uso y valoración de servicios y otros aspectos universitarios relacionados con la calidad de vida y la promoción de la salud*” ha sido adaptado a las características propias de la UEx.



Por otro lado, hemos adaptado las preguntas del cuestionario a un cuestionario digital a través de la aplicación google drive.

En el anexo 1 se exponen las preguntas del cuestionario de evaluación de los estilos de vida de los estudiantes y su percepción sobre la PS en la UEx.

- **Procedimiento de investigación.**

Comenzamos el procedimiento para administrar el instrumento contactando con los diferentes centros de la UEx, solicitando participación en el estudio y la propuesta de una persona representante en el centro para el desarrollo de la investigación.

La participación en el estudio consiste en la cumplimentación de un cuestionario sobre estilos de vida y el papel de la ps en la UEx por parte del alumnado de grado de diferentes titulaciones de la UEx. Desde la dirección de los diferentes centros nos han remitido a los profesores que se han ofrecido a participar en el estudio. Tras contactar con ellos vía correo electrónico e informarles acerca del estudio se les explicó el procedimiento para participar con su alumnado. Se solicita a los profesores 45 minutos de alguna de sus clases para pasar de forma presencial un cuestionario electrónico. Para ello, los profesores reservaron el aula de informática para la fecha fijada.

El cuestionario se envía a los alumnos a través del correo electrónico de la universidad que nos facilita el profesorado, unos minutos antes de la hora fijada. Una vez en la sala de informática previa cumplimentación del cuestionario se le explica al alumnado los objetivos del estudio y algunas consideraciones con respecto a la encuesta. Tras la explicación los alumnos deben dirigirse al correo de la UEx donde van a visualizar en un correo electrónico el enlace que deben pinchar para ser redireccionados al cuestionario. Cada alumno de forma individual a través de su portátil o utilizando los ordenadores de la sala de informática, cumplimentará de forma individual el cuestionario. La persona responsable de la administración del cuestionario se queda en la sala para aclarar posibles dudas que pudieran surgir. Una vez contestadas todas las preguntas se pulsa la tecla de enviar y las respuestas de los participantes son registradas en una hoja de respuestas que genera la aplicación.

Estas respuestas son exportadas del sistema virtual generando un documento Excel y se codifican en la base de datos elaborada para el análisis de respuestas con el programa estadístico SPSS 15.0.

Los cuestionarios fueron administrados entre los meses de febrero y mayo de 2013.

- **Análisis estadístico de datos.**

El análisis estadístico de datos se corresponde mayormente con una descripción cuantitativa de las respuestas a través del análisis de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y como medias y desviaciones típicas para las variables numéricas (McMillan & Schumacher, 2005).

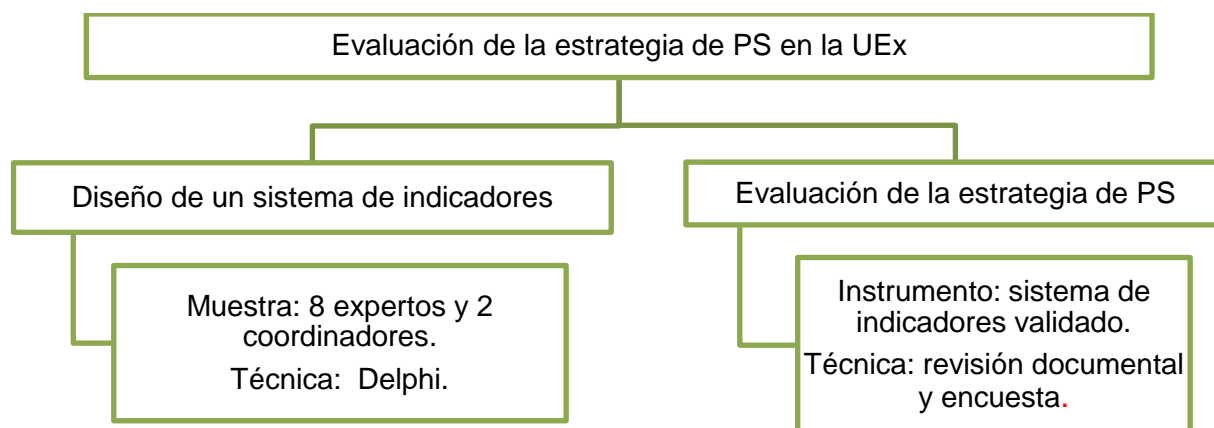
### **3.3.3. Estudio sobre la evaluación de la Gobernabilidad a través de la Estrategia de Promoción de la Salud en la Universidad de Extremadura.**

El principal objetivo de esta parte de la investigación es evaluar el modelo de gobernanza y el desarrollo de la Estrategia de PS en la UEx.

Al revisar la literatura científica durante el diseño de la investigación y la elección de técnicas e instrumentos constatamos el hecho de que no existe un instrumento estandarizado a nivel europeo de estas características, por tanto, surgió la necesidad de elaborarlo. De esta forma el diseño de un sistema de indicadores como instrumento para el diagnóstico, evaluación y reorientación de la estrategia de PS en el contexto universitario, se convirtió en una finalidad más de éste proyecto de investigación.

Este estudio se divide en dos fases diferenciadas. La primera de ellas consiste en diseñar un instrumento basado en un sistema de indicadores validado por un grupo de expertos en PS a través del método Delphi. La segunda fase hace referencia a la evaluación de esos indicadores en el contexto de estudio, la UEx, para valorar cómo se están desarrollando las diferentes dimensiones de la PS en la institución. En la siguiente figura se muestran las características del estudio.

Figura 11. Método investigación del estudio de evaluación de la estrategia de PS en la UEx.



Fuente: *Elaboración propia.*

A continuación pasamos a definir de forma pormenorizada cada una de las fases.

### **3.3.3.1. Diseño de un sistema de indicadores para la evaluación de la Estrategia de Promoción de la Salud.**

Siguiendo a Ippolito-Shepherd (2010), para el diseño, ejecución y evaluación de las estrategias de PS en el ámbito académico, existe el gran desafío de aplicar correctamente y de forma creativa los marcos teóricos que faciliten la mejora de la salud, el bienestar, la calidad de vida y las oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo saludable de las poblaciones.

En este sentido, para poder llevar a la práctica el marco teórico que fundamenta la estrategia se hace necesario en primer lugar, definir el constructo de PS, y crear mecanismos de evaluación válidos que permitan obtener la información necesaria para saber cómo se está desarrollando la estrategia dentro de un contexto determinado.

Tal y como se ha expuesto en el marco teórico de este trabajo, la PS, es una estrategia multidimensional que abarca los condicionantes de la persona y del ambiente que pueden potenciar la salud y el empoderamiento de las personas, en este caso de la comunidad educativa. Es por esto que es necesario en primer lugar establecer las dimensiones que definen el Movimiento de Universidades Saludables y en base a esto, tomando como referencia la fundamentación teórica que sostiene la Estrategia de Universidades Saludables y los estándares instituidos, definir los indicadores que se desprenden de cada una de las dimensiones conceptuales y que revelan los aspectos evaluables del sistema que se está valorando.

Partiendo de esta base, proponemos la creación de un sistema de indicadores válidos y fiables con capacidad de generalización como una propuesta para responder a la necesidad de obtener un instrumento de medición y evaluación de la PS en el contexto universitario.

Los indicadores resultan de una serie de dimensiones o categorías conceptuales establecidos con antelación, fundados en criterios y estándares instituidos y que revelan los aspectos evaluables del sistema que se está valorando.

- **Método de investigación.**

Desde el punto de vista metodológico, el análisis de la validez de contenido de los indicadores propuestos, se ha llevado a cabo a través de la consulta a expertos mediante la aplicación de la técnica Delphi, definido por Linston y Turoff (2002) como un método de estructuración, dentro de un proceso de comunicación grupal, que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos tratar un problema complejo.

En nuestro caso el interés del análisis se centra en alcanzar, entre un grupo de expertos, el consenso acerca de cuáles son los indicadores apropiados para evaluar la Estrategia de PS en la universidad y su importancia en el proceso de evaluación.

Para el desarrollo del Delphi según las bases teóricas (Oñate, Ramos & Díaz, 1998), *se configuran dos grupos con funciones diferenciadas: el grupo coordinador y el grupo de expertos.*

El grupo coordinador lleva a cabo las siguientes funciones (Landeta, 1999):

1. Estudiar y aprobar el protocolo de trabajo, establecer los criterios de selección de los participantes, el calendario previsto, los medios humanos y técnicos a utilizar y el diseño del informe final.

2. Estudiar y aprobar la lista de expertos participantes.

3. Confeccionar los cuestionarios e impulsar la participación efectiva de los expertos.

4. Analizar las respuestas, preparar los siguientes cuestionarios y facilitar la retroalimentación oportuna.

5. Interpretar los resultados.

6. Supervisar la correcta marcha de la investigación y proponer y tomar medidas correctoras, si fuera necesario.

En cuanto al grupo de expertos, éstos han de ser especialistas en el tema que se está tratando, aceptar colaborar en el estudio y comprometerse en el proceso y valorar según su punto de vista las cuestiones que se le plantean.

Las características del método son según Landeta (1999) son: la interactividad, el anonimato, la retroalimentación controlada y la respuesta estadística de grupo. Las aplicamos a nuestro estudio de la siguiente manera:

- Proceso interactivo: en nuestro estudio los expertos emiten su opinión en más de una ocasión, revisan las versiones y valoraciones que aportan el resto de participantes.

- Para asegurar el anonimato se le asignó un número a cada experto (experto 1, experto 2...) de forma que ningún miembro del grupo sabe a quién pertenece cada una de las valoraciones. Este proceso es gestionado por el equipo coordinador.

La retroalimentación controlada se lleva a cabo a través de la elaboración del informe cuantitativo y cualitativo de las valoraciones obtenidas en las diferentes rondas. Lo lleva a cabo el grupo coordinador y es presentado al grupo de expertos.

- **Muestra.**

Para aplicar el procedimiento referido a la muestra de estudio que plantea el método Delphi (Oñate, Ramos & Díaz, 1998; Luna, Infante & Martínez, 2005), se formaron tal y como establecen los autores del método dos grupos de investigación: el grupo coordinador y el grupo de expertos.

El grupo coordinador está formado por dos miembros del grupo de investigación "*Innovación en Educación y Salud*" de la UEx, que en este caso coinciden con la directora y autora de este trabajo. El grupo coordinador ha llevado a cabo todo el proceso de definición de objetivos, selección de expertos, elaboración de la propuesta de indicadores, elaboración de informes de respuestas, en definitiva, de controlar todo el proceso de desarrollo del método.

El grupo de expertos está formado por profesionales representantes institucionales de la estrategia de PS de diferentes universidades del ámbito nacional (que pertenecen a la REUS) y del ámbito internacional (que pertenecen a la RIUPS).

Para contactar con el grupo de expertos y solicitar su colaboración, se envió por correo electrónico una carta formal para informar sobre las finalidades del estudio, la fase en la que se encontraba, solicitar su colaboración y explicar el procedimiento a través del cual se iba a proceder a su consulta, en este caso, a través de un cuestionario virtual.

Se contactó con un total de 10 expertos, tomando como criterio de selección haber estado al frente de programas de universidad saludable de sus respectivas universidades en los últimos 5 años y pertenecer a la REUS o a la RIUPS, y llevar a cabo acciones en gestión, docencia e investigación en PS. Contactamos con un total de 10 expertos, de los cuales 8 aceptaron la participación en el estudio y respondieron en los plazos establecidos.

El tamaño muestral final se adecúa al margen sugerido para el buen uso del método (Landeta, 1999).

En la siguiente tabla se muestran los perfiles de los participantes en el Delphi:

<i>Tabla 4. Participantes del Delphi</i>	
<i>Coordinadores y expertos</i>	<i>Perfiles/categorías profesionales.</i>
Coordinador 1	Profesor contratado doctor. Representante institucional de Universidad Saludable en REUS y RIUPS.
Coordinador 2	Doctoranda. Miembro del grupo de investigación Innovación en Educación y Salud (UEX).
Experto 1	Catedrático de Universidad. Representante institucional y Coordinador de Red Internacional de PS.
Experto 2	Profesor titular de universidad. Directora de programa de Universidad Saludable y representante institucional en la RIUPS.
Experto 3	Profesor titular de universidad. Directora del Programa de Universidad Promotora de Salud y representante institucional en la RIUPS.
Experto 4	Profesor titular de universidad. Responsable del Plan de Universidad Saludable y representante institucional en REUS y RIUPS.
Experto 5	Profesor titular de universidad. Responsable del Proyecto de Universidad Saludable en la Universidad y representante institucional en la REUS y RIUPS.
Experto 6	Profesor titular de Universidad. Representante institucional de Universidad Saludable.
Experto 7	Profesor titular de universidad. Representante institucional del Programa Universidad Saludable.
Experto 8	Profesor titular de universidad. Representante institucional de Educación para la Salud en RIUPS. Representante de Red de Universidades Promotoras de Salud.

- **Instrumento**

El instrumento que se somete a validación por el panel de expertos es un sistema constituido por 42 indicadores.

Para el diseño del sistema de indicadores tomamos como punto de partida la revisión bibliográfica de las principales políticas y documentos institucionales a nivel internacional expresadas en las Declaraciones de Promoción de la Salud, desde la Carta de Ottawa (1986) a la Carta de Okanagan para la Promoción de la Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior (2015).

Así mismo se han tomado en consideración las áreas de acción en PS, las metas y las líneas estratégicas que se establecen en las principales redes de universidades saludables que definen los referentes nacionales e internacionales (REUS, RIUPS, OPS...). De forma más específica, se han tomado como referentes los estudios sobre indicadores a nivel internacional como el desarrollado por la Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior y Universidades Promotoras de Salud, titulado *“Universidades e Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud. Guía para su fortalecimiento y evaluación”* (2012) y la *“Guía para la Autoevaluación y Reconocimiento de Instituciones de Educación Superior Promotoras de la Salud”* (2013), de la Red de Universidades Promotoras de la Salud de Chile.

Una vez realizada la revisión bibliográfica se han extraído de modo inductivo las cinco dimensiones que inciden en la Estrategia de Universidades Saludables, consideradas áreas de acción o ámbitos de intervención de la misma. De cada una de las dimensiones se han definido una serie de indicadores sobre los que se puede realizar una indagación empírica, resultando un total de 42 indicadores en el instrumento a evaluar. Se distribuyen de la siguiente manera:

- Dimensión 1. Políticas universitarias de Promoción de la Salud.
- Dimensión 2. Entornos saludables.
- Dimensión 3: Empoderamiento.
- Dimensión 4: Planes de estudio e investigación en Promoción de la Salud.
- Dimensión 5: Participación e intersectorialidad.
- Dimensión 6: Reorientación de los Servicios de Salud.

- **Procedimiento.**

Con el instrumento ya definido, pasamos a la aplicación del método Delphi siguiendo la secuencia metodológica que establecen los autores que han aplicado el método en sus investigaciones (Oñate, Ramos & Díaz, 1998; Blasco & López, 2010) donde se distinguen tres fases: fase preliminar, fase exploratoria y fase final.

- Fase Preliminar: se formó el grupo coordinador que en esta fase llevó a cabo la planificación del estudio, la selección y el contacto con el grupo de expertos, la selección de los indicadores de evaluación y la discusión de la primera versión del sistema de indicadores.

En esta primera fase se lleva a cabo el análisis de la primera versión del instrumento por el grupo coordinador que tras su discusión y análisis cualitativo da lugar a la segunda versión.

- Fase exploratoria: una vez consensuada la segunda versión del instrumento por parte del equipo coordinador se realizaron las siguientes acciones:

Tras la aceptación de los expertos a participar en el estudio, se envió a través de correo electrónico el sistema de indicadores en forma de cuestionario virtual realizado con la aplicación Google Drive, para su evaluación. De esta forma, tras el envío del instrumento a sus correspondientes correos electrónicos cada uno de ellos ha contestado de forma anónima y ha sugerido las apreciaciones y valoraciones que ha considerado oportunas.

El cuestionario está formado por una introducción donde se especifican las instrucciones para cumplimentar el cuestionario y las dimensiones en las que se divide el mismo, seguido del correspondiente instrumento para la validación.

El planteamiento de cada ítem ha seguido la siguiente estructura:

1. Definición del ítem, para su lectura y posterior valoración.
2. Pregunta abierta para recoger las valoraciones cualitativas con respecto al contenido del indicador.
3. Escala tipo Lickert con una escala de 1 a 5 (*1=nada importante, 5=muy importante*) para valorar la importancia del indicador en el proceso de evaluación de la Estrategia de PS dentro del modelo de universidad saludable.

Al final del cuestionario se plantea una pregunta abierta para valorar algún aspecto que consideren o incluir algún indicador que valoren como importante y no esté contemplado en el cuestionario.



Se estableció un plazo de 10 días para contestar el cuestionario.

Una vez recibidas todas las respuestas, fueron analizadas por el grupo coordinador y se han llevado a cabo los reajustes y adaptaciones pertinentes definiendo la tercera versión del instrumento. Posteriormente se ha enviado un informe unificado al grupo de expertos con las valoraciones cuantitativas y cualitativas que han realizado y las decisiones que ha tomado el grupo coordinador. Se ha solicitado nuevamente que valoren en esta última versión la adecuación de los indicadores y la importancia de cada uno de ellos en el proceso de evaluación de la Estrategia de PS.

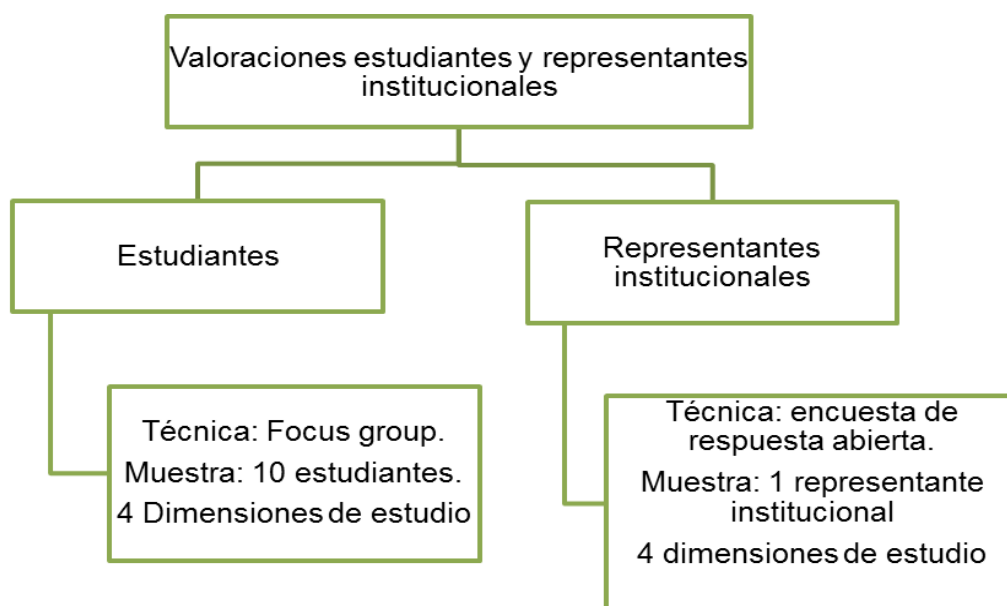
- En la fase final se sintetizan todos los resultados del proceso y se define la versión final para su posterior aplicación en la segunda parte de este estudio.

Una vez finalizado el proceso, los datos fueron exportados a una hoja Excel para su valoración conjunta. Para identificar el consenso entre los expertos se lleva a cabo a través de la ponderación de las respuestas y se analiza en base a la distribución de frecuencias y la media de las respuestas.

### **3.3.4. Estudio de las percepciones de los estudiantes y representantes institucionales sobre las políticas, recursos y oportunidades de participación en la UEx en relación a la Promoción de la Salud.**

Para analizar las valoraciones de los estudiantes y representantes institucionales en relación en la PS en la UEx, llevamos a cabo dos procedimientos distintos que se resumen en la siguiente figura y se desarrollan posteriormente.

Figura 12. Estudio de las valoraciones de los estudiantes y los representantes institucionales en relación a la estrategia de PS en la UEx.



### **3.3.4.1. Estudio de las opiniones y percepciones de los estudiantes a través del focus group.**

El focus group o grupo focal también llamado grupo de discusión, constituye una técnica de recogida de datos de tipo cualitativo, que consiste en reunir a un número de personas con características similares en relación al tema que se investiga, para establecer una discusión guiada en un clima permisivo (Krueger, 1991; Krueger & Casey, 2014).

Edmunds (1999), define a los focus group como discusiones con diferentes niveles de estructuración orientadas a un tema particular de interés, tanto para el grupo participante como para el investigador.

Aunque existen múltiples definiciones de esta técnica según diferentes autores, la mayoría coinciden en que éste es un grupo de discusión, guiado por un conjunto de preguntas diseñadas cuidadosamente con un objetivo particular (Beck, Bryman & Futing, 2004).

El focus group puede involucrar un sólo grupo de participantes en una única ocasión o diferentes grupos en varias sesiones. Está formado por un conjunto de participantes con una serie de características determinadas por los fines del estudio y el investigador o investigadores que se encargan de moderar el proceso.

El moderador es el encargado de hacer las preguntas, animar a la interacción de los participantes y facilitar la discusión grupal. Para ello ha de ser experto en el tema objeto de discusión e involucrarse en el desarrollo del focus group.

La característica principal del focus group es la interacción entre los participantes y el uso analítico potencial de esta interacción (Wilkinson, 2004).

El primer paso para la planificación del grupo de discusión es la definición de los objetivos del estudio, haciendo alusión a la información que se puede obtener a través de esta técnica y sobre todo qué información se necesita para satisfacer las necesidades del estudio (Kinneer & Taylor, 1998).

El segundo paso hace referencia al diseño de la investigación en coherencia con los objetivos. El focus group puede plantearse como una investigación en sí mismo o formar parte de una investigación mayor en la cual se triangularán los resultados con otras técnicas de recolección de datos (Kinneer & Taylor, 1998). Éste es el caso de nuestro estudio.

El siguiente paso sería la selección de los participantes. Existe una gran variedad de rangos según diferentes autores a la hora de establecer el número ideal de personas que debe formar el focus group: de 3 a 12 participantes (Turney & Pocknee, 2005), de 4 a 8 (Díaz, 2005) o de 5 a 10 participantes (Krueger, 2006), entre otros.

Según Myers (1998), en función de las características y la complejidad del tema a tratar, así como la experiencia y la habilidad del moderador, se debe determinar el número adecuado de participantes, sin que éste exceda de 12 personas. Los participantes deben ser seleccionados en base a alguna experiencia en común o personal que resulta de interés para el estudio.

Para el desarrollo del focus group, Morgan (1997) establece las siguientes fases:

1. Dar la bienvenida a los participantes y explicar el propósito del estudio.
2. Explicar cómo se conduce la dinámica del grupo.
3. Presentación de los participantes.
4. La ruta de preguntas tendrá un comienzo fácil para todos los participantes y se seguirá una secuencia partiendo de lo general a lo específico.
5. Por último se formulan las preguntas finales. Estas cierran la discusión y permiten a los participantes reflexionar sobre sus comentarios previos.

En esta investigación se han llevado a cabo dos grupos de discusión, formados por estudiantes de grado de la UEx y dos investigadoras (la directora y la autora de este trabajo).

El objetivo que nos planteamos con el desarrollo de los focus group, es conocer la opinión y valoración que hacen los estudiantes de la UEx de los recursos de los que dispone la institución para el fomento del bienestar y la salud del alumnado, conocer sus necesidades dentro del contexto, sus valoraciones con respecto a la adquisición de competencias relacionadas con la PS y las demandas que solicitan a la dirección de la institución en relación a su bienestar.

- **Muestra de estudio**

El reclutamiento de los participantes debe cuidar especialmente los criterios de inclusión y exclusión del estudio, así como también una distribución equitativa intragrupo, si hay más de un grupo, para cada focus group.

En el caso de esta investigación, se llevaron a cabo dos Focus Group con estudiantes de grado de diferentes titulaciones. Cada uno de ellos formado por un grupo de 5 estudiantes.

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser estudiante de grado de la Universidad de Extremadura.
- Llevar más de un curso estudiando en la institución.

En la siguiente tabla se muestra la caracterización de los estudiantes que participaron en esta parte del estudio.

*Tabla 5. Caracterización de la muestra del Focus Group.*

Estudiantes	Titulación	Años en la UEx
Estudiante 1	Grado de Maestro en Educación infantil	2
Estudiante 2	Grado en Educación Social	3
Estudiante 3	Grado en Administración y dirección de empresas	4
Estudiante 4	Grado de Maestro en Educación infantil	2
Estudiante 5	Grado de Maestro en Educación infantil	2
Estudiante 6	Grado en Educación Social	3
Estudiante 7	Grado en Educación Primaria	2
Estudiante 8	Grado en Educación Social	3
Estudiante 9	Grado en Derecho	3
Estudiante 10	Grado en Terapia Ocupacional	3

El procedimiento para reclutar la muestra fue una invitación a los alumnos del curso de perfeccionamiento *Prevención de drogodependencia entre iguales* dirigido a todos los estudiantes de grado de la UEx.

Los motivos fueron coincidir en fecha el desarrollo del curso con la elaboración de esta fase de investigación, la motivación del alumnado participante en aspectos relacionados con el cuidado de la salud y por otro lado, estar matriculados en él alumnos de diferentes titulaciones y centros de la UEx.

- **Instrumento**

El guión del Focus Group está formado por un total de 10 preguntas de las que se extraen 4 dimensiones de estudio:

*Tabla 6. Preguntas del focus group y dimensiones de estudio.*

Dimensiones	Preguntas
1. Percepción del entorno como promotor de salud.	<p>P2. ¿Qué recursos identificáis en vuestros centros o en el Campus que faciliten el cuidado de la salud de los estudiantes?</p> <p>P3. ¿Consideráis que existen espacios físicos que fomenten el bienestar y la comunicación interpersonal entre los estudiantes?</p> <p>P4. ¿Qué opinión os merece la oferta de alimentos que hay en vuestros centros? ¿Y la oferta deportiva del Campus?</p> <p>P9. ¿Utilizáis algún recurso o unidad relacionado con vuestro bienestar? ¿Os gustaría que lo hubiera?</p>
2. Redes de trabajo y uso de estructuras colegiadas.	<p>P1. En primer lugar me gustaría que diéseris vuestra opinión sobre qué os parece que la UEx forme parte de una red de trabajo, y que tenga una estrategia para potenciar la salud de las personas que forman parte de esta universidad.</p> <p>P5. ¿Tenéis establecida alguna red de estudiantes para trabajar en la mejora del entorno universitario?, ¿Utilizáis las estructuras colegiadas para hacer demandas relacionadas con vuestros intereses?</p>
3. Empoderamiento y oportunidades de participación.	<p>P6. ¿Qué opináis de la oferta formativa para estudiantes? ¿Existe formación que se adapte a vuestras necesidades, más allá de lo académico?</p> <p>P7. ¿Habéis tenido oportunidades de participación en acciones o propuestas formativas relacionadas con la PS? //¿Habéis recibido alguna formación dentro del Plan de Acción Tutorial, asignatura o curso del cuidado de la salud?</p> <p>P8. ¿Consideráis necesaria en esta etapa de formación de vuestra vida adquirir competencias relacionadas con un estilo de vida saludable?</p>
4. Necesidades del alumnado.	<p>P9. ¿Os gustaría que hubiera una unidad o recursos en la Universidad relacionados con vuestro bienestar?</p> <p>P10. ¿Qué recursos os gustaría que se os facilitaran desde la universidad?</p>

- **Procedimiento**

Para el desarrollo del focus group, Morgan (1997) establece las siguientes fases:

1. Dar la bienvenida a los participantes.
2. Explicar cómo se conduce la dinámica del grupo.
3. Presentación de los participantes.
4. La ruta de preguntas tendrá un comienzo fácil para todos los participantes y se seguirá una secuencia partiendo de lo general a lo específico.
5. Por último se formulan las preguntas finales. Estas cierran la discusión y permiten a los participantes reflexionar sobre sus comentarios previos.

Una vez seleccionada la muestra se citó a los participantes según su disponibilidad en la Facultad de Formación del Profesorado de Cáceres.

Siguiendo las fases para el desarrollo del focus group que establece Morgan (1997):

1. Hemos comenzado el focus group dando la bienvenida a los participantes y explicando la finalidad del estudio.

2. A continuación, hemos explicado cómo se lleva a cabo la dinámica, donde el moderador hace las preguntas y ellos responden libremente e interactúan entre ellos. Se ha subrayado la importancia de una participación sincera. Hemos explicado que se va a proceder a la grabación de la sesión con fines de investigación.

En los dos focus group han estado presentes las personas involucradas en el desarrollo de este trabajo de investigación, una como moderadora y otra tomando las notas de campo.

3. Se ha procedido a la presentación de todos los participantes indicando su nombre, titulación que estudian y años que llevan en la institución.

4. Se ha llevado a cabo la propuesta de preguntas determinadas dando oportunidad de participación a todos, ahondando en las respuestas de mayor interés y redirigiendo en algunas ocasiones el discurso hacia los objetivos del estudio.

5. Una vez realizadas todas las preguntas, hemos cerrado la discusión con una valoración general y unas conclusiones acerca de lo tratado.

El focus group fue registrado en cámara de vídeo digital y en grabadora de sonido digital, colocadas en lugares que no intercedieran en la comunicación ni se percibieran como elementos extraños. Al mismo tiempo, se han ido tomando notas de campo, sobre las respuestas, interacciones y percepciones con el fin de recabar todos los datos posibles para su posterior análisis.

Una vez finalizados los focus group, se ha procedido a su transcripción de manera literal y ordenada, para su posterior análisis.

#### 3.3.4.2. Estudio de las opiniones de los representantes institucionales.

Para el estudio de las opiniones de los representantes institucionales se planteó en primer lugar el diseño y desarrollo de una entrevista, pero ante la imposibilidad de agendar fecha y lugar, se llevó a cabo este estudio a través de un cuestionario de respuesta abierta.

La observación por encuesta, consiste en la obtención de datos de interés sociológico a través de preguntas que se realizan a los miembros implicados en la investigación (Sierra, 1994).

Con respecto a su papel como método dentro de una investigación, las encuestas pueden tener tres propósitos (Kerlinger, 1997):

1. Servir de instrumento exploratorio para ayudar a identificar variables y relaciones, sugerir hipótesis y dirigir otras fases de la investigación.
2. Ser el principal instrumento de la investigación, de tal modo que las preguntas diseñadas para medir las variables de la investigación se incluirán en el programa de entrevistas.
3. Complementar otros métodos, permitiendo el seguimiento de resultados inesperados, validando otros métodos y profundizando en las razones de la respuesta de las personas.

En nuestro caso sirve de instrumento exploratorio y como complemento a otros métodos de investigación en este caso el análisis documental, que nos permite profundizar en la perspectiva que se tiene de la estrategia de PS en la Uex desde el equipo de gobierno de la universidad.

- **Muestra de estudio.**

Para el estudio de las opiniones de los representantes institucionales se seleccionaron aquellos vicerrectores cuya gestión estaba relacionada con competencias en PS.

Los vicerrectores forman parte del equipo de gobierno de la UEx, por tanto son los principales responsables de la toma de decisiones dentro de sus vicerrectorados, asisten al rector y ejercen las competencias que se les atribuyen para asegurar un buen funcionamiento de la institución.

La UEx cuenta con un total de 8 vicerrectorados: Planificación Académica, Investigación, Transferencia e Innovación, Profesorado, Estudiantes y empleo, Relaciones Institucionales e Internacionalización, Universidad Digital, Infraestructura y Servicios Universitarios y Calidad.

Los criterios para su selección se han determinado en función de sus competencias y por su relevancia en relación a los indicadores de evaluación de la Estrategia de PS. De esta forma se han seleccionado los representantes de los vicerrectorados con competencias relacionadas con la PS, desde alguna de sus dimensiones. Se exponen en la siguiente tabla:

*Tabla 7. Competencias de los Vicerrectorados relacionados con la PS en la UEx.*

Vicerrectado	Competencias
	(RESOLUCIÓN de 17 de diciembre de 2014, DOE nº 1, 2/enero/2015)
	- La articulación de una política de orientación integral, la acción tutorial, la orientación laboral, las prácticas en empresas y la inserción laboral.
Estudiantes y empleo	- La realización de actuaciones relacionadas con el Plan de Formación en Habilidades de Comunicación y Habilidades Transversales (en coordinación con el Vicerrectorado de Extensión Universitaria).
	- La dependencia funcional de los siguientes servicios y/o unidades: Unidad de Atención al Estudiante, Sección de Información y Atención Administrativa, y las relacionadas con las prácticas, emprendimiento y empleo.



*Tabla 7. Competencias de los Vicerrectorados relacionados con la PS en la UEx (continuación)*

Planificación académica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las competencias en materia de planificación académica, ordenación de títulos oficiales de Grado, Máster, y programas de Doctorado.</li> <li>- La planificación, la organización, el seguimiento y la difusión de las actividades relativas a la formación continua y de postgrado no oficial.</li> <li>- La promoción y coordinación de los Proyectos de Innovación de la Docencia Universitaria y de la formación del profesorado.</li> <li>- La elaboración y supervisión de la Oferta de Curso Académico, así como el reconocimiento de créditos.</li> </ul>
Infraestructura y Servicios Universitarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación, acondicionamiento, conservación y mejora de los Campus, edificaciones e instalaciones. Ejecución y desarrollo de las obras y equipamiento necesarios.</li> <li>- Gestión, seguridad, salud y calidad medioambiental.</li> <li>- Coordinación de servicios externos: cafeterías y comedores, limpieza, jardinería, reprografía y mantenimiento.</li> </ul>
Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las acciones derivadas de la participación de la Universidad de Extremadura en programas de evaluación institucional, acreditación y certificación.</li> <li>- La promoción y coordinación de actuaciones relacionadas con los procesos de evaluación de calidad institucional.</li> <li>- La dependencia funcional del servicio administrativo encargado de la Evaluación y Calidad.</li> </ul>

- **Instrumento.**

El instrumento utilizado consiste en un cuestionario elaborado en formato de encuesta de respuesta abierta para ser autoadministrado a través de correo electrónico. Éste ha sido elaborado en función de los objetivos del estudio y como medio para complementar la información obtenida a través de la revisión documental.

Seguindo a Bizquerra (2004) “*existen diferentes metodologías para llevar a cabo un estudio de encuesta y ésta va a depender del autor que se adopte en el diseño de la investigación*” (p.236).

Buendía (1998) establece tres fases de desarrollo: teórico conceptual, metodológico y estadístico-conceptual.

Arnau (1995) por su parte, plantea cuatro etapas en el proceso de investigación por encuesta, en la primera se plantean los objetivos y se prepara el instrumento de recogida de información, en la segunda la planificación del muestreo y la recogida de datos y en la tercera el análisis e interpretación de la misma.

En nuestro caso en la primera fase se han seleccionado los objetivos que nos proponemos con el desarrollo de esta técnica que consisten en indagar en las opiniones y valoraciones de los vicerrectores en relación a la estrategia de PS desde sus cargos institucionales. De esta forma, se pueden constatar las percepciones de las personas con responsabilidad en la toma de decisiones dentro de la institución.

Posteriormente se han concretado las preguntas a realizar, determinadas por las dimensiones de la estrategia de PS que dependen directamente de las decisiones del equipo de gobierno de la universidad.

El guión de la encuesta está formado por un total de 15 preguntas que representan 4 dimensiones de estudio, tal y como se describe en la tabla 8.

En ella se plantean preguntas de respuesta abierta pues el objetivo es recopilar información acerca de la visión y opinión libre de los encuestados.

---

*Tabla 8. Encuesta vicerrectores con competencias relacionadas con la PS.*

---

Dimensión 1: Políticas de PS: necesidades y barreras.

---

1. ¿Considera suficientes los esfuerzos de la UEx para el diseño de políticas que garanticen el cuidado de la salud en la comunidad universitaria?
  2. ¿Qué barreras identifica en la UEx para incorporar políticas que promuevan la salud de la comunidad educativa?
  3. ¿Qué políticas considera necesarias para garantizar la sostenibilidad de las acciones de Promoción de la Salud en la comunidad universitaria?
- 

Dimensión 2: Colaboración intersectorial e interuniversitaria.

---

4. ¿Considera necesario desarrollar algún acuerdo de colaboración entre los servicios que tienen dependencia funcional de su vicerrectorado para desarrollar la estrategia de US?
  5. ¿Qué acciones o compromisos de colaboración interuniversitarios/intersectoriales identifica como imprescindibles en relación a fortalecer la estrategia de Universidad Saludable?
-

*Tabla 8. Encuesta vicerrectores con competencias relacionadas con la PS (continuación).*

Dimensión 3: Competencias y capacitación.

6. Uno de los componentes de la PS es la capacitación de la comunidad universitaria a través de competencias relacionadas con el fomento de estilos de vida saludables, ¿Qué acciones está haciendo la universidad en este sentido?
7. ¿Valora necesario que se incorporen competencias de PS para la promoción de estilos de vida de los estudiantes en los planes de estudios de todas las titulaciones?
9. ¿Considera posible y necesario diseñar un itinerario específico en Promoción de la salud en las titulaciones universitarias para fortalecer la estrategia de US?
10. ¿Qué opciones propone para mejorar la situación actual en relación a las competencias de PS en estilos de vida saludables en los planes de estudio y en los programas de formación permanente del profesorado y PAS?
11. ¿Qué dificultades identifica en su Vicerrectorado/universidad para implementar una línea de formación permanente de estudiantes, PAS y PDI en relación a la Promoción de la Salud?

Dimensión 4: Fortalecimiento de la estrategia.

12. ¿Qué planes tiene la UEx en relación al compromiso de desarrollar la cultura de la salud en la UEx de una forma estructural y sistemática, garantizando la sostenibilidad de las acciones?
13. ¿Considera una prioridad de la política universitaria actual garantizar la dotación de recursos para responder a la necesidades de salud biopsicosocial de los estudiantes/PDI y PAS?
14. ¿Cuántas reuniones ha tenido la dirección de la universidad en los últimos cuatro años en relación a la estrategia de universidad saludable, para el estudio de necesidades, situación profesional de la persona responsable, y de dotación presupuestaria de la Oficina de Universidad Saludable? ¿Cuál ha sido el contenido de las mismas?
15. ¿Puede indicar si lo considera necesario alguna cuestión relevante para mejorar la estrategia de PS en la UEx?

- **Procedimiento.**

Con los objetivos determinados, el cuestionario diseñado y seleccionada la muestra de esta fase del estudio, se ha contactado con ella a través de correo electrónico enviándoles una carta en la que se describen los fines del estudio, se explica el procedimiento a seguir para participar en el estudio y solicitar su colaboración.

Una vez aceptada su participación se envió la encuesta para su cumplimentación por correo electrónico y una vez contestada, ésta fue enviada por el mismo medio.

De los cuatro vicerrectores contactados, uno de ellos ha participado en el estudio.

En la última fase, una vez recibido el cuestionario cumplimentado se ha analizado la información con el fin de obtener las conclusiones más importantes de esta parte del estudio.

# CAPÍTULO IV.

# RESULTADOS

#### 4.1. Resultados del estudio de las necesidades en relación a los estilos de vida de los estudiantes de la Universidad de Extremadura.

Tal y como indicamos en el apartado metodológico los resultados de esta parte de la investigación nos llevan a describir e identificar los comportamientos y hábitos relacionados con la salud del alumnado de la UEx, a detectar sus necesidades relacionadas con el cuidado de la salud, y a valorar sus opiniones sobre los aspectos estructurales y funcionales relacionados con la calidad de vida y la PS. En este punto se exponen las respuestas al cuestionario “*Encuesta sobre salud, bienestar y calidad de vida del alumnado*” describiendo el análisis de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y los datos referidos a las medias y desviaciones típicas para las variables numéricas.

- Resultados del bloque “Datos generales y relaciones”.

La distribución de la muestra en cuanto al sexo es de 57,9% (N=312) para las mujeres y del 42,1% (N=227) para los hombres. No existe una gran descompensación de la muestra en cuanto al sexo y su distribución es muy similar a la de la muestra total de alumnos matriculados en estudios de Grado del curso 2012/2013, que es de 9.346 mujeres y 7.523 hombres (representando el 55,40% de la población y el 44,59% respectivamente).

La edad media del alumnado encuestado es de 21,32 años con una desviación típica de 5,1, en un rango de edad que va desde los 19 años a los 40.

Por ramas de conocimiento (tabla 9), el mayor porcentaje de alumnos (33,58%) corresponde a la rama de Ciencias Sociales y Jurídicas, seguido de un 21,70% que corresponde a la rama de Ingeniería y arquitectura, un 21,15% a Ciencias de la Salud y un 20,98% correspondiente a la rama de Artes y Humanidades. La menor representación corresponde a la rama de Ciencias con un 2,59%.

Tabla 9. Distribución de estudiantes por rama de conocimiento.

	N	%
Ciencias Sociales y Jurídicas	181	33,58
Ciencias	14	2,59
Artes y Humanidades	113	20,98
Ciencias de la Salud	114	21,15
Ingeniería y arquitectura	117	21,70

Con respecto a las titulaciones que cursan los estudiantes encuestados, el mayor porcentaje corresponde a Ciencias del Deporte (11,31%), terapia ocupacional (9,64%), educación social (9,46%) y Grado en estudios ingleses (7,05%). El resto de titulaciones se encuentran entre el 6 y el 3% de representación y en menor medida, Lengua y Literatura (1,29%), Administración y Gestión Pública (1,11%), Geomática (0,92%) y Ciencia y Tecnología de los alimentos (2,59%), en coherencia con el poco alumnado matriculado en estas titulaciones.

*Tabla 10. Distribución alumnos participantes por titulaciones de Grado.*

	N	%
Historia del Arte y Geografía	22	4,08
Derecho	26	4,82
Ciencias del Deporte	61	11,31
Ingenierías Industriales y Agrarias	24	4,45
Estudios Ingleses	38	7,05
Ciencias y Tecnologías de los Alimentos	14	2,59
Educación Infantil	37	6,86
Geografía	27	5
Filología Hispánica	19	3,52
Lengua y Literatura	7	1,29
Educación Social	51	9,46
Informática	26	4,82
Administración y Gestión Pública	6	1,11
Terapia Ocupacional	52	9,64
Geomática	5	0,92
Telemática	30	5,56
Enfermería	33	6,12
Podología	29	5,38
Diseño Industrial	32	5,93
<b>Total</b>	<b>539</b>	<b>100</b>

Por curso, la distribución de encuestados ha sido superior en el alumnado matriculado en segundo curso. Del porcentaje total de alumnos universitarios que han intervenido en este estudio, un 74,4% cursa segundo curso, un 19,4% tercero y un 6,1% cuarto curso.

Con respecto a otros datos relacionados con variables sociodemográficas, el 96,7% de los estudiantes de la UEx encuestados es de nacionalidad española, el 1,7% tiene nacionalidad europea y el 1,5% tiene nacionalidad de país extracomunitario.

La tabla 11 muestra los resultados del estado civil de los estudiantes y su situación de convivencia, y pone de manifiesto que la mayoría de los estudiantes son solteros (78,3%) y que un elevado porcentaje de los estudiantes (63%) comparte piso con amigos.

*Tabla 11: Estado civil y situación de convivencia de los estudiantes.*

<i>Estado Civil</i>	<i>Soltero/a</i>	<i>Pareja estable</i>	<i>Casado/a</i>	<i>Divorciado/a</i>
	78,3	19,6	1,7	0,4

<i>Situación de convivencia</i>	<i>Padres</i>	<i>Pareja</i>	<i>Amigos</i>	<i>Residencia</i>	<i>Sólo</i>	<i>Otros</i>
	21,1 %	4,3%	63%	6,1%	3,9%	1,1%

En cuanto al dinero del que disponen mensualmente para sus gastos, los resultados muestran una media de 220,30€ (error típico de 11,031), siendo la distribución muy similar por sexos. Por otro lado, estos ingresos son considerados suficientes y totalmente suficientes por el 55,5% y el 21% de los estudiantes encuestados respectivamente. El 23,5% percibe que no dispone de presupuesto suficiente para financiar sus gastos.

La fuente a través de la cual financian sus estudios son los padres en el 68,1% de los casos, seguido de las becas (49,8%). El 11,1% afirma trabajar durante las vacaciones para tal fin, y el 6,1% lo hace durante todo el año.

La tabla 12 muestra los cauces por los que el alumnado recibe la información universitaria y por otro lado, la vía de comunicación que ellos valoran como más adecuada para este fin.

El principal cauce es el correo electrónico (64,6%), seguido de la página web de la Universidad de Extremadura (38,4%), el profesorado (28%), los delegados (19,2%), los compañeros (12,2%) y en último lugar por comunicados del equipo directivo (7,0%).



Tabla 12. *Cauces de información universitaria*

	Cauces por los que reciben información	Cauce/s más adecuado/s según su opinión
Web	38,4	8,3%
Correo	64,6	51,5%
Profesores	28,0	15,4%
Delegados	19,2	
Compañeros	12,2	
Comunicados	7,0	2,5%
Redes sociales		14%
Sms móvil		11,9%

Sin embargo, los alumnos manifiestan que prefieren el uso de otros medios. El cauce más adecuado sigue siendo el correo electrónico (51,5%), seguido de los profesores (15,4%), las redes sociales (14%) y los mensajes al teléfono móvil (11,9%). Sólo un 8% considera la web de la universidad como cauce más adecuado para recibir información de su interés.

Como se puede apreciar los alumnos incorporan los medios que utilizan a diario y con los que están en contacto constantemente como las redes sociales y el teléfono móvil.

- Resultados del bloque “Estudios y estrés percibido”.

- Nivel de exigencia de los estudios y asistencia a clase y a la Universidad.

En relación al nivel de exigencia que tienen sus estudios, el 49,3% de los estudiantes lo valora como adecuado, un 28,1% como “más bien alto”, seguido de un 12,2% que lo califican de “muy alto”. El 9,5% lo consideran “más bien bajo”. De esta forma el 40,3% del alumnado considera la exigencia de su especialidad alta, frente a un 9,5% que la considera baja.

Respecto a la frecuencia con la que el alumnado universitario asiste a clase a lo largo del curso, el 93,4% de los estudiantes acuden a clase la mayoría de los días, seguido del 4,4% que indican asistir 2 o 3 días por semana, el resto de alumnos sólo asistiría a aquellas asignaturas que tienen pendientes de otros cursos.

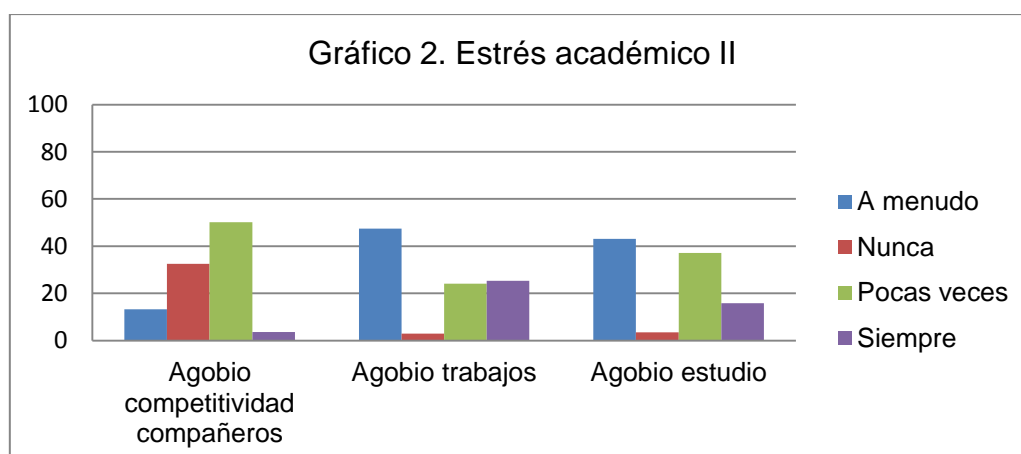
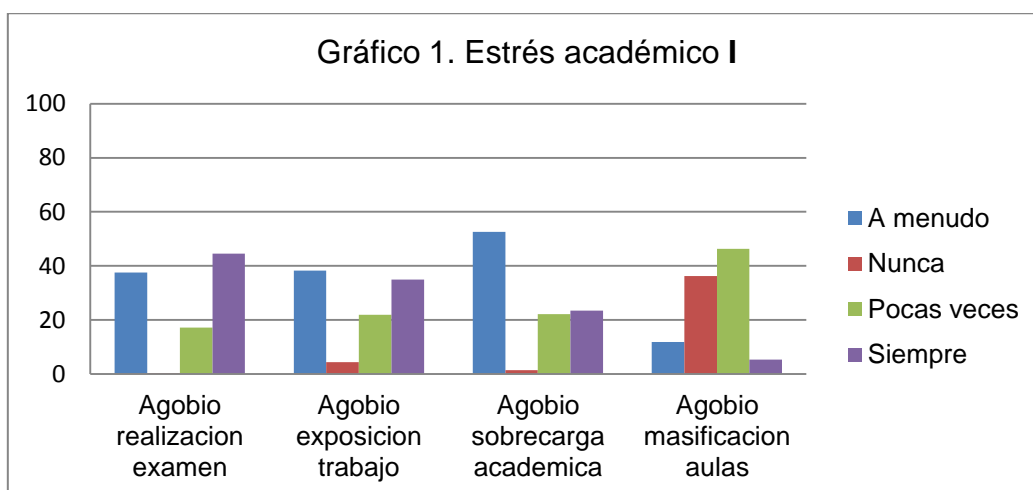
- Estrés y calidad de vida.

En este apartado se ha preguntado a los alumnos por las causas o circunstancias que le generan estrés o preocupación en relación al ámbito académico, para que definan en qué medida se sienten agobiados/as por cada una de las causas del mismo. Para ello, se ha utilizado una “Escala de Estrés Académico” distinguiendo cuatro posibles opciones de respuesta (siempre, a menudo, pocas veces y nunca).

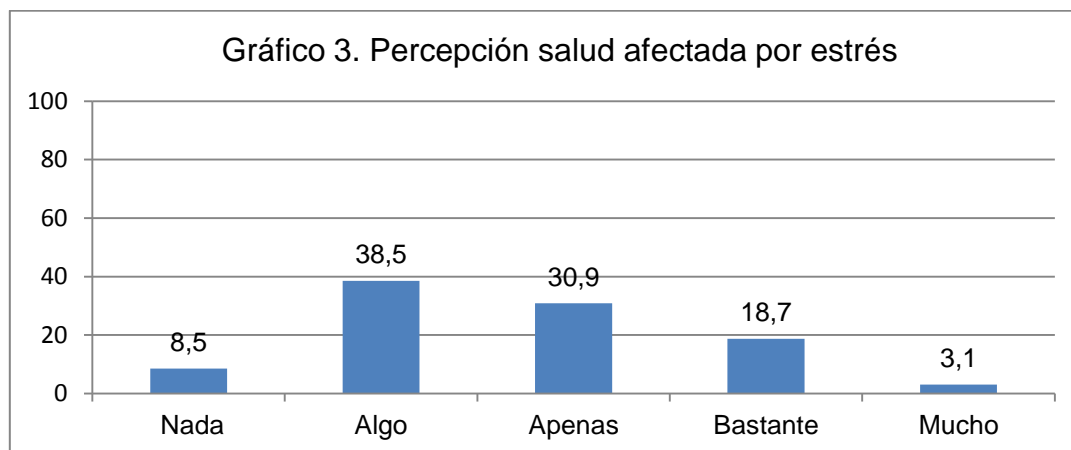
El estrés académico define aquellas circunstancias que generan un mayor estrés en los estudiantes a la hora de llevar a cabo sus tareas académicas.

Tal y como se indican en los gráficos 1 y 2, las circunstancias que mayor estrés generan son la realización de exámenes (37,6%), la exposición oral de trabajos (38,3) y la sobrecarga académica (52,6%).

Por el contrario, señalan no sentir agobio (pocas veces o nunca) por la masificación que pueda haber en las aulas (11,9%) o por la competitividad entre compañeros (13,3%).



En relación a cómo valoran la medida en que el estrés académico ha afectado a su salud, un 38,5% considera que le ha afectado “algo”, un 18,7% considera que “bastante” y un 3,1% “mucho”; frente a un 30,9% que indica que apenas le ha afectado y un 8,5% que afirman que no les ha afectado nada. De forma general podemos decir que un 60,3% ha visto afectada su salud debido al estrés académico en mayor o menor medida.



En lo referente a *la calidad de vida percibida*, un 64,4% del alumnado considera que es buena y un 17,2% la valora como “muy buena”. Sin embargo, un 16,5% opina que su calidad de vida es regular, un 1,7% que es mala y un 0,2% que es muy mala. De tal manera que, en conjunto, un 81,6% considera que su calidad de vida es buena y sólo un 1,9% considera que es mala.

- Resultados del bloque “Salud y satisfacción vital”

- Actitudes en relación a comportamientos de salud.

La mayoría de los estudiantes afirman que cuidan bastante su salud (60%), frente a un 26,7% que la cuidan poco.

En la tabla 13 se indican los resultados de las variables correspondientes a horas de trabajo sentado, horas que caminan al día y horas de descanso. Destaca la variabilidad de respuesta en la variable “*tiempo caminando al día*”.

*Tabla 13. Horas de trabajo sentado/a, horas de caminar diario y horas de sueño.*

	(Media, DT)
Horas de trabajo sentado/a	6,40(2,29)
Tiempo caminando al día (en minutos)	28,03 (30,08)
Horas de sueño entre semana	7,35 (1,05)
Horas de sueño en fin de semana	8,81 (1,33)

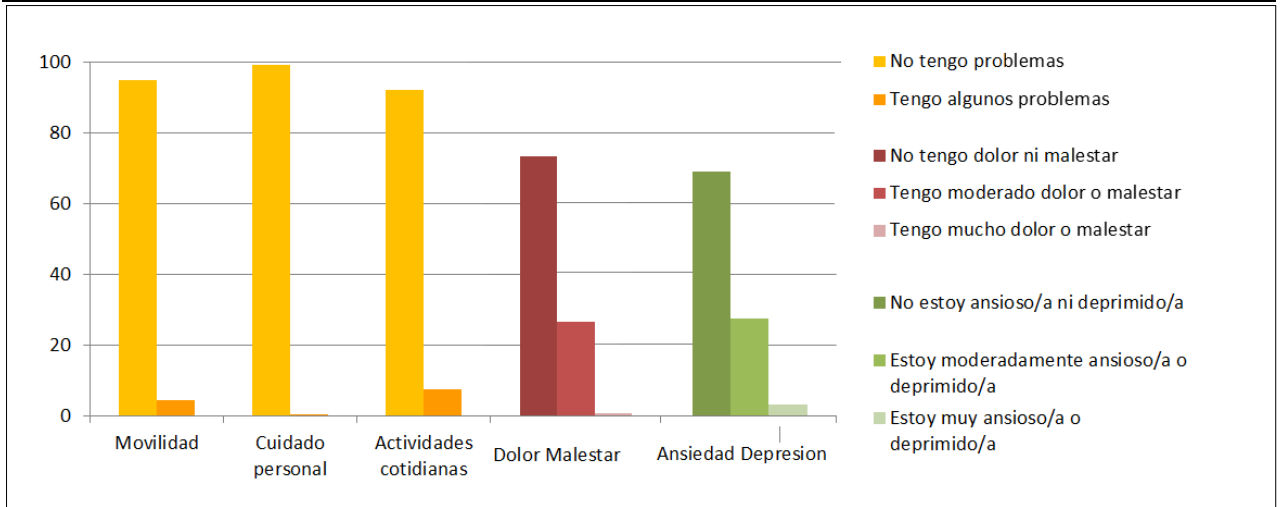
- Calidad de vida en relación con la salud.

Para analizar el estado de salud de los estudiantes se ha utilizado la escala validada "EQ-5D-3L". Esta escala incorpora dos preguntas en relación a la percepción del nivel de salud. En la primera de ellas se pregunta al alumnado en qué medida tiene o no dificultades con la movilidad, el cuidado personal, la realización de las actividades cotidianas, así como si presenta dolor o malestar y si se encuentra ansioso o depresivo. En la segunda, se les solicita que valoren el nivel de salud en una escala del 0 al 100, donde el valor 0 representa el peor estado de salud imaginable y el valor 100 el mejor.

Las dimensiones de la calidad de vida más afectadas corresponden a la dimensión de dolor y a la de ansiedad en su nivel moderado.

Con respecto a la movilidad, un elevado porcentaje (95,2%) refiere no tener problemas para caminar, sin embargo un 4,6% del alumnado reconoce tener algún problema. En relación al cuidado personal el mayor porcentaje (99,4%) corresponde al alumnado sin dificultades en este ámbito. Respecto a la posibilidad de realizar las actividades cotidianas, como trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre, un 92,2% del alumnado ha referido no tener problemas para ello y un 7,6% ha respondido que tiene algunos problemas. En el caso de la presencia de dolor o malestar, la respuesta mayoritaria continúa siendo no tener problemas pero con un porcentaje menor (72,6%) que en las otras cuestiones, un 26,5% refiere tener un moderado dolor o malestar. Y, por último, en relación a los síntomas de ansiedad o depresión, un 69,3% del alumnado ha contestado que no presenta esta problemática, sin embargo un 26,5% manifiesta estar "moderadamente ansioso/a o deprimido/a" y un 3% afirma estar muy ansioso o deprimido.

Gráfico 4: Dimensiones de la calidad de vida. EQ-5D

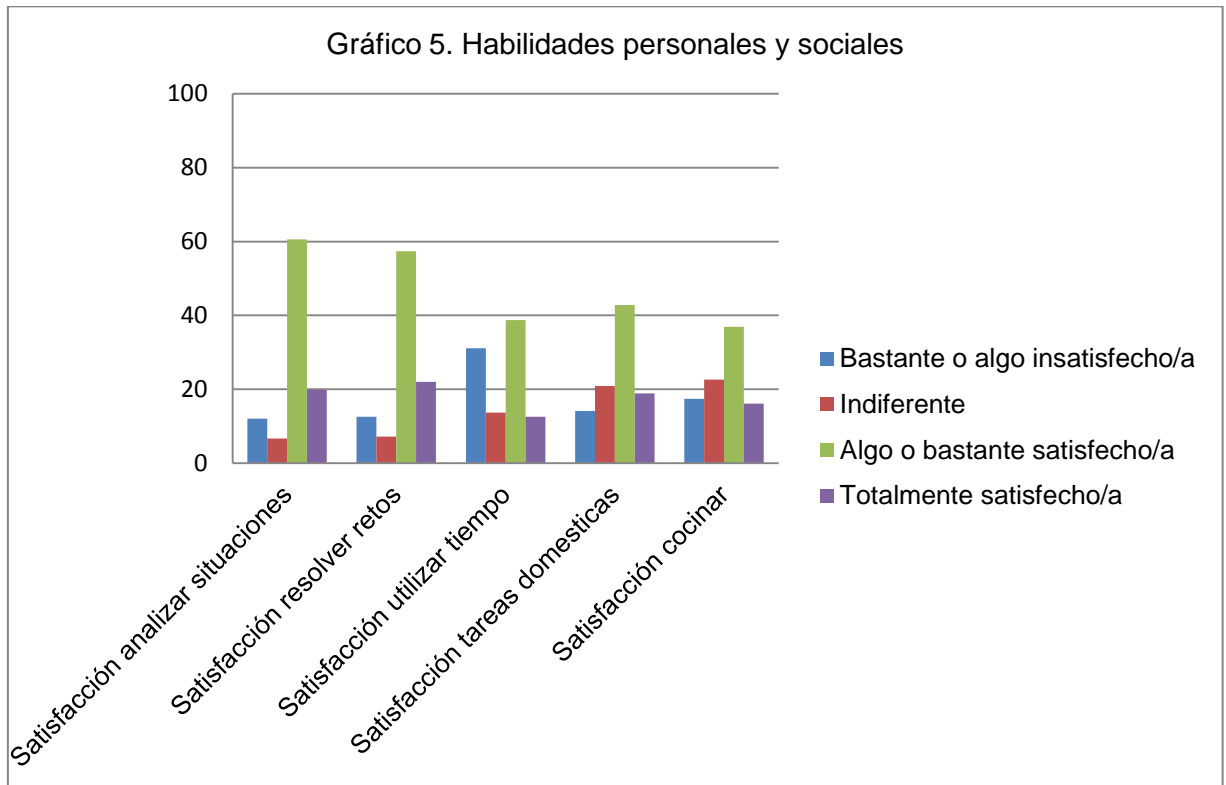


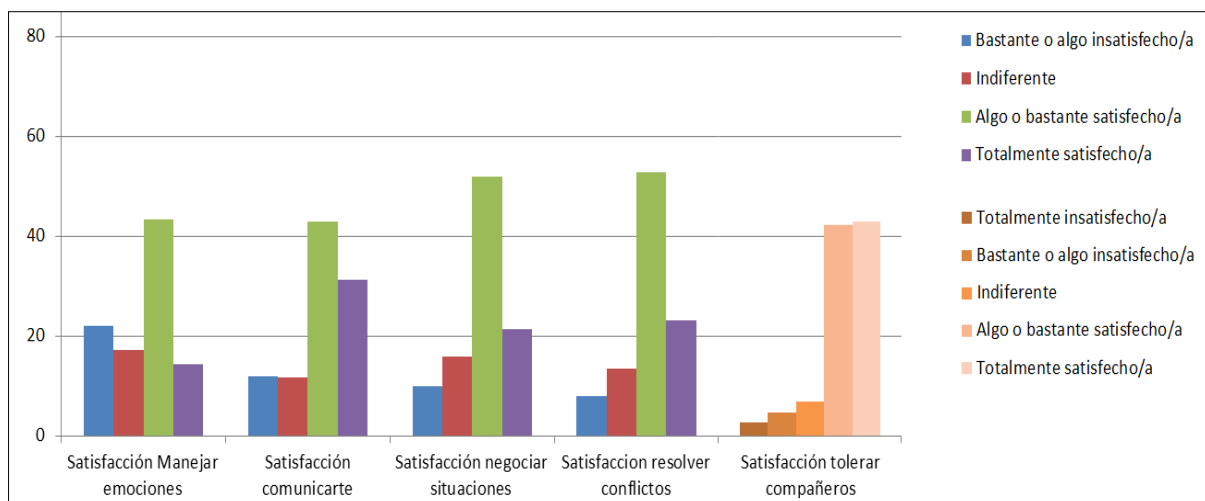
También se les ha preguntado cómo consideran que ha sido su salud durante los últimos 12 meses, y la mayoría la califica de buena (74,6%), seguida de un 23,7% que la califica de regular. Sólo un 1,7% la percibe como mala.

Con respecto a otros factores relacionados con el cuidado de la salud, el 8,7 % de los estudiantes reconoce haber estado alguna vez en tratamiento psicoterapéutico y el 66,6% afirma tomar medicamentos sin prescripción médica.

- Satisfacción vital y autoestima.

Gráfico 5. Habilidades personales y sociales





Analizando las respuestas referidas a estar satisfecho, en mayor o menor medida, los resultados evidencian que las habilidades personales que más satisfacen a los estudiantes son la habilidad para tolerar compañeros (85,2%), la capacidad para analizar situaciones (80,4%), la habilidad para resolver retos (79,4%), la habilidad para resolver conflictos (75,9%) o la habilidad para negociar situaciones (73,5%) y saber comunicarse (74,3%).

Las habilidades personales y sociales que describen un menor nivel de satisfacción entre los estudiantes son: la habilidad para utilizar el tiempo (51,3%), la habilidad para realizar las tareas domésticas (61,7%), la habilidad para cocinar con gusto y organizar adecuadamente menús saludables (53%) y la habilidad para manejar con un buen control las emociones (57,9%). Como se puede apreciar, muchos alumnos no están satisfechos con habilidades fundamentales presentes en su día a día.

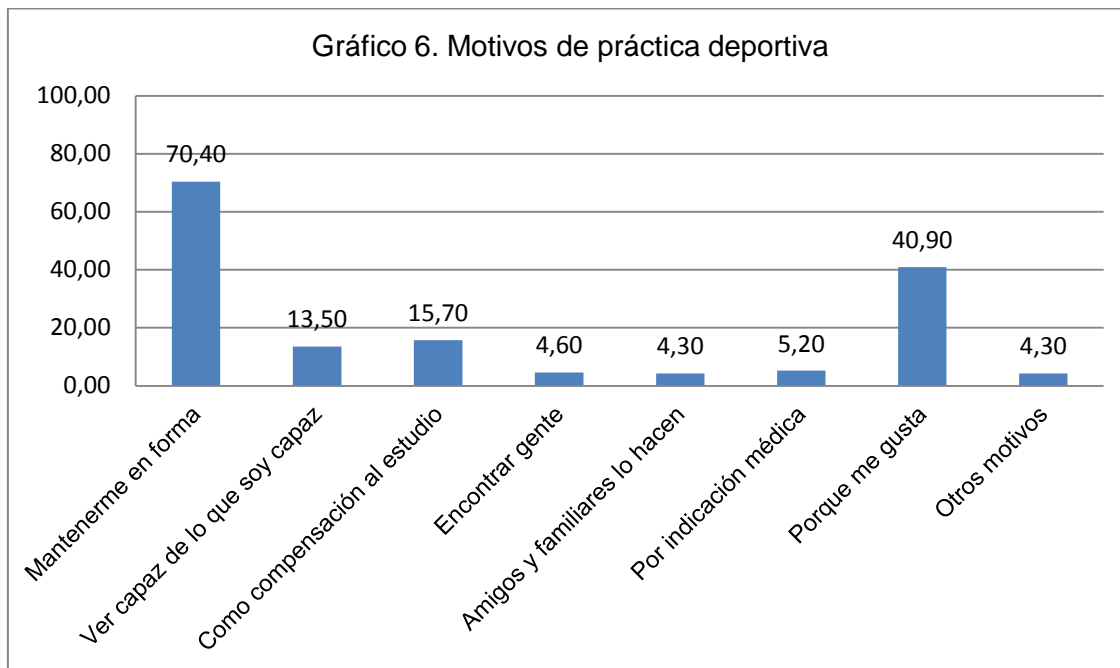
▪ **Resultados del bloque “Comportamientos y estilos de vida relacionados con la salud”.**

- **Actividad física y deportiva. Actividades de relajación.**

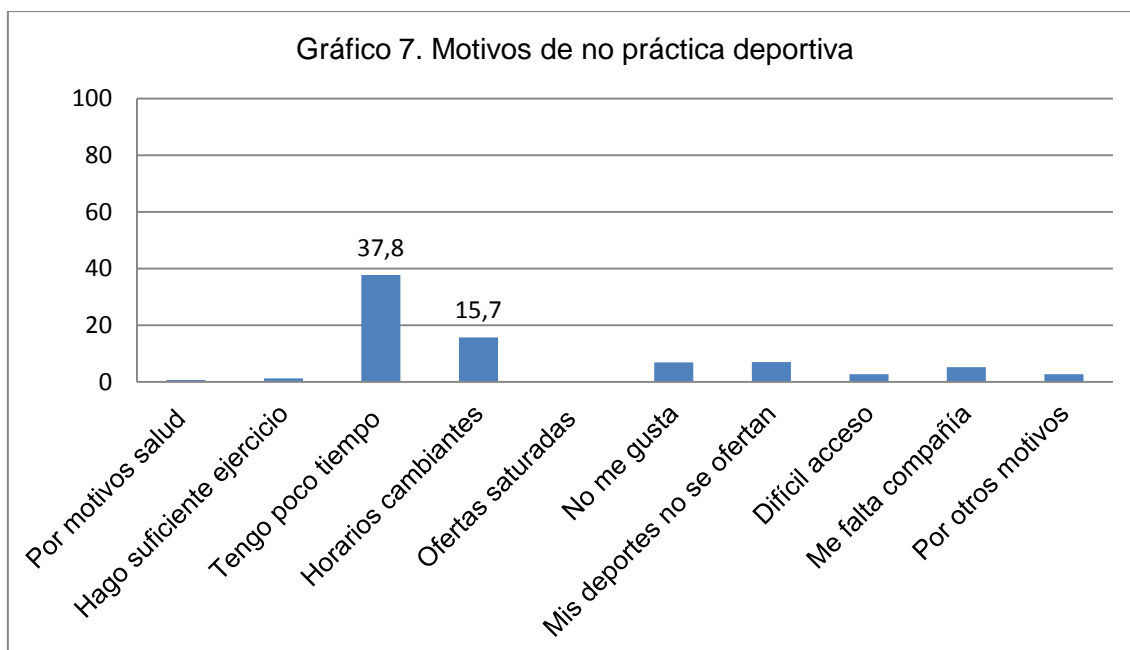
En relación a la práctica de actividad física y deportiva, se obtiene que el alumnado dedica una media de 2,49 horas de actividad física a la semana.

En cuanto a la frecuencia de práctica medido en número de veces por semana, un 15,4% afirma realizar actividad física un día a la semana, un 20,6% dos días por semana, un 15% tres días por semana, un 11,3% cuatro días a la semana y un 17,6% 5 días a la semana. Cabe destacar que el 20,1 % de los estudiantes no practica actividad física de ningún tipo.

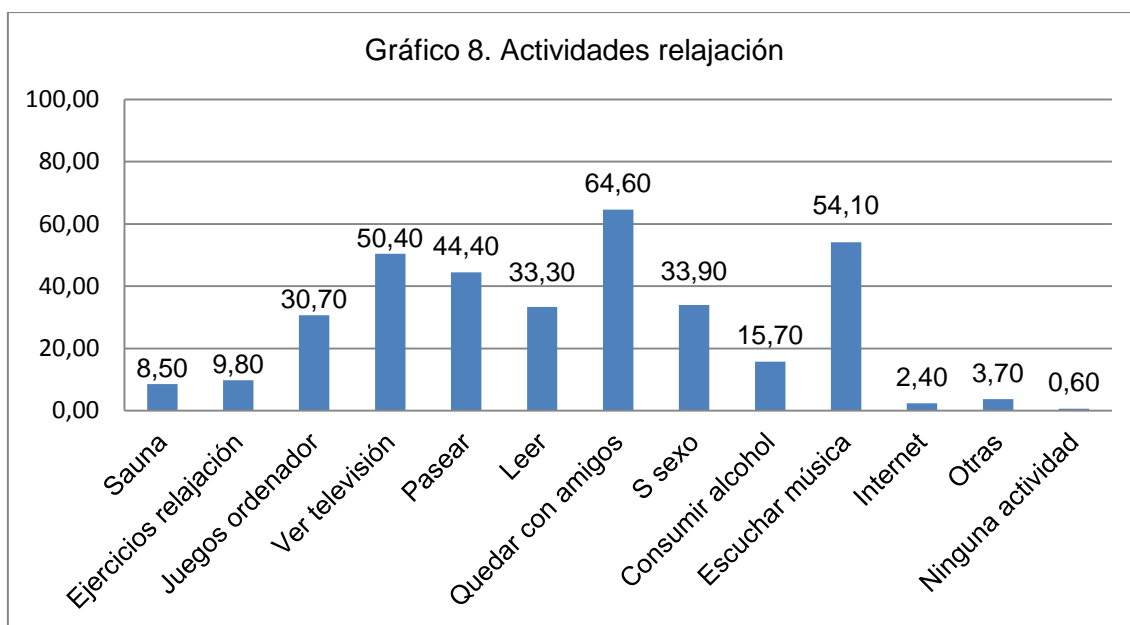
En el gráfico 6 se exponen los motivos que animan a la práctica deportiva entre los que destacan mantenerse en forma (70,4%), y el gusto por la práctica deportiva (40,9%). Un 15,7% lo utilizan como medio de dispersión en compensación al estudio.



En el gráfico 7 se exponen los motivos por los que no practican actividad física o dedican a la misma un tiempo insuficiente. Destacan los resultados que aluden a tener poco tiempo (37,8%) y tener horarios cambiantes (15,7%).

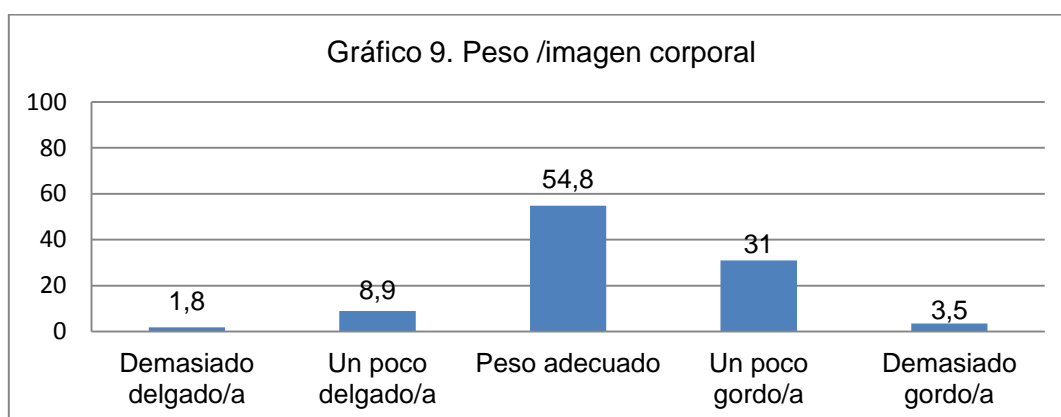


El gráfico 8 muestra las actividades que hacen regularmente para relajarse entre las más frecuentes se encuentran “quedar con los amigos” (64,6%), seguido de “escuchar música” (54,1%), “ver televisión” (50,4%), “pasear” (44,4%) y “juegos de ordenador” (30,7%). Un importante porcentaje manifiestan llevar a cabo conductas sedentarias en sus actividades de ocio.



- Imagen corporal y peso ideal.

El gráfico 9 muestra la autopercepción del peso, donde un 54,8% de los estudiantes creen que están en su peso adecuado frente al 1,8% que están demasiado delgados y al 31% que perciben que están un poco gordos. Un 34,5% considera que está por encima de su peso adecuado. Por tanto, podríamos decir que aproximadamente la mitad del alumnado no está satisfecho con su peso o imagen corporal.





- Consumo de alimentos y dietas

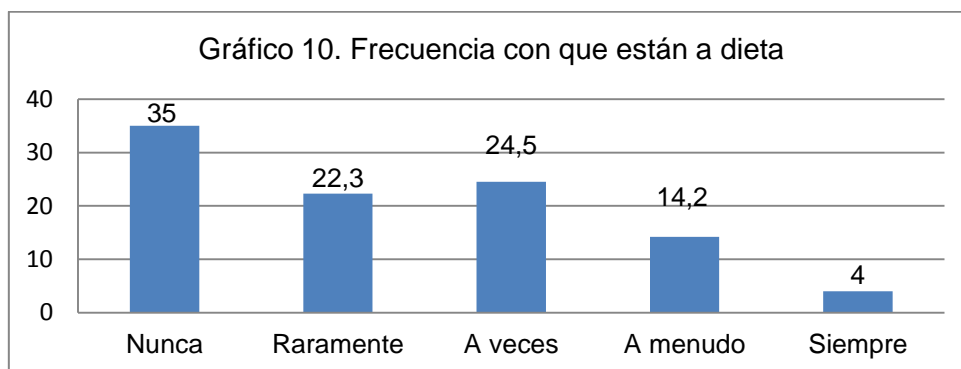
Se ha analizado la frecuencia con la que se consumen determinados alimentos resultando que a diario consumen con más frecuencia carne y/o fiambres (64,3%), seguido de ensaladas y verduras (52,1%) y de fruta fresca (46,5%), consumida varias veces al día por el 35% de la muestra.

Varias veces a la semana consumen golosinas (45,5%), gaseosas o colas (48,9%), salados (patatas, cacahuetes) (46,4%) y pescado (32%). También es bastante frecuente el consumo de comida rápida 44%. Estos datos ponen de manifiesto que los estudiantes tienen conductas alimentarias de alto riesgo relacionadas con el consumo de azúcar y de hidratos de carbono de absorción rápida, contrario a las recomendaciones internacionales de dieta equilibrada y mediterránea, con las consecuencias que de ello se pueden derivar para su salud.

Sólo un 11% señala que nunca o casi nunca consume comida rápida.

El gráfico 10 muestra la frecuencia con la que los estudiantes se ponen a dieta. Un 35% indica que nunca está dieta, un 22,3% afirma que raramente, el 24,5% indica que “a veces” y un 14,2% y 4% afirman que “a menudo” y “siempre” respectivamente.

En definitiva un total de 65% de los alumnos se ha puesto a dieta alguna vez, resultados que indican que se preocupan por el estado de su salud o su imagen corporal.



En relación al lugar habitual donde realizan las comidas, la mayoría manifiesta comer en su domicilio durante el curso. De este total, un 20,8% lo hace en su domicilio familiar y el 60,3% en el piso donde viven y comparten con otros estudiantes. Sólo un 7,7% hace uso de los servicios de la universidad (comedor universitario o cafetería).

Con respecto al número de comidas que los alumnos hacen al día, sólo el 18,5% lleva a cabo las cinco comidas recomendadas como idóneas al día. Destaca que sólo el 39,3% lleve a cabo las recomendaciones nutricionales que indican que hay que realizar al menos 3 comidas al día.

Si observamos el porcentaje de alumnos que hace cada comida tenemos que el 85,2% realiza el desayuno, lo que nos indica que un 14,8% no desayuna con la importancia que este comportamiento tiene en relación al rendimiento académico según los expertos en nutrición.

El almuerzo o comida de media mañana lo hacen el 30,4%, la comida el 94,8%, la merienda el 50,2% y la cena el 93,7%. Vemos que el porcentaje de alumnos que ingieren alimentos entre las comidas principales es muy bajo en relación a las recomendaciones nutricionales para esta etapa vital. Una de las razones puede deberse a la rígida estructura de los horarios académicos, que en la mayoría de los casos, no contemplan descansos a lo largo de la mañana o de la tarde que permita al alumnado la ingesta de alimentos u otras actividades.

En relación al consumo de la cantidad diaria de café que consumen, un 58,7% indica que no consume café y un 33,3% lo hace de forma moderada. Sólo un 8% toma más de dos cafés al día.

- Sexualidad

En cuanto a las relaciones sexuales, el 87,2% afirma haber mantenido alguna vez relaciones sexuales completas, un 0,9 incompletas y 11,9% indica no haber mantenido relaciones sexuales.

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, el 5,7% afirma no utilizar ningún método anticonceptivo. De entre los métodos anticonceptivos el más utilizado es el preservativo (63,7%). Le sigue la píldora/parche con un 20,4%.

Ningún método	5,7%
Píldora/parche/inyección	20,4%
Píldora del día después	0,6%
Marcha atrás	6,1%
Preservativo o condón	63,7%
Diu	3%

Con respecto a si utilizan el preservativo como medida de precaución cuando tienen un primer contacto sexual con una nueva pareja, el 78,8% declara que lo utiliza siempre, el resto lo utiliza a veces (excepto un 1,3%, que afirma que no lo utiliza nunca).

Estos resultados muestran que hay un porcentaje importante de alumnos que llevan a cabo en algunas ocasiones prácticas de riesgo.

Con respecto a la frecuencia con la que han mantenido relaciones sexuales en los últimos tres meses, en la tabla 15 se muestran los resultados, el mayor porcentaje (29,4%) afirma que de dos a tres veces por semana.

<i>Tabla 15. Frecuencia relaciones sexuales</i>	
Ninguna vez	15,4
Una vez al mes	2
Dos a tres veces por mes	16,3
Una vez por semana	13
Dos a tres veces por semana	29,4
Cuatro a seis veces por semana	1,7
Diariamente	2,6

-Revisiones ginecológicas y vivencia de la sexualidad.

En la pregunta realizada a las mujeres sobre si suelen hacerse revisiones ginecológicas, sólo el 21,2% afirma hacerlo con regularidad, frente al 16,72% que lo hace algunas veces y al 17 % que lo ha hecho una vez. Llama la atención que prácticamente la mitad de las chicas (un 45 %) no se ha hecho nunca una revisión ginecológica a pesar de mantener relaciones sexuales con regularidad.

Con respecto a la pregunta de si consideran satisfactoria la manera de vivir su sexualidad, el mayor porcentaje la califica de “bastante satisfactoria” (40,6%), seguido de un 29,7% que la califica como “muy satisfactoria”. En total un 70,3% manifiestan que la manera de vivir su sexualidad es satisfactoria.

<i>Tabla 16. Sexualidad satisfactoria</i>	
Muy satisfactoria	29,7
Bastante satisfactoria	40,6
Poco satisfactoria	13,3
Nada satisfactoria	4,1
NS/NC	12,4

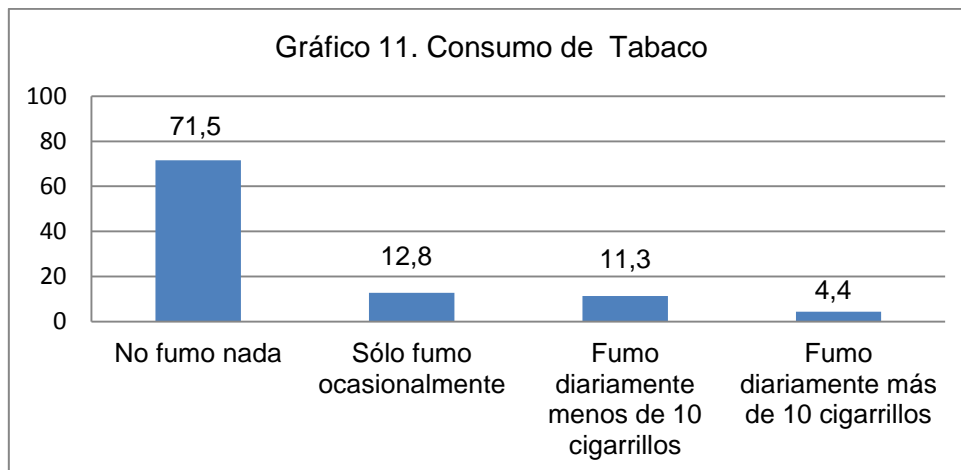
- Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Para conocer los comportamientos relacionados con el consumo de alcohol, se preguntó a los estudiantes por el consumo del mismo en los últimos 30 días. Un 82% de los estudiantes son consumidores de bebidas alcohólicas al menos de forma esporádica. El mayor porcentaje (45,9%) afirma haber consumido alcohol “algún día” en algún acontecimiento o fiesta, el 25,4% lo hace de forma regular durante el fin de semana. Un 10% consume de forma regular tanto fines de semana como días de diario.

Sólo en día laborables	,4
Sólo en fin de semana	25,4
Ambos, en días laborables y fines de semana	10,0
Algún día	45,9
Ningún día	18,3

Los resultados relativos al consumo de tabaco, nos indican que el 28,5 % de los estudiantes son fumadores, si bien es cierto que prácticamente la mitad de ellos (12,8%) afirma hacerlo sólo de forma ocasional. El 11,3% afirma que fuma diariamente menos de 10 cigarrillos y un 4,4% afirma que fuma a diario más de 10 cigarrillos.

La edad media de inicio en el consumo de tabaco es de 15,09 (3,22).



Con respecto al consumo de drogas, un 19,8% ha consumido al menos ocasionalmente marihuana o hachis, un 6,1% cocaína, un 2,8 éxtasis, un 1,5% ha consumido speed/anfetaminas y un 2,1% sustancias alucinógenas.

Como se puede apreciar la droga más consumida es la marihuana o el hachis, y la frecuencia de consumo es diaria para el 2,9% de los consumidores, semanal para el 5,8% y ocasional para el 11,1%.

<i>Tabla 18. Consumo de drogas</i>				
	Diariamente	Semanalmente	Ocasionalmente	Nunca
Marihuana/ Hachis	2,9 %	5,8%	11,1%	80,2%
Cocaína		1,2%	4,9%	93,9%
Éxtasis/Pastillas		0,2%	2,6%	97,2%
Speed/Anfetaminas	0,2%	0,4%	0,7%	98,5%
Alucinógenos	0,2%	0,2%	1,7	97,9%
Otras	0,6%		0,6%	98,8%

**• Resultados del bloque “Conocimientos, uso y valoración de servicios y otros aspectos universitarios relacionados con la calidad de vida y la promoción de la salud”.**

*Tabla 19. Valoración de servicios y otros aspectos universitarios relacionados con la calidad de vida y la promoción de la salud.*

	En desacuerdo absoluto	Más bien en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Oferta comida saludable	13,2%	38,9%	42%	5,9%
Mesas y asientos cómodos	37,3%	40,7%	19,4%	2,6%
Mesas y asientos para trabajo en grupo	33,7%	33,9%	26,5%	5,9%
Climatización adecuada en aulas	22,8%	36,5%	35,4%	5,4%

*Tabla 19. Valoración de servicios y otros aspectos universitarios relacionados con la calidad de vida y la promoción de la salud (continuación)*

Ventilación aulas adecuada	16,7%	36,7%	41,5%	5,2%
Iluminación en aulas buena	10,6%	25,9%	47,8%	15,8%
La limpieza de las aulas es adecuada	3,9%	10,6%	54,8%	30,7%
Señalización servicios UEx adecuada	3,3%	20,7%	58%	18%
Barreras físicas y sensoriales se han eliminado	7,2%	20,6%	60,7%	11,5%

En la valoración de la oferta de comida saludable en el campus, más de la mitad de los estudiantes (52,05%) está en desacuerdo con ello.

Con respecto a las infraestructuras, sólo un 22% manifiesta estar de acuerdo con la comodidad de mesas y asientos y un 32,4% valora positivamente la existencia de mesas y asientos para la realización de trabajos en grupo. El mobiliario de las aulas es normalmente fijo y no puede adaptarse para trabajar utilizando diferentes agrupaciones.

Con respecto a la climatización de las aulas y su ventilación, sumando las opciones de respuesta que manifiestan acuerdo, tenemos que un 40,8% y un 46,7% respectivamente manifiestan estar de acuerdo con su adecuación.

La iluminación en las aulas es buena para el 63,6% de los estudiantes y la limpieza adecuada para el 85,5%. En cuanto a la señalización de servicios de la UEx el 76% considera que es adecuada. Un 27,8% consideran que las barreras físicas y sensoriales no se han eliminado.

Los aspectos mejor valorados por los estudiantes son la limpieza de aulas, pasillos y demás espacios, la señalización de los distintos servicios de la UEx y las barreras físicas, aunque cabe destacar que con respecto a las barreras físicas un alto porcentaje considera que no se han eliminado totalmente por lo que este resultado afecta a la inclusión y a la equidad.

Con respecto a los servicios peor valorados por un alto porcentaje de los estudiantes se encuentran la comodidad de las mesas y asientos, así como su distribución para facilitar la realización de trabajos en grupo. Este resultado indica que no son valorados los aspectos ergonómicos y los recursos necesarios para el trabajo colaborativo y en grupo, siendo uno de los objetivos de los programas de la mayoría de las asignaturas de todas las disciplinas que se estudian en la universidad.

Otros de los servicios peor valorados por más de la mitad de los alumnos encuestados, es la oferta de comida saludable, la climatización y la ventilación de las aulas. De nuevo hace referencia a aspectos organizacionales de las infraestructuras universitarias que se relacionan con el bienestar y la promoción de la salud.

Con respecto a las preguntas que añadimos al cuestionario en el bloque “*Promoción de la salud en la UEx*” tenemos los siguientes datos:

Los alumnos tienen una media de 3,4 horas (desviación típica de 1,49) de clase seguidas. Esto significa que los descansos no están previstos en la planificación académica de los horarios académicos de los estudiantes.

Se le pregunta también acerca de la oferta de actividades deportivas en la universidad, donde un 53,6 % las valora como “no adecuadas”.

Con respecto a la facilidad de acceso a las mismas, el 29,6% cree que no es fácil acceder por motivos horarios principalmente, y el 48,4% desconoce este aspecto, poniendo de manifiesto que no existe mucha información en cuanto a la oferta deportiva y la forma de acceso al servicio de deportes de la universidad.

En relación a las opiniones de los estudiantes con respecto a la promoción de la salud en el contexto universitario:

- El 55,6% cree que el campus universitario no favorece o potencia la promoción de la salud.

- El 75,4% afirma creer que es función de la universidad formar a las personas para actuar sobre su bienestar y el bienestar social.

- El 78,1% consideran importante en su área profesional la formación para adquirir competencias relacionadas con la Educación para la Salud y el 77,9% piensa que desde su disciplina se puede trabajar de algún modo la salud para el bienestar.

## 4.2. Resultados del estudio de la gobernanza sobre la evaluación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la Universidad de Extremadura.

Los resultados de este estudio se dividen en dos partes tal y como especificamos en el apartado de metodología. La primera parte muestra los resultados obtenidos de la consulta a expertos a través del Delphi.

La segunda parte describe la evaluación de las dimensiones de la Estrategia de PS en la UEx, empleando como instrumento de evaluación el sistema de indicadores validado en la fase anterior.

### 4.2.1. Resultados del diseño de un sistema de indicadores para la evaluación multidimensional de la Estrategia de Promoción de la Salud.

Según hemos definido en el apartado del diseño metodológico del estudio, se llevaron a cabo tres rondas de consulta para la validación del sistema de indicadores. En la primera ronda el grupo coordinador valoró la versión inicial del instrumento que constaba de 53 indicadores. Tras el análisis y discusión del contenido de los indicadores y después de la valoración cualitativa de los mismos, se redefinieron algunos indicadores y se eliminaron aquellos que se consideraron incorporados en otros ítems.

En la siguiente tabla se muestran las valoraciones de los ítems llevadas a cabo por el equipo coordinador.

<i>Tabla 20. Ajustes de la primera versión del sistema de indicadores para evaluar la Estrategia de PS en la universidad realizados por el grupo coordinador.</i>	
Ítems	Principales correcciones y ajustes
5	Definir de forma más específica (simplificar).
10, 11, 12	Ya están incluidos en el ítem 8.
16	Podría formar parte del ítem 37.
25	Se puede unir a la 24.
15	Situar en la dimensión de intersectorialidad.
41, 42	Unir en un solo indicador.
46	No está formulada de forma clara.
47	Ya está reflejada en el indicador 45.
48	Ya está reflejado en el indicador 38.
49	Eliminar.
51	Eliminar.



De un total de 53 indicadores, se redujo a 42 tras la primera ronda de consulta. La primera versión del instrumento y la versión resultante tras este primer análisis se pueden ver en el anexo 2 y el anexo 3, respectivamente.

Una vez modificado el sistema de indicadores con las valoraciones aportadas por el grupo coordinador, éste se sometió a una segunda ronda de consulta por parte del grupo de expertos. Para definir el consenso entre expertos se tomó como referencia la regla aplicada por otros autores (Rowe y Wright, 1999; Landeta, 2006), que considera que se alcanza el consenso cuando un ítem en una pregunta con dos alternativas acumula el 70% de las respuestas o cuando un ítem en una pregunta de respuesta múltiple acumula al menos el 50% de las respuestas.

En la tabla 21, se muestran las valoraciones cualitativas de los expertos.

<i>Tabla 21. Análisis cualitativo de la versión 2 del sistema de indicadores.</i>	
Ítem	Valoraciones y comentarios de expertos
2	La asignación presupuestaria si existe puede ser más o menos suficiente, sería interesante evaluar esto.
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluir el contenido de la política.</li> <li>- Sugiero eliminar las palabras de coordinación en el enunciado, sin ella queda más amplio.</li> <li>- Incluye de forma implícita la coordinación intra y extrainstitucional. Buscaría otra redacción para esta pregunta.</li> <li>- Matizaría la pregunta del modo siguiente: existencia de políticas institucionales de coordinación y comunicación (interna y externa, de recursos humanos, etc.) que garanticen la sostenibilidad de las iniciativas y acciones intra e interuniversitarias del Programa de US.</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No me resulta claro el término normativas.</li> <li>- No sé a qué se refiere normativas.</li> <li>- Incluir normativas relacionadas con la investigación, la implicación de la Universidad con el entorno social, los entornos psicosociales saludables, la colaboración intra e intersectorial, la movilización de la participación estudiantil..</li> <li>- Matizaría la pregunta del modo siguiente: Número y tipo de normativas sobre “cultura de la salud” en la universidad (formación, comedores saludables, estilos de vida saludable, cuidado medioambiental, respeto de la diversidad y solidaridad).</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poner Tipo (s) de reconocimiento que debería tener el director del Programa US.</li> <li>- Matizaría la pregunta del modo siguiente: Personal administrativo y técnico de apoyo.</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluir contenido.</li> <li>- Incluir tipo, el número no permite visualizar el impacto de las acciones.</li> <li>- Número y calidad de políticas públicas regionales saludables formuladas en conjunto con la Oficina de Universidad Saludable.</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contemplar la participación en la generación de espacios y oportunidades de participación.</li> </ul>

*Tabla 21. Análisis cualitativo de la versión 2 del sistema de indicadores (continuación)*

8	<p>- Debería contemplarse la participación en la generación de espacios no solo la oferta de lo que unos consideran importante para otros</p> <p>- Matizaría la pregunta del modo siguiente: Oferta de actividades de PS planificadas anualmente e integradas en los espacios y tiempos de trabajo y estudio (ej: programas de pausa activa, educación postural)</p>
9	<p>- Creo que es necesario especificar más esa pregunta.</p> <p>- Matizaría la pregunta del modo siguiente: Recursos organizacionales para la evaluación ergonómica y de condiciones de salubridad y accesibilidad de espacios de trabajo y estudio.</p>
10	<p>- Al responder si o no, no será suficiente para entender el tema de comunicación más allá de la información o divulgación de actividades.</p> <p>- Matizaría la pregunta del modo siguiente: Disponer de una estrategia de comunicación institucional del Programa de Universidad Saludable.</p>
11	<p>Quizás especificar si solo es a un estamento y no a toda la comunidad</p> <p>No encuentro adecuado que sea un número.</p>
12	<p>Matizaría la pregunta del modo siguiente: Número y tipo de acciones anuales para potenciar la cultura de la salud incorporada en la práctica académica (aula, centro).</p>
13	<p>- Porcentaje...el número en sí mismo no aporta información, el porcentaje de cobertura si...</p>
14	<p>- Creo que sería interesante considerar por separado aquellas que son carreras del área de la salud de aquellas que no lo son.</p>
17	<p>- No comprendo que es el Plan de acción tutorial. Pienso que es un problema de modismos de los distintos países</p>
18	<p>- Pienso que los números en sí mismos no dicen nada, sería interesante identificar investigaciones realizadas que aportan al proceso institucional de fortalecimiento de la universidad como promotora de salud, instancias que participan, equipos interdisciplinarios existentes, procesos en curso.</p> <p>- Matizaría la pregunta del modo siguiente: Número y tipo de actividades de formación e investigación en educación y promoción de la salud organizadas anualmente (jornadas, congresos, seminarios, conferencias).</p>
19	<p>- Yo pediría nombrar las líneas de investigación de ahí si les sirve el número lo deducen pero será importante identificar las líneas de investigación existente y las instancias que las coordinan.</p>
21	<p>Interesante evaluar de qué carreras provienen los becarios, cuánto tiempo se mantienen vinculados, qué les aporta la vinculación (bi direccionalidad)</p> <p>- Los espacios de socialización de los procesos no deberán ser solamente en espacios académicos.</p>
23	<p>- Bien, aunque en todas estas repuestas de número es poca la información que otorga, es solo un dato cuantitativo.</p>
25	<p>- Quitar abreviaturas.</p> <p>- Matizar la pregunta del modo siguiente: Existencia de un comité representativo de la comunidad universitaria (director/a del Programa US, vicerrectores, decanos, estudiantes, PDI, PAS, representantes sindicales, servicios universitarios...) en la Oficina de Universidad Saludable.</p>

*Tabla 21. Análisis cualitativo de la versión 2 del sistema de indicadores (continuación).*

32	Bien, aunque creo sería ideal colocar el programa y de ahí las acciones por ejemplo programa dental, y señalar que acciones realiza.
33	Reitero mi observación frente a indagar el número. Describir o nombrar sinergias o convenios será mucho más útil. - Importante, pero hay una pregunta parecida en la primera sección. Revisar ambas, y su lugar de ubicación
37	Caracterizar voluntarios: de donde provienen, tipo de aporte, tipo de vinculación, tiempo de permanencia, beneficios recibidos gracias a la vinculación (en otras universidades se resalta el valioso aporte a su desarrollo humano y formación por ejemplo). Bien clarificando que son las siglas
38	- Importante describir cuáles a nivel de promoción de la salud y cuáles a nivel de prevención de la enfermedad. - Cambiar siglas por nombre completo.
39	- No centraría en el representante institucional de US sino en oportunidades de participación en representación de la institución y el proceso.
40	- Esta pregunta no me queda clara pues está en la sección de reorientaciones de los servicios de salud, se refiere a la participación de la comunidad universitaria en los servicios de salud
41	- Matizar la pregunta del modo siguiente: Análisis regular y sistemático de los activos para la salud de la institución universitaria para orientar las acciones de Universidad Saludable.

A continuación se muestran los resultados cuantitativos de las valoraciones de los expertos con respecto a la adecuación de cada ítem y la valoración de la importancia que otorgan a cada uno de los indicadores en el proceso de evaluación de la PS en la universidad, en una escala de 1 a 5, siendo (1) “nada importante” (no debe ser considerado en el proceso de evaluación) y (5) “muy importante” (esencial en el proceso de evaluación).

Se muestran por tablas divididas en las diferentes dimensiones de evaluación.

*Tabla 22. Resultados cuantitativos del método de expertos para la dimensión 1 "Políticas universitarias".*

Items	Adecuación del ítem	Importancia en la evaluación de la PS (Frecuencias acumuladas en la escala Lickert)					Puntuación media (0-5)
		L1	L2	L3	L4	L5	
1	100%					100%	5
2	90%				12,5%	87,5%	4,8
3	70%					100%	5
4	80%				25%	75%	4,7
5	90%				50%	50%	4,5
6	90%				25%	75%	4,7

*Tabla 23. Resultados cuantitativos del método de expertos para la dimensión 2 "Entornos saludables".*

Items	Adecuación del ítem	Importancia en la evaluación de la PS (Frecuencias acumuladas en la escala Lickert)					Puntuación media (0-5)
		L1	L2	L3	L4	L5	
7	100%			12,5%	62,5%	25%	4,1
8	90%				12,5%	87,5%	4,8
9	80%				25%	75%	4,7
10	80%					100%	5

*Tabla 24. Resultados cuantitativos del método de expertos para la dimensión 3 "Empoderamiento".*

Items	Adecuación del ítem	Importancia en la evaluación de la PS (Frecuencias acumuladas en la escala Lickert)					Puntuación media (0-5)
		L1	L2	L3	L4	L5	
11	100%					100%	5
12	90%				25%	75%	4,7
13	80%			12,5%	25%	62,5%	4,5

*Tabla 25. Resultados cuantitativos del método de expertos para la dimensión 4 "Planes de estudio".*

Items	Adecuación del ítem	Importancia en la evaluación de la PS (Frecuencias acumuladas en la escala Lickert)					Puntuación media (0-5)
		L1	L2	L3	L4	L5	
14	100%				12,5%	87,5%	4,8
15	100%				37,5%	62,5%	4,6
16	100%			12,5%	12,5%	75%	4,6
17	90%				12,5%	87,5%	4,8
18	80%				25%	75%	4,7
19	19%				12,5%	87,5%	4,8
20	100%				25%	75%	4,7
21	90%			12,5%	37,5%	50%	4,3
22	100%				62,5%	37,5%	3,7
23	90%				50%	50%	4,5
24	100%			12,5%	50%	37,5%	4,2

*Tabla 26. Resultados cuantitativos del método de expertos para la dimensión 5 "Participación e intersectorialidad".*

Items	Adecuación del ítem	Importancia en la evaluación de la PS (Frecuencias acumuladas en la escala Lickert)					Puntuación media (0-5)
		L1	L2	L3	L4	L5	
25	100%				25%	75%	4,7
26	100%			12,5%	62,5%	25%	4,1
27	100%				25%	75%	4,7
28	100%			12,5%	37,5%	50%	4,3
29	100%				37,5%	62,5%	4,6
30	100%				37,5%	62,5%	4,6
31	100%				25%	75%	4,7
32	100%				37,5%	62,5%	4,6
33	90%			12,5%	25%	62,5%	4,5
34	100%			25%	37,5%	37,5%	4,1
35	100%			12,5%	12,5%	75%	4,6
36	100%			12,5%	62,5%	25%	4,1
37	90%			12,5%	25%	62,5%	4,5

<i>Tabla 27. Resultados cuantitativos del método de expertos para la dimensión 6 "Reorientación de los Servicios de Salud".</i>							
Items	Adecuación del ítem	Importancia en la evaluación de la PS (Frecuencias acumuladas en la escala Lickert)					Puntuación media (0-5)
		L1	L2	L3	L4	L5	
38	100%				25%	75%	4,7
39	80%				25%	75%	4,7
40	80%				12,5%	87,5%	4,8
41	90%				25%	75%	4,7
42	100%				25%	75%	4,7

Los resultados cuantitativos muestran que de forma general los ítems son valorados como muy importantes por parte del panel de expertos. Todas las puntuaciones excepto una se encuentran en los valores comprendidos entre 4 y 5. La puntuación media más baja obtenida es de 3,7. En cuanto al grado de acuerdo alcanzado entre los expertos, los valores 4 y 5 alcanzan en la mayoría de los casos el 100% de las opiniones, por lo que se puede determinar que el consenso entre expertos respecto a la valoración de la importancia de los indicadores es aceptable.

Una vez analizadas las valoraciones cuantitativas y cualitativas del grupo de expertos se han realizado los cambios pertinentes en el instrumento y se ha enviado al grupo de expertos un informe estadístico y cualitativo de los resultados obtenidos en la segunda ronda, y la tercera versión propuesta del instrumento tras sus consideraciones, donde tenían que evaluar nuevamente la adecuación de cada ítem.

Obtenemos como resultado que tras la incorporación de los comentarios y valoraciones de expertos aumenta la puntuación referida a la adecuación de los indicadores al 100%. Al obtenerse el consenso por parte del grupo no hizo falta establecer más rondas de consulta. La versión definitiva del instrumento se redujo a 35 indicadores, tal y como se puede ver en el anexo 4.

#### 4.2.2. Resultados de la evaluación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la UEx.

La “*Guía para la autoevaluación y reconocimiento de instituciones de educación superior promotoras de la salud*” de la REDCUPS y el Ministerio de Salud de Chile, nos indica una serie de fuentes de información que pueden utilizarse durante el proceso de evaluación de la PS en la universidad. Estas son:

1. Documentos que acrediten el cumplimiento de requisitos mínimos para el funcionamiento de instituciones educacionales.
2. Plan estratégico u otros documentos de la planificación institucional.
3. Entrevistas a las principales autoridades de la organización.
4. Plan presupuestario de la institución.
5. Convenios, proyectos o fondos.
6. Entrevista a coordinadores del área.
7. Malla curricular, extracurricular y programas de cursos.
8. Planes o protocolos institucionales.
9. Plan anual de actividades y estrategias de PS.
10. Grupos focales.
11. Documentos que evidencien la formalización de compromisos y responsabilidades intra y extra institucionales.
12. Bases o contratos de licitación.
13. Informes de evaluación de programas y actividades.
14. Informes de diagnóstico.

Las fuentes consultadas para dar respuesta a los indicadores de evaluación han sido las siguientes:

<i>Tabla 28. Fuentes de consulta para la evaluación de la Promoción de la Salud en la UEx.</i>	
Indicador	Fuente de consulta
1, 4	Plan Estratégico de la UEx 2014/2018.
	Buscador de convenios- Web Universidad de Extremadura: <a href="https://www.unex.es/organizacion/gobierno/vicerrectorados/vicerelint/convenios">https://www.unex.es/organizacion/gobierno/vicerrectorados/vicerelint/convenios</a>
12, 13, 14, 22	Planes de estudios de grado y otros estudios oficiales de la UEx.
17, 20	Catálogo de los grupos de investigación de la UEx.
2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 34, 35	Entrevista a la directora de la Oficina de Universidad Saludable.
7, 9	Dirección web de los servicios universitarios de la UEx ( <a href="https://www.unex.es/organizacion/servicios-universitarios">https://www.unex.es/organizacion/servicios-universitarios</a> )
3, 4	Estatutos de la Universidad de Extremadura.
7, 11	Servicio de Orientación y Formación Docente de la UEx.
7, 11	Plan de Formación del PAS de la UEx.
7, 11,	Programa de cursos de Formación Permanente
8, 11, 16, 18, 19, 23, 28, 29, 31, 32	Web de la Oficina de Universidad Saludable ( <a href="https://www.unex.es/organizacion/servicios-universitarios/oficinas/universidadsaludable">https://www.unex.es/organizacion/servicios-universitarios/oficinas/universidadsaludable</a> )
15	Plan de Acción Tutorial de los centros y facultades de la UEx.
21,	Consulta de Tesis Doctorales- Repositorio institucional de la UEx ( <a href="http://dehesa.unex.es/handle/10662/85">http://dehesa.unex.es/handle/10662/85</a> )

A continuación se exponen las respuestas de cada indicador, obtenidas a través de las diferentes fuentes de consulta.

***Indicador 1. Inclusión de la Promoción de la Salud (PS) como objetivo en el Plan Estratégico de la Universidad.***

Dentro del Plan Estratégico uno de los objetivos que incorpora la promoción de la salud es el objetivo 4 “*mejora del bienestar de la comunidad universitaria*” que se orienta a la salud laboral de los trabajadores de la UEx (PDI y PAS).



Por otro lado, el objetivo 6 “Promoción de los valores Solidarios, de Justicia y Compromiso Social”, incorpora como estrategia “*Promover la cultura de la salud en la Comunidad Universitaria*”.

La acción específica para su desarrollo hace referencia a “Planificar y coordinar las acciones de promoción de la salud”.

Tabla 29. La Promoción de la Salud en el Plan Estratégico de la UEX 2014/2018.				
Eje Estratégico 3: Gestión y Servicios a la Comunidad Universitaria y a la Sociedad. Objetivo 4: Mejora del bienestar de la comunidad universitaria				
Estrategia	Acción	Indicadores	Competencia	Meta
<i>Promoción y apoyo al desarrollo de la Seguridad y Salud Laboral.</i>	2.1. Definir, desarrollar y difundir una política de seguridad y salud laboral.	Nº de campañas realizadas.	Equipo de Gobierno.	Desarrollo de campañas anuales de promoción de la salud laboral. Buenas prácticas implantadas.
	2.2. Crear un observatorio de riesgos psicosociales.	Nº de informes.	Gerencia.	Generación de informe anual.
Eje Estratégico 4: Financiación, Sostenibilidad, Transparencia y Responsabilidad Social. Objetivo 6: Promoción de los valores Solidarios, de Justicia y Compromiso Social.				
Estrategia	Acción	Indicadores	Competencia	Meta
<i>Promover la cultura de la salud en la Comunidad Universitaria.</i>	Planificar y coordinar las acciones de promoción de la salud.	Nº de actividades realizadas. Nº de noticias generadas. Nº de beneficiarios. Nº de centros universitarios que participan.	Vicerrectorado con competencias en Universidad Saludable.	Creación de ambientes saludables.

Para la realización del Plan estratégico de la UEx el equipo de dirección solicitó a la directora el Plan de la Oficina de Universidad Saludable, sin embargo, no tuvo opción para asesorar en el proceso de definición de los ejes estratégicos, la estrategia, la acción, los indicadores y las competencias. Por lo que resulta un enfoque descoordinado de los objetivos de PS en la Universidad de la Oficina de Universidad Saludable e insuficiente. Los indicadores son cuantitativos y no proporcionan

información significativa sobre la aplicación de la estrategia y las necesidades de implementación.

***Indicador 2. La Estrategia Universidad Saludable (US) cuenta con asignación presupuestaria anual suficiente para desarrollar su proyecto en la institución.***

La Oficina de Universidad Saludable no cuenta con una financiación establecida para el desarrollo de su estrategia, ni el vicerrectorado del que depende. Puede obtener una dotación económica para acciones concretas, bajo petición directa al Rector, y de muy bajo coste dependiendo siempre de la disponibilidad o no de fondos.

***Indicador 3. Existencia de políticas institucionales que garanticen la sostenibilidad de las iniciativas y acciones intra e interuniversitarias del Programa de US.***

No existe ninguna política universitaria que garantice la sostenibilidad del programa de US. Por este motivo se dificulta el proceso de establecer como servicio permanente las acciones dirigidas a la adquisición de hábitos de vida saludable, habilidades para la vida, el empoderamiento y la formación.

Las acciones realizadas son a propuesta siempre de la directora en el concurso público para proyectos de innovación, formación continua a PDI y PAS y estudiantes, Jornadas y Seminarios. Ninguna de estas gestiones tiene apoyo administrativo, ni de voluntariado. Al no existir una política de apoyo a la estrategia no siempre sus solicitudes fueron valoradas por no ser objetivo del servicio convocante la promoción de la salud en la universidad.

***Indicador 4. Tipo de normativas sobre “cultura de la salud” en la universidad.***

Analizando las normativas de los diferentes servicios de la UEx sobre cultura de la salud que afectan al desarrollo de la formación de la comunidad universitaria, hemos encontrado referencias relacionadas en la Normativa del Servicio de Actividad física y Deporte y en la Unidad al Estudiante referida a la igualdad.

En cuanto al Servicio de Actividad física y Deporte, la Universidad de Extremadura, en su afán por promocionar las actividades deportivas y de educación física, entre los miembros de la Comunidad Universitaria, establece la existencia de un Servicio de Educación Física, como asistencia a la Comunidad Universitaria, en el Artículo 41 de la Sección Quinta de sus Estatutos.

En el artículo 1º del Título referido a los objetivos, expone: “Promocionar, organizar y supervisar todas aquellas actividades tendentes a satisfacer las necesidades de Educación Física y Deportiva de los miembros de la Comunidad Universitaria, en sus diferentes vertientes de competición, formación, ocio y recreación”.

Por otro lado, en relación a los derechos de los estudiantes, el artículo 194 del Decreto 190/2010, de 1 de octubre, por el que se modifica el Decreto 65/2003, de 8 de mayo, por el que se aprueban los Estatutos de la Universidad de Extremadura. (2010040211), establece:

Son derechos de los estudiantes de la Universidad de Extremadura:

b) Recibir una enseñanza teórica y práctica de calidad en orden al desarrollo de su capacidad científica y crítica, así como al acceso a la cultura que haga posible su formación integral.

g) El derecho a la igualdad de oportunidades y a la no discriminación, por razones de sexo, raza, religión o discapacidad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social, en el acceso a la universidad, ingreso en los Centros, permanencia en la universidad y ejercicio de sus derechos académicos, estableciéndose medidas de acción positiva tendentes a asegurar su participación plena y efectiva en el ámbito universitario.

h) Disponer de unas instalaciones y de cualesquiera otros medios adecuados que permitan el normal desarrollo de los estudios, con atención específica a las personas con discapacidades.

***Indicador 5. Tipo de reconocimiento de la función de coordinación/dirección del programa en el contexto institucional al director/a del Programa US.***

En la UEx, la persona que coordina el programa de Universidad Saludable, tiene reconocida su función como cargo de gestión, y no cuenta con remuneración económica, ni exención de horas lectivas o labor docente.

***Indicador 6. Contribución de la universidad saludable a la formulación de políticas públicas de PS en la región (número y tipo).***

De forma directa no. A pesar de la constante invitación a la colaboración a los representantes de las instituciones públicas de salud pública, y de educación de las diferentes instituciones públicas de la región, y de las reuniones mantenidas a lo largo de los años, desde el inicio de la OUS, se han hecho propuestas por parte de la directora de la Oficina, pero todavía no se han formalizado ni se han establecido

convenios de colaboración específicos para la educación y promoción de la salud en la comunidad universitaria (con el SES por ejemplo, ni con la Consejería de Educación).

***Indicador 7. Existencia en los entornos Universitarios de recursos, espacios accesibles y oportunidades de participación, favorecedores de desarrollo humano integral, que promuevan empoderamiento para el cuidado de la salud y del medioambiente***

En la universidad existen espacios accesibles de manera general en cuanto a infraestructuras, aunque todavía pueden apreciarse barreras arquitectónicas en la mayoría de la disposición de las aulas que cuentan con mobiliario fijo.

En cuanto a oportunidades de participación para la formación y el empoderamiento, podemos constatar que no existen en los siguientes puntos:

- El plan de formación para el Personal Docente e Investigador de la UEx (2017), de los 83 talleres planificados para el curso académico, no contempla ningún taller relacionado con la Promoción de la Salud.

- La sección de formación del PAS, pone de manifiesto que su misión es “gestionar y promover acciones formativas del PAS, que capaciten y mejoren la gestión universitaria y la prestación de servicios que le son propias, al objeto de contribuir a la consecución de los fines de la Universidad de Extremadura”. No incluye la formación integral del PAS, se limita a aspectos laborales relacionados con la eficacia en la prestación de servicios.

No obstante, en los cursos de formación virtuales (2017), incluyen una sección relativa a “Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral”, donde se oferta el curso “Gestión básica de prevención de riesgos laborales” cuyo objetivo es *“Incrementar los conocimientos en materia de Prevención de Riesgos Laborales (habilidades, conocimientos y actitudes) del personal de administración y servicios”*.

Otra sección de cursos virtuales denominada “*Recursos humanos*”, incorpora un curso sobre Inteligencia Emocional, y propone como objetivo *“potenciar las habilidades socio profesionales para favorecer buenas prácticas en las conductas laborales. En especial, se impulsará la formación destinada a desarrollar competencias comunicativas, personales y sociales con el fin de que favorezcan el eficaz trabajo en equipo y un ambiente laboral saludable”*.

- La Universidad de Extremadura cuenta entre sus servicios con el de “Formación permanente” que trata de potenciar más allá de los conocimientos profesionales, aprendizajes basados en actividades de ocio o intereses especiales y su interrelación.

La formación permanente permite a distintos colectivos sociales sin titulación académica superior cursar títulos propios para contribuir a la mejora de sus conocimientos, destrezas y competencias que le permitan su desarrollo profesional y social.

Analizando la oferta formativa actual, se puede constatar que prácticamente la totalidad de los cursos están orientados a la aplicación de los contenidos y competencias dentro de la práctica profesional de las diferentes titulaciones.

La oferta formativa es muy baja. Hay algún curso de 3 créditos sobre actividad física y salud dirigido a maestros, y uno de Mindfulness.

Durante este curso académico la Oficina de Universidad Saludable en colaboración con una asociación del Plan Nacional sobre drogas ofertó un curso de "Prevención de drogodependencias entre iguales". El producto final son documentos audiovisuales que se utilizarán para motivar a los universitarios a participar en la construcción de una universidad saludable libre de humos, alcohol y otras drogas, para la adquisición de habilidades y competencias relacionadas con el bienestar y el cuidado de la salud.

El único recurso encontrado, es el Máster en inteligencia emocional, que plantea como objetivo ofrecer herramientas teórico-prácticas para que el alumnado pueda adquirir competencias en los diferentes componentes de la Inteligencia Emocional y aplicarlas en diferentes contextos personales y profesionales, a lo largo del ciclo de la vida.

Por tanto, las oportunidades de participación de la comunidad universitaria en general y de los estudiantes en particular, quedan reducidas a la participación en jornadas divulgativas que se organizan de forma puntual a lo largo del curso académico.

Son acciones puntuales, que no cuentan con dotación para su organización ni para su mantenimiento. Aunque consiguen implicar a varios profesores, grupos de investigación, estudiantes, instituciones educativas públicas y privadas. El resultado de este esfuerzo es lo que está permitiendo visualizar los objetivos del programa de universidad saludable de la oficina e ir consolidando y avanzando en su puesta en marcha.

***Indicador 8. Acciones de Promoción de la salud planificadas anualmente e integradas en los espacios y tiempos de trabajo y estudio.***

Las acciones planificadas anualmente son la semana de la Promoción de la Salud en la Universidad (abril) y el Día Nacional de Universidades Saludables (octubre).

Se ha intentado organizar un prácticum sobre la promoción de la actividad física en el lugar de estudio y trabajo a través de varias reuniones en años consecutivos con el equipo directivo de la Facultad de Ciencias del Deporte, que incorporen prácticas como la “pausa activa”, o “walk and talk”, (se ha hecho sólo en las Jornadas de la I semana de la Promoción de la Salud en la Universidad), pero no se ha llevado a cabo posteriormente.

También se ha intentado organizar acciones como prácticas de asignaturas concretas relacionadas con estilos de vida (alimentación saludable y sostenible) a partir de las exitosas experiencias realizadas en las jornadas anuales de la Oficina con alumnado y profesorado. Sin embargo, aún no se han incorporado de la forma prevista según los objetivos acordados en las reuniones mantenidas para tal fin. No obstante, podemos decir que la Escuela de Ingenierías Agrarias del campus de Badajoz, una de las más implicadas en el proyecto, Junto a la Facultad de Ciencias del Deporte, (Campus de Cáceres) está incorporando muchas acciones en la organización de las jornadas sobre alimentación saludable, conferencias, talleres, proyectos que incorporan objetivos de transferencia del conocimiento a la comunidad universitaria y no universitaria implicando a los alumnos de diversas asignaturas de Grado y Master de Tecnología de los Alimentos. En el último año, a partir de la participación en la III Semana de la Promoción de la Salud en la UEX, se han unido algunos grupos de investigación de los Institutos de Investigación del Campus de Cáceres y Badajoz. Ambos colaboran en el diseño de una propuesta de la Oficina para la realización del menú saludable y recomendaciones nutricionales para la comunidad universitaria y los comedores y restaurantes de la universidad de Extremadura.

De forma general, podemos decir que se ha incrementado la motivación a la participación y hacia la acción de los miembros de la comunidad universitaria, pero se han llevado a cabo de forma puntual. Todo ello después de esfuerzos por parte de la oficina muy grandes por incorporarlos a la estructura de forma permanente.

***Indicador 9. Recursos organizacionales para la evaluación ergonómica y de condiciones de salubridad y accesibilidad de espacios de trabajo y estudio.***

Existen recursos y condiciones para crear la accesibilidad a los espacios de trabajo y estudio, que en el caso de los estudiantes es gestionado por la unidad del estudiante.

En cuanto a los recursos organizacionales para la evaluación ergonómica no existen.

***Indicador 10. Disposición de una estrategia institucional de comunicación del Programa de Promoción de la Salud (descripción).***

El Programa de PS no cuenta con una estrategia institucional de comunicación. Para las comunicaciones se utiliza el programa de comunicación institucional de toda la universidad, orientado a transmitir noticias puntuales que la universidad genera. No siempre se publican las noticias que la Oficina propone, ni del modo que sugiere. Las razones son porque pueden coincidir con otras noticias que valoran más relevantes, y/o por falta de tiempo. Tampoco hay recursos para financiar la publicidad.

***Indicador 11. Existencia de un plan anual de formación en promoción de estilos de vida saludable y competencias relacionadas con la Educación para la Salud dirigido a la comunidad universitaria (porcentaje de participación por estamentos).***

Existen planes de formación virtuales para el PAS.

En el caso de cursos coordinados por la Oficina de Universidad Saludable, a pesar de haberse diseñado y solicitado la aprobación de otros, solo tuvieron asistencia los siguientes:

- Curso de prevención de drogodependencias entre iguales (3 créditos): 50 estudiantes.

- Curso de “Activos para la salud y el bienestar en la Universidad Saludable” (1 crédito)” ofertado por la Oficina desde el Servicio de Orientación y Formación Docente de la UEX, para la comunidad universitaria (PDI/PAS): asistencia de 20 profesores y PAS.

Además se han desarrollado Jornadas educativas en la denominada *Semana de Promoción de la Salud en la Universidad* que se desarrolla anualmente en los campus de Cáceres y Badajoz, con 1 crédito de libre elección. En la última edición participaron más de 40 profesores impartiendo conferencias y talleres, varios grupos de

investigación, y estudiantes de varias titulaciones que expusieron sus trabajos en EPS a través de ponencias y posters.

La Jornada de Día Nacional de Universidades Saludables (1 crédito solicitado) también es de carácter formativo y sensibilizador.

**Indicador 12. Titulaciones de grado (por área de conocimiento) que incluyen en su currículo competencias relacionadas con la Promoción de la Salud.**

Los resultados de las titulaciones que incorporan competencias en PS se exponen en la siguiente tabla.

<i>Tabla 30. Titulaciones y Competencias en Promoción de la Salud</i>	
Grado en podología	
Asignatura	Competencias
Podología Preventiva	- Desarrollar las habilidades sociales para la comunicación y el trato con el paciente y en el equipo multidisciplinar enfocadas a la prevención, promoción y protección de la salud.
Grado en enfermería	
Educación para la Salud	- Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.
Enfermería de salud mental	- Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas. - Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.
Grado en Ciencias y Tecnologías de los Alimentos	
Alimentación y Salud Pública	- Capacidad para desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud relacionadas con el consumo de alimentos.
Fisiología y Fundamentos de Nutrición	- Conocer e identificar los factores que influyen en la nutrición, estableciendo pautas alimentarias saludables en individuos y colectividades, así como planificar, implantar y evaluar dietas terapéuticas. - Capacidad para desarrollar actividades de promoción y prevención de la salud relacionadas con el consumo de alimentos.



*Tabla 30. Titulaciones y Competencias en Promoción de la Salud (continuación)*

<i>Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte</i>	
Sociología de la actividad física y el deporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover la igualdad de oportunidades entre todos los ciudadanos, independientemente de criterios socioeconómicos o culturales en el ámbito de la actividad física y del deporte</li> <li>- Promover la ocupación del tiempo de ocio de forma activa, saludable y potenciando valores ecológicos.</li> </ul>
Actividad Física y Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la condición física y prescribir ejercicios físicos orientados hacia la salud.</li> <li>- Promover la ocupación del tiempo de ocio de forma activa, saludable y potenciando valores ecológicos</li> </ul>
Recreación deportiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover y evaluar la formación de hábitos perdurables y autónomos de práctica de la actividad física y del deporte.</li> </ul>
Fisiopatología aplicada a la Actividad Física y Deportiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar y promocionar estilos de vida saludables y buenos hábitos posturales</li> <li>- Evaluar la condición física y prescribir ejercicios físicos orientados hacia la salud.</li> </ul>
<i>Grado de Educación Infantil</i>	
Educación para la Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.</li> </ul>
Desarrollo socioemocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover intervenciones educativas para la prevención y el desarrollo cognitivolingüístico y socio-emocional.</li> </ul>
<i>Grado en Educación Primaria</i>	
La Educación Física en la Educación Primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adquirir recursos para fomentar la participación a lo largo de la vida en actividades físicas y deportivas dentro y fuera de la escuela.</li> </ul>
Motricidad, actividad física y salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Describir, comprender y explicar los principales trastornos de la infancia y adolescencia, a la luz de un desarrollo saludable.</li> </ul>
<i>Grado en Terapia ocupacional</i>	
Calidad de vida y autonomía personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar en colaboración con los individuos y grupos con el fin de participar activamente en la ocupación, a través de la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.</li> </ul>
Salud pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer, evaluar, analizar, elaborar y participar en programas de educación y promoción de la salud dentro del ámbito de la Terapia Ocupacional para prevenir las disfunciones ocupacionales en general y subsecuentes a afecciones médicas, quirúrgicas y psiquiátricas e inadaptación social.</li> </ul>
<i>Grado en Fisioterapia</i>	
Ejercicio y Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar los canales para la promoción del ejercicio físico saludable.</li> <li>- Evaluar la condición física y prescribir ejercicios físicos orientados hacia la salud</li> </ul>

Como se puede apreciar la mayoría de las competencias son terapéuticas, preventivas, y en menor medida de promoción de la salud en el sentido que la Carta de Ottawa establece. En general no están definidas como competencias de promoción de la salud en la universidad.

Las titulaciones que incorporan competencias relacionadas con la PS lo hacen de forma parcial desde áreas específicas y sin establecer un enfoque integral propio de la estrategia.

***Indicador 13. Titulaciones de Promoción de la Salud y tipo (Máster universitario, especialista, perfeccionamiento, Doctorado...).***

Dentro de las titulaciones oficiales de la UEx, existe un Máster específico orientado a la Promoción de la Salud, desde el ámbito de la actividad física:

- Máster Universitario en Promoción de la Salud mediante la Actividad Física.

***Indicador 14. Incorporación de asignaturas de Prácticum de cualquiera de los Grados /Postgrados Universitarios en el Programa de Universidad Saludable.***

Se ha intentado gestionar una línea de prácticum de PS con diferentes titulaciones, pero no lo han considerado relevante para llevarlo a cabo por parte de los profesores implicados. Se cree que el contexto universitario puede no ofrecer suficiente experiencia al alumnado.

***Indicador 15. Existencia de contenidos y actividades de PS en el Plan de Acción Tutorial de cada centro.***

El Plan de Acción Tutorial (PAT) de la universidad está vacío de contenido. No incorpora objetivos relacionados con el bienestar de los estudiantes. Cada centro establece las acciones que le parecen pertinentes dentro de este plan, que normalmente se basan en aspectos académicos y en proporcionar orientaciones puntuales según necesidades de los estudiantes.

***Indicador 16. Número y tipo de actividades de divulgación y transferencia del conocimiento en educación y promoción de la salud organizadas anualmente (jornadas, congresos, seminarios, conferencias).***

Se celebran como hemos comentado anteriormente las Jornadas de la Semana de la Promoción de la Salud y la Jornada del día de universidad saludable, donde se realizan en diferentes centros de los 4 campus en unos casos o de los dos más grandes (Cáceres y Badajoz), actividades de divulgación, sensibilización y experimentación relacionadas con la PS.

Se realizan campañas de sensibilización en colaboración con asociaciones del tercer sector, tales como la asociación para la donación de médula ósea (ADMO), campañas contra el consumo de tabaco, con la asociación contra el cáncer; de educación y seguridad vial, con la DGT, el ayuntamiento de Cáceres a través de las acciones diseñadas para la participación en la “Noche Europea de los Investigadores”. Seminarios de investigación sobre alimentación saludable, para la producción de recursos educativos audiovisuales, con la participación de los ciclos formativos de Formación Profesional, de Restauración, de los Institutos de Enseñanza Secundaria, y con miembros de los grupos de investigación de la UEx relacionados con la alimentación y la nutrición.

Como ejemplo de resultado de la acción de la oficina de universidad saludable, algunos centros empiezan a tomar conciencia de su potencial como promotor de la salud y organizan acciones de este tipo: Congreso “Nuevas Tendencias en Alimentación Saludable” organizado por el Centro de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de Extremadura (CICYTEX) en colaboración con la UEx y dirigido a industrias alimentarias y farmacéuticas, técnicos agroalimentarios y estudiantes.

Por otro lado, se ha producido un incremento de la oferta de cursos de formación permanente o másteres como el master de Promoción de la Salud a través de la educación física, educación emocional, educación para la salud en la escuela, educación vial, prevención del acoso escolar.

**Indicador 17. Líneas de investigación de los grupos de investigación del catálogo de la universidad relacionadas con la Promoción de la Salud.**

*Tabla 31. Grupos y líneas de investigación en Promoción de la Salud.*

<i>Grupo de investigación</i>	<i>Líneas de investigación</i>
<i>Campo Agroalimentación</i>	
Calidad y Microbiología de los Alimentos	Desarrollo de nuevos alimentos funcionales
Tecnología de Alimentos y Calidad	Desarrollo de alimentos funcionales.
<i>Campo Ciencias Sociales, Económicas y Jurídicas</i>	
Análisis Didáctico y Comportamiento del Deporte	Análisis de la motivación y estilos de vida saludables
Educación, Ciencia y Sociedad	Educación para la Salud.
Educación Física, Deportes y Expresión.	Actividad Física y Salud en la edad esoclar.
Grupo de Investigación e Innovación Educativa	Desarrollo Emocional y salud Mental.
Grupo de Investigación e Innovación en Educación y Salud.	Innovación en Promoción de la Salud, Competencias en PS. Contextos saludables y sostenibles. Universidades Saludables. Escuelas Promotoras de Salud. Hospitales Promotores de Salud. e-Health
<i>Campo Ciencias y Tecnologías de la Salud</i>	
Actividad Física, Calidad de Vida y Salud	Actividad Física, Salud y Poblaciones Especiales Evaluación en economía de la salud y calidad de vida (biopsicosocial)
Actividad física, deporte y salud	Actividad física saludable y calidad de vida Condición física saludable
Fisiología, química analítica y salud comunitaria.	Metales, actividad física y salud. Alimentación, Salud y Enfermedad. Ejercicio físico, deporte y salud. Salud comunitaria Envejecimiento, actividad física y salud
Grupo de Avances en Entrenamiento Deportivo y Acondicionamiento Físico.	Acondicionamiento físico para la salud
Grupo de Investigación en Enfermedades Metabólicas óseas	Hábitos y estilos de vida y obesidad
Inmunofisiología: estrés, ejercicio físico, envejecimiento y salud	Ejercicio, estrés, envejecimiento y sistema inmune: actividad física para la mejora de la salud

<i>Tabla 31. Grupos y líneas de investigación en Promoción de la Salu (continuación)</i>	
Psicología en la salud y en la enfermedad	Factores psicosociales preventivos y facilitadores de calidad de vida y salud mental Salud mental en la infancia y adolescencia
Saudex fisioterapia	Promoción de la Salud y mejora de la Calidad de Vida a través de la innovación y las nuevas tecnologías.
<i>Campo sin clasificar</i>	
Nutrición humana	Alimentación, nutrición y salud Pimentón de la vera y salud

Existen líneas de investigación relacionadas con la salud en grupos de diferentes campos de conocimiento. De esta forma se podría trabajar de forma interdisciplinar adoptando la perspectiva de la PS, en proyectos comunes abordados desde diferentes campos de conocimiento.

EL grupo de investigación “*Innovación en Educación y Salud*” contempla entre sus líneas de estudio, la PS de forma específica y el estudio de los contextos saludables y sostenibles, entre las que se encuentran una línea de Universidades Saludables.

***Indicador 18. Proyectos financiados anualmente por la institución universitaria relacionados con la Promoción de la Salud en la universidad.***

No existe ningún proyecto financiado de estas características.

***Indicador 19. Becarios financiados anualmente por la institución universitaria en el Programa de US (titulación, tiempo y remuneración).***

Además de no disponer de financiación presupuestaria establecida, no existen ofertas de becas por parte de la institución para este fin.

**Indicador 20. Publicaciones/presentaciones en congresos sobre la experiencia universitaria de fortalecimiento de PS.**

Las presentaciones a congresos y reuniones científicas sobre la experiencia de PS en la UEx son:

*Tabla 32. Presentaciones en congresos y reuniones científicas sobre la experiencia de fortalecimiento de PS en la Uex.*

Año	Título presentación	Congreso
2012	<i>Construyendo contextos saludables. Hacia un modelo sostenible de universidad saludable.</i>	5ª Conferencia Latinoamericana y 4ª Conferencia Interamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Entidad organizadora: IUHPE. México
2012	<i>Planificación estratégica de la Educación y Promoción de la Salud en la Universidad. Fundamentos y Retos en el contexto español.</i>	I Simposium Internacional de Universidades Promotoras de Salud. Universidad Autónoma del Estado de México. Pachuca, México.
2012	<i>Introducción al proyecto de gestión, docencia e investigación de Universidad Saludable</i>	I Seminario Internacional de Universidades Saludables. Instituto Nacional de Salud pública de México. Morelos.
2013	<i>Evaluación Multidimensional y necesidades de gobernabilidad para diseñar un programa de Promoción de la Salud de la Universidad de Extremadura.</i>	VI Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud y IV Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública. Universidad de San Juan de Puerto Rico. San Juan (Puerto Rico).
2015	<i>Análisis del consumo de Tabaco en estudiantes universitarios de las titulaciones de educación. Implicaciones Educativas</i>	Cumbre Atlántica de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Fundación de Educación para la Salud. RIUPS. REUS. Madrid
2015	<i>Formación del Profesorado Universitario de Grados de Educación Infantil y Primaria en Educación para la Salud</i>	Cumbre Atlántica de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Fundación de Educación para la Salud. RIUPS. REUS. Madrid

2016	<i>Implementing Healthy Settings at university from the evaluation of students lifestyle</i>	22nd IUHPE World Conference on Health Promotion. Curitiba/PR Brazil.
2016	<i>Planes de estudio de educación para la salud en la Universidad en España</i>	22nd IUHPE World Conference on Health Promotion. Curitiba/PR Brazil.
2017	<i>Significado de universidad saludable según la comunidad universitaria: evidencias para la acción.</i>	VIII Congreso Iberoamericano de Universidades Promotoras de Salud. Universidad de Alicante.

#### *Reuniones Científicas*

<i>Año</i>	<i>Título trabajo</i>	<i>Reunión/Jornada</i>
2013	<i>Promoción de la salud en la Universidad.</i>	I Jornada Internacional de la PS en la Universidad : <i>"Innovación para la promoción de la salud, el bienestar y el desarrollo social sostenible en la Universidad del Siglo XXI"</i> Oficina de Universidad Saludable de la UEx
2013	<i>Estilos de vida de los estudiantes y el papel de la promoción de la salud en la Universidad de Extremadura</i>	Escuela de Salud Pública de Menorca. Universidad de las Islas Baleares.
2017	Presentación de las acciones de promoción de la Salud para la promoción de estilos de vida saludable en la UEx	Escuela de Salud Pública de Menorca. Universidad de las Islas Baleares

Tabla 33. Otras acciones de fortalecimiento de PS en la UEx

2014	Promoción de la Salud en la Universidad. La participación estudiantil	SOFD. Proyecto de Innovación Docente: tutoría entre pares, el proyecto sherpa. Plan de Formación del Profesorado universitario y PAS.
2015	Curso SOFD (PDI, PAS): activos para la salud y el bienestar en la universidad saludable.	SOFD. Universidad de Extremadura
2015, 2016	Diseño y participación con talleres prácticos orientados a la prevención del consumo de alcohol y tabaco en la Noche Europea de los investigadores.	Campus de Cáceres y Badajoz. Oficina de Universidad Saludable Universidad de Extremadura
2015 2016 2017	Día Nacional de las Universidades Saludables. <a href="https://www.unex.es/organizacion/servicios-universitarios/oficinas/universidadsaludable">https://www.unex.es/organizacion/servicios-universitarios/oficinas/universidadsaludable</a>	Campus de Cáceres y Badajoz Oficina de Universidad Saludable Universidad de Extremadura
2016	I Semana de la Promoción de la Salud en la UEx: <i>Motivando hacia estilos de vida y contextos educativos saludables y sostenibles.</i> Día Mundial del deporte por el desarrollo y la paz	Campus de Badajoz Oficina de Universidad Saludable Universidad de Extremadura
2016	I Semana de la Promoción de la Salud en la UEx: <i>Motivando hacia estilos de vida y contextos educativos saludables y sostenibles.</i> Día Mundial de la Salud.	Campus de Cáceres Oficina de Universidad Saludable Universidad de Extremadura
2017	II Semana de la Promoción de la Salud en la UEx	Campus de Cáceres y Badajoz Oficina de Universidad Saludable Universidad de Extremadura
2017	Curso de formación permanente para estudiantes: "Prevención de drogodependencias entre iguales"	Universidad de Extremadura



Como se puede observar la UEx a través de la Oficina de Universidad Saludable y de su directora ha presentado las experiencias de trabajo que se han llevado a cabo en la UEx desde su adhesión a la REUS en el año 2011, en congresos y reuniones científicas tanto a nivel nacional como internacional, cumpliendo con el objetivo que establecen REUS y RIUPS, de apoyo a la investigación en PS y publicación de experiencias llevadas a cabo en las universidades.

***Indicador 21. Trabajos académicos realizados sobre PS en la Universidad (tesis, Trabajos Fin de Grado, Trabajos Fin de Master. TFG, TFM).***

Existen diferentes trabajos académicos relacionados con la PS, pero no están coordinados con la oficina. El grupo de investigación *Innovación en Educación y Salud*, incorpora líneas de PS en contextos escolares, universitarios y socioanitarios, establecidas en la UEx desde el año 2008 fecha de creación del grupo de investigación, aunque anteriormente ya tenía esta misma línea su directora, dirige trabajos de tesis, máster y grado en Educación y Promoción de la salud y de Escuelas Promotoras de Salud, TIC y Salud, Inclusión y Salud. Universidades Saludables. Educación de pacientes.

Hay otros grupos de investigación del área de Ciencias Jurídicas y Sociales que han ido incorporando aspectos de la salud biopsicosocial en estos últimos años.

***Indicador 22. Existencia de un itinerario específico en Promoción de la Salud explícito en la titulación universitaria.***

No existe en ninguna titulación.

***Indicador 23. Existencia de un comité representativo de la comunidad universitaria en la Oficina de Universidad Saludable.***

No existe un comité representativo de la comunidad universitaria.

***Indicador 24. Número de reuniones programadas anualmente del comité de universidad saludable.***

Se proponen a lo largo del año en relación a propuesta de la oficina de universidad saludable.

***Indicador 25. Existencia de equipos multidisciplinares universitarios que colaboran sistemáticamente con el programa de universidad saludable (departamentos, grupos de investigación...).***

Desde el programa de US se desarrollan acciones conjuntas con las facultades de Ciencias del Deporte y de Ingenierías Agrarias, pero no existe como tal un equipo multidisciplinar instaurado, aunque hay profesores que colaboran de manera permanente en todas las propuestas, y como consecuencia hay actividades que se van consolidando. También otros profesionales de otras facultades se van incorporando y manifestando su interés en participar a partir de las acciones que se hacen y se divulgan a través de la web de la Oficina de Universidad Saludable.

***Indicador 26. Acuerdos de colaboración aprobados con los diferentes servicios universitarios para desarrollar la estrategia de Universidad Saludable (especificar servicio y contenidos de los acuerdos).***

No existe acuerdo de colaboración con ningún servicio de la UEx.

***Indicador 27. Acciones que ofrecen conjuntamente los servicios de la universidad en coordinación con el programa de Universidad Saludable (qué tipo de acciones y con qué servicio).***

No se han establecido acciones conjuntas con los servicios de la universidad en coordinación con el programa de Universidad Saludable

***Indicador 28. Convenios de colaboración intersectorial aprobados con instituciones públicas, privadas o del tercer sector para la colaboración en el desarrollo de la estrategia de universidad saludable (describir contenidos).***

Se han aprobado acuerdos de colaboración con asociaciones como ADMO, Lesionados de médula espinal, Asociación española contra el cáncer.

Se está en proceso de hacer un convenio con el Ayuntamiento de Cáceres y la Dirección General de Tráfico a partir de las diferentes actividades realizadas conjuntamente y de la propuesta de la oficina de un proyecto de educación y seguridad vial para desarrollar en la ciudad de Cáceres, en el marco del proyecto del Ayuntamiento de "ciudades amigas de la infancia".

***Indicador 29. Proyectos financiados de Promoción de la salud/Universidad Saludable por instituciones públicas, privadas o del tercer sector para el desarrollo de la estrategia de universidad saludable.***

No existen actualmente proyectos financiados de Promoción de la salud/Universidad Saludable.

***Indicador 30. Acciones desarrolladas con otras instituciones que contribuyen al desarrollo de los objetivos de la estrategia de Universidad Saludable.***

No existen acciones desarrolladas con otras instituciones que contribuyen al desarrollo de los objetivos de la estrategia de Universidad Saludable.

***Indicador 31. Perfil de los voluntarios que participan en el Programa de Universidad Saludable (titulación, tipo de miembro de la comunidad universitaria, tiempo de permanencia).***

Un voluntario de la titulación de maestros de educación infantil. Solo colabora puntualmente subiendo algún recurso a la web de la Oficina, no tiene más disponibilidad.

***Indicador 32. Oportunidades de participación de la institución en redes de Universidades Saludables regionales, nacionales e internacionales.***

La universidad participa en todas las acciones propuestas por REUS y la RIUPS.

Presentación de resultados de los estudios realizados desde la oficina de US en los congresos internacionales de universidades saludables, Promoción de la Salud y los convocados por la IUHPE.

***Indicador 33. Existencia de estrategias planificadas para favorecer la participación de la comunidad universitaria.***

Desde la oficina de universidad saludable se ha propuesto a los representantes estudiantiles la participación en diferentes acciones de PS, como las jornadas anuales de PS en la universidad. La respuesta ha sido negativa o directamente no se ha obtenido ningún tipo de respuesta.

Por otro lado, en todas las acciones de la oficina se invita a la participación de toda la comunidad universitaria, a través de correo electrónico con la información correspondiente.

***Indicador 34. Análisis regular y sistemático de los activos para la salud de la institución universitaria para orientar las acciones de Universidad Saludable.***

Se realizó un curso desde el SOFD para la formación del PDI y de PAS de modo que se formara un equipo de trabajo para la evaluación de los activos para la salud. El resultado fue puntual como una actividad del curso en donde los alumnos hicieron un mapeo de activos, no ha habido posibilidad de continuar la actividad por falta de tiempo y de colaboración.

***Indicador 35. Colaboración en la implementación de la Estrategia de Promoción de Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud (SNS) del país.***

No se ha colaborado hasta el momento, aunque ha habido reuniones en este sentido con la institución sanitaria y hay voluntad de hacerlo.

### **4.3. Resultados del análisis de la percepción de los estudiantes y representantes institucionales sobre las políticas, recursos y oportunidades de participación en la UEx en relación a la Promoción de la Salud.**

Los resultados de esta parte del estudio han sido obtenidos, como hemos visto, a través de técnicas y procedimientos diferentes, por lo tanto lo presentados en dos epígrafes diferenciados.

#### **4.3.1. Percepciones de los estudiantes de la UEx en relación a la valoración del contexto universitario.**

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través del análisis basado en la transcripción y en las notas de campo tomadas durante el desarrollo del focus group.

Los objetivos que se pretender conseguir con esta técnica es obtener información acerca de:

- Los recursos que identifican en su entorno como potenciadores de salud.
- Los recursos que utilizan relacionados con su bienestar y los que les gustaría que hubiese en el contexto universitario.
- Su opinión acerca de los recursos para la adopción de estilos de vida saludables: oferta alimentaria y deportiva en el campus.
- Los espacios físicos de la universidad que identifican y utilizan para el fomento del bienestar y la comunicación interpersonal.
- El uso de estructuras colegiadas para hacer demandas.
- La oferta formativa y las oportunidades de participación de las que disponen.
- La percepción de los estudiantes acerca de la necesidad de adquirir competencias en PS.

De esta forma las dimensiones objeto de estudio, todas ellas desde la perspectiva de los estudiantes, son:

- Dimensión 1. Percepción del entorno como promotor de salud.
- Dimensión 2. Redes de trabajo y uso de estructuras colegiadas.
- Dimensión 3. Empoderamiento y oportunidades de participación.
- Dimensión 4. Necesidades relacionadas con su bienestar.

- Resultados de la Dimensión 1: Percepción del entorno como promotor de salud.

Los resultados obtenidos en cuanto a la percepción del entorno como promotor de salud, centrándonos principalmente en los recursos y espacios de la institución que identifican como potenciadores de su bienestar, dejan ver por un lado el desconocimiento por parte de los/las alumnos/as en cuanto a los recursos de los que disponen como estudiantes, y por otro lado las limitaciones del contexto para promover la adopción de estilos de vida saludables.

En relación a la identificación de recursos del entorno, llama la atención que prácticamente todos los/las alumnos/as manifiestan no identificar recursos en su centro de estudios o en el campus que les facilite en algún sentido el cuidado de su salud.

*“No, he visto nada, pero estaría muy bien la idea de algún curso o taller para dejar de fumar, porque el índice de alumnos que fuman en la Universidad es muy elevado” (Estudiante (E) 8, focus group 2)*

Sólo una estudiante del focus group identifica un recurso material para el cuidado de su salud y añade que hay cierto desconocimiento en cuanto a los recursos de los que disponen los estudiantes.

*“Mucha gente desconoce algunos de los recursos materiales que hay en la facultad, por ejemplo microondas, y creo que en cierto modo, sí es un recurso que facilita el cuidado de la salud, porque te puedes traer tu comida de casa, y no te ves obligado a comer exclusivamente lo que ponen en la cafetería” (E10, focus group 2).*

En cuanto a los espacios de comunicación interpersonal, sí reconocen espacios físicos para la comunicación interpersonal para juntarse de forma formal o informal pero lo relacionan con el desarrollo de tareas académicas (mesas fuera de las aulas para reuniones o trabajos en grupo en los diferentes centros).

Más allá de lo académico, llama la atención las declaraciones de una de las estudiantes que afirma que los lugares que facilitan las relaciones interpersonales son precisamente las relacionadas con hábitos no saludables (zonas de fumadores, cafetería...)

*“No hay un sitio en el que tu mejores esas relaciones interpersonales con otros compañeros, casi siempre acaba siendo la cafetería o un rincón donde fuma todo el mundo, aunque si tengo que decir que esos sitios me han ayudado a mejorar mis relaciones interpersonales, realizando hábitos poco saludables”. (E6, focus group 2)*

En cuanto a los espacios físicos que fomenten su bienestar se pone de manifiesto nuevamente que no tienen claro a qué recursos tienen acceso como estudiantes, por ejemplo si quieren practicar deporte.

*“Yo sé por ejemplo, que en la facultad de Ciencias del Deporte, sí que tienen un gimnasio, pero tampoco sé si puede acceder todo el mundo o sólo los alumnos de allí. También tiene las pistas...” (E1, focus group 1).*

Cuando se les pregunta sobre el servicio de deportes de la universidad (SAFYDE), llama la atención que algunos desconozcan por completo este servicio. Por otro lado, aquellos que lo conocen afirman que existe poca variedad en la oferta deportiva y que no tiene en cuenta sus necesidades.

*“No lo conozco, ni sé dónde está” (E1, focus group 1)*

*“Yo no lo conocía tampoco. Yo es que no sé qué decirte, se nos debería comunicar también a través de redes sociales que está más al día con nosotros” (E5, focus group 1).*

Por otro lado ponen de manifiesto que no se da mucha promoción a este servicio, que no hay mucha variedad de actividades y no se ajusta a los gustos de los estudiantes.

*“A no ser que no lo busques tú individualmente, no se promueve, tienes que entrar en el campus ir al SAFYDE...” (E3, focus group 1).*

*“Creo que debería haber más variedad, por ejemplo a mí los deportes no me gustan, pero yo que sé, hacer más otro tipo de actividades como batuca o spinning, cosas más para chicas, que nos gusten más.” (E4, focus group 1).*

*“Promueven deportes que, a veces están bien, el fútbol siempre está, pero baloncesto por ejemplo a mí no me gusta. Está el ajedrez y el esgrima que está muy bien, pero no hay tanta variedad” (E3, focus group 1).*

Otros de los factores que influye cuando se indaga en las razones por las cuales no utilizan este servicio es la distancia que hay desde el Campus (de Cáceres, en este caso) con respecto al centro de la ciudad dónde viven. Las actividades no se ajustan al horario lectivo de los estudiantes y en el caso de participar en alguna tendrían que volver por la tarde al campus, lo que supone una pérdida de tiempo añadida por la distancia dónde se encuentran las instalaciones, además de un gasto extra por el uso de medio de transportes.

*“Además es que la Universidad está bastante lejos del centro y normalmente esas actividades son por la tarde, no son en horario lectivo, entonces ya tienes que estar viniendo e inviertes mucho tiempo y si ya tienes que hacer cosas en casa, trabajos y demás, te puedes permitir perder una hora, pero no más. Yo creo que eso por la distancia también”* (E2, focus group 1).

Por otro lado, si analizamos las respuestas relacionadas con la oferta alimentaria, la mayoría de ellas hacen alusión a la poca variedad de productos que ofertan las cafeterías, y a las ofertas poco saludables que hay tanto en cafeterías como en máquinas expendedoras.

*“Normalmente en las máquinas expendedoras compro napolitanas y respecto a los menús de la cafetería no están mal, pero son comidas en su mayoría precocinadas y poco saludables”* (E6, focus group 2).

*“Las máquinas expendedoras sólo te ofrecen productos con mucho azúcar y poco saludables”.* (E9, focus group 2).

Además, muestran su disconformidad con respecto a los precios e indican que las opciones saludables son las más caras.

*“Yo lo veo caro, porque un panini que es una cosa pequeña y que no está muy bueno te cuesta casi 2€”.* (E2, focus group 1).

*“A media mañana no hay mucha variedad y la oferta es escasa en la cafetería, no puedes comprar fruta o yogures, y por ejemplo los zumos son muy caros”* (E8, focus group 2).

*“Hay alimentos más saludables, pero por lo que cuestan, acabamos comiendo otros menos saludables, por ser estos más baratos y de mayor tamaño”* (E7, focus group 2).



Los resultados ponen de manifiesto que existen inequidades en cuanto a la alimentación de personas con alergias alimentarias o intolerancias.

*“Cuestan más los productos para celíacos y todo eso, pero normalmente cuando tú vas a un sitio a consumirlo vale igual” (E3, focus group 1).*

*“Debería haber más variedad en la comida, porque muchas cosas de las que hay no las puedo comer. Si pides un café o un cola cao sin lactosa te vale más también y no lo veo justo, porque yo también tengo derecho a tomarlo al mismo precio” (E4, focus group 1).*

*“Tampoco hay productos para la gente celiaca e intolerantes a la lactosa como yo” (E10, focus group 2)*

Por otro lado manifiestan que no hay fuentes de agua potable en los centros o están estropeadas. Llama la atención que un recurso de primera necesidad como es el agua potable no esté disponible en todos los espacios de los diferentes campus universitarios.

Pasamos a evaluar dentro de esta dimensión una de las cuestiones más importantes que es la identificación de recursos necesarios para el bienestar de los estudiantes dentro del entorno universitario.

En este sentido, casi todos los estudiantes hacen referencia a la necesidad de que exista un recurso para atender las necesidades del estudiante en concreto el malestar emocional. Consideran imprescindible algún recurso de apoyo en este sentido.

El cambio de vida que supone iniciarse en la vida universitaria arrastra consigo mucha inseguridad en algunos estudiantes, sentimiento de desprotección, ansiedad al enfrentarse a una situación desconocida para ellos y con muchos cambios. En definitiva, necesitan algún servicio de orientación y apoyo en este sentido que les aporte el apoyo necesario en las transiciones vitales como es el comienzo de la vida fuera de casa, el inicio de la etapa de la juventud, con unas necesidades propias.

*“A mí personalmente sí, porque yo estuve estudiando en Salamanca el primer año y lo pase muy mal, no había un sitio donde acudir para informarte, que te dieran consejo y te tranquilizaran, y aquí tampoco lo hay” (E1, focus group 1).*

También hacen alusión a la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana:

*“Debería haber algún sitio de orientación, psicólogo, etc. Hay algunos estudiantes que no saben hacer un ingreso en un banco o cambiar la tarjeta sanitaria, por eso deberían orientarlos en algún sitio”. (E4, focus group 1).*

Por otro lado ponen de manifiesto la repercusión que el hecho de estar mal psicológica o emocionalmente tiene en el rendimiento académico.

*“Yo lo pase muy mal, tuve depresión porque soy de un pueblo de Badajoz y echaba mucho de menos a mi madre. Yo tenía diez asignaturas y suspendí siete” (E2, focus group 1).*

Se han visto sometidos en ocasiones a situaciones extremas que no saben gestionar emocionalmente.

*“Yo tuve un problema el año pasado, me tuvo que sacar la guardia civil del piso porque mi compañera me quiso pegar y menos mal que encontré apoyo por parte de mis compañeros, porque mi familia no estaba aquí para ayudarme. Gracias al apoyo de mis amigos no tuve ningún problema con las asignaturas, pero sí vas con menos ganas a clase, y eso nadie lo ve.” (E5, focus group 1).*

*“Debería haber un psicólogo gratuito. Un amigo de una compañera de clase se intentó suicidar en el piso y entonces ella se sentía arrepentida y culpable, porque no habían hecho nada para que su compañero se integrara” (E3, focus group 1).*

Crean que ni la institución ni los profesores se preocupan por sus problemas y no encuentran apoyo en la universidad en este sentido.

Hacen alusión a la necesidad de recursos de orientación, un servicio de apoyo al estudiante, que te ayuden a la adaptación al centro y a la vida universitaria en general.

Por otro lado ninguno conoce la unidad de atención al estudiante.

- Resultados de la dimensión 2: Redes de trabajo y uso de estructuras colegiadas.

Los alumnos de forma unánime valoran de forma muy positiva que la universidad defienda la estrategia de universidad saludable y se preocupe por la salud de los alumnos. Uno de los estudiantes comenta, que desconoce la estrategia, a pesar de que valora la iniciativa como muy favorable no percibe la puesta en práctica de la misma.

*“Lo principal es la salud, por tanto que se preocupe por eso es muy positivo” (E1, focus group 1).*

*“Pienso que es bueno porque así muestra interés por los alumnos que forman parte de la Universidad” (E2, focus group 1).*

*“Yo creo que está bastante bien, porque con todo lo que hay ahora de comida no saludable, está bien que se promuevan hábitos saludables”* (E6, focus group 2)

*“Lo veo bien, porque los hábitos saludables van a ser más prácticos en mi día a día, que otra serie de asignaturas, que no me sirven para nada, como estudiar a Aristóteles”.* (E9, focus group 2).

*“Creo que la Universidad se debe ocupar de temas así, y siempre es más importante la práctica que la teoría, muchas veces relacionamos salud con deporte, pero también es muy importante una buena alimentación, estar en contacto con nuestro cuerpo, una buena respiración y cosas más sencillas, que muchas veces pasamos por alto”.* (E10, focus group 2).

Algunos no consideran que ese sea el papel de la universidad o que esos objetivos no se puedan lograr en este grupo de población.

*“Creo que desde el punto de vista objetivo está bien, pero desde el punto de vista subjetivo me lo plantearía, porque no sé si el objetivo que persigue la Universidad saludable se puede conseguir con alumnos mayores, eso es para más jóvenes, pero me parece muy bien que se promueva.”* (E8, focus group 2).

Con respecto al uso de redes de estudiantes o de estructuras colegiadas para trabajar en la mejora del entorno universitario, los estudiantes manifiestan que no utilizan estructuras colegiadas para hacer demandas con respecto al centro. Se limitan a temas académicos, dentro del contexto del grupo-clase.

*“Bueno lo que es para nosotros sí, para lo que es el aula, para nuestro grupo, pero no para hacer demandas en lo que se refiere al centro”.* (E1, focus group 1)

*“Yo creo que se utiliza el consejo de estudiantes, pero para hacer demandas académicas, no de hábitos saludables”* (E6, focus group 2)

*“Se promueven otros temas en el consejo de estudiantes, pero no relacionados con la salud”.* (E8, focus group 2)

No consideran que puedan hacer demandas relacionadas con su bienestar, no creían que fuera una función de la universidad atender estos aspectos.

*“No se me ocurre hacer demandas de los productos poco saludables de la cafetería, porque creo que no me harían ningún caso”* (E7, focus group 2).

- Resultados de la dimensión 3: Empoderamiento y oportunidades de participación.

Hay disparidad de opiniones en cuanto a la oferta formativa de cursos, pero están de acuerdo en que hay problemas con las plazas. En algunos de ellos hay mucha demanda y no hay plazas suficientes. Por otro lado hacen referencias continuas a cursos de capacitación profesional y se les redirige a la reflexión sobre las ofertas formativas que faciliten la adquisición de competencias relacionadas con su bienestar personal. La mayoría hace referencias a que los cursos de estas características son cursos puntuales, no estables.

“Sí que se ofrecen bastantes, en el tablón siempre veo cursos de relajación muscular, del cuerpo, te enseñan a relajarte como si fuera yoga o todo esto, a lo mejor he visto cinco ofertas del año pasado a este”. (E1, focus group 1).

“Sacan pocas plazas y si el curso está muy demandado y se queda mucha gente fuera no lo vuelven a sacar”. (E3, focus group 1)

“Yo no creo que se ofrezcan bastantes, porque eso son pequeños cursos y no son de masters.” (E4, focus group 1)

“Tienen que ofertar más cursos y con más plazas” (E5, focus group 1).

“Es nula, me gustaría que hubiera más oferta formativa” (E8, focus group 2).

Una alumna demanda a la institución poder participar en la elección de los cursos que se adecúan a sus necesidades. El resto de participantes están de acuerdo con que ésta es la propuesta más acertada.

“Deberían preguntar a los alumnos que nos interesa, antes de hacer cursos por hacer.” (E5, focus group 1)

Tras esta respuesta la moderadora pregunta acerca de qué cursos serían de su interés, y la mayoría encuentra interesante formación acerca del cuidado de la dieta, la elaboración de platos (curso de cocina) y pautas de actividad física.

En cuanto a las oportunidades de participación en acciones o propuestas formativas relacionadas con la PS, los participantes contestan de forma unánime no haber tenido oportunidades de participar en acciones formativas relacionadas con la PS.

Por otro lado, en la valoración de la adquisición de competencias relacionadas con un estilo de vida saludable en esta etapa de formación de su vida, todos están de acuerdo en que sí es necesario. La mayoría hacen referencia al tema de la cocina y el saber cocinar, dadas las circunstancias del cambio de vida (la mayoría de ellos dejan de vivir en su casa familiar).

“Si, porque cuando empiezas en la Universidad tienes que adaptarte y eso hay personas que les cuesta, tanto si vives en un piso como en una residencia” (E1, focus group 1).

“Siempre sueles comer mal, rápido y barato” (E2, focus group 1).

“Comes casi siempre rápido” (E3, focus group 1).

Hacen también especial hincapié en las competencias relacionadas con la educación emocional, dadas las circunstancias del cambio de vida que supone salir de tu círculo familiar y comenzar a vivir de forma autónoma.

“Y también de educación emocional yo lo veo muy importante porque es un cambio bastante fuerte y cuesta separarse de la familia”. (E1, focus group 1).

- Resultado de la dimensión 4: necesidades de los estudiantes.

Las necesidades de los alumnos hacen alusión al cuidado emocional, a la educación sexual y a la alimentación saludable y a un servicio de primera necesidad como el agua potable.

*“La fuente de agua no funciona desde hace casi un año y eso lo veo importante, porque tienes que ir a la cafetería y comprar el agua. Hay una fuente, pero muy lejos de las aulas y está poco visible”. (E4, focus group 1).*

*“En mi facultad no hay fuente de agua”. (E5, focus group 1).*

“A mí principalmente algo emocional, porque esto lleva a la autonomía y también algo sexual, porque normalmente a nuestras edades ya se ha iniciado el sexo, pero es cuando aparece más el boom, y también enfermedades sexuales”. (E1, focus group 1).

También hacen alusión a aspectos de la infraestructura:

*“Se necesitan más aulas con otros tipos de mesas o recursos para que podamos interactuar mejor con otros compañeros, sobre todo a la hora de hacer trabajos grupales. Necesitamos internet para hacer trabajos y demás y la red inalámbrica wifi va fatal es muy mala” (E4, focus group 1).*

No sienten atendidas sus necesidades en la institución.

*“Tenemos necesidades que no son atendidas por ningún departamento de la Universidad, sobre todo en temas orientativos y deberían ser divulgadas por las redes sociales, y profesores, porque la mayoría las desconocemos” (E3, focus group 1).*

Poca coordinación entre profesores y desconocimiento de los cauces adecuados para resolver un asunto o problema.

*“Debería haber una estructura o programa que nos acoja y acompañe, ofreciéndonos una formación integral a todos los niveles, respondiendo también a nuestras necesidades como personas jóvenes que somos, sobre todo en nuestro primer año en la Universidad, estando este bien organizado y siendo constante y dándole una mayor difusión en redes sociales o vía internet”. (E5, focus group 1)*

*“Más variedad de comida en la cafetería.” (E6, focus group 2)*

*“Debería haber algún plan de formación de vida saludable, y así poder transmitirlo nosotros en un futuro, tenemos que dar ejemplo”. (E7, focus group 2)*

*“Cursos para dejar de fumar”. (E8, focus group 2)*

*“Asesoramiento nutricional y físico, sin que tenga que ser una persona a la que haya que remunerar, podía ser alguien de la facultad de Ciencias del Deporte”. (E9, focus group 2)*

*“Que haya más variedad de ofertas deportivas”. (E10, focus group 2).*

De forma general haciendo una revisión de los resultados de los focus group podemos determinar:

- Que los estudiantes demandan más apoyo y preocupación por parte de la institución más allá de lo académico.
- Que sienten la necesidad de que existan recursos para el apoyo y su cuidado emocional.
- La oferta de alimentación es poco variada, cara, poco saludable y no potencia la equidad en el caso de estudiantes con alergias alimentarias e intolerancias.
- Que no hacen visibles los recursos para los estudiantes y hay mucha desinformación en este sentido.

- Reivindican formación integral del profesorado para capacitarles a atender las necesidades de los alumnos, más allá de los aspectos relacionados con el currículo y su preocupación hacia los estudiantes en este sentido.

- Que les gustaría que la universidad les ofreciera: programas para dejar de fumar, educación y apoyo emocional, talleres para formarse en competencias relacionadas con el cocinado de alimentos y el cuidado de salud, propuestas y pautas de actividad física.

- Con respecto a las infraestructuras reivindican la disposición flexible de mesas y sillas en las aulas, pues las estructuras fijas no permiten la comunicación.

- Otros espacios para las relaciones interpersonales y la comunicación.

- Recursos para comer sus propios alimentos en los centros diferentes a las cafeterías y restaurantes.

Las transcripciones del focus group 1 y el focus group 2 se presentan en los anexos 5 y 6 respectivamente.

#### **4.3.2. Percepciones de los representantes institucionales en relación a la PS en la Universidad de Extremadura.**

Los principales resultados obtenidos en esta parte de la investigación, indican que desde la perspectiva de uno de los representantes de la institución, la principal limitación para el desarrollo de la Estrategia de PS es la falta de financiación y personal en la Oficina de Universidad Saludable que coordinada dicha estrategia.

En cuanto a las políticas, defiende no ser necesarios el establecimiento de acuerdos o la elaboración de normativas para la potenciación de la estrategia de PS.

En relación a la coordinación de acciones dentro de los servicios de los que dispone la universidad, no considera necesario el establecimiento de acuerdos de colaboración para desarrollar la estrategia de US y defiende *“no es realmente necesario un “acuerdo”, es suficiente con un compromiso de colaboración y llevarlo a cabo”*.

En cuanto a las acciones para fortalecer la Estrategia de PS, defiende que *“sólo falta poder materializar la colaboración solicitada a diferentes organismos e instituciones”, no hay referencia en ningún momento a cambios en la estructura interna relacionados con la organización.*

En lo referente a la necesidad de que incorporen competencias de PS para la promoción de estilos de vida de los estudiantes en los planes de estudios de todas las titulaciones, defiende que es una opción interesante su inclusión en aquellas titulaciones donde se considere de interés. Por tanto, no considera que sea interesante de forma general en todas las titulaciones de la UEx.

Considera una prioridad de la política universitaria actual garantizar la dotación de recursos para responder a las necesidades de salud biopsicosocial de la comunidad universitaria, sin embargo alude nuevamente a la falta de financiación como impedimento: *“Absolutamente necesario, el problema actual es la escasa financiación de la UEx que impide realizarlo”*.

Por último como propuesta de mejora de la estrategia de Ps en la UEx establece *“la necesidad de dotar de personal o colaboradores a la Oficina de Universidad Saludable, así como de una necesaria dotación económica para llevar a cabo determinadas acciones que necesitan de pequeños gastos”*.

Los resultados indican que desde uno de los órganos de dirección de la universidad, no se valora la necesidad de incorporar en las políticas la PS como uno de los ejes prioritarios, ni se plantean cambios que puedan ser llevados a cabo por la dirección de la institución para favorecer la estrategia de forma estructural, holística y planificada.

La transcripción de la encuesta autocumplimentada por el vicerrector se presenta en el anexo 7.



# CAPÍTULO V.

## DISCUSIÓN

### **5.1. Discusión de los resultados de las necesidades en relación a los estilos de vida de los estudiantes de la Universidad de Extremadura.**

Orientamos la discusión de los resultados de esta parte del estudio, desde la perspectiva de los *Determinantes Sociales de Salud* (Wilkinson & Marmot, 2003) y desde el modelo de “*contextos saludables*” (Dooris, 2006; 2016), para identificar las necesidades de los estudiantes por un lado y conocer las limitaciones, las potencialidades y las oportunidades que ofrece el contexto para la equidad, sostenibilidad y gobernanza en relación a la PS (Rice & Hancock, 2016) por otro.

Los estilos de vida en estudiantes universitarios es un tema bastante estudiado en la literatura científica (Elizondo, Guillén & Aguinaga, 2005; Meda et al., 2008; Salazar & Quintero, 2004; Bannasar, 2012; Moreno, 2012; Muñoz & Uribe, 2013; Ferriz et al., 2016). Sin embargo, la mayoría de los estudios se presentan de forma aislada, como un conjunto de comportamientos individuales desvinculados del marco social y político del que forman parte, que sin duda va a afectar en gran medida a la adopción o no de estilos de vida saludables.

De forma general, analizando los resultados más significativos del estudio de estilos de vida de los estudiantes de la UEx, los datos relacionados con el estrés en los estudios, revelan que la sobrecarga académica es la circunstancia que mayor estrés genera en el alumnado, afectando en más de la mitad de los casos a su salud en mayor o menor medida. En consonancia con estos resultados, otros estudios identifican la sobrecarga de tareas académicas (Aranceli et al., 2006) y la falta de tiempo para realizar las actividades inherentes al ámbito académico (Aranceli et al., 2006) como elementos estresores en el alumnado. Este estrés generado en el ámbito académico puede afectar a la salud mental, además de otras situaciones como es el proceso de adaptación a la vida universitaria, y una mayor preocupación por el éxito que deben obtener para garantizar un buen futuro profesional (Fisher & Hood, 1986; Gutiérrez et al, 2010).

Para abordar la sobrecarga académica de los programas de los estudios de grado, se hace fundamental trabajar en una de las principales habilidades que debe adquirir un estudiante, como es la gestión eficaz del tiempo, y con mayor motivo aún cuando ésta es percibida por parte de los estudiantes como una de las habilidades en la que se sienten menos competentes. En este sentido, estudios han demostrado que el manejo apropiado del tiempo dedicado a los estudios está relacionado con un mejor desempeño, menor sobrecarga y tensiones somáticas (Macan et al., 1990); y por ello se propone el diseño y la oferta de programas de intervención dirigidos al

entrenamiento en el manejo efectivo del tiempo y la programación de actividades académicas y extracurriculares (Feldam et al., 2008).

Dentro de las universidades que integran la red existen propuestas formativas en este sentido, que ofertan talleres de “gestión del tiempo” al alumnado, ésta es una necesidad evidenciada en nuestra universidad que debería ser considerada en las propuestas formativas de los estudiantes.

Por otro lado, el estrés académico, como hemos comentado afecta a la salud de los estudiantes según su propia percepción, y estos resultados se pueden relacionar con la valoración de la calidad de vida, donde se constata que la dimensión más afectada se corresponde con la “ansiedad/depresión”. En el caso de la ansiedad ésta es generada muchas veces por la cantidad de tareas que deben afrontar en sus estudios.

La ansiedad y la depresión son dos de los desórdenes psicológicos que constituyen los principales motivos de consulta atendidos en los servicios de bienestar universitario (Agudelo et al., 2008). Muchos de los estudios llevados a cabo en este ámbito determinan la alta prevalencia de estos desórdenes en esta población y el efecto de los mismos sobre el rendimiento académico, el bienestar emocional o el abandono de los estudios universitarios entre otros aspectos (Campo & Gutiérrez, 2001; Miranda et al., 2000).

Hay que tener en cuenta que la etapa universitaria supone un período de transición de la adolescencia a la adultez joven, donde se inician en la toma de decisiones en base a las situaciones que se le van presentando en su vida diaria. Esta nueva situación requiere la adoptar nuevas estrategias de afrontamiento distintas a las que disponían anteriormente para superar con éxito las nuevas exigencias que se les demandan, ya que esta situación de cambio puede ser difícil de gestionar, especialmente para aquellos que pasan este período fuera del hogar familiar (Agudelo et al., 2009).

Por otro lado, dentro del bloque habilidades personales y sociales y en relación a los datos anteriores, cabe destacar los resultados relacionados con la habilidad personal para el control de las emociones, donde la mitad del alumnado se manifiesta insatisfecho. La falta de habilidad para el control de las emociones puede llevar a un aumento del estrés y la ansiedad por cuestiones tanto académicas como personales, y derivar en desórdenes psicológicos y situaciones de malestar emocional, que pueden afectar al rendimiento académico y a la calidad de vida (Petrides, Frederickson & Furnham, 2004; Schutte, 2001).

En relación a este aspecto los alumnos demandan a la institución tener acceso dentro de la UEx a recursos relacionados con el apoyo psicológico y bienestar emocional que puedan atender sus necesidades, por las dificultades que presenta en muchos casos para ellos iniciarse en la vida universitaria, sobre todo en el primer año de estudios. Hacen alusión a la necesidad de un servicio de apoyo al estudiante, que ayude a la adaptación al centro y a la vida universitaria en general a lo largo de su estancia en la universidad y posterior vida profesional.

Todo este proceso enfocado desde otra perspectiva tal y como se propone en la *“Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior”* puede hacer del paso por la universidad un punto favorable para influir y apoyar a los estudiantes en los procesos de cambio, promoviendo estilos de vida saludables y fortaleciendo su autoestima y asertividad (Lange & Vio, 2006).

Desde la UEx, se cuenta con la *Unidad del Estudiante*, que tiene entre sus funciones el apoyo psicosocial, pero sólo se dirige a un tipo de alumnado concreto. Sus objetivos en este sentido se orientan a *“atender a los estudiantes de la UEx que presenten situaciones personales excepcionales de carácter grave (víctimas del terrorismo, violencia de género, adicciones, etc.) que les impidan el normal desarrollo de su vida académica y su plena integración en la comunidad universitaria”*. Especialmente se fomenta desde esta Unidad la atención a la diversidad informando al profesorado de la existencia de algún alumno en su aula con necesidades educativas significativas, y proporcionándole las indicaciones para su total inclusión educativa.

En el 2016, en la Facultad de Formación del Profesorado el Grupo de Investigación en Psicología de la Educación, Social y de la Personalidad creó la denominada *Unidad de Asesoramiento Psicológico* orientada a la atención psicológica. No existe ningún dato sobre el funcionamiento de la mencionada unidad.

Estos datos nos revelan que se requiere un recurso integrado universitario más educativo, que clínico, que ofrezca recursos, formación y asesoramiento en gestión emocional, diferente a una unidad de intervención psicológica debido a que en nuestro panorama sanitario público está disponible en los servicios sanitarios de la región; así como orientado a la elaboración de propuestas organizacionales que mejoren las políticas, normativas y los recursos relacionados con el bienestar de la comunidad universitaria, a la vez que formativas orientadas al bienestar y cuidado emocional de los universitarios. En este sentido, la puesta en marcha de talleres de Mindfulness, cursos de educación transpersonal y el coaching emocional, son recursos que podrían capacitarles para tener un mayor control sobre sus emociones.

En cuanto a la práctica de actividad física, como uno de los factores que determinan el estilo de vida, nuestro estudio pone de manifiesto la existencia de un porcentaje importante de sedentarismo entre los estudiantes y de un tiempo insuficiente dedicado a la actividad física entre sus practicantes, como suele ser habitual en esta población (Espinoza et al., 2011; Lema, 2009); justificada principalmente, tal y como ocurre en otros estudios, por la falta de tiempo (Rodríguez et al., 2013). A este aspecto le acompaña el elevado número de horas que trabajan sentados y que la mayoría de ellos realizan actividades de ocio que no implican actividad física.

Según la OMS, la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial. Las recomendaciones mundiales para la práctica de actividad física en el grupo de adultos de 18 a 64 años indican que hay que dedicar como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas. Para obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades han de aumentar hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa (OMS, 2010b).

Desde el análisis del entorno se ha puesto de manifiesto por parte de los alumnos que no existe promoción de oferta deportiva por parte del Servicio de Actividad Física y Deporte de la universidad (SAFYDE). En este sentido, más de la mitad de los alumnos encuestados valoran la oferta deportiva como no adecuada, algunos manifiestan no conocer su oferta ni sus condiciones de acceso, incluso algunos alumnos desconocen la existencia de este servicio. Estos datos no muestran consonancia con uno de los objetivos de la institución con respecto a este servicio, tal y como se establece en el Artículo 41 de la Sección Quinta de sus Estatutos: *“la Universidad de Extremadura, en su afán por promocionar las actividades deportivas y de educación física, entre los miembros de la Comunidad Universitaria, establece la existencia de un Servicio de Educación Física, como asistencia a la Comunidad Universitaria”*.

Por otro lado la oferta de actividades no se ajusta a las necesidades personales y demandas de los estudiantes, ni tampoco a sus necesidades horarias. Sin embargo el artículo 1º del título primero: objetivos, hace mención a *“Promocionar, organizar y supervisar todas aquellas actividades tendentes a satisfacer las necesidades de*

*Educación Física y Deportiva de los miembros de la Comunidad Universitaria, en sus diferentes vertientes de competición, formación, ocio y recreación”.*

En este sentido los alumnos demandan oportunidades de participación y que puedan presentar sus propuestas en cuanto a las prácticas deportivas de su interés. Por otro lado, es necesario ajustar el horario y acceso a las mismas, para facilitar al alumnado la práctica durante las horas en las que permanecen en el campus o durante su tiempo de ocio. Esta necesidad requiere un replanteamiento de la organización universitaria en cuanto a la distribución de los horarios en las Facultades y centros universitarios para poder promover la práctica del ejercicio físico y el deporte en las instalaciones universitarias.

Estudios en este campo han puesto de manifiesto que la práctica de actividad física es mayor en quienes tienen a su disposición recursos como implementos deportivos, tiempo, espacios y oferta de actividades físicas y deportivas en la universidad y conocimiento para la realización adecuada de las prácticas (Varela et al., 2011). De forma específica, en otro estudio se identifican los espacios disponibles en universidades para la práctica de actividad física como facilitadores en la práctica regular de actividad física que dependen del medio externo (Ramírez-Hoffmann H, 2002).

En relación a otro de los principales determinantes de los estilos de vida como es la alimentación, tenemos que diversos autores han destacado que la población universitaria desde el punto de vista nutricional, es un grupo especialmente vulnerable (López et al., 2003; Lopez, 1998; Lopez, 1999). La mayoría del alumnado encuestado no lleva a cabo las recomendaciones nacionales de realizar cinco comidas al día, como se ha obtenido en otros estudios (Arroyo et al., 2006; Capita & Alonso, 2003). Por otro lado, las recomendaciones de consumo diario de verduras y frutas sólo lo llevan a cabo la mitad de los estudiantes. En relación a esto, aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos, es una de las recomendaciones a nivel mundial.

Cabe destacar, el alto porcentaje de alumnos que tienen conductas alimentarias de alto riesgo relacionadas con el consumo de azúcar y de hidratos de carbono de absorción rápida, contrario a las recomendaciones internacionales de dieta equilibrada y mediterránea, que unido a la inactividad física puede ser el precedente de futuros problemas de salud.

La OMS establece que la ingesta calórica debe estar en consonancia con el gasto calórico. Los datos científicos existentes indican que las grasas no deberían superar el

30% de la ingesta calórica total para evitar un aumento de peso (Hooper et al., 2012; WHO, 2003). Esto implica dejar de consumir grasas saturadas para consumir grasas no saturadas y eliminar gradualmente las grasas industriales de tipo trans (Nishida & Uauy, 2009).

En relación a los resultados que ponen de manifiesto prácticas poco saludables en cuanto a alimentación del alumnado, concuerdan los datos obtenidos en la escala de satisfacción de habilidades para la vida, donde los alumnos manifiestan que no están satisfechos con su *“habilidad para cocinar con gusto y organizar adecuadamente menús saludables”*. En coherencia con estos resultados, los alumnos participantes en el focus group manifestaron la necesidad y el interés de asistir a cursos relacionados con la cocina, la elaboración de platos saludables y la planificación de una dieta equilibrada.

Por otro lado destaca, la percepción de exceso de peso corporal y la frecuencia con la que recurren a dietas, sobre todo las estudiantes universitarias, junto con los hábitos poco saludables relacionados con la alimentación de los estudiantes nos lleva a justificar la necesidad de proponer la creación de un recurso específico o una línea de actuación para la promoción de la alimentación saludable y prevención de trastornos de la alimentación, dado que hay un porcentaje significativo de estudiantes que pueden estar teniendo problemas de alimentación.

Desde el análisis del contexto, éste no parece facilitar la elección de “alimentos saludables”, esto es: frutas y verduras frescas, variedad de legumbres, frutos secos, alimentos ecológicos, de proximidad, poco procesados, con procedimientos de elaboración libres de grasas saturadas, y los referidos a la dieta mediterránea, contenidos en la oferta de las cafeterías y máquinas expendedoras de los centros, dada la escasa variedad y la baja proporción de la existencia de alimentos considerados saludables con respecto a los no saludables (los primeros tienen además un mayor coste).

La seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición forman parte del objetivo 2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (NU, 2015), por tanto desde las instituciones de educación superior, así como otras instituciones públicas, han de comprometerse para la consecución del mismo desde su ámbito de acción.

Más de la mitad del alumnado manifiesta que la comida que se ofrece en el campus no es saludable. Una clara evidencia de la limitación del entorno en este sentido, es que las opciones de alimentación más saludables son las de mayor coste

económico. El hecho de no disponer muchos de los alumnos de agua potable en sus centros puede incitar a la compra y consumo de otras bebidas azucaradas.

Por otro lado, los resultados indican que existen inequidades en cuanto a la alimentación de personas con alergias alimentarias o intolerancias, al no existir oferta alimentaria para ellos y las que se ofertan tienen un mayor coste económico. La equidad en salud (desde todas sus dimensiones) es una prioridad de la Estrategia de PS (Dahlgren & Whitehead, 1991; OMS, 2010; WHO, 2013; OMS, 2013; NU, 2015).

Por otra parte en la gestión universitaria no existen políticas por parte de la institución que orienten y apoyen la oferta considerada saludable de alimentos en máquinas expendedoras, cafeterías y comedores universitarios.

Estudios concluyen que tanto la actividad física como el consumo de frutas y verduras, dependen en gran medida de las oportunidades que se ofrezcan para lograr los cambios de conducta (Olivares, Lera & Bustos, 2008). Desde el modelo de contextos saludables el entorno debe incentivar y facilitar el consumo de alimentos saludables y la práctica de actividad física, haciendo de estos recursos las opciones más accesibles para toda la comunidad universitaria en su conjunto y de forma específica para los estudiantes (Dooris, Doherty & Orme, 2016).

En la Universidad de Extremadura, la Oficina de Universidad Saludable, con el asesoramiento de un grupo de profesores de la Escuela de Ingenierías Agrarias, elaboró un documento con indicaciones generales para la promoción de alimentación saludable basada en la dieta mediterránea para las cafeterías y restaurantes universitarios que se envían al menos una vez al año, coincidiendo con la semana de la salud y con el día nacional de universidades saludables, a los administradores de los centros y facultades para que sean puestas en práctica en sus respectivas instalaciones.

Muchas universidades de la REUS llevan a cabo iniciativas que potencian la promoción de hábitos saludables relacionados con la alimentación y que pueden servir de orientación para su implantación tanto en la UEx como en otras instituciones.

En el programa de Universidad Saludable, de la Universidad de Alicante, tienen a disposición de la comunidad universitaria una guía de alimentación saludable que pretende ofrecer unos consejos generales para mejorar la educación en nutrición. Por otro lado, llevan a cabo un plan de menús saludables, de forma que en todas las cafeterías y comedores tienen la posibilidad de elegir esa opción. Otros de los recursos que han incorporado para promover el consumo de alimentación saludable es la disposición de máquinas expendedoras con alimentos saludables.



En la Universidad de León se llevan a cabo talleres de cocina saludable y talleres de compra económica y saludable y ofrece la posibilidad de compra de cestas de productos ecológicos y autóctonos que varían en función de la época.

La Universidad de Sevilla por su parte ha puesto en marcha el programa “Comer Sano Suena Bien” en el que se ofrece música en directo una vez a la semana en los comedores para impulsar que la comunidad universitaria asista y elija el menú saludable. En este programa los propios alumnos se convierten en agentes promotores, ya que los músicos que participan en el programa son estudiantes del área de música de la Facultad de Ciencias de la Educación. Además, su participación es reconocida con créditos oficiales, lo que supone un paso significativo en el fortalecimiento de la cultura de la salud desde la organización universitaria.

En la Universidad Miguel Hernández de Elche, se realizan diferentes actividades experimentales desde el vicerrectorado competente para la promoción de la alimentación saludable, como el semáforo nutricional en las cafeterías con ayuda de nutricionistas. Por otro lado, un equipo de profesoras del Instituto de Bioingeniería han desarrollado una web para la promoción de la alimentación saludable que favorece la información sobre la composición de los alimentos y sus sistemas de cocción, entre otras informaciones de interés para la comunidad universitaria (disponible en: <http://badali.umh.es/equipo-badali>).

En la Universidad Politécnica de Valencia también se desarrolló una APP para informar de los menús de las cafeterías universitarias.

El grupo de trabajo de la REUS, basado en su compromiso con la responsabilidad social y la promoción de la salud, ha trabajado en los últimos años en el establecimiento de cláusulas, criterios mínimos y recomendaciones para ayudar en la confección de los *pliegos de prescripciones técnicas* para la contratación de máquinas expendedoras de productos alimenticios y gestión del servicio de cafeterías y/o comedores. Se pretende que los criterios para el fomento de hábitos de alimentación saludable se apliquen en todas las Universidades Españolas, y sirvan como referencia a otras universidades y a centros educativos. Se espera que a partir de estas recomendaciones contenidas en el *pliego de prescripciones técnicas para máquinas expendedoras de productos comestibles sólidos, y bebidas frías y calientes* (documento interno de REUS sin publicar) las Instituciones Universitarias, a través de la Oficina o de los servicios correspondientes, velen por el cumplimiento de los mencionados criterios mínimos y articulen las medidas para fomentar la promoción y adquisición de hábitos saludables.

En cuanto a los resultados del bloque correspondiente al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, destaca que el hábito tabáquico en nuestra población estudiantil es bastante elevado, muy próxima a los obtenidos en otros estudios (Nerín, et al., 2004; Mas et al., 2004).

Si atendemos a los porcentajes registrados según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2011, el 38,5% de la población extremeña (entre 15 y 64 años) declaró haber fumado a diario en el último mes. En cuanto al grupo de estudiantes entre 14-18 años (preuniversitarios), la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) muestra que en Extremadura en 2010, un 13,7% fumaban diariamente. Datos que revelan que un importante porcentaje se inician en el consumo de tabaco en la edad adulta y que es fundamental la prevención y concienciación en el ámbito universitario para evitar el inicio de su consumo y para la deshabituación en el caso de los fumadores.

El consumo de tabaco es una de las principales preocupaciones de los sistemas de salud, y uno de los principales factores de riesgo dentro de las enfermedades no transmisibles, tal y como se ha expuesto en el marco teórico.

Este resultado es una evidencia empírica de la pertinencia de crear acciones de tratamiento y prevención del tabaquismo, en el marco del programa de universidad libre de humos propuesto desde los organismos internacionales contra el tabaquismo.

La OMS en 2002, estableció una estrategia europea para el control del tabaco con el objetivo de proteger a las actuales y futuras generaciones de las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco a nivel sanitario, social, ambiental y económico, proporcionando medidas para el control del tabaco que deben aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional para reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco. Para ello establece que se *“requiere un compromiso político firme para establecer y respaldar, a nivel nacional, regional e internacional, medidas multisectoriales integrales y respuestas coordinadas”*.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2003) ofrece a los países una base común para la ejecución y gestión de las intervenciones de control del tabaco. La OMS ha elaborado un instrumento, llamado plan de medidas MPOWER, para facilitar la ejecución, de las disposiciones del Convenio destinadas a reducir la demanda de productos de tabaco. Los folletos elaborados como parte del Convenio, donde se resumen los datos básicos y las recomendaciones relacionados con cada una de las medidas. Algunas de ellas, pueden ser llevadas a cabo desde el

entorno universitario como son: “Advertir sobre los peligros del tabaco”; “ofrecer ayuda para dejar el tabaco”, “proteger a la población del humo de tabaco”.

Desde la *Guía de Universidades Saludables* inciden en el rol de las universidades en el abordaje del tabaquismo, que deben intervenir sobre este problema a través de programas que fomenten ambientes libres de humo de tabaco y protección a los no fumadores.

En este sentido, algunos de las universidades que integran la REUS como la Universidad Europea de Madrid, han incorporado en sus políticas una serie de medidas para fomentar la vida sana y el respeto al medio ambiente, haciendo de sus campus espacios libres de humo de tabaco. Con estas medidas pretenden contribuir a la creación de un entorno educativo saludable e integral, a través de la formación y la sensibilización, que contribuya a reforzar conductas y actitudes de vida sana entre la comunidad universitaria y a ser un referente de compromiso con la mejora de la salud y la calidad de vida.

En la universidad de Murcia se ha desarrollado una línea de investigación específica sobre el consumo de tabaco de los estudiantes y se han realizado propuestas en relación a las necesidades detectadas (Lozano, 2015). Desde la perspectiva de la participación los alumnos valoran como recurso necesario en la universidad una unidad o servicio que les ayude en la deshabituación tabáquica.

Otro de los programas instaurados en universidades de la REUS que podrían ser implantadas en la UEx, es el taller de deshabituación tabáquica y ejercicio físico “*Déjalo y Corre*” de la Universidad de Zaragoza, un programa dirigido a personas que quieren abandonar el hábito de fumar a través de terapia psicológica y médica combinada con ejercicio físico.

En cuanto al consumo de alcohol ésta es una práctica bastante extendida (Ledo et al., 2011), si bien es cierto que un importante porcentaje lo hace de manera esporádica (fines de semana o fiestas).

Otros datos de la población extremeña, obtenidos en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2011, revela que el alcohol es la droga legal más consumida en Extremadura entre la población adulta (un 57,48% declaró haber consumido alcohol en el último mes y un 9,8% haberlo hecho a diario). Cifras que se sitúan por debajo de la media nacional.

De la misma forma el alcohol es la droga más consumida por los estudiantes entre 14-18 años según la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de

enseñanzas secundarias (ESTUDES). Un 73,6% declaró haber bebido alcohol en los últimos 30 días.

Los datos obtenidos entre los estudiantes de la UEx revelan una menor prevalencia en el consumo frecuente de alcohol entre los estudiantes con respecto a otros estudios (García, J.A., López, C. & Quiles, M.A., 2006). El consumo de otras drogas registra niveles más bajos que otros estudios (Reig et al., 2003; Jiménez et al., 2009) siendo la droga más consumida el hachís o la marihuana. Siendo hábitos perjudiciales para la salud, se consideran necesarias acciones de educación, sensibilización y desarrollo de habilidades para la reducción o eliminación de su consumo. Sin embargo, no se han obtenido datos suficientemente específicos que indiquen la necesidad de una intervención prioritaria en este sentido. Sería conveniente ampliar el estudio para conocer si el consumo es de alto riesgo.

El Plan de Salud de Extremadura (2013-2020), revela que el cannabis, es la droga ilegal más consumida por la población adulta extremeña. En el año 2011, un 33% afirmó haber consumido cannabis alguna vez en la vida y un 2,2% lo hacía a diario en el último mes. Entre la población de 14-18 años, el 14% reveló haberla consumido alguna vez en los últimos 30 días y el 28,8% alguna vez en la vida. Cifras que se encuentran por debajo de lo obtenido en el territorio nacional.

En relación a la sexualidad, es necesario desde la universidad llevar a cabo actividades formativas relacionadas con la sexualidad responsable incidiendo en el uso de métodos anticonceptivos, ya que un importante porcentaje lleva a cabo prácticas de riesgo a pesar de estar bien informados (Failde et al., 2007; Luengo-Arjona et al., 2007; Navarro et al., 2004).

En el contexto de la UEx, los resultados revelan de necesidad de sensibilizar a las estudiantes sobre la importancia de las revisiones ginecológicas de forma periódica y fomentar relaciones afectivo-sexuales positivas basadas en la igualdad de género. En este sentido la Universidad de Extremadura tiene una Oficina para la Igualdad cuyos propósitos confluyen con los de la Oficina de Universidad Saludable en este sentido, desarrollando diversas actividades, jornadas y proyectos en colaboración con asociaciones de la región y el Instituto de la Juventud de Extremadura, como el *Proyecto Libélulas*, que refuerzan esta prioridad de la UEx.

En el contexto internacional la UNESCO (2016), en el marco de los objetivos para el desarrollo sostenible, establece como estrategia prioritaria nº 1 la educación sexual en niños y jóvenes (p. 10): *Todos los niños y jóvenes se beneficiarán de una educación comprensiva de la sexualidad de buena calidad*. Los contenidos deben de

incluir prevención de VIH, y enfermedades de transmisión sexual, e infecciones, prevenir embarazos no deseados, desarrollar actitudes, valores y habilidades para unas relaciones respetuosas y saludables.

A continuación presentamos de forma esquemática en la siguiente tabla, ejemplos de acciones y programas promotores de salud (algunos de ellos comentados en el texto), que forman parte de otras universidades de la REUS y que pueden ser instauradas como propuestas en la UEx en función de las necesidades evidenciadas en nuestro estudio.

<i>Tabla 34. Ejemplos de buenas prácticas en otras universidades de la REUS relacionadas con las necesidades evidenciadas en la UEx.</i>		
<i>Alimentación saludable</i>		
Acciones/programas	Objetivos/descripción	Institución
Web de nutrición Badali	Base de Datos de Alimentos con valoraciones nutricionales y recomendaciones de consumo facilitando la correcta elección de los alimentos.	Universidad Miguel Hernández de Elche
“Comer Sano Suená Bien”	Ofrece música en directo una vez a la semana en los comedores para impulsar que la comunidad universitaria asista y elija el menú saludable.	Universidad de Sevilla
Máquinas expendedoras con alimentos saludables.	Ofrecer a la comunidad universitaria opciones para desarrollar hábitos saludables en relación a su alimentación.	Universidad de Alicante
Menús saludables en las cafeterías y club sociales del campus.	Ofrecer una alternativa saludable, informando de los alimentos de cada menú y de las calorías del mismo.	Universidad de Alicante
Guía de alimentación saludable	Ofrecer unos consejos generales para mejorar la educación en nutrición	Universidad de Alicante
Talleres de cocina saludable	Promover el hábito de cocinar saludablemente usando productos sanos y económicos.	Universidad de León
Cestas de productos ecológicos.	Entrega quincenal de cestas de productos ecológicos producidos por agricultores ecológicos de León, para los miembros de la Universidad.	Universidad de Zaragoza

*Tabla 34. Ejemplos de buenas prácticas en otras universidades de la REUS relacionadas con las necesidades evidenciadas en la UEx (continuación).*

Desarrollo APP	Informar de los menus de las cafeterias universitarias	Universidad de Valencia
Programa de radio: Cocina para estudiantes- Radio URJC	Fomentar el aprendizaje sobre nutrición, platos de cocina y recomendaciones sobre los lugares más económicos para salir a cenar.	Universidad Rey Juan Carlos
Actividad física y salud		
Acciones/programas	Objetivos/descripción	Institución
Senderismo desde la UMH	Ofrecer rutas de senderismo para favorecer la salud mediante el ejercicio físico, mientras disfrutan de la ciudad de Elche.	Universidad Miguel Hernández de Elche
Deshabitación tabáquica y espacios libres de humos		
Acciones/programas	Objetivos/descripción	Institución
Unidad de tabaquismo	Proporcionar a la comunidad universitaria acciones informativas, formativas y de atención y tratamiento deshabitador del tabaquismo	Universidad de Huelva
Taller de deshabituación tabáquica y ejercicio físico	Programa dirigido a personas que quieren abandonar el hábito de fumar. A través de terapia psicológica y médica combinada con ejercicio físico.	Universidad de Zaragoza
Campus libres de humo de tabaco	Espacios libres de humo de tabaco en todo el campus universitario. Forma parte de las medidas de Campus Saludable para fomentar la vida sana y el respeto al medio ambiente.	Universidad Europea de Madrid
Bienestar emocional		
Taller de Mindfullnes	Conocer y aprender la técnica de atención plena y sus beneficios. Adquirir las herramientas para su práctica.	Universidad de Deusto

Taller de manejo de ansiedad ante los exámenes	Dotarles de las competencias necesarias para afrontar el estrés en situaciones de exámenes.	Universidad de Deusto
Programa "Gestión del tiempo"	Dotar a los participantes de conocimientos y herramientas para una gestión del tiempo y emocional orientada a maximizar su éxito en el ámbito profesional y personal.	Universidad de Alicante
Otras acciones de PS		
Servicio de asesoría sexológica	Orientar a conseguir una sexualidad desde el bienestar, la libertad y el placer para toda la comunidad universitaria.	Universidad de Zaragoza
Escuela de Formación de Agentes de Mediación en Salud.	Aprender habilidades para una vida más saludable y contribuir al bienestar de nuestro entorno.	Universidad Pública de Navarra
Curso básico de supervivencia universitaria	Proporcionar herramientas básicas para la vida diaria: enseñar a comprar y a cocinar/conservar de forma económica y saludable, proporcionar nociones de electricidad y bricolaje básicas, y técnicas sobre lavado y planchado.	Universidad de Huelva
Curso de líderes universitarios en prevención de drogodependencias	Formar a dinamizadores juveniles para el desarrollo de acciones preventivas ante el consumo abusivo de drogas en los entornos universitarios	Universidad de Huelva
Programa "Universidad Saludable" en Radio URJC.	Potenciar la universidad como entorno saludable y promotora de la salud, fomentar la Investigación y la docencia en PS, favorecer el intercambio de experiencias en esta área, dar a conocer el trabajo de los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades.	Universidad Rey Juan Carlos

En la página web de la REUS [unisaludables.es](http://unisaludables.es) se puede obtener información sobre las acciones que se desarrollan en cada una de las universidades que forman parte de la misma.

Por otro lado, atendiendo a la valoración que hacen los estudiantes de las infraestructuras y servicios de la UEx, éstas ponen de manifiesto algunas de las limitaciones estructurales y funcionales para el bienestar del alumnado, entre las que destacan la incomodidad de mesas y asientos, la insuficiente existencia de mesas y asientos para la realización de trabajo en grupo, la climatización y la ventilación de las aulas.

Asthon (2000) señala las edificaciones como uno de los parámetros que será importante tener en cuenta para desarrollar proyectos dentro de las universidades como escenarios o lugares organizados, aludiendo que muchas personas pasan una gran parte de su tiempo dentro o entre los edificios y defiende que *“las construcciones pueden influir sobre la salud y el bienestar a través de factores como la accesibilidad, la calidad del aire, el consumo de energía, el uso apropiado de materiales o la estética”* (p.8).

Más de la mitad del alumnado manifiesta que bajo su percepción el campus de la UEx en el que estudian no favorece la promoción de la salud.

Tal y como hemos visto en los ejemplos de acciones y programas que se llevan a cabo desde otras instituciones, las universidades pueden llevar a cabo múltiples acciones para promover y proteger la salud de la comunidad universitaria; para crear ambientes de vida, de aprendizaje, y de trabajo conducentes a la salud; para proteger el ambiente y promover el desarrollo sostenible; e incluso para ser un recurso para la salud de la comunidad (Tsouros, 1998).

Como entorno debe adquirir un rol de estímulo y apoyo para que las personas emprendan cambios positivos en su conducta; por tanto, a los encargados de la toma de decisiones de la universidad les corresponde la responsabilidad de proveerlas de las condiciones idóneas.

Por ello, aquellas instituciones comprometidas con la responsabilidad de ser una universidad promotora de salud, deben plantear estrategias permanentes que favorezcan la adopción de estilos de vida saludables por parte de toda la comunidad universitaria y que éstas sean evaluadas y perfeccionadas de forma sistemática (Muñoz & Cabieses, 2008); para conseguir la mejora de la salud y el bienestar de toda la comunidad universitaria (Suárez & Van Den Broucke, 2016).



Los resultados de la primera fase de la investigación nos indican la necesidad de fortalecer los recursos de la UEx y las propuestas de intervención para que den respuesta a las necesidades de los estudiantes en relación a los estilos de vida en sus diferentes dimensiones: necesidades emocionales, hábitos de consumo, gestión del tiempo, relaciones interpersonales, sexualidad y afectividad, actividad física y alimentación saludable.

La modificación de los estilos de vida y la conducta de los estudiantes no depende únicamente de ellos como personas de forma individual, sino que depende también de la estructura, las políticas y las decisiones estratégicas que sean adoptadas por los equipos de gobierno de las universidades (Muñoz & Cabieses, 2008).

Entre las razones para incorporar estas acciones se encuentran que los estilos de vida y la calidad de vida de los estudiantes están relacionados con un mejor desempeño académico, una mejora de su bienestar y de su salud en general (Lalonde, 1974; Suls & Rothman, 2004).

## **5.2. Discusión de los resultados relacionados con el diseño del instrumento para la evaluación de la PS dentro del contexto universitario.**

De forma general la evaluación dentro del ámbito universitario se califica como difícil por sus características (Chacón et al., 2001), y se ha avanzado poco en el desarrollo de sistemas de información sobre las universidades no encontrándose una metodología evaluativa, ni objetiva, ni sistemática (Escudero, 1989). Uno de los principales retos en este sentido es generar mecanismos de evaluación que sean válidos para el fin propuesto dentro de la institución (Luxán, 1998; Ginés, 1999).

Chacón et al. (2001), delimitan de forma general la evaluación institucional, *“como el proceso sistemático y científico basado en una metodología específica, por el que lleguemos a emitir juicios de valor basados en una información válida y fiable sobre las distintas dimensiones institucionales que han sido objeto de la evaluación”* (p. 295).

En España, en los últimos años se ha producido un cambio de perspectiva con respecto a la evaluación institucional, que ha pasado de ser considerada un proceso burocrático a ser considerada un proceso autónomo y crítico (Rodríguez, 1998) que requiere la creación de mecanismos de evaluación institucional que garanticen que los recursos aportados se utilizan correctamente en función de las demandas y necesidades del estado y de la sociedad (Osoro, 1995).

Este cambio de perspectiva orientado a la mejora de la calidad de la educación superior, ha motivado la creación de programas de evaluación de la calidad (Valera & López, 2000).

La evaluación de la PS aunque comparte muchos puntos relacionados con la evaluación general, necesita abarcar algunos aspectos particulares para su dominio (OPS, 2007), que hemos considerado en este trabajo de investigación a la hora de su diseño.

Desde esta perspectiva, hemos llevado a cabo una evaluación de la PS holística e integral (Dooris, 1998, 2001), participativa (Springett, 1999; Akerman et al., 2007), para ayudar a identificar los puntos de vista de los actores interesados, promover el compromiso para actuar en base a ellos y desarrollar habilidades comunitarias e individuales. Un segundo aspecto a considerar es que la evaluación tiene que establecerse como una actividad continua que incluya un proceso de seguimiento y aprendizaje. En tercer lugar, las conclusiones de evaluación deberán transmitirse a todos los participantes y actores interesados de manera significativa, oportuna y apropiada.

Para la evaluación del modelo de gobernanza en el que se basa la Estrategia de PS en la UEx se identifica en la literatura científica la necesidad de aportar evidencias para la PS, y el abordaje integral y holístico del modelo donde se tengan en cuenta las interacciones entre las diferentes partes que lo componen y las relaciones entre las diferentes variables del modelo salutogénico (Antonovsky, 1996; Dooris, Doherty & Orme, 2016; Newton, Dooris & Wills, 2016).

En este sentido, las evidencias aportadas en proyectos de promoción de la salud en otros ámbitos académicos, como el ámbito escolar (Stewart-Brown, 2007), defienden que para crear un modelo de evaluación efectivo se requiere la utilización de una variedad de enfoques metodológicos, que comprendan distintas fases y que utilicen métodos cuantitativos y cualitativos, tal y como hemos planteado en este estudio.

A la hora de abordar la evaluación de la PS hemos partido del marco teórico que sustenta el modelo de Universidades Saludables, que nos ha proporcionado orientación acerca de los aspectos clave de la estrategia que deben ser abordados.

Para la aplicación apropiada de los marcos teóricos que sustentan la estrategia se hace necesario en primer lugar, definir el constructo de Promoción de la Salud, y crear mecanismos de evaluación válidos que permitan obtener la información necesaria para saber cómo se está desarrollando la estrategia dentro de un contexto determinado.

En este sentido, la creación de un sistema de indicadores válidos y fiables ha resultado ser una propuesta efectiva para la evaluación de la Estrategia dentro del contexto universitario. El importante papel de los indicadores como elementos para el acceso a la información en la institución universitaria ha sido defendido en múltiples estudios (Johnes & Taylor, 1990; Osoro, 1995; Segers & Dochy, 1996).

Los indicadores son un instrumento al servicio de la ciencia y de la conceptualización, posibilitando investigar los conceptos empíricamente y estableciendo cauces de operativización. Mientras que la definición conceptual establece el significado en términos abstractos, los indicadores se centran sobre los aspectos observables y empíricamente detectables (Anguera, 1989).

De forma específica, la efectividad de la evaluación a través de indicadores, ha sido puesta de manifiesto en trabajos internacionales (Arroyo & Rice, 2009; Lange & Vio, 2006), para fortalecer los procesos internos de las universidades alrededor de la Estrategia de Universidades Promotoras de la Salud y ayudar a las instituciones a tomar decisiones en relación al programa y a fomentar el diseño de un plan de mejora para el bienestar de sus comunidades (REDCUPS, 2012; REDUPS, 2013).

Hemos incluido en las dimensiones de estudio indicadores que hacen referencia a las políticas, los entornos, el empoderamiento, la formación, participación y la reorientación de los servicios de salud. Estudios defienden el trabajo sobre indicadores relacionados con el empoderamiento y la participación comunitaria, en vez de centrar las expectativas en el estado de salud como resultado (Akerman et al., 2007).

Al no existir actualmente ningún instrumento de evaluación estandarizado dentro de la REUS, aportamos desde nuestro estudio un sistema de evaluación validado para ser tomado como referencia por otras universidades que forman parte de la red.

Tomando en consideración el último referente en PS en el contexto universitario, como es la reciente Declaración de Alicante, los expertos trasladan a los equipos de gobierno de todas las universidades la necesidad de que *“generen indicadores de calidad que permitan evaluar, acreditar y certificar los entornos saludables”*.

A través de este trabajo, hemos presentado nuestra propuesta en este sentido, que iremos implementando y ajustando a través del trabajo colaborativo con otros expertos e instituciones de educación superior promotoras de salud.

El sistema de indicadores diseñado ha resultado ser una propuesta válida y consensuada por expertos para obtener información relevante para la evaluación de la estrategia de PS en una institución de educación superior, transformando un marco teórico y multidimensional en un sistema operativo y sintético de evaluación.

### **5.3. Discusión de los resultados de la evaluación de las dimensiones de la Promoción de la Salud en la UEx.**

Si analizamos la estrategia de PS en la UEx en función de las dimensiones que la determinan, se pone de manifiesto en relación a las “políticas saludables” la falta de apoyo institucional en este sentido. Este aspecto se constata, por un lado, en la inexistencia de políticas saludables que apoyen los objetivos del modelo de universidad promotora de salud. Por otro lado, se pone de manifiesto en las declaraciones de uno de los representantes institucionales, que defiende que no existe la necesidad de crear políticas de apoyo a la PS que garanticen el soporte estructural para el desarrollo de la estrategia porque considera que ya las hay en general en la Universidad.

Desde la Carta de Edmonton a la Carta de Okanagan para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior, se establece que entre las características comunes de Universidades e Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud incluyen: *comprometerse a provocar cambios a través de políticas, procedimientos, sistemas y prácticas institucionales para crear y mantener un entorno saludable que apoye el aprendizaje, trabajo y la vida.*

En el documento de Trabajo desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud realizado en la Universidad de Navarra (OPS, 2009), se pone de manifiesto que los principios y valores asociados a la estrategia de PS, deben apoyarse a través de una política institucional propia para el fomento y la permanencia de las acciones de Promoción de la Salud.

Por otro lado, con respecto a la política institucional pone de manifiesto de forma específica que ésta *ha de ser clara y comprender acciones de Promoción de la Salud que abarquen los siguientes componentes (OPS, 2009, p.3):*

- *Desarrollo de normativa y Políticas Institucionales para propiciar ambientes favorables a la Salud;*
- *Desarrollo de acciones de formación académica profesional en PS y EPS y otras modalidades de capacitación a la comunidad universitaria;*
- *Desarrollo de acciones de investigación y evaluación en PS;*
- *Desarrollo de acciones de Educación para la Salud, Alfabetización en Salud y Comunicación en Salud;*
- *Ofrecimiento de Servicios preventivos y de Cuidado y Atención a la Salud;*
- *Desarrollo de opciones de participación para el desarrollo de habilidades, liderazgo y abogacía en salud en los integrantes de la comunidad universitaria;*

- *Desarrollo de acciones con alcance familiar y comunitario; y*
- *Otras instancias institucionales y sociales de Promoción de la Salud, que contribuyan a la salud, al cambio social, al bienestar y a la calidad de vida de la comunidad universitaria y el ambiente externo.*

Tal y como se pone de manifiesto en la literatura científica, las políticas van a establecer la base para el desarrollo de las diferentes acciones y propuestas que forman parte del modelo de PS en el contexto universitario.

Si analizamos los principios de la REUS, encontramos entre sus líneas estratégicas, “*entornos universitarios que promueven la salud*”, donde las políticas son parte fundamental de este objetivo. Atendiendo a los criterios que debe suponer una universidad para su pertenencia a la red, se establece el “*compromiso de iniciar un proyecto de trabajo que incorpore el concepto de Promoción de la Salud en la cultura universitaria, en sus políticas institucionales, estructura, procesos y planes de estudio e incluya la identificación de las necesidades de la comunidad universitaria, áreas de trabajo y estrategias de intervención*”.

La referencia internacional más actualizada es la Declaración sobre Promoción de la Salud y universidad, elaborada en el último encuentro organizado por la RIUPS que ha tenido lugar en Alicante el pasado mes de junio, bajo el lema “*Construyendo Entornos Sociales y Educativos Saludables*”.

Constituye el VIII Congreso Iberoamericano de Universidades Promotoras de Salud y en él se han puesto de manifiesto las recomendaciones de los expertos participantes en el encuentro.

La *Declaración de Alicante sobre la Promoción de la Salud y Universidad*, incorpora los planteamientos de posicionamiento y liderazgo necesarios para lograr la construcción y desarrollo de entornos sociales y educativos saludables, desde el compromiso de todos los miembros de la comunidad universitaria y de los de la sociedad donde se inserta. En ella se hace alusión de forma específica al compromiso de las autoridades universitarias de todos los países, que de manera firme y unánime han de incorporar estrategias de PS de manera integral en sus políticas universitarias a través de algunas acciones como las siguientes (Declaración Alicante, 2017):

- *Integrar en la acción de sus políticas la actuación simultánea sobre el entorno físico, social, cultural, ambiental... de sus universidades.*

- *Desarrollar una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la Promoción de la Salud con apoyo real a través de una política institucional de salud integral y acciones programáticas, sistemáticas y sostenibles, para el fomento de la salud de la comunidad universitaria.*

- *Aportar evidencia que apoye la formulación de políticas públicas que favorezcan la mejora de las condiciones para la salud y la equidad en sus respectivos países.*

Por otro lado trasladan a los Equipos de Gobierno de las universidades las necesidades detectadas en el panorama actual, entre ellas las que hacen alusión al establecimiento de políticas son las siguientes:

- *Vertebrar políticas universitarias firmes y decididas en torno a la promoción de la salud e integradas de manera transversal y participativa por toda la comunidad universitaria.*

- *Coordinar los órganos de representatividad de rectores de las universidades para la articulación de políticas de promoción de la salud nacionales e internacionales adaptadas a las necesidades de cada momento y contexto con criterios de eficacia y eficiencia.*

- *Promover la extensión de las políticas saludables al entorno social en el que se integran las universidades favoreciendo la interacción e intersectorialidad.*

- *Que los proyectos de Universidades Promotoras de Salud sean parte integral de la política universitaria y de sus equipos de gobierno con identificación clara de sus responsables.*

Por tanto podemos constatar que en el último documento de referencia para las instituciones que forman parte de la RIUPS y de la REUS, se subraya la importancia de hacer explícito el compromiso institucional a través de las políticas de gestión.

En el caso de la UEx, existe el compromiso y la voluntad institucional por parte del Rector de la UEx, para el desarrollo de la estrategia de PS en la universidad y en el Plan Estratégico se recoge el objetivo de “*mejora del bienestar de la comunidad universitaria*” que se orienta a la salud laboral de los trabajadores de la UEx (PDI y PAS), y el objetivo “Promoción de los valores Solidarios, de Justicia y Compromiso Social”, que incorpora como estrategia “*Promover la cultura de la salud en la Comunidad Universitaria*”.

Está claro que la voluntad del Rector, siendo muy importante, y explícita en su programa de gobierno, no es suficiente para que la Universidad aborde en sus múltiples dimensiones la promoción de la salud de toda la comunidad universitaria.

Por otro lado, la confusión de conceptos, y en consecuencia de roles y funciones, entre prevención y promoción de la salud, se evidencia en el programa, tal como está enfocado, pues a pesar de que se pretende “la mejora del bienestar de la comunidad universitaria”, se orienta solo a la salud laboral de los trabajadores, esto es al ámbito de la Medicina Preventiva, para lo cual hay establecido un Servicio denominado *Servicio de Prevención* que está desarrollando su rol de Salud Laboral, dirigido al colectivo de PDI y PAS, no de estudiantes. De promoción de la salud no hay ni objetivos, ni actividades en este servicio, tal como se indica en su propia web.

El lugar que se le atribuye a “la cultura de la salud en la comunidad Universitaria” sigue siendo confuso, como un apartado de “la promoción de los valores Solidarios, de Justicia y Compromiso Social”.

Además de las recomendaciones de las sucesivas “Cartas” y “Declaraciones”, tal como hemos visto en la primera parte del trabajo, tenemos las evidencias de los estudios y las conclusiones que señalan el desarrollo de políticas saludables como acción fundamental en la implementación de estrategias de PS en la universidad (Dooris, 2002, 2006; Xiangyang et al., 2003; Lange & Vio, 2006; OPS, 2009; Martínez-Sánchez & Balaguer, 2016), como base para el desarrollo de las siguientes acciones y para garantizar la sostenibilidad de los procesos, el desarrollo de estructuras y programas relacionados con la estrategia (Romero et al., 2013; Muñoz & Cabieses, 2008; Arroyo, Durán & Gallardo, 2015).

Por las anteriores razones, se necesita el establecimiento de normativas específicas que permitan gestionar y llevar a la práctica el resto de acciones de PS en este contexto, sino los esfuerzos para el desarrollo de estrategias en este sentido son muchas veces insuficientes y estériles, dado que no están respaldados institucionalmente.

Además, se requiere una estrategia de comunicación rigurosa y específica que visualice estos objetivos del plan y de las acciones necesarias para desarrollarlo. Al mismo tiempo que colabore en la realización de los recursos publicitarios de apoyo a los objetivos del programa de universidad saludable porque que en este momento no existe.

En lo que respecta a los resultados de la dimensión “*entornos saludables*”, la triangulación de la información obtenida por los diferentes instrumentos y técnicas

llevadas a cabo en la investigación, nos llevan a concluir que el entorno que representan los campus de la UEx, no dispone de suficientes recursos, normativas, sistemas de comunicación para la PS de los estudiantes y comunidad universitaria en general. De esta misma forma es percibido por los estudiantes que conviven en este escenario.

*“La creación de entornos que apoyen la salud”*, es una de las cinco áreas de acción prioritarias propuestas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) focalizando no sólo en lo que hace más saludables a las personas sino en las variables que hacen que nuestros entornos sean también más saludables. Por otro lado, constituye una de las líneas estratégicas de la REUS, *“Entornos universitarios que promuevan la salud”* y las instituciones que forman parte de la misma se comprometen a favorecer “entornos que apoyen la salud” en el ámbito universitario, de tal manera que las Universidades adheridas han de proteger la salud de toda la comunidad universitaria, deben facilitar la adquisición de estilos de vida saludable y promover el bienestar, así como proporcionar infraestructuras y recursos que hagan más fáciles la elección de conductas saludables.

Aunque la Oficina de Universidad Saludable hace una importante labor de sensibilización hacia la PS a través de la organización de diferentes tipos de eventos, jornadas y actividades; mantiene una perspectiva de trabajo intersectorial a nivel local, e interuniversitaria a nivel nacional e internacional, alineada con los objetivos de las redes nacionales e internacionales de universidades promotoras de salud (REUS, Comisión Intersectorial de CRUE-Sostenibilidad, y RIUPS) y trabaja en el establecimiento de convenios de colaboración, podemos decir que en el entorno de la UEx, no existen acciones ni recursos instaurados de forma permanente en la estructura interna de la universidad, y aquellos que existen no se dirigen a la promoción de la salud de la comunidad universitaria de forma consciente y coordinada. A nivel funcional cuenta con múltiples servicios y recursos que pueden potenciar el desarrollo de la estrategia desde sus ámbitos de acción convirtiéndose en activos para la salud, es por esto que la estrategia debe dirigirse a construir ambientes físicos, psíquicos y sociales que influyan en mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria y crear un entorno que incite a cambios positivos en los estilos de vida de sus componentes, tal y como defiende el modelo de entornos saludables (OPS/OMS, 1996, 1998).

Por tanto, la implementación de la estrategia de PS en la UEx, requiere que los diferentes componentes y responsables de los diferentes servicios y unidades de la universidad estén interconectados (Dooris, Wills & Newton, 2014) para coordinar y



reorientar sus acciones hacia la PS de la comunidad universitaria. Newton et al. (2016), ponen de manifiesto que si queremos que la universidad forme parte del concepto de salud y bienestar “salutogénicos,” es esencial apreciar las complejas conexiones y sinergias existentes entre las partes integrantes, y que esto se considere un valioso medio de optimizar su desempeño.

Como servicio de intervención directa con la comunidad universitaria en la UEx podemos destacar la unidad de atención al Estudiante, el Servicio de Prevención y el Servicio de actividad física y deporte. Todos ellos pueden reorientar sus objetivos y acciones en pro de la PS en la universidad favoreciendo de esta forma, tal y como establece la Declaración de Alicante (2017), *“la creación de entornos saludables desde planteamientos salutogénicos y no de prevención de riesgos exclusivamente”*.

En el caso de la UEx, los resultados nos muestran que se deben dirigir acciones prioritarias a atender la promoción de la práctica de actividad física, la deshabituación tabáquica, facilitar el acceso al consumo de alimentos saludables (en cuanto a disponibilidad y precios), y ofrecer unidades de atención psicológica y emocional para todo el alumnado.

Desde la perspectiva de la participación, a pesar de los esfuerzos realizados por la Oficina de Universidad Saludable en fomentar la participación estudiantil, como lo demuestran las diferentes convocatorias realizadas a lo largo de los últimos años a los Consejos de estudiantes y representantes de estudiantes de los centros y Facultades, así como el seminario celebrado recientemente en la Facultad de Ciencias del Deporte que contó con la participación de la coordinadora de estudiantes de la RIUPS, precisamente para poner en marcha y motivar a los estudiantes de la UEX a participar en el movimiento estudiantil internacional, los estudiantes no han respondido. En nuestro estudio son los estudiantes los que demandan estos servicios, para mejorar su bienestar dentro de la institución y potenciar su salud. Sin embargo desconocían sus posibilidades de participación a través de la Oficina o de los órganos de representación estudiantil, de los cuales dicen no haber recibido nunca ningún tipo de información sobre temas relacionados con su bienestar. Esta realidad demuestra la falta de motivación y de actividad de las organizaciones estudiantiles en relación a la gestión de la promoción de la salud en la Universidad.

Las principales limitaciones detectadas en este sentido se deben a la falta de coordinación y colaboración de los diferentes servicios y unidades de la UEx con los objetivos de la estrategia. Todo ello ha de enfocarse desde una perspectiva

salutogénica que busque cómo puede crearse, mantenerse y apoyarse la salud dentro del contexto universitario (Dooris, Doherty, & Orme, 2016).

Si no existen políticas de coordinación en este sentido, es muy complicado transformar las prácticas y orientar las acciones hacia objetivos comunes de promoción de la salud y bienestar de la comunidad universitaria.

La adopción de un estilo de vida saludable, el bienestar y la potenciación de la cultura de la salud, tanto de los estudiantes como de los demás integrantes de la comunidad universitaria, debe ser incentivada y apoyada por la institución, y para ello hacer viables y accesibles todos los recursos (Newton, Dooris & Wills, 2016).

En la dimensión de estudio “empoderamiento”, los resultados ponen de manifiesto que no existen acciones estables en la institución que permitan a las personas adquirir competencias prácticas y aumentar el control sobre su salud.

Las oportunidades en este sentido, se limitan a acciones puntuales que se organizan desde la Oficina de Universidad Saludable, como el “Día Nacional de Universidades Saludables”, “La semana de Promoción de la salud” que cuenta cada vez más con la colaboración de profesores, grupos de investigación de la UEX, estudiantes, y representantes de Instituciones públicas y tercer sector de la Región; concursos para la promoción de estilos de vida saludables como los que se proponen desde la REUS (ej: el *reto de la fruta*) o propuestas de cursos de formación permanente para estudiantes, PDI y PAS. En este sentido los cursos para la prevención de drogodependencias para estudiantes y los cursos de formación de identificación de activos para la promoción de la salud en la universidad para PDI y PAS. Además diseño de acciones para la promoción del ejercicio físico en el campus como la pausa activa, diseño de paseos por el campus o promoción de la movilidad sostenible en bici.

Otro de los objetivos de la estrategia de PS es fortalecer el empoderamiento (Kickbusch, 2003), por lo que en este sentido se necesitan acciones dirigidas al empoderamiento individual a través de estrategias de sensibilización y educación efectiva para que los miembros de la UEx puedan desarrollar el control personal y la habilidad para tomar decisiones en este caso en cuanto a su salud (Zimmerman, 1990).

Por otro lado, es necesario potenciar el empoderamiento comunitario para que en este caso la comunidad universitaria actúe de forma colectiva para ganar influencia y control sobre los determinantes de salud y la calidad de vida dentro de su entorno (Nutbeam, 1998).

Dentro del contexto de universidades promotoras de salud, una comunidad universitaria empoderada para su salud es *“aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades de salud y a satisfacer sus necesidades de salud respectivas”* (OMS, 1998a, p.16). De esta forma, los miembros de la comunidad pueden desarrollar su capacidad para ofrecer apoyo social en materia de salud, enfrentar los conflictos internos y adquirir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud comunitaria (OPS/OMS, 2005; Urrutia, Contreras, & Dois, 2004).

Otra de las dimensiones de estudio analizadas en el sistema de indicadores es la referente a *“planes de estudio e investigación”*.

Los resultados de nuestro estudio revelan que la presencia de competencias relacionadas con la PS en los planes de estudio, perfila una perspectiva fragmentada y profesionalizante que no es abordada desde la perspectiva holística e integral propia del Movimiento de Universidades Saludables. Desde una parte de la representación del equipo de gobierno de la institución, se considera de interés la inclusión de competencias de PS en aquellas titulaciones relacionadas con alguno de sus ámbitos, sin embargo, los estándares internacionales de Universidades Saludables, expresan la importancia de integrar en todas las titulaciones competencias relacionadas con la PS, no sólo en aquellas que puedan incorporar alguna dimensión de estudio de la misma.

Precisamente una de las líneas estratégicas de la REUS es la *“Incorporación en los planes de estudio universitarios de formación en promoción de la salud a nivel de grado y postgrado”*. Aspecto que ha sido apoyado en la reciente Declaración de Alicante de 2017 al expresar su intención de trasladar a los Equipos de Gobierno de todas las universidades la necesidad de que *“faciliten la incorporación de la Promoción de la Salud en los currículos de todos los planes de estudio”*.

En este sentido, algunas universidades atendiendo al compromiso adquirido de promover la PS en la universidad desde todos sus ámbitos, han integrado contenidos y competencias relacionadas con la PS en todos los programas académicos de las diferentes titulaciones de la institución (Suárez & Van den Broucke, 2016).

La RIUPS por su parte establece que la política institucional de las universidades promotoras de salud deben integrar entre sus componentes (Arroyo, Durán & Gallardo, 2014):

- *El desarrollo de acciones de formación académica profesional en PS, determinantes sociales de la salud, educación para la salud y otras modalidades de capacitación de la comunidad universitaria.*

El tema de la formación, capacitación y acreditación de recursos humanos en promoción de la salud ha generado en los últimos años gran interés en el ámbito universitario, entre otros (Arroyo, 2009). En este sentido se ha trabajado en el desarrollo de unas competencias básicas estándares en promoción de la salud y un sistema de acreditación para la práctica, la educación y la formación en promoción de la salud en Europa (Barry et al., 2009; Battel-Kirk et al., 2009; Battel-Kirk et al., 2012), dada la variabilidad interpretativa de la Promoción de la Salud en diferentes campos de conocimiento, como se ha puesto de manifiesto en otros estudios (Arroyo, 2010).

La UEx, a partir de la colaboración de la directora de la Oficina de Universidad Saludable en el mencionado proyecto, tiene el compromiso de trabajar en función de los estándares internacionales y panaeuropeos relacionados con la investigación, la formación y capacitación de profesionales, y su acreditación en promoción de la salud, por tanto desde el equipo de gobierno han de estudiarse estas propuestas para su incorporación.

De la misma forma puede contribuir en el ámbito de la formación de recursos humanos en PS a los desafíos que plantea la CIUEPS y ampliar las ofertas curriculares relacionadas con la PS, desarrollar cursos de PS en otras disciplinas relacionadas; incrementar las redes y las acciones de intercambio académico entre instituciones en la región Latinoamericana e Iberoamericana; fomentar el desarrollo de cursos internacionales sobre PS, potenciar la difusión de experiencias a través de publicaciones, conferencias y redes electrónicas de intercambio de información (Arroyo, 2009).

En cuanto a la investigación, la Oficina de Universidad Saludable de la UEx ha llevado a cabo un primer estudio de los estilos de vida de la comunidad universitaria de la UEx y un análisis de necesidades, así como del concepto de universidad saludable (datos sin publicar, presentados en el VIII Congreso Iberoamericano de Universidades Promotoras de Salud), que ha completado con el presente trabajo la evaluación de las diferentes dimensiones de la PS. Para la implementación de la Estrategia de Universidad Saludable es fundamental el análisis del entorno de acción, para obtener la evidencia que nos ayude a comprender nuestro contexto e incentivar las actuaciones que sean más pertinentes, contribuyendo a uno de los componentes operacionales que establece la RIUPS, "*desarrollo de acciones de investigación y*

*evaluación en PS, Determinantes Sociales de Salud y Educación para la Salud*" (Arroyo, Durán & Gallardo, 2014, p.65)

Dentro del ámbito de investigación se considera fundamental la divulgación y publicación de los resultados de las acciones de creación, las acciones programáticas, de investigación y de evaluación vinculadas con las universidades promotoras de la salud (Arroyo & Rice, 2009; Lange & Vio, 2006).

Existen líneas de investigación específicas orientadas al estudio de diferentes dimensiones de la PS en el contexto universitario, con lo que se asegura una línea de estudio en este campo. Además la Oficina de Universidad Saludable ha creado un repositorio de tesis, trabajos fin de Grado y de Máster que estén relacionados con la PS en contexto universitario y no universitario. En las jornadas de la semana de la salud se exponen los trabajos que los estudiantes presentan en este sentido y son acreditados por ello.

En este sentido la OPS/OMS (2005) establece que las universidades pueden ser aliadas en cuanto a proyectos de investigación y evaluación de la PS, de forma que puedan aportar fuentes de datos, experiencias y documentos de trabajo que ayuden a atender necesidades de PS en estos contextos y orienten el trabajo en este sentido.

En este aspecto, los expertos reunidos en el último encuentro de PS en el contexto universitario, han expuesto la necesidad de *"promocionar líneas de investigación transdisciplinar en Promoción de la Salud"*.

Considerando otra de las dimensiones de nuestro estudio denominada *"Participación e intersectorialidad"*, los resultados ponen de manifiesto que es necesario que la universidad facilite canales de participación en diferentes propuestas y servicios relacionados con el cuidado de la salud de los estudiantes y demás integrantes de la comunidad universitaria, de manera que puedan ser partícipes de un modo activo de todo el proceso de PS, exponiendo sus derechos y necesidades (Dooris, 1998).

En este sentido, la Carta de Edmonton, (2005), establece entre los "Compromisos de Acción" de las universidades saludables *"adoptar procesos participativos, colaborativos e incluyentes y comprometer a las personas de todos los niveles de la institución a participar en forma significativa"* (p.5).

Ya en 2009 se puso de manifiesto en el documento de trabajo desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud, entre los nuevos criterios a incluir en la definición de Universidades Promotoras de salud, la inclusión de

elementos para la participación de la población estudiantil como actora clave en este proceso (OPS, 2009).

La RIUPS por su parte establece que la política de la universidad debe integrar el *“desarrollo de opciones de participación para el desarrollo de habilidades, liderato y abogacía en salud en los integrantes de la comunidad universitaria”* (Arroyo, Durán & Gallardo, 2014: 65).

Los intentos de la Oficina de promover la participación tienen un bajo impacto, se van sumando profesores poco a poco, pero no en la medida y forma que se requiere en una estrategia participativa. No participa ningún profesional PAS, y los estudiantes no responden a las constantes invitaciones a la participación. Pensamos que la falta de visibilidad de la estrategia, tal como se ha demostrado en este estudio, la falta de políticas explícitas, la falta de coordinación, la escasa colaboración del Servicio de Comunicación, y la rigidez estructural académica, son barreras que impiden la participación de la comunidad educativa en general y de los estudiantes en especial.

La mayoría de estudios publicados sobre universidades promotoras de salud, incluyen a miembros de la comunidad universitaria en la organización e implementación del programa para facilitar la adaptación de la propuesta al contexto, otros llevan a cabo un análisis de necesidades del contexto de forma previa a establecer las propuestas. Estas medidas representan una estructura de sensibilidad cultural con vistas a mejorar la aceptación de las intervenciones (Kreuter et al., 2003; Resnicow et al., 1999).

Los últimos acuerdos de los expertos de PS puestos de manifiesto en la Declaración de Alicante (2017), defienden que los equipos de gobierno de las universidades deben apoyar la participación activa de la comunidad universitaria en el desarrollo de las acciones que emprendan, con especial atención a la motivación estudiantil, facilitando su participación y representatividad real.

Por tanto en la UEx deben crearse canales de comunicación que faciliten la participación del alumnado y puedan expresar sus necesidades relacionadas con el bienestar, la formación y el empoderamiento relacionados con su salud dentro de la institución, a la vez que se creen mecanismos de gestión operativos que traduzcan esas necesidades en proyectos.

En cuanto a la respuesta intersectorial a la colaboración, los resultados muestran que no existen acuerdos de colaboración intrauniversitarias de servicios de la UEx con la Oficina de Universidad Saludable. Se han desarrollado acciones

puntuales con la Facultad de Ciencias del Deporte y la Escuela de Ciencias Agrarias, así como con los Institutos de Investigación.

En relación a la respuesta de participación de otras instituciones públicas como ayuntamientos y diputaciones, podemos afirmar que se han conseguido acciones concretas de colaboración en actividades puntuales de un Ayuntamiento, pero sin establecimiento de convenios específicos, a pesar de haber sido propuesto.

Los únicos convenios que se han firmado son con el tercer sector con quienes se colabora de manera más fluida que con las instituciones públicas regionales.

La Carta de Carta de Okanagan (2015) hace alusión en su llamada a la acción 2 el desarrollo de acciones de PS orientadas a lograr colaboración local y global, construyendo relaciones y colaboraciones inspiradoras y efectivas dentro y fuera del campus para movilizar el conocimiento y la acción para la PS a nivel local y global. Es fundamental para la consecución de este objetivo a nivel intrauniversitario la elaboración de políticas de colaboración por parte del equipo de gobierno de la UEx.

En lo que respecta a la última dimensión de estudio "*reorientación de los servicios de salud*", cabe destacar que en el contexto de la UEx, no existe como un servicio dentro de la institución para la atención de estudiantes como ocurre en estos países. En este caso, existe una unidad de salud laboral para PAS y PDI, dentro del servicio de prevención.

A nivel regional, a pesar de que hay políticas públicas establecidas en el Plan de Salud de Extremadura (Gobierno de Extremadura [GOBEX], 2013) que apoyan la educación para la salud de la población joven, la prevención y la promoción de la salud, no hay prácticas que desarrollen estas políticas en el contexto universitario.

A petición de la directora de la Oficina se desarrollaron varias reuniones desde el 2011, a lo largo de los últimos años con la Consejería de Salud y Políticas Sociales, a diversos niveles de dirección que, a pesar de encontrar beneficiosa esta colaboración, y haber una positiva declaración de intenciones de colaboración, no se han concretado de manera práctica la disposición de los recursos para la promoción de la salud en la comunidad universitaria, especialmente para los estudiantes, población de jóvenes hacia los cuales las políticas públicas asumen responsabilidades de educación para la salud y de promoción de la salud.

Teniendo en cuenta los resultados, no podemos decir que hay en esta comunidad autónoma una reorientación de los servicios de salud, centrados en la clínica, hacia la educación y promoción de la salud de la comunidad universitaria (estudiantes, PAS, PDI).

Como síntesis de este epígrafe podemos mencionar que la universidad de Extremadura, como la mayoría de instituciones de educación superior cuentan con una serie de servicios y unidades vinculados con la salud, el deporte, el transporte, la alimentación, la seguridad, la igualdad, la solidaridad, etc., que resultan fundamentales para el establecimiento de estilos de vida que promuevan la salud. En este sentido, tiene potencial para influir positivamente en la vida y condición de salud de sus miembros, y de forma específica en la salud de sus estudiantes protegiéndolos y promoviendo su bienestar. Es necesario para poder liderar y apoyar procesos de cambio en este sentido, reorientar sus políticas y sus prácticas, para lo que se requiere voluntad institucional (Arroyo, Durán & Gallardo, 2015).

Si tomamos en consideración el objetivo 3 de Desarrollo Sostenible, éste hace referencia explícita a *“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”* (NU, 2015), objetivo al cual debe comprometerse la UEX y colaborar en su consecución, como institución pública al servicio de la sociedad.

Entendemos que a través de las políticas, identificando los activos de la salud, reorientando los roles y funciones de la universidad y de sus miembros, y priorizando la formación integral del alumnado y la formación continua de toda la comunidad universitaria en este sentido puede potenciarse exponencialmente los recursos y acciones para promover la salud de los estudiantes y de toda la comunidad universitaria. Por otra parte *la dotación de capacidad de decisión real y de presupuestos a los órganos de responsabilidad de los proyectos de Universidades Promotoras de Salud*, tal y como expresa la Declaración de Alicante (2017) facilitaría en gran medida la implementación de la estrategia.

Para lograr el objetivo de crear un entorno promotor de salud es necesario insertar la salud en todos los aspectos de la cultura del campus, tal y como expresa la Carta de Okanagan (2015), esto implica Integrar la salud en todas las políticas del campus, mejorar el entorno del campus, generar la cultura del bienestar, apoyar el desarrollo personal y el empoderamiento y crear o reorientar los servicios del campus para mejorar la salud y el bienestar, optimizar el potencial humano y del ecosistema y promover una cultura organizacional de apoyo y colaboración.

Para ello, es imprescindible adoptar un enfoque global, holístico e integrador de la totalidad del entorno, es decir, de todos los componentes que forman parte de la institución, considerando los retos que esto conlleva (Dooris, 2016). En este sentido la compleja estructura organizativa de la enseñanza superior son un inconveniente para adoptar la perspectiva de la universidad en su totalidad (Newton, Dooris & Wills, 2016).



No obstante en la UEx, así como en la mayoría de instituciones de educación superior, pueden desarrollarse múltiples acciones para la implementación de la estrategia de PS tal y como ha sido expuesto en este apartado.



**CAPÍTULO VI.**  
**CONCLUSIONES Y**  
**CONSIDERACIONES**  
**FINALES.**

La discusión de los resultados nos lleva a establecer las conclusiones del estudio en relación a los objetivos propuestos que pretenden conocer las necesidades relaciones con la PS a diferentes niveles, interactivos, individuales y contextuales. De esta forma podemos establecer lo siguiente:

1. A nivel individual, los estilos de vida de los estudiantes de la UEx, presentan conductas de riesgo en cuanto al bienestar emocional, las relaciones afectivo-sexuales, la insuficiente práctica de actividad física, unas pautas de alimentación poco saludables y en algunos casos el consumo de tabaco y alcohol.

2. Los estudiantes de la UEx no perciben recursos en su entorno relacionados con la PS. Algunos por no disponer de ellos en los centros donde estudian, y otros, por falta de información. Se percibe de forma general un desconocimiento de recursos y estructuras que están a su disposición para diferentes fines, incluido el desconocimiento de la existencia de la Oficina de Universidad Saludable, y de las diferentes acciones que viene realizando anualmente. En cuanto a los recursos existentes no cubren sus necesidades y necesitan servicios a su disposición para la práctica de actividad física, la adopción de hábitos más saludables de alimentación y de apoyo psicosocial.

3. Las necesidades identificadas en los alumnos requieren la disponibilidad de una oferta variada de actividad física y/o deportiva que se adapte a sus necesidades personales, más variedad de comida en los centros, que incluya al menos una alternativa saludable, y la presencia de fuentes de agua potable en todos los centros y facultades. También la disposición de recursos orientados a su cuidado psicosocial, incluida la educación emocional, el afrontamiento del estrés, la gestión del tiempo, la promoción de relaciones afectivo-sexuales positivas, alternativas de ocio saludable, y la existencia de programas que potencien el cuidado de su salud y bienestar, y el cuidado del medioambiente, frente al consumo de sustancias perjudiciales (tabaco, alcohol y otras drogas). Por otro lado, las necesidades expresadas por los estudiantes, también pasan por la creación de estructuras de participación en la institución relacionadas con la toma de decisiones en aquellos aspectos que tengan influencia en su bienestar y su desarrollo integral.

4. En relación al estudio de la gobernabilidad, a nivel contextual, se ha validado un sistema de indicadores con la participación de expertos para la Evaluación de la Estrategia de Promoción de la Salud en el contexto universitario que nos ha permitido identificar qué acciones deben desarrollarse en la UEx para alcanzar los objetivos de la estrategia. Por otro lado, este instrumento puede servir de referencia a otras

universidades de la Red Española de Universidades Saludables y/o de otras redes internacionales.

5. La evaluación de las dimensiones de PS pone de manifiesto que es necesario seguir trabajando en mejorar su diseño, y potenciar la estrategia de forma estructural desde todos los ámbitos. La inexistencia de políticas y normativas institucionales que potencien la PS limita en gran parte la consecución de los objetivos propuestos en la Estrategia y merma considerablemente los esfuerzos de la Oficina creada para tal fin.

6. Se han identificado como potencialidades de la UEx los servicios y recursos que tienen a disposición de la comunidad universitaria, como la Unidad de Atención al Estudiante, el Servicio de Actividad Física y Deporte (SAFYDE), la Oficina de Universidad Saludable. También se han identificado líneas de investigación orientadas al estudio de la PS. Por el contrario, se han encontrado como limitaciones para el desarrollo de la estrategia, la falta de coordinación y colaboración de los diferentes servicios universitarios y oficinas con la estrategia de PS, de forma que impiden el desarrollo coherente de la misma, y suponen una barrera para la realización de acciones sostenibles. Otra de las principales limitaciones del desarrollo de la estrategia, como ya hemos señalado es la falta de políticas, normativas y acuerdos de colaboración que garanticen la puesta en marcha de acciones que se vayan consolidando dentro de las prácticas de la universidad.

7. En cuanto a los aspectos de la UEx alineados con el modelo de PS que determinan la REUS y la RIUPS, podemos identificar que, en general, se está trabajando en las líneas estratégicas relacionadas con la investigación en PS, la sensibilización de la comunidad universitaria hacia la PS, la propuesta de formación continua de los estudiantes, PDI y PAS, la participación y colaboración con algunas instituciones comunitarias y sobre todo con otras universidades a través del trabajo en red a nivel nacional e internacional. De esta forma se favorece el intercambio de experiencias en PS al participar en varios grupos de trabajo de la REUS, y participar de forma activa en sus encuentros. De esta forma la UEx, a través de la Oficina de Universidad Saludable potencia la participación internacional, como miembro de la RIUPS, favorece el intercambio de experiencias y prácticas, y fortalece sus objetivos.

8. Las acciones necesarias para potenciar la Estrategia de PS en la UEx, deben ir dirigidas fundamentalmente a mejorar al compromiso institucional mediante la elaboración de políticas institucionales orientadas a la coordinación de servicios de la UEx con el desarrollo de la Estrategia de Universidad Saludable, a la inclusión de competencias relacionadas con la PS en todas las titulaciones para los estudiantes y

en otras ofertas formativas para toda la comunidad universitaria y a la creación de líneas de formación específicas en PS, además de la incorporación de técnicos de proyectos en la Oficina y voluntariado, y sobre todo a incorporar la PS en la estructura de la Institución. También a desarrollar procesos de comunicación y dinamización de la estrategia de US de manera permanente y sistemática y a establecer mecanismos sólidos que garanticen las oportunidades de participación de la comunidad universitaria, sobre todo de los estudiantes, para que puedan actuar de forma activa en la construcción de un entorno que promueva la salud y mejorar su bienestar. Por otro lado, las acciones prioritarias deben dirigirse a desarrollar y fortalecer la acción multidisciplinar, y especialmente, intersectorial, a través de la participación de las instituciones públicas y privadas de la región, es prioritario desde la perspectiva de la sostenibilidad de las acciones para el desarrollo de la PS en la Universidad.

El análisis de contexto determina que podrían crearse diferentes tipos de recursos que permitan atender a los estudiantes en las diferentes dimensiones de su bienestar biopsicosocial, y de apoyo a estilos de vida saludables. Se recomienda especialmente incorporar profesionales acreditados en educación y promoción de la salud, y en comunicación y salud, concretamente en el gabinete de información y comunicación, que apoyen las acciones de la Oficina de universidad Saludable, y colaboren activamente impulsando la Estrategia de Universidad Saludable.

Es también necesaria para su desarrollo una dotación presupuestaria suficiente para llevar a cabo todas las acciones del Programa de Universidad Saludable.

**CAPÍTULO VII.**  
**LIMITACIONES Y**  
**PROSPECTIVAS DEL**  
**ESTUDIO.**

### **7.1. Limitaciones del estudio.**

En cuanto a las limitaciones del estudio tenemos que señalar por un lado la ausencia de participación en este estudio de una muestra representativa de la población de PDI y del PAS de la universidad, por motivos de tiempo. Consideramos fundamental dentro de la Estrategia analizar las necesidades relacionadas con la salud y el bienestar del resto de miembros de la comunidad universitaria. También hubiera sido interesante analizar las competencias del profesorado relacionadas con la PS, así como su predisposición a recibir formación en PS e integrar prácticas saludables desde sus ámbitos de acción.

El hecho de no contar con muestra representativa de todas las titulaciones no nos ha permitido llevar a cabo análisis inferenciales para determinar de forma más concreta la correlación de variables que influyen en los estilos de vida.

Por otro lado, una participación más numerosa por parte de los representantes institucionales nos hubiera permitido obtener datos más consistentes en cuanto a la opinión del equipo de gobierno de la institución incluidas las opiniones de los coordinadores de los diferentes servicios de la UEx.

Por último, consideramos que se puede ampliar el grupo de expertos para el diseño de un sistema de indicadores, integrando a los representantes de las diferentes universidades que integran la REUS, con el fin de consensuar un documento común para la evaluación de la estrategia en todas las instituciones.

### **7.2. Prospectivas del estudio.**

Los resultados del estudio han permitido obtener un instrumento válido para la evaluación de la estrategia en las diferentes dimensiones de la promoción de la salud en contexto universitario, que puede ser aplicado por otras instituciones que estén desarrollando el programa de US.

Los resultados relacionados con las políticas, los recursos, entre ellos el impacto de la acción de la oficina de US, los servicios, el entorno de la universidad, y las necesidades de la salud psicosocial de los estudiantes, nos van a permitir presentar a los representantes institucionales una serie de propuestas de acción fundamentadas empíricamente, y adaptadas a las necesidades detectadas que pueden implementarse para favorecer la consecución de los objetivos de la estrategia que el Rector se propuso como objetivo para esta Universidad, y en definitiva mejorar el bienestar y la calidad de vida no solo de los estudiantes de la UEx, sino de toda la comunidad



universitaria, e impulsar las ventajas de su acción a la mejora de la sociedad en la que la universidad está inmersa.

Tenemos la intención en futuros estudios de valorar las necesidades del PDI y PAS con respecto a su bienestar en el entorno de trabajo.

Al mismo tiempo, proponemos en futuros estudios evaluar las competencias y necesidades de formación del profesorado en relación a la Promoción de la Salud, y su motivación para el trabajo de abogacía por la salud en las acciones coordinadas con la Oficina de Universidad Saludable desde su marco de acción.

Finalmente, las conclusiones del estudio pueden favorecer la coordinación intersectorial necesaria entre la universidad y otros sectores sociales con responsabilidades en una población joven que necesita recursos que potencien su desarrollo integral y su bienestar.

También llevar a cabo entrevistas con los responsables de los servicios universitarios, para valorar el uso de sus servicios, y su posible orientación hacia el cuidado de la salud y el bienestar de la comunidad universitaria en coordinación con la Estrategia.



# **REFERENCIAS**

# **BIBLIOGRÁFICAS**

- Agudelo, D.A., Casadiegos, C.P. & Sánchez, D.L. (2008). Características de la ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Agudelo, D.A., Casadiegos, C.P. & Sánchez, D.L. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y las características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(1), 87-104.
- Akerman, M., Arroyo, H., Jones, C., O'Neill, M., Roca, A. & Wallerstein, N. (2007). Evaluation of health promotion effectiveness: a political debate and/or a technical exercise? *Health Promotion & Education*, 1, 13-15.
- Alessandro, L. (2003). *Municipios Saludables: Una opción de política pública*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Álvarez-Dardet, C. & Colomer, C. (2000). Promoción de la salud. Conceptos, estrategias y métodos. En: Colomer, C. & Álvarez-Dardet, C. *Promoción de la Salud y Cambio Social* (pp. 27- 46). Barcelona: Masson.
- Álvarez-Dardet, A. & Ruiz, M.T. (2011). Patrimonio de salud ¿son posibles las políticas salutogénicas? *Revista Española de Salud Pública*, 85, 123-127.
- Anguera, M.T. (1989). *Metodología de la observación en las ciencias humanas*. Madrid: Cátedra.
- Anguera, M. T. (1990). Metodología observacional. En: Arnau, J., Anguera, Ma. T. & Gómez, J. (Eds.), *Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento* (pp.125-136). Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.
- Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N. & Wijsenbeek, H. (1971). Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Social Psychiatry*, 6(4), 186-193.
- Aranceli, S., Perea, M. & Ormeño, R. (2006). Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercer y cuarto año de una Facultad de Estomatología. *Revista Estomatológica Herediana*, 16(1), 15-20.
- Arnal, J., Del Rincón, D. y Latorre, A. (1992). *Investigación educativa: fundamentos y metodologías*. Barcelona: Labor.
- Arnau, J. (1995) Metodología de la investigación psicológica. En: Anguera, M.T. et al. (Eds), *Métodos de investigación en Psicología* (pp.23-43). Madrid: Síntesis.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Medica*, 34(4), 186-195.
- Arroyo, H. (2009). La Formación de Recursos Humanos y el Desarrollo de Competencias para la Capacitación en Promoción de la Salud en América Latina. *Global Health Promotion*, 16(2), 66-72.
- Arroyo, H. (2010). *Promoción de la salud. Modelos y experiencias de formación académica-profesional en Iberoamérica*. San Juan de Puerto Rico: CIUEPS.
- Arroyo, H., Durán, G. & Gallardo, C. (2014). Diez Años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica y la contribución de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). *Global Health Promotion*, 22 (4), 64- 68.

- Arroyo, M., Roncadio, A. M., Ansotegui, L., Pascual, E., Salces, I. & Rebato, E. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 21(6), 673-679.
- Asthan, J.R. (2002). Healthy cities and healthy settings. *Promotion & Education*, 1, 12-4.
- Badia, X., Roset, M., Herdman, M. & Kind, P. (2001). A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states. *Medical Decision Making*, 21(1), 7-16.
- Barry, M. M., Allegrante, J.P., Lamarre, M.C., Auld, M.E., Taub, A. (2009). The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion*, 16(2), 5-11.
- Battel-Kirk, B., Van der Zanden, G., Schipperen, M., Contu, P., Gallardo, C., Martínez, A.,...Barry, M.M. (2012). Developing a competency-based pan-European accreditation framework for health promotion. *Health Education & Behavior*, 39(6), 672-80.
- Battel-Kirk, B., Barry, M.M., Van der Zanden, G., Contu, P., Gallardo, C., Martínez, A.,...Debenedetti, S. (2015). Operationalising and piloting the IUHPE European accreditation system for health promotion. *Global Health Promotion*, 22(3), 25-34.
- Battel-Kirk, B., Barry, M.M, Taub, A, Lysoby, L. (2009). A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. *Global Health Promotion*, 16(2), 12-20.
- Bauer, K. W., Berge, J. M., & Neumark-Sztainer, D. (2011). The importance of families to adolescents' physical activity and dietary intake. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 22(3), 601-13.

- Bautista, I., Sangil, M., & Serra, L. (2004). Knowledge and gaps on the role of nutrition and physical activity on the onset of childhood obesity. *Medicina Clinica*, 123(20), 782-793.
- Beck, M., Bryman, A. & Futing, L. (2004). *The Sage Encyclopedia of Social Science. Research Methods*. New Delhi: Sage Publications.
- Bennasar, M. (2012). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud*. Tesis Doctoral. Universidad de Islas Baleares, Menorca, España.
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa* (2a. ed.). Madrid: La Muralla S.A.
- Blasco, T., Capdevila, L., Pintanel, M., Valiente, L. & Cruz, J. (1996). Evolución de los patrones de actividad física en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología del deporte*, 5(2), 51-63.
- Blasco, J. E. & López, A. (2010). Validación mediante Método Delphi de un cuestionario para conocer las experiencias e interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al Windsurf. *Revista Ágora para la Educación Física y el Deporte*, 12(1), 75-96.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Madrid: Paidós.
- Brooks, J.H. & Dubois, D.L. (1995). Individual and environmental predictors of adjustment during the first year of college. *Journal of College Student Development*, 36, 347-360.
- Buendía, L. (1998). La investigación por encuesta. En: Buendía, L., Colás, P. y Hernández, F. (Eds.). *Métodos de investigación en Psicopedagogía* (pp. 119-155). Madrid: McGrawHill.

- Cáceres, D., Salazar, I., Verela, M. & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 521-534.
- Campo, G. & Gutiérrez, J.C. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud, Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30, 351-358.
- Capita, R. & Alonso, C. (2003). Frecuencia de comidas en adultos jóvenes de la provincia de León: diferencias entre días de la semana. *Alimentaria: Revista de tecnología e higiene de los alimentos*, 349, 11-16.
- Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior (2005). Disponible en: [http://javeriana.edu.co/redcups/Carta\\_de\\_Edmonton\\_Universidades\\_Promotoras\\_de\\_Salud\\_2005.pdf](http://javeriana.edu.co/redcups/Carta_de_Edmonton_Universidades_Promotoras_de_Salud_2005.pdf)
- Casimiro, A.J., Artés, E.M. & Águila, C. (1999). La investigación sobre hábitos de vida en relación con la salud en escolares: a propósito de un estudio. *Habilidad motriz: Revista de ciencias de la actividad física y del deporte*, 14, 33-41.
- Cebreiro, B. & Fernández, M.C. (2004). Estudio de casos. En: Salvador, F., Rodríguez, J.L. y Bolívar, A. (Dirs). Diccionario enciclopédico de didáctica. Málaga: Aljibe.
- Cerqueira, M. T. (2007). Reflexión sobre la búsqueda de evidencia de efectividad de la promoción de la salud en las Américas. En: Cerqueira, M.T., León, F & de la Torre, A. (Eds). *Evaluación de la Promoción de la Salud. Principios y perspectivas* (pp. 1-21). Washington D.C.: OPS/OMS.
- Cervera, F., Serrano, R., Vico, C., Milla, M. & García, MJ. (2013). Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 438-446.



- Chacón, S., Pérez-Gil, J.A., Holgado, F.P., Lara, A. (2001). Evaluación de la calidad universitaria: validez de contenido. *Psicothema*, 13(2), 294-301.
- Chetty, S. (1996). The case study method for research in small and medium-sized firms. *International Small Business Journal*, 15(1), 173-85.
- Cohen, L. & Manion, L. (2002). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Coller, X. (2000). Estudio de casos. Colección Cuadernos metodológicos, nº30. Madrid, CIS.
- Colomer-Revuelta, J. (2011). Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. En F. J. Soriano (Ed.), *Manual de actividades preventivas en la infancia y la adolescencia* (2ª ed.). Madrid: AEPap y Exlibris ediciones.
- Colomer, C. & Alvarez-Dardet, C. (2000). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Constitución Española, 1978, art. 43. (BOE núm. 311, 29 de diciembre de 1978).
- Convenio Marco de Colaboración (2011) entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Ministerio de Educación y la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas para el desarrollo de la Red Española de Universidades Saludables. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/UniversidadesSaludables/docs/Convenio.pdf>
- Cook, T. D. & Reichardt, CH. S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
- Cubo, S., Marín, B. & García, J.L. (Coord). (2011): *Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Pirámide.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Estocolmo: Institute of Future Studies.

Dapcich, V., Salvador, G., Ribas, L., Pérez, C., Aranceta, J. & Serra, L. (2007). Consejos para una alimentación saludable de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)". Ed: Spanish Society of Community Nutrition (SENC) and Spanish Society of Family and Community Medicine (SEMFYC). Disponible en:  
[https://www.semfyec.es/pfw\\_files/cma/Informacion/modulo/documentos/guia\\_alimentacion.pdf](https://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/guia_alimentacion.pdf)

Declaración de Pamplona/Iruña (2009). IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud. Disponible en:  
<https://www.myctb.org/wst/consorciointeramericano/Lists/Anuncios/Attachments/6/Declaraci%C3%B3n%20de%20Pamplona%20IV%20Congreso.pdf>

Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art.25. Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III). Paris, Francia, 10 de diciembre de 1948.

Dennis, R. (2000). The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, 15, 355-367.

Denzin, N, Lincoln, Y. (eds.) (2005). *The Handbook of Qualitative Research* (3a. ed.). London: Sage.

Dever, G. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2(4), 453-466.

Devís, J. (1995). Deporte, educación y sociedad: hacia un deporte escolar diferente. *Revista de Educación*, 306, 455-472.

- Diaz, G. (2005). Los grupos focales, su utilidad para el médico de familia. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 21(3), 1-9.
- Dooris, M. (1998). The university as a setting for a sustainable Health. University of Central Lancashire En: Tsouros, A.D., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (Eds.). *Health Promoting Universities (pp 105-119)*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Dooris, M. (2001). The health promoting university: A critical exploration of theory and practice. *Health Education*, 101, 51–60.
- Dooris, M. (2002). The Health Promoting University: opportunities, challenges and future developments. *Health Promotion & Education*, 9(1), 20–24.
- Dooris, M. (2003) Healthy settings: theory and practice. En: Dooris, M. & Hobbs, A. (eds). *Healthy Settings in England's North West: Report of Conference (pp )*. Preston: University of Central Lancashire.
- Dooris, M. (2004) Joining up settings for health: a valuable investment for strategic partnerships? *Critical Public Health*, 14, 37–49.
- Dooris, M. (2006). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21 (1), 55-65.
- Dooris, M. (2016). Perspectivas internacionales sobre los entornos saludables: reflexiones críticas, innovaciones y nuevas direcciones. *Global Health Promotion*, 23(1), 112-114.
- Dooris, M. & Doherty, S. (2010) Healthy Universities: current activity and future directions – findings and reflections from a national-level qualitative research study. *Health Promotion International*, 25(1), 94-106.

- Dooris, M., Doherty, S., Orme, J. (2016). The Application of Salutogenesis in Universities. En: Mittelmark, M.B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G., Pelikan, J.M., ..., Espnes, G.A. (Eds.). *The Handbook of Salutogenesis* (pp.237-245). London: Springer.
- Dooris, M., Wills, J., Newton, J. (2014). Theorising healthy settings: A critical discussion with reference to healthy universities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(15), 7–16.
- Dooris, M. (1998). Case study: The university as a setting for sustainable health—University of Central Lancashire. En: Tsouros, a., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (Eds.), *Health promoting universities: Concept, experience & framework for action* (pp. 97–110). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Dubos, R. J. (1959). *Mirage of health. Utopias, progress and biological change*. Nueva York: Harper.
- Durá, T. & Castroviejo, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 602-608.
- Durán, S., Bazaez, G., Figueroa, K., Berlanga, M.R., C. Encina, C., Rodríguez, M.P. (2012). Comparación en calidad de vida y estado nutricional entre alumnos de nutrición y dietética y de otras carreras universitarias de la Universidad Santo Tomás de Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 739-746.
- Edmunds, H. (1999). *The focus group research handbook*. Chicago: NTC/Contemporary Publishing Group.
- Elizondo, J.J., Guillen, F. & Aguinaga, I. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública*, 79(5), 559-567.
- Engel, G.L (1977). The need for a new medical model: A Challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health, 59*(6), 460-466.
- Escudero, T. (1989). Aproximación pragmática a la evaluación de la universidad. *Revista de Investigación Educativa, 7* (13), 93-112.
- Espinoza, L., Rodríguez, F., Gálvez, J., & MacMillan, N. (2011). Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición, 38*(4), 458-465.
- Failde, J.M., Lameiras, M. & Bimbela, J.L. (2008). Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gaceta Sanitaria, 22*(6), 511-519.
- Farinola, M. G., & Bazán, N. E. (2011). Conducta sedentaria y actividad física en estudiantes universitarios: un estudio piloto. *Revista Argentina de Cardiología, 79*(4), 351-354.
- Feldam, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N. & De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica, 7*(3), 739-751.
- Ferriz, R., González-Cutre, D., Sicilia, A., & Hagger, M. S. (2016). Predicting healthy and unhealthy behaviors through psical education determination based approach. *Journal of Medicine & Science in Sports, 26*, 579-582.
- Fisher, S., Hood, R. (1986). The stress of the transition to university: a longitudinal study of vulnerability to psychological disturbance and homesickness. *British Journal of Psychology, 79*, 1-13.
- Flay, B. R., Petraitis, J., & Hu, F. B. (1999). Psychosocial risk and protective factors for adolescent tobacco use. *Nicotine & Tobacco Research, 1*(1), 59-65.

- Froján, M.X. & Rubio, R. (1997). Salud y hábitos de vida en los estudiantes de la U.A.M. *Clínica y Salud*, 8(2), 357-381.
- Gallardo, C. & Martínez, A. (2010). Promoción de la salud en la universidad. La Universidad Rey Juan Carlos: una universidad saludable. En: Arroyo, H. (Ed.). *Promoción de la salud. Modelos y experiencias de formación académica-profesional en Iberoamérica* (pp. 435-450). San Juan de Puerto Rico: CIUEPS.
- Gallardo, C., Martínez, A. & Peñacoba, C. (2010). Promoción de la salud en la universidad: la Universidad Rey Juan Carlos, una universidad saludable. [Internet]. Madrid, España. Disponible en: <https://ciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/3126/Promocion%20de%20la%20salud%20en%20las%20universidades%20la%20urjc.pdf?sequence=1>
- García, J.A., López, C & Quiles, M. C. (2006). Consumo de alcohol, actitudes y valores en una muestra de estudiantes universitarios de la provincia de Alicante. *Salud y drogas*, 6(2), 149-159.
- García, M., Ibáñez, J. & Alvira, F. (1986). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.
- Ginés, J. (1999). Indicadores y decisiones en las Universidades. En: Consejo de Universidades (comp.), *Indicadores en la universidad, información y decisiones* (pp. 19-30). Madrid: Fareso.
- Gobierno de Extremadura (2013). Plan de Salud de Extremadura 2013-2020. Consejería de Salud y Política Social.
- Godeau, E., Vignes, C., Duclos, M., Navarro, F., Cayla, F. & Grandjean, H. (2008). Factors associated with early sexual initiation in girls: French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/WHO. *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité*, 36(2), 176-182.

- Gómez, M. (1998). *Teoría y guía práctica para la promoción de la salud*. Montreal: Universidad de Montreal.
- González, MJ. (1997). *Metodología de la investigación social. Técnicas de recolección de datos*. Madrid: Aguaclara.
- González, J., Salvador, T., López, A., García M., Schiaffino A., Antón, E., Musin, A., Fernández, E. & Pérez, I. (2002). Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gaceta Sanitaria*, 16(4), 308-317.
- Granados, M. C. (2010). Universidades promotoras de salud. Un reto que abre posibilidades para el desarrollo humano. Experiencias en la Pontificia Universidad Javeriana. En: Ippolito-Shepherd, J. (Comp.), *Promoción de la salud. Experiencias internacionales en escuelas y universidades* (pp. 283-294). Buenos Aires: Paidós.
- Green, L.W. (1992). *Prevención y Educación Sanitaria en Salud Pública*. Madrid: Interamericana.
- Grossman, R. & Scala, K. (1993). *Health promotion and organizational development: Developing Settings for Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Guardia, J., Jiménez, M. A., Pascual, P., Flórez, G. & Contel, M. (2007). *Alcoholismo: Guías clínicas basadas en la evidencia científica*. Guía Clínica. Valencia: Sociodrogoalcohol.
- Guerrero, L. & León, A. (2010). Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. *Educere*, 14(49), 287-296.
- Gutiérrez, J.A, Montoya, L.P. Toro, B.E., Briñón, M.A., Rosas, E., Salazar, L.E. (2010). Depression in university students and its association with academic stress. *CES Medicina*, 24, (1), 7-17.

- Hamilton, M. T., Healy, G. N., Dunstan, D. W., Zderic, T. W. & Owen, N. (2008). Too little exercise and too much sitting: inactivity physiology and the need for new recommendations on sedentary behavior. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 2(4), 292-298.
- Hernán, M. & Lineros, C. (2009). *Los Activos para la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Herrera-Gutiérrez, E. & Lozano, A. (2013). Proyecto de Universidad Saludable de la Universidad de Murcia. En Arroyo, H. (Ed.), *El Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud: Conceptuación y Práctica* (pp. 324-350). San Juan, Puerto Rico: La Editorial, Universidad de Puerto Rico.
- Hooper, L., Abdelhamid, A., Moore, H. J., Douthwaite, W., Skeaff, C. M. & Summerbell, C. D. (2012). Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and cohort studies. *BMJ*, 345: e7666. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7666>.
- Ippolito-Shepherd, J. (2010). Estrategias de promoción de la salud y desarrollo de ámbitos académicos saludables y sostenibles. En Ippolito-Shepherd, J. (Comp.), *Promoción de la salud. Experiencias internacionales en escuelas y universidades* (pp. 23-72). Buenos Aires: Paidós.
- Instituto Nacional de la Juventud (2008). Encuesta sobre salud y sexualidad en los jóvenes del Instituto Nacional de La Juventud. Disponible en: [http://www.injuve.es/sites/default/files/SondeoSalud%202008-1a%20\(1\).pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/SondeoSalud%202008-1a%20(1).pdf)
- Jenkins, D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; pp 448. Disponible en: <http://iris.paho.org>.



- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. & Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
- Johnes, J. & Taylor, J. (1990). *Performance indicators in higher education*. Londres: Open University Press.
- Juvinya, D. (2013). Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enfermería Clínica*, 23(3), 87-88.
- Katzmarzyk, P. T., Church, T. S., Craig, C. L. & Bouchard, C. (2009). Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. *Medicine & Science in Sports and Exercise*, 41(5), 998-1005.
- Keating, X.D., Guan, J., Piñero, J.C., Bridges, D.M. (2005). A meta-analysis of college students' physical activity behaviors. *Journal of American College Health*, 54(2), 116-25.
- Keller, S., Maddock, J. E., Hannöver, W., Thyrian, J. R., & Basler, H. D. (2008). Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Preventive medicine*, 46(3), 189-195.
- Kerlinger, F. (1997). *Investigación del comportamiento*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Kickbusch, I. (2003). The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *American Journal of Public Health*, 93(3), 383-388.
- Kinnear, T. & Taylor, J. (1998). *Investigación de mercados*. México: Mc Graw Hill.
- Knapp, M. S. (1986). Contribuciones etnográficas a la investigación evaluativa. En: Cook, T.D. & Reichart, Ch. S. (Eds), *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa* (pp. 171-201). Madrid: Morata.

- Kretzmann, J.P. & McKnight, J.L. (1993). *Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets*. Chicago, IL: ACTA Publications.
- Kreuter, M., Lukwago, S., Bucholtz, R., Clark, E. & Sanders-Thompson, V. (2003). Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. *Health Education Behaviour*, 30, 133–146.
- Krueger, R. A. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Krueger, R.A. (2006). Is it a focus group? Tips on how to tell. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 33(4), 363–366.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2014). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (5th. Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare.
- Landeta, J. (1999). *El método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre*. Barcelona: Ariel.
- Landeta, J. 2006. Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technological Forecasting and Social Change*, 73, 467-482.
- Lange, I. & Vio, F. (2006). *Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de educación superior*. Santiago: Andros Limitada.
- Ledo, M.T., De Luis, D.A., González, M., Izaola, O., Conde, R. & Aller, R. (2011). Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 26(4), 814-818.
- Leger, L. (1997) Health promoting settings: from Ottawa to Jakarta. *Health Promotion International*, 12, 99-101.

- Lema, L.F., Salazar, I.C., Varela, M.T., Tamayo, J.A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 71-88.
- Lemp, M. & Behn, V. (2008). Utilización del tiempo libre de estudiantes del área de salud de la institución educacional Santo Tomás, Talca. *Ciencia y Enfermería*, 14(1), 53-62.
- Ley 42/2010 (art.7). BOE, 31/12/ 2010. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>
- Lindstrom, B. & Eriksson, M. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 460-6.
- Lindstrom, B. & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238-244.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Linston, H.A. & Turoff, M. (2002). *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Newark, NJ: New Jersey Institute of Technology.
- López, I., Sánchez, A., Johansson, L., Petkeviciene, J., Prattala, R. & Martínez, M. A. (2003). Disparities in food habits in Europe: systematic review of educational and occupational differences in the intake of fat. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 16(5), 349-364.
- López, L. A., & Aranda, J. M. (1994). *Promoción de salud: un enfoque en salud pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- López, C. (1998). Los hábitos alimentarios: educación y desarrollo. En: Vázquez, C., De Cos, A., López-Nomdedeu, C. (Eds.). *Alimentación y nutrición: manual teórico-práctico* (pp. 267-272). Madrid: Díaz de Santos.

- López, C. (1999). Influencia de la estructura social y familiar en el desarrollo de los hábitos alimentarios. En: Hernández, M., & Sastre, A (Eds.). *Tratado de Nutrición* (pp. 1355-1365). Madrid: Díaz de Santos.
- Lozano, A. & Herrera-Gutiérrez, E. (Coords.) (2013). *Estudio de factores relacionados con la salud en el alumnado universitario*. Murcia: Servicio de Promoción y Educación para la Salud, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Política Social, Oficina de Universidad Saludable REUS-UMU, Universidad de Murcia.
- Lozano, A. (2015). *Estudio sobre tabaquismo en el alumnado de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia: actitudes, consumo de tabaco, y exposición al humo ambiental de tabaco*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia: Murcia.
- Luengo-Arjona, P., Orts, M.I., Arcángel, R. & Arroyo, O.I. (2007). Comportamiento sexual, prácticas de riesgo y anticoncepción en jóvenes universitarios de Alicante. *Enfermería Clínica*, 17(2), 85-89.
- Luna, P., Infante, A. & Martínez, F. J. (2005). Los Delphi como fundamento metodológico predictivo para la investigación en Sistemas de Información y Tecnologías de la Información (IS/IT). *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 26, 89-112.
- Luthar, S.S., Zigler, E (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.
- Luxán, J.M. (1998). La evaluación de la universidad en España. *Revista de Educación*, 315, 11-28.
- Macan, T. M., Shahani, C., Dipboye, R. L., & Phillips, A. P. (1990). College students' time management: Correlations with academic performance and stress. *Journal of Educational Psychology*, 82, 760- 768.

- McMillan, J. & Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Majem, L. S., Barba, L. R., Bartrina, J. A., Rodrigo, C. P., Santana, P. S. & Quintana, L. P. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Medicina clínica*, 121(19), 725-732.
- Martínez, J. (1990). El estudio de casos en la investigación cualitativa. En: Martínez, J.B. (ed.). *Hacia un enfoque interpretativo de la enseñanza* (pp. 57-68). Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.
- Mas, A., Nerín, I., Barrueco, M., Cordero, J., Guillén, D., Jiménez, C. & Sobradillo, V. (2004). Consumo de tabaco en estudiantes de sexto curso de medicina de España. *Archivos de Bronconeumología*, 40(9), 403-408.
- McDonald, G., Veen, C., & Tones, K. (1996). Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Education Research*, 11(3), 367-376.
- McQueen, D. V. (2009) El Consenso de Galway. *Global Health Promotion*, 16(2), 64-65.
- Meda, R., De Santos, F., Lara, B., Verdugo, J. C., Palomera, A. & Valadez, M. D. (2008). Evaluación de la percepción de calidad de vida y el estilo de vida en estudiantes desde el contexto de las Universidades Promotoras de la Salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 8, 5-16.
- Mesa, M.I., Barella, J.L., & Cobeña, M. (2004). Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. *Atención Primaria*, 33(7), 374-380.
- Mendoza, R. (1990). Concept of healthy lifestyle and their determinants. En *2nd. European Conference on Health Education (Warsaw, 7-9 June 1990)*, pp.13.
- Ministerio de Salud de Perú, (2012). *Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú*. Lima, Perú.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). *Formación en Promoción y Educación para la Salud*. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2014). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Informe 2014 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf>

Ministerio de Sanidad (2009). *Encuesta Nacional de salud sexual*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5\\_presentacion\\_ResultadosENSS\\_16dic09.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf)

Miranda, C.A., Gutiérrez, J.C., Bernal, F. & Escobar, C.A. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de Medicina de la U del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29, 251-260.

Molina-Garcia, J., Castillo, I., & Pablos, C. (2009). Determinants of leisure-time physical activity and future intention to practice in Spanish college students. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 128-137.

Montero, I., León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 503-508.

Moreno, C. (2012). *Factores que influyen en la actividad física y en los hábitos alimentarios de los estudiantes universitarios*. Tesis Doctoral. Universidad de Islas Baleares, Menorca, España.

Morgan, A., Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*, 2, 17-22.

- Morgan, D.L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. (2nd. Ed.). London: Sage.
- Muñoz, P. & Muñoz, I. (1999). Intervención de la familia. Estudio de casos. En: G. Pérez, G. (coord.). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural: aplicaciones prácticas* (pp. 221-252). Madrid: Narcea.
- Muñoz, M. & Cabieses, B. (2008). Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(2), 139-146.
- Muñoz, M. & Uribe, A. (2013). Estilos de vida en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 16(30), 356-367.
- Myers, G. (1998) Displaying opinions: topics and disagreement in focus groups. *Language in Society*, 27(1), 85-111.
- Naciones Unidas (2005). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y El Caribe (A/59/2005)*, Santiago de Chile, junio.
- Naciones Unidas (2015). 70/1. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015 Comisión Principal (A/70/L.1/). Nueva York: Distrito Federal de Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>
- Navarro, Y., Carrasco, A. M., Sánchez, J.C. y Torrico, E. (2004). Comportamiento y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 10(2), 167-182.
- Nerín, I. Crucelaegui, A., Novella, P., Ramón y Cajal, P. Sobradiel, N. & Gericó, R. (2004). Encuesta sobre tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con la práctica de ejercicio físico. *Archivos de Bronconeumología*, 40(1), 5-9.
- Newton, J., Dooris, M. & Wills, J. (2016). Healthy universities: an example of a whole-system health-promoting setting. *Global Health Promotion*, 23(1), 57-65.

- Nishida, C. & Uauy, R. (2009). WHO scientific update on health consequences of trans fatty acids: introduction. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63(2), 1–4.
- Noll, H. (2002). Towards a European system of social indicators: Theoretical framework and system architecture. *Social Indicators Research*, 58(1), 47-87.
- Nutbeam, D. (1998) Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. .
- Olivares, S., Lera, L. & Bustos, N. (2008). Etapas del cambio, beneficios y barreras en actividad física y consumo de frutas y verduras en estudiantes universitarios de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 35(1), 25-35.
- OMS. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf)
- OMS. (1981). Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000. Ginebra: OMS
- OMS (1986). Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaChapterSp.pdf>.
- OMS. (1988). Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. OMS: Adelaida. Disponible en: [www.who.int/hpr/archiv/docs/adelaide.html](http://www.who.int/hpr/archiv/docs/adelaide.html)
- OMS. (1991). Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud. Sundsvall, Suecia: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [www.who.int/hpr/archiv/docs/sundsvall.html](http://www.who.int/hpr/archiv/docs/sundsvall.html)
- OMS. (1997). Declaración de Yakarta sobre la Conducción de la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI. Ginebra: OMS.
- OMS. (1998a). Glosario de términos básicos en promoción de la salud. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.



- OMS. (1998b). Salud 21. Salud para Todos en el siglo XXI. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (1999). Consejo ejecutivo. 105ª reunión. Aplicación de resoluciones y decisiones. Informe de la secretaría.
- OMS. (2002). Estrategia Europea para el Control del Tabaco. Copenhague: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2003). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_fctc\\_spanish.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf).
- OMS. (2003). Informe sobre la Salud en el Mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/whr/previous/es>.
- OMS. (2005). Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS
- OMS. (2007). Evaluación de la promoción de la salud: principios y perspectivas. Metodologías para la promoción de la salud. Washington, D.C: OMS.
- OMS. (2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo EB124/9 124ª reunión 4 de diciembre de 2008.
- OMS. (2010a). Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Organización Mundial de la Salud: 63.ª Asamblea Mundial de la Salud.
- OMS. (2010b). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2010c). Metas del Milenio 2000. Disponible en: <http://www.un.org/documents/ga/docs/56/a56326.pdf>. 6.

- OMS. (2011). Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Baku, Azerbaijan: Regional Committee for Europe EUR/RC61/Inf.Doc./6
- OMS. (2013). Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. OMS: Helsinki.
- OPS. (1978). Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. URSS: OPS.
- OPS. (1998). Escuelas promotoras de la salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Comunicación para la Salud No 13. Washington, DC: OPS/OMS.
- OPS. (2001). Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol. 51 Consejo Directivo de la OPS, 63.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; Washington (DC): OPS. Disponible en:  
[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5723&Itemid=4139&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723&Itemid=4139&lang=es).
- OPS. (2002). Promoción de la salud, un enfoque innovador y eficaz. Noticias e información del centenario, información de prensa. Disponible en:  
<http://www.paho.org/Spanish/DPI/>
- OPS. (2009). *Una nueva mirada al movimiento de universidades promotoras de la salud en las Américas*. Documento de trabajo desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. Pamplona: OPS.
- OPS/OMS. (1992). Líneas de Investigación prioritarias en promoción de la salud. Washington, D.C: OPS/OMS.
- OPS/OMS. (1994). Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina. Quito, Ecuador: OPS/OMS.

- OPS/OMS. (1996). El movimiento de municipios saludables: una estrategia para la promoción de la salud en América Latina. Washington, D.C: OPS/OMS.
- OPS/OMS. (1998). Escuelas promotoras de la salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Comunicación para la Salud N°13. Washington, DC: OPS/OMS.
- OPS/OMS. (2005). Renovando la atención primaria de la salud en las Américas. Un documento de posición de la OPS/OMS.
- OPS/OMS. (2013). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Washington, D.C: OPS/OMS. Disponible en:[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19267&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19267&Itemid=)
- Oñate, N., Ramos, L. & Díaz, A. (1998). Utilización del Método Delphi en la pronosticación: Una experiencia inicial. Cuba. *Economía Planificada*, 3(4), 9-48.
- Ortega, R. (1992). *Medicina del ejercicio físico y del deporte para la atención a la salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Ortega, R. (1999). Ejercicio físico. En: Martín, A. (ed.). Curso a distancia de prevención en atención primaria. Módulo 1 (2.aed.) (pp. 139-154). Barcelona: Renart Edicions.
- Osoro, J.M. (1995). *Los indicadores de rendimiento en la evaluación institucional universitaria*. Zaragoza: ICE.
- Pascual, L., Gallardo, C. & Corea, C. (2010). Desarrollo de universidades promotoras de salud: la experiencia de España. En: Ippolito-Shepherd, J. *Promoción de la Salud. Experiencias internacionales en escuelas y universidades* (pp. 253-267). Buenos Aires: Paidós.

- Pato, I. (2011). La Gobernanza para la Salud en el Siglo XXI. *Revista eSalud.com*, 7(28). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4204455.pdf>.
- Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. Beverly Hills, C. A.: Sage.
- Pawson R & Tilley N 1997. *Realistic evaluation*. Londres: Sage Publications.
- Perea, R. (2004). *Educación para la salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos, interrogantes y métodos*. Madrid: La Muralla.
- Petrides, K.V., Frederickson, N., Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behaviour at school. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 277-293.
- Physicians, R.C. (2000). *Nicotine addiction in Britain*. London: Royal College of Physicians.
- Piédrola, G. (2008). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Pons, J., Colás, P., González, T. Jiménez, R. (2007). La adaptación de las universidades al Espacio Europeo de Educación Superior. Un procedimiento metodológico para el diseño de planes estratégicos. *Revista de Investigación Educativa*, 25(2), 533-554.
- Precioso, J. (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*, 22(3), 499-506.
- Quintiliani, L., Allen, J., Marino, M., Kelly-Weeder, S., Li, Y. (2010). Multiple health behavior clusters among female college students. *Patient Education and Counseling*, 79(1), 134-137.
- Ramírez-Hoffmann, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colombia Médica*, 33(1), 3-5.

- Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior y Universidades Promotoras de Salud (2012). *“Universidades e Instituciones de Educación Superior (IES) promotoras de salud. Guía para su fortalecimiento y evaluación”*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Red Nacional de Universidades Promotoras de Salud (2013). *Guía para la autoevaluación y reconocimiento de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud*. Chile: Universidad Austral de Chile.
- Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R. I. & Richard, M. (2003). La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. (1ra ed.). Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J.S. & Braithwaite, R.L. (1999). Cultural sensitivity in public health: Defined and demystified. *Ethnicity & Disease*, 9, 10–21.
- REUS (2008). Principios, objetivos y estructuras de la red. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/UniversidadesSaludables/REUS.htm>.
- Rice, M. & Hancock, T. (2016). Equity, sustainability and governance in urban settings. *Global Health Promotion*, 23(1), 94-97.
- RIUPS (2011). Declaración de Costa Rica. Disponible en: <http://www.usaludable.ucr.ac.cr/archivos/DECLARACION.pdf>
- RIUPS (2013). Declaración conmemorativa de los diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en la Región de las Américas (2003-2013). III Asamblea General de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). Disponible en: <http://bit.ly/12au8w1>.

- RIUPS (2017). Declaración de Alicante sobre la Promoción de la Salud y Universidad. Disponible en: <http://files.sld.cu/psicobienestarsalud/files/2017/07/Declaracio%CC%81n-de-Alicante.pdf>
- Rius, F. (1997). *Bioestadística. Métodos y aplicaciones*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C., & Hernan, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española Salud Publica*, 85(2), 129-139.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, M. (2009). Empoderamiento y promoción de la salud. *Red de Salud*, 14, 20-31.
- Rodríguez, S. (1998). El proceso de evaluación institucional. *Revista de Educación*, 315, 45-65.
- Rodríguez, F., Palma, X., Romo, A., Escobar, D., Aragón, B., Espinoza, L., McMillan, N. & Gálvez, J. (2013). Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 447-455.
- Rodríguez, J., & Agulló, E. (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*, 11(2), 247-259.
- Romero, A., Cruz, S., Gallardo, C. & Peñacoba, C. (2013). Cómo promocionar la salud y el bienestar en la comunidad universitaria. Universidad Rey Juan Carlos, Universidad Saludable. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(2), 49-64.
- Rossmann, G. B. & Rallis, S. F. (1998). *Learning in the field: an introduction to qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Rowe, G. & Wright, G. (1999). The Delphi Technique as a forecasting tool: issues and analysis. *International Journal of Forecasting*, 15, 353–375.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M.J., Herruzo, J. (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society, & Education*, 2(1), 21-31.
- Sakamaki R, Amamoto R, Mochida Y, Shinfuku N, Toyama K. (2005) A comparative study of food habits and body shape perception of university students in Japan and Korea. *Nutrition Journal*, 4, 31-40.
- Salazar, I., & Quintero, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 13(15), 74-89.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Salleras L. (1986). Le basi scientifiche de la Medicine Preventive. *Italian Journal of Laboratory Medicine*, 4, 5-11.
- Salleras, L., Prat, A., Garrido, P. (2002). Educación sanitaria: concepto, campos de acción, agentes y bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud. En: Piédrola, G. (Ed.) *Medicina Preventiva y Salud Pública* (pp. 221-231). Barcelona: Masson.
- Samet, J. M. (2013). Tobacco smoking: the leading cause of preventable disease worldwide. *Thoracic surgery clinics*, 23(2), 103-112.
- Sampieri, R. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Sánchez, F. (1998). El concepto de salud, su relación con la actividad física y la EF orientada hacia la salud. En: Casimiro, A. (Ed.), *Nuevos horizontes en la educación física y el deporte escolar* (pp. 17-33). Málaga: Instituto Andaluz del Deporte.

- Sandín, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sanmartín, R. (1989): La observación participante. En: García, M., Alvira, F. & Ibáñez, J. (eds.). *El análisis de la realidad social* (pp. 126-140). Madrid: Alianza.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M.(2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *The Journal of Social Psychology*, 141(4):523-36.
- SEDCA (2016). *Recomendaciones de alimentación para la población española*. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación: Fundación alimentación saludable.
- Segers, M. & Dochy, F. (1996). Quality assurance in higher education: Theoretical considerations and empirical evidence. *Studies in Educational Evaluation*, 22, 115-137.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), 302-309.
- Serra-Majem, L., Bes-Rastrollo, M., Román-Viñas, B., Pfrimer, K., Sánchez-Villegas, A. & Martínez-González, M.A. (2009). Dietary patterns and nutritional adequacy in a Mediterranean country. *British Journal of Nutrition*, 101(2), 21-28.
- Sierra, R. (1994). *Técnicas de Investigación social*. Madrid: Paraninfo.
- Smith, A. (2000). *Researching Quality of Life of Older People: Concepts, Measures and Findings*. Working Paper nº 7. Keele University, Centre for Social Gerontology. Disponible en: [http://www.keele.ac.uk/research/lcs/csg/downloads/research\\_quality.pdf](http://www.keele.ac.uk/research/lcs/csg/downloads/research_quality.pdf)
- Sigerist, H. (1941). *Medicine and human welfare*. New Haven: Yale University.
- Springett, J. (1999). *Practical guidance on evaluating health promotion: guidelines for practitioners*. Copenhagen, OMS Oficina Regional for Europa.



- Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Stake, R. E. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Madrid, Morata.
- Stewart -Brown S. ¿Qué pruebas demuestran que la promoción de la salud en las escuelas mejora la salud o previene la enfermedad y específicamente qué tan eficaz es el enfoque de Escuelas Promotoras de la Salud? Copenhagen, Oficina Regional Europea de la OMS, Informe de la Red de Evidencias en Salud; disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>, acceso Mayo 2007
- Suárez, M. & Van den Broucke, S. (2016). Implementing the Health Promoting University approach in culturally different contexts: a systematic review. *Global Health Promotion*, 23(1), 46-56.
- Suls, J. & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23, 119-125.
- Tarlov, A.R. (1996). Social Determinants of Health. The Sociobiological translation. In: Blane, D., Brunner, E. & Wilkinson, R (editors). *Health and Social Organization* (pp. 71-93). London: Routledge.
- Tarlov, A.R. (1999). Public policy frameworks for improving population health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 281-93.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. La búsqueda de significados. Buenos Aires: Paidós.
- Terris, M. (1975). Approaches to an Epidemiology of Health. *The American Journal of Public Health*, 65(10), 1037-1045.
- Townshend, J.M., & Duka, T. (2005). Binge drinking, cognitive performance and mood in a population of young social drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(3), 317-325.
- Trevor, H. (2001). People, partnerships and human progress: building community capital. *Health Promotion International*, 16, 275- 280.

- Tsouros, A.D., Dowding, G., Thomson, J. & Dooris, M. (1998). *Health Promoting Universities. Concept, Experience and Framework for Action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Turner, C., Russell, A. & Brown, W. (2003). Prevalence of illicit drug use in young Australian women, patterns of use and associated risk factors. *Addiction*, 98, 1419-1426.
- Turney, L. & Pocknee, C. (2005). Virtual Focus Groups: New Frontiers. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(2), 1-10.
- Ulla-Diez, S. M., & Perez-Fortis, A. (2009). Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promotion International*, 25, 85-93.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. *Strategy on education for health and well-being: contributing to the sustainable development goals. Education 2030*. Paris: UNESCO.
- Urrutia, M., Contreras, A., Dois, A. (2004). Modelo de atención de salud basado en el autocuidado: inicios y evolución. *Revista Horizonte de Enfermería*, 15, 81–88.
- Vallés, M.S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Valera, A. y López, J.A. (2000). Metodología de la evaluación de la enseñanza universitaria. *Psicothema*, 12(2), 553-556.
- Varela, M.T., Duarte, C., Salazar, I.C., Lema, LF., Tamayo, J.A. (2011). Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. *Colombia Médica*, 42, 269-77.
- Villar, E., Caparrós, B., Viñas, F., Juan, J., Pérez, I., y Cornellà, I. (2001). L'adaptació a la universitat. Factors psicològics i socials. Girona: Servei de Publicacions de la Universitat de Girona.

- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3), 197-205.
- WHO (1964). Technical Report Series. (Thirteenth report of WHO Expert Committee on Addiction-Producing Drugs). Geneva: World Health Organization, 273, 9-20.
- WHO. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. Ginebra (Suiza): OMS; Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/implementation/toolbox/en/>.
- WHO. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2013). *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf).
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organisation. *Social Science & Medicine*, 10, 1403- 1409.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). (2<sup>o</sup> ed) . *Social Determinants of Health: The solid facts*. Geneve: WHO
- Wilkinson, S. (2004). Focus group research. En David Silverman (Ed.). *Qualitative Research: Theory, Method and Practice* (pp. 177-199). London: Sage Publications.

- Xiangyang, T., Lan, Z., Xueping, M., Tao, Z., Yuzhen, S. & Jagusztyn, M. (2003). Beijing health promoting universities: practice and evaluation. *Health Promotion International*, 18(2), 107–113.
- Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación. *Inomics*, 1, 296-306.
- Yin, R. (1989). *Case Study Research, Design and Methods*. Beverly Hills, CA: Sage Publishing.
- Zárate, M., Zavaleta, A., Danjoy, D., Chanamé, E., Prochazka, R., Salas, M., & Maldonado, V. (2006). Prácticas de consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú. *Investigación y educación en enfermería*, 24(2), 72-81.
- Zimmerman, A. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology*, 18(1), 169-177.



## ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS y GRÁFICOS

- Índice de tablas

Tabla 1. Enfoque del estudio de caso de la investigación.....	119
Tabla 2. Fases de desarrollo de nuestro estudio de caso.....	121
Tabla 3. <i>Variables del cuestionario sobre estilos de vida de los estudiantes y valoración de los recursos de la UEx.....</i>	128
Tabla 4: Participantes del Delphi.....	134
Tabla 5. Caracterización de la muestra del Focus Group.....	140
<i>Tabla 6. Preguntas del focus group y dimensiones de estudio.....</i>	141
<i>Tabla 7. Competencias de los Vicerrectorados relacionados con la PS en la UEx..</i>	144
<i>Tabla 8. Encuesta vicerrectores con competencias relacionadas con la PS.....</i>	146
<i>Tabla 9. Distribución de estudiantes por rama de conocimiento.....</i>	150
<i>Tabla 10. Distribución alumnos participantes por titulaciones de Grado.....</i>	151
<i>Tabla 11: Estado civil y situación de convivencia de los estudiantes.....</i>	152
<i>Tabla 12. Cauces de información universitaria.....</i>	153
<i>Tabla 13. Horas de trabajo sentado/a, horas de caminar diario y horas de sueño...</i>	156
<i>Tabla 14. Método anticonceptivo.....</i>	162
<i>Tabla 15. Frecuencia relaciones sexuales.....</i>	163
<i>Tabla 16. Sexualidad satisfactoria.....</i>	163
<i>Tabla 17. Consumo de bebidas alcohólicas.....</i>	164
<i>Tabla 18. Consumo de drogas.....</i>	165
<i>Tabla 19. Valoración de servicios y otros aspectos universitarios relacionados con la calidad de vida y la promoción de la salud.....</i>	165
<i>Tabla 20. Ajustes de la primera versión del sistema de indicadores para evaluar la Estrategia de PS en la universidad realizados por el grupo coordinador.....</i>	168

<i>Tabla 21. Análisis cualitativo de la versión 2 del sistema de indicadores.....</i>	169
<i>Tabla 22. Resultados cuantitativos del método de expertos para la dimensión 1 “Políticas universitarias”.....</i>	172
<i>Tabla 23. Resultados cuantitativos del método de expertos para la dimensión 2 “Entornos saludables”.....</i>	172
<i>Tabla 24. Resultados cuantitativos del método de expertos para la dimensión 3 “Empoderamiento”.....</i>	172
<i>Tabla 25. Resultados cuantitativos del método de expertos para la dimensión 4 “Planes de estudio”.....</i>	173
<i>Tabla 26. Resultados cuantitativos del método de expertos para la dimensión 5 “Participación e intersectorialidad”.....</i>	173
<i>Tabla 27. Resultados cuantitativos del método de expertos para la dimensión 6 “Reorientación de los Servicios de Salud”.....</i>	174
<i>Tabla 28. Fuentes de consulta para la evaluación de la Promoción de la Salud en la UEx.....</i>	176
<i>Tabla 29. La Promoción de la Salud en el Plan Estratégico de la UEX 2014/2018..</i>	177
<i>Tabla 30. Titulaciones y Competencias en Promoción de la Salud.....</i>	184
<i>Tabla 31. Grupos y líneas de investigación en Promoción de la Salud.....</i>	188
<i>Tabla 32. Presentaciones en congresos y reuniones científicas sobre la experiencia de fortalecimiento de PS en la UEx.....</i>	190
<i>Tabla 33. Otras acciones de fortalecimiento de PS en la UEx.....</i>	192
<i>Tabla 34. Ejemplos de buenas prácticas en otras universidades de la REUS relacionadas con las necesidades evidenciadas en la UEx.....</i>	221

- **Índice de figuras**

Figura 1: Continuo salud-enfermedad. Correlación de los aspectos subjetivo y objetivo con la salud y la enfermedad.....	24
Figura 2: Determinantes de salud según Marc Lalonde.....	27
Figura 3: Modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud de Dever...	27
Figura 4. Modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead (1991).	28
Figura 5: La nueva rueda de los alimentos.....	33

Figura 6: Recomendaciones del plato saludable.....	34
Figura 7. Porcentaje de personas que practicaron deporte en España en 2015....	38
Figura 8. Perspectivas de los modelos de déficit y activos.....	52
<i>Figura 9. Diseño metodológico del estudio de investigación.....</i>	<i>114</i>
<i>Figura 10: Estudio de los estilos de vida de los estudiantes de la UEx.....</i>	<i>123</i>
<i>Figura 11. Método investigación del estudio de evaluación de la estrategia de PS en la UEx.....</i>	<i>130</i>
<i>Figura 12. Estudio de las valoraciones de los estudiantes y los representantes institucionales en relación a la estrategia de PS en la UEx.....</i>	<i>137</i>

- **Índice de gráficos**

<i>Gráfico 1: Estrés académico I.....</i>	<i>154</i>
<i>Gráfico 2: Estrés académico II.....</i>	<i>154</i>
<i>Gráfico 3: Percepción salud afectada por estrés.....</i>	<i>155</i>
<i>Gráfico 4: Dimensiones de la calidad de vida. EQ-5D.....</i>	<i>157</i>
<i>Gráfico 5. Habilidades personales y sociales.....</i>	<i>157</i>
<i>Gráfico 6. Motivos de práctica deportiva.....</i>	<i>159</i>
<i>Gráfico 7. Motivos de no práctica deportiva.....</i>	<i>159</i>
<i>Gráfico 8. Actividades relajación.....</i>	<i>160</i>
<i>Gráfico 9. Peso/Imagen corporal.....</i>	<i>160</i>
<i>Gráfico 10. Frecuencia con que están a dieta.....</i>	<i>161</i>
<i>Gráfico 11. Consumo de Tabaco.....</i>	<i>164</i>



# **ANEXOS**

**Anexo 1. Cuestionario de estilos de vida de los estudiantes de la UEx y percepción sobre la PS en la institución.**

La Universidad de Extremadura a través de la Oficina de Universidad Saludable, está realizando una encuesta sobre bienestar, calidad de vida y promoción de la salud en la comunidad universitaria. Este estudio se enmarca dentro de los objetivos de la Oficina de Universidad Saludable y tiene como fin último promover acciones de mejora en los diferentes ámbitos. El estudio diagnóstico se va a realizar en base a la información obtenida mediante encuestas al alumnado. Tú eres una de las personas que ha sido seleccionada al azar para realizar esta encuesta. La información que nos proporcionas se tratará de manera confidencial y anónima. Te rogamos, por tanto, que respondas con la mayor sinceridad posible. Tu participación es fundamental para la futura propuesta de acciones de promoción de la salud en la universidad.

¡MUCHAS GRACIAS DE ANTEMANO POR TU COLABORACIÓN!

<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	
1. Sexo	
Mujer	
Hombre	
2. Nacionalidad	
Española	
Otro:	
3. Edad	
Altura (cm)	
Peso (Kg)	
4. Estado civil	
Soltero/a	
Casado/a	
Divorciado/a	
Otro:	
5. ¿Padeces algún tipo de discapacidad?	
Si, visual	
Si, motora	
Si, auditiva	
No	
Otro:	
6. ¿Con quién vives? (de lunes a viernes principalmente)	
Vivo solo	
Vivo con mi pareja (con o sin hijos/as)	
Vivo con mis padres (padre o madre)	
Vivo en un piso compartido (amigos/as, compañeros/as)	
Vivo en una residencia de estudiantes, Colegio Mayor	

7. ¿Cómo consideras el dinero del que dispones al mes para tus gastos?
Totalmente suficientes
Suficientes
Poco suficientes
Totalmente insuficientes

8. De qué manera financia tus estudios principalmente? (varias respuestas posibles)
Manutención de los Padres (padre y/o madre)
Becas
Trabajo durante todo el año/durante el curso
Trabajo durante las vacaciones
Otro:

9. ¿Por qué cauces o sistemas te llega la información universitaria?
Página Web de la Universidad
Correo electrónico universitario
A través de los/as profesores/as
A través de los/as delegados/as, o compañeros/as
Comunicados escritos (paneles de información, Folletos, etc.)
Otro:

10. Para ti ¿qué cauce o sistema sería o es el más adecuado para que te llegue puntualmente la información universitaria?
Redes sociales
Correo electrónico
Sms móvil
A través de los delegados o profesores
Otro:

<b>ESTUDIOS Y ESTRÉS PERCIBIDO</b>
------------------------------------

11. ¿Qué opinas del nivel de exigencia en tu especialidad o carrera en la universidad?
Es muy bajo
Más bien bajo
Adecuado
Más bien alto
Muy alto

12. ¿Cuál es la media aproximada de tu expediente académico?
Aprobado
Notable
Sobresaliente
Otro:

13. ¿Con qué frecuencia sueles acudir a la Universidad durante el curso?
La mayoría de los días
2 ó 3 días por semana
1 día a la semana
1 ó 2 veces al mes
Menos de una vez al mes (sólo para los exámenes)

14. ¿En qué medida te sientes agobiado/a por las siguientes circunstancias académicas?				
	Siempre	A menudo	Pocas veces	Nunca
Realización de un examen				
Exposición de trabajos en clase				
Sobrecarga académica				
Masificación aula				
Competitividad entre compañeros				
Realización de trabajos obligatorios				
La tarea de estudio				
15. ¿En qué medida crees que el estrés en los estudios ha afectado tu salud?				
Nada				
Apenas				
Algo				
Bastante				
Mucho				
16. Por lo general, ¿dirías que tu calidad de vida es ...?				
Muy buena				
Buena				
Regular				
Mala				
Muy mala				

<b>SALUD Y SATISFACCIÓN VITAL</b>
-----------------------------------

17. ¿En qué medida cuidas de tu salud?										
Nada										
Poco										
Bastante										
Mucho										
18. ¿Cuántas horas trabajas diariamente sentado/a?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19. ¿Cuánto tiempo caminas regularmente al día? (en minutos)										
1-20										
20-40										
40-60										
Más de 60										
20. ¿Cuántas horas duermes al día habitualmente entre semana (siesta incluida)?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

21. ¿Cuántas horas duermes al día habitualmente los fines de semana (siesta incluida)?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

22. ¿Las horas que duermes te permiten descansar lo suficiente?					
Si					
No					
23. Cómo definirías tu estado de salud en el día de HOY. Para ello, dinos qué afirmaciones describen mejor tu estado de salud en el día de hoy.					
a. Movilidad					
No tengo problemas para caminar					
Tengo algunos problemas para caminar					
Tengo que estar en la cama					
b. Cuidado personal					
No tengo problemas con el cuidado personal					
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme					
Soy incapaz de lavarme o vestirme					
c. Actividades cotidianas (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades en el tiempo libre)					
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas					
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas					
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas					
d. Dolor/Malestar					
No tengo dolor ni malestar					
Tengo moderado dolor o malestar					
Tengo mucho dolor o malestar					
e. Ansiedad/Depresión					
No estoy ansioso/a ni deprimido/a					
Estoy moderadamente ansioso/a deprimido/a					
Estoy muy ansioso/a o deprimido/a					
24. ¿Cómo consideras que ha sido tu salud durante los últimos 12 meses?					
Buena					
Regular					
Mala					
25. ¿Alguna vez has estado en tratamiento psicoterapéutico?					
Si					
No					
26. ¿Tomas medicamentos sin prescripción médica?					
Siempre					
Algunas veces					
No, nunca					
27. Señala el nivel de satisfacción que sientes por tus habilidades personales y sociales que se describen a continuación:					
1=Totalmente insatisfecho/a, 2= Bastante o algo insatisfecho/a, 3= Indiferente, 4= Algo o bastante satisfecho/a, 5= Muy totalmente satisfecho/a					
	1	2	3	4	5
Para analizar las situaciones en que te ves envuelto/a y tomar las decisiones adecuadas					
Para resolver los retos o problemas que se te van planteando					
Para utilizar razonablemente el tiempo del que dispones					

Para realizar con calidad y periodicidad las tareas domésticas de compras, limpieza...					
Para cocinar con gusto y organizar adecuadamente menús saludables					
Para manejar con un buen control tus emociones					
Para comunicarte bien con los demás					
Para saber negociar en determinadas situaciones, tratando no sólo de ganar tú.					
Para resolver los conflictos en que te ves envuelto sin mayores broncas					
Para respetar/tolerar a compañeros/as con ideas diferentes a las tuyas.					

### COMPORTAMIENTOS Y ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD

<b>A. ACTIVIDAD FÍSICA Y RELAJACIÓN</b>
28 ¿Cuántas veces por semana realizas actividad física (deporte, trabajo corporal, etc.) que dure al menos 30 minutos, te hace respirar más fuerte, te aumentan las pulsaciones y empiezas a sudar?
Una vez
2 veces
3 veces
4 veces
Todos o casi todos los días
Ninguna vez
29 ¿Cuántas horas a la semana dedicas a realizar actividad física?
Menos de 2 horas
2-3 horas
3-4 horas
5-6 horas
Más de 6 horas
30. ¿Cuáles son tus principales motivos para practicar ejercicio físico? (Máximo hasta tres respuestas posibles)
Para mantenerme en forma
Para ver de lo que soy capaz
Como compensación al estudio
Para encontrar a gente agradable
Porque mis amigos/familiares hacen deporte
Por indicación médica, como terapia
Porque el deporte me gusta o me divierte
Otro:
31. Si nunca haces deporte o ejercicio físico, ¿a qué se debe? (Máximo hasta tres respuestas posibles)
Tengo muy poco tiempo
Tengo horarios cambiantes o desfavorables

No me gusta el deporte. Prefiero otras actividades de ocio
Mis deportes preferidos no se ofertan entre las actividades deportivas universitarias
32. Me resulta difícil acceder a los deportes o actividades deportivas (están lejos, son caros...)
Estoy sólo/a, me falta compañía
No es mi caso
Otro:
33. Si desde la universidad se plantearan programas de actividad física para realizar en el campus universitario durante tus horas libres, ¿te gustaría participar?
Si
No
34. Desde que estás en la universidad:
Dejaste de hacer ejercicio/deporte
Haces más ejercicio físico
Haces el mismo ejercicio
Has empezado a hacer ejercicio
Haces menos ejercicio
35. ¿Cuáles son las actividades que haces regularmente, es decir, por lo menos una vez por semana, para relajarte? (varias respuestas posibles)
Sauna, baños calientes, etc
Ejercicios de relajación (muscular, yoga, meditación)
Juegos de ordenador/internet
Ver la television
Pasear
Leer
Quedar con los amigos
Sexo
Consumir bebidas alcohólicas
Escuchar música
Otro:

<b>B. ALIMENTACIÓN</b>
------------------------

36. Creo que estoy ...				
Demasiado delgado/a				
Un poco delgado/a				
Peso adecuado				
Un poco gordo/a				
Demasiado gordo/a				
37. ¿Con qué frecuencia consumes los siguientes alimentos?				
Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Pas Golosinas (chocolate, caramelos, etc)				
teles/Bollería				
Salados (patatas, cacahuets..)				
Comida rápida (pizza, hamburguesas, patatas fritas)				
Fruta fresca				

Ensaladas/verduras
Refrescos con gas
Carne/fiambres
Pescado
Legumbres
38. ¿Con qué frecuencia estás a dieta (comes menos de lo que te gusta)?
Nunca
Raramente
A veces
A menudo
Siempre
39. ¿Dónde comes normalmente, durante un día de trabajo en el curso académico?
En casa con la familia
En un piso con otros estudiantes
Colegio mayor/residencia
Comedor universitario
Bar/cafetería de mi facultad/escuela.
Me llevo mi propia comida a la universidad
40. ¿Y qué comidas haces al día?
Desayuno
Almuerzo
Comida
Merienda
Cena
41. ¿Cuántas tazas de café bebes al día?
No bebo café
Una o dos
3
4
Más de 4

C. SEXUALIDAD
---------------

42. Las siguientes preguntas se refieren a aspectos de la sexualidad. Si alguna pregunta consideras que es muy personal, tienes la opción de no contestarla y pasar a la siguiente.
¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?
Si
No
43. ¿Utilizas tú o tu pareja (sea estable u ocasional) algún método anticonceptivo o de planificación familiar? (varias respuestas posibles)
Ningún método anticonceptivo
Píldora/parche/inyección anticonceptiva
Píldora del día después
Marcha atrás (coito interrumpido)
Preservativo o condón



DIU, dispositivo intrauterino o sterilet, etc
Otro:
44. Cuando tienes un primer contacto sexual con una nueva pareja. ¿Utilizas el preservativo?
Siempre
A veces
Nunca
No se aplica en mi caso
45. ¿Con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?
Ninguna vez
Dos o tres veces por mes
Una vez por semana
Dos o tres veces por semana
Diariamente
Otro:
46. Solo para mujeres, ¿Sueles hacerte revisiones ginecológicas? (análisis citológicos, frotis, Papanicolau)
Con regularidad
Algunas veces
Una vez
Nunca
47. Consideras satisfactoria tu vida sexual?
Muy satisfactoria
Bastante satisfactoria
Poco satisfactoria
Nada satisfactoria

<b>D. OTROS COMPORTAMIENTOS Y ESTILOS DE VIDA</b>
---

48. Pensando en los últimos 30 días, ¿cuándo has consumido bebidas alcohólicas?
Solo en días laborables
Solo en fin de semana
Ambos, en días laborables y en fin de semana
Algún día (acontecimiento especial o fiesta)
No he consumido ningún día porque no bebo prácticamente nunca
49. ¿Cuál es tu principal motivo para consumir alcohol?
Sentirme bien
Ser más sociable
Expresar mis sentimientos
Experimentar nuevas sensaciones
Olvidarse de los problemas
Disminuir la tensión, ansiedad o el estrés
Es común en los lugares que frecuento
Ser aceptado
Otro:

50. ¿Fumas tabaco?				
Si, pero sólo ocasionalmente (a veces)				
Si, Fumo diariamente menos de 10 cigarrillos				
Si, Fumo diariamente más de 10 cigarrillos				
No, dejé de fumar hace un tiempo				
No, nunca he fumado (pasa a la pregunta.....)				
51. Si fumas o has fumado alguna vez ¿A qué edad empezaste a fumar?				
52. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones te afectan personalmente? (Señala la/las que proceda)				
Pienso seriamente dejar de fumar en los próximos treinta días				
Pienso concretamente dejar de fumar en los próximos seis meses				
Estoy expuesto al humo de tabaco en el interior de la Universidad				
Estoy expuesto al humo de tabaco en el hogar				
Estoy expuesto al humo de tabaco en el trabajo				
Estoy expuesto al humo de tabaco en lugares de ocio				
Pienso seriamente, reducir drásticamente mi consumo de alcohol en los próximos seis meses				
Pienso en concreto reducir drásticamente mi consumo de alcohol en los próximos treinta días				
Ninguna de ellas				
53. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia has consumido alguna de estas sustancias? (señala lo que proceda)				
	Diariamente	Semanalmente	Ocasionalmente	Nunca
Hachís o Marihuana				
Cocaína				
Éxtasis/pastillas				
Speed o Anfetaminas				
Alucinógenos				
Otras				
54. ¿Cuál es tu principal motivo para consumir otras drogas?				
Sentirme bien				
Ser más sociable				
Expresar mis sentimientos				
Experimentar nuevas sensaciones				
Olvidarse de los problemas				
Disminuir la tensión, ansiedad o el estrés				
Insistencia de amigos, pareja o familia				
Es común en los lugares que frecuento				
Ser aceptado				
Otro:				
55. Habitualmente me desplazo a la Universidad:				
Solo/a, en mi coche				
Compartiendo el coche con otras personas				
En autobús				
En motocicleta				
En bicicleta				
A pie				

56. ¿Cuántas veces has conducido en las últimas 4 semanas bajo la influencia del alcohol y/o drogas o has acompañado a alguna persona en esta situación?
57. ¿Cuántas veces te cepillas los dientes al día?
En realidad, casi nunca
Varias veces a la semana, pero no cada día
Una vez al día
Por lo menos, dos veces al día
Prácticamente después de cada comida
58. ¿Con qué frecuencia te revisas la boca?
No me hago revisions
Al menos cada año
Sobrepasa el año

**PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA UEX**

59. Indica tu opinión con respecto a las siguientes afirmaciones:				
	Totalmente de acuerdo	Más bien de acuerdo	Más bien en desacuerdo	En desacuerdo absoluto
La oferta de comida saludable en el campus es adecuada				
Las mesas y asientos en las aulas son cómodas				
Las mesas y asientos en las aulas permiten el trabajo en grupo				
La climatización (calor, frío) es buena				
La ventilación es buena				
La iluminación en las aulas es buena				
La limpieza de las instalaciones es adecuada				
La señalización de los distintos servicios de la UEx es adecuada				
Las barreras físicas y sensoriales se han eliminado				

60. ¿Cuántas horas seguidas de clase tienes sin descanso temporal entre clase y clase en tu horario?
61. Con respecto a las actividades deportivas que se ofrecen desde el servicio de deporte de la UEx, ¿consideras que tienes facilidad de acceso para participar en las mismas? (horarios, precios, plazas disponibles...)

62. ¿Crees que el campus universitario en el que estudias favorece o potencia la promoción de la salud?

63. ¿Crees que es función de la universidad formar a las personas para actuar sobre su bienestar y el bienestar social?

64. ¿Consideras importante en tu área profesional la formación para adquirir competencias en Educación para la Salud?

65. ¿Has asistido a algún curso de formación relacionado con la promoción de la salud? En caso afirmativo, indica el nombre del curso, la institución que lo impartió y la duración (en horas)

66. ¿Consideras que los estudiantes pueden ser presentes y futuros agentes de cambio social?

67. Señala cualquier aspecto que consideres importante y no se haya mencionado o añade cualquier comentario relacionado con la promoción de la salud en la UEx de interés

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

## Anexo 2. Primera versión del sistema de indicadores.

Versión 1 Sistema de indicadores para la evaluación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la Universidad de Extremadura.
Políticas universitarias de Promoción de la Salud
1. Inclusión de la Promoción de la Salud como objetivo en el Plan estratégico de la universidad.
2. La institución cuenta con financiación específica en sus presupuestos anuales para el desarrollo de la estrategia de Promoción de la Salud.
3. Número de normativas creadas o reorientadas hacia la cultura de la salud en la universidad y tipo (prevención, promoción de salud, cuidado medioambiental).
4. La persona que coordina institucionalmente el programa de Universidad Saludable tiene reconocida su labor.
5. La universidad cuenta con un documento de política institucional integral articulador de las iniciativas, acciones y programas que se realizan dentro de la institución para promover la salud.
6. Existencia de normativa reguladora que garantice la coordinación de recursos humanos y servicios universitarios con el Programa de Universidad Saludable (tipo y contenido).
Entornos saludables
7. Existencia de espacios físicos en el campus que fomenten el bienestar y la comunicación interpersonal y tipo.
8. Existencia de recursos que facilitan el cuidado de la salud y del medio ambiente y tipo.
9. Oferta de actividades que permiten prácticas relacionadas con la promoción de la salud y el bienestar integradas en los espacios de trabajo y estudio (programas de pausa activa, espacios comunes de PDI...)
10. Recursos organizacionales para la evaluación ergonómica de espacios de trabajo y estudio.
11. Recursos organizacionales para la evaluación psicológica y el fortalecimiento de la salud mental en la comunidad universitaria.
12. Recursos organizacionales para la comunicación y la promoción constante de acciones de promoción de estilos de vida saludables dirigidos a toda la comunidad universitaria.
Empoderamiento
13. Existencia de un plan anual de formación en promoción de estilos de vida saludable dirigido a la comunidad universitaria (alumnado, PAS, PDI).
14. Número de acciones para promover la cultura de la salud programadas por curso académico incorporadas en la práctica académica y universitaria (esta última parte se puede suprimir) y tipo (a nivel de aula, de centro y de campus).
16. Número de agentes implicados en la organización de las acciones y nivel (decanato, dirección de departamento, profesorado, representantes de la estrategia Universidad Saludable en cada centro, consejo de estudiantes, alumnado).
17. Número de personas participantes de la comunidad universitaria en las acciones

propuestas (estudiantes, PDI, PAS).
18. Existencia de programas de intervención sobre estilos de vida instaurados de manera permanente en la universidad y tipo.
19. Número de miembros de la comunidad universitaria que reciben formación en Educación para la Salud por curso académico (estudiantes, PDI, PAS).
Planes de estudio e investigación
20. Número de titulaciones que incluyen formación en Promoción de la Salud y tipo (grado, postgrado, curso especialista...)
21. Número de titulaciones de formación específica en Promoción de la Salud y tipo (Máster universitario, especialista, cursos de postgrado, perfeccionamiento...)
22. Número Titulaciones universitarias que incorporan un Prácticum en el Programa de Universidad Saludable.
23. Existencia de contenidos y actividades de Promoción de la Salud para los estudiantes en el Plan de Acción Tutorial en cada centro.
24. Número de asignaturas en titulaciones de grado que incluyen la Educación y Promoción de la salud y/o prácticas relacionadas y tipo (obligatoria, optativa, de libre configuración).
25. Número de asignaturas que incorporan prácticas relacionadas con la Promoción de la salud en la universidad.
26. Número de docentes acreditados en Promoción de la Salud que imparten asignaturas en Promoción de la Salud en grado y postgrado.
27. Número de actividades de investigación de educación y promoción de la salud organizadas anualmente y tipo (jornadas, congresos, seminarios, conferencias).
28. Número de grupos de investigación del catálogo de la universidad que incorporan la Promoción de la salud en sus líneas de trabajo.
29. Número de líneas de investigación relacionadas con la Promoción de la Salud.
30. Número de proyectos financiados anualmente por la institución universitaria relacionados con la Promoción de la Salud en la universidad.
31. Número de becarios financiados anualmente por la institución universitaria relacionados con la Promoción de la salud.
32. Número de publicaciones/ presentaciones en congresos sobre la experiencia de la Universidad en su proceso de fortalecimiento como promotora de salud.
33. Número de trabajos académicos realizados sobre promoción de la salud en la Universidad (tesis, TFG, TFM).
34. Existencia de un itinerario específico en Promoción de la Salud en la titulación universitaria.
Intersectorialidad
35. Existencia de un comité con representación de todos los miembros de la comunidad universitaria: vicerrector responsable, decanos, estudiantes, PDI, PAS en la Oficina de Universidad Saludable.
36. Número de reuniones programadas anualmente del comité de universidad saludable incluido el vicerrector responsable.
37. Existencia de equipos multidisciplinares universitarios que colaboran

sistemáticamente con el programa de universidad saludable y tipo (departamentos, grupos de investigación, vicerrectorados, servicios universitarios, representantes sindicales...).
38. Número de acuerdos de colaboración en Educación y Promoción de la Salud en la universidad realizados por escrito entre los diferentes servicios universitarios y contenido de los acuerdos.
39. Número de voluntarios que participan en el Programa de Universidad Saludable y tipo (Estudiantes, PDI, PAS).
40. Tipo de reconocimiento a los voluntarios del programa de Universidad Saludable.
41. Número de convenios de colaboración intersectoriales con instituciones y tipo de instituciones (públicas, privadas, del tercer sector).
42. Tipología de convenios (formación, colaboración, financiación, recursos humanos...).
43. Número de representantes de instituciones sociosanitarias que participan en el grupo de trabajo del programa de universidad saludable.
44. Participación en redes de trabajo de Universidad Saludable (nacionales e internacionales). Número y tipo.
45. Número de políticas públicas regionales saludables formuladas en conjunto con la oficina de universidad saludable.
46. La comunidad universitaria participa en el desarrollo de estrategias de promoción de salud.
47. Número de Proyectos intersectoriales locales en los que participa la Oficina de Universidad Saludable.
48. La Oficina de Universidad Saludable y el Servicio de Prevención de la Universidad tienen establecidos sistemas de colaboración concretos, formales y sistemáticos para la promoción de la salud en el campus conjuntamente.
49. Número y tipo de servicios que ofrece el Servicio de Prevención de la universidad, relacionados con la promoción de la salud a toda la comunidad universitaria.
50. Existencia de recursos para el análisis sistemático de los activos para la salud en la Institución universitaria para orientar las acciones de Universidad Saludable.
51. Tipo de recursos e iniciativas de Promoción de la Salud coordinadas con los servicios de salud regionales para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud.

### Anexo 3. Segunda versión del sistema de indicadores.

Versión 2 Sistema de indicadores para la evaluación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la Universidad de Extremadura.
Políticas universitarias de Promoción de la Salud
1. Inclusión de la Promoción de la Salud (PS) como objetivo en el Plan estratégico de la Universidad.
2. La Estrategia Universidad Saludable (US) cuenta con asignación presupuestaria anual suficiente para desarrollar su proyecto en la institución.
3. Existencia de políticas institucionales que garanticen la sostenibilidad de las iniciativas y acciones intra e interuniversitarias del Programa de US.
4. Tipo de normativas sobre “cultura de la salud” en la universidad que afectan al desarrollo de la formación de la comunidad universitaria en PS, la participación, los estilos de vida saludables, el cuidado medioambiental, el respeto a la diversidad, la solidaridad y a la coordinación intra e inter universitaria.
5. Tipo de reconocimiento de la función de coordinación/dirección del programa en el contexto institucional al director/a del Programa US.
6. Contribución de la universidad saludable a la formulación de políticas públicas de PS en la región: Número y tipo.
7. Existencia en los entornos Universitarios de recursos, espacios accesibles y oportunidades de participación, favorecedores de desarrollo humano integral, que promuevan empoderamiento para al cuidado de la salud y del medioambiente.
8. Oferta de actividades de Promoción de la salud basadas en la participación, planificadas anualmente e integradas en los espacios y tiempos de trabajo y estudio (ej: programas de pausa activa, educación postural).
9. Recursos organizacionales para la evaluación ergonómica y de condiciones de salubridad y accesibilidad de espacios de trabajo y estudio.
10. Disposición de una estrategia institucional de comunicación del Programa de Promoción de la Salud
11. Existencia de un plan anual de formación en promoción de estilos de vida saludable dirigido a la comunidad universitaria y de los recursos necesarios para garantizar la sostenibilidad de las acciones educativas.
12. Tipo de acciones anuales para potenciar la cultura de la salud incorporadas en la práctica académica (aula, centro).
13. Porcentaje de miembros de la comunidad universitaria (estudiantes, PDI, PAS) que reciben formación en competencias relacionadas con la Educación para la Salud por curso académico.
14. Titulaciones de grado (por área de conocimiento) que incluyen en su currículo competencias relacionadas con la Promoción de la Salud.
15. Titulaciones de Promoción de la Salud y tipo (Máster universitario, especialista, cursos de postgrado, perfeccionamiento, Maestría, Doctorado...).
16. Incorporación de asignaturas de Prácticum de cualquiera de los Grados /Postgrados Universitarios en el Programa de Universidad Saludable.
17. Existencia de contenidos y actividades de PS en el Plan de Acción Tutorial de cada centro.



18. Número y tipo de actividades de formación investigación en educación y promoción de la salud organizadas anualmente (jornadas, congresos, seminarios, conferencias).
19. Líneas de investigación de los grupos de investigación del catálogo de la universidad relacionadas con la Promoción de la Salud.
20. Proyectos financiados anualmente por la institución universitaria relacionados con la Promoción de la Salud en la universidad.
21. Becarios financiados anualmente por la institución universitaria en el Programa de US (titulación, tiempo y remuneración).
22. Publicaciones/ presentaciones en congresos sobre la experiencia universitaria de fortalecimiento de PS.
23. Trabajos académicos realizados sobre PS en la Universidad (tesis, Trabajos Fin de Grado, Trabajos Fin de Master.TFG, TFM).
24. Existencia de un itinerario específico en Promoción de la Salud explícito en la titulación universitaria.
25. Existencia de un comité representativo de la comunidad universitaria (director/a del Programa US, vicerrectores, decanos, estudiantes, Personal docente investigador, personal de administración y servicios, representantes sindicales, servicios universitarios...) en la Oficina de Universidad Saludable.
26. Número de reuniones programadas anualmente del comité de universidad saludable.
27. Existencia de equipos multidisciplinares universitarios que colaboran sistemáticamente con el programa de universidad saludable (departamentos, grupos de investigación...).
28. Número de acuerdos de colaboración aprobados con los diferentes servicios universitarios para desarrollar la estrategia de US y contenido de los acuerdos.
29. Tipo de acciones que ofrecen conjuntamente el Servicio de Prevención de la universidad en coordinación con el Programa de US.
30. Tipo de acciones que ofrecen conjuntamente el Servicio de Actividad Física y Deportiva de la universidad en coordinación con el Programa de US.
31. Tipo de acciones que ofrece el Servicio de Orientación y Formación Docente coordinadas con el Programa de US.
32. Tipo de acciones que ofrecen conjuntamente la Unidad de Atención al Estudiante de la universidad en coordinación con el Programa de US.
33. Tipo de Convenios de colaboración intersectorial aprobados con instituciones públicas, privadas o del tercer sector (describir contenidos) para la colaboración en el desarrollo de la estrategia de universidad saludable.
34. Número y tipo de proyectos de PS/US con tercer sector basados en convenios de colaboración intersectorial (ej: banco de sangre, donación de médula ósea, carreras solidarias, etc.)
35. Tipo de proyectos de PS/US con instituciones públicas basados en convenios de colaboración intersectorial (consejerías, diputaciones, ayuntamientos, mancomunidades...).
36. Tipología de convenios intersectoriales existentes (formación, colaboración, financiación, recursos humanos...).

37. Perfil de los voluntarios que participan en el Programa de Universidad Saludable (titulación, tipo de miembro de la comunidad universitaria, tiempo de permanencia).
38. Tipo de recursos para la prevención y Promoción de la Salud en el campus universitario puestos a disposición por los servicios de salud regionales.
39. Oportunidades de participación de la institución en redes de Universidades Saludables regionales, nacionales e internacionales.
40. Existencia de estrategias planificadas para favorecer la participación de la comunidad universitaria.
41. Análisis regular y sistemático de los activos para la salud de la institución universitaria para orientar las acciones de Universidad Saludable.
42. Colaboración en la implementación de la Estrategia de Promoción de Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud (SNS) de tu país.

Anexo 4. Versión 3 del sistema de indicadores.

Versión 3 Sistema de indicadores para la evaluación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la Universidad de Extremadura.
Políticas universitarias de Promoción de la Salud
1. Inclusión de la Promoción de la Salud (PS) como objetivo en el Plan estratégico de la Universidad.
2. La Estrategia Universidad Saludable (US) cuenta con asignación presupuestaria anual suficiente para desarrollar su proyecto en la institución.
3. Existencia de políticas institucionales que garanticen la sostenibilidad de las iniciativas y acciones intra e interuniversitarias del Programa de US.
4. Tipo de normativas sobre “cultura de la salud” en la universidad que afectan al desarrollo de la formación de la comunidad universitaria en PS, la participación, los estilos de vida saludables, el cuidado medioambiental, el respeto a la diversidad, la solidaridad y a la coordinación intra e inter universitaria.
5. Tipo de reconocimiento de la función de coordinación/dirección del programa en el contexto institucional al director/a del Programa US.
6. Contribución de la universidad saludable a la formulación de políticas públicas de PS en la región (número y tipo).
7. Existencia en los entornos Universitarios de recursos, espacios accesibles y oportunidades de participación, favorecedores de desarrollo humano integral, que promuevan empoderamiento para el cuidado de la salud y del medioambiente.
8. Acciones de Promoción de la salud planificadas anualmente e integradas en los espacios y tiempos de trabajo y estudio (ej: programas de pausa activa, educación postural).
9. Recursos organizacionales para la evaluación ergonómica y de condiciones de salubridad y accesibilidad de espacios de trabajo y estudio.
10. Disposición de una estrategia institucional de comunicación del Programa de Promoción de la Salud (descripción).
11. Existencia de un plan anual de formación en promoción de estilos de vida saludable y competencias relacionadas con la Educación para la Salud dirigido a la comunidad universitaria (porcentaje de participación por estamentos).
12. Titulaciones de grado (por área de conocimiento) que incluyen en su currículo competencias relacionadas con la Promoción de la Salud.
13. Titulaciones de Promoción de la Salud y tipo (Máster universitario, especialista, cursos de postgrado, perfeccionamiento, Maestría, Doctorado...).
14. Incorporación de asignaturas de Prácticum de cualquiera de los Grados /Postgrados Universitarios en el Programa de Universidad Saludable.
15. Existencia de contenidos y actividades de PS en el Plan de Acción Tutorial de cada centro.
16. Número y tipo de actividades de divulgación y transferencia del conocimiento en educación y promoción de la salud organizadas anualmente (jornadas, congresos, seminarios, conferencias).
17. Líneas de investigación de los grupos de investigación del catálogo de la universidad relacionadas con la Promoción de la Salud.

18. Proyectos financiados anualmente por la institución universitaria relacionados con la Promoción de la Salud en la universidad.
19. Becarios financiados anualmente por la institución universitaria en el Programa de US (titulación, tiempo y remuneración).
20. Publicaciones/ presentaciones en congresos sobre la experiencia universitaria de fortalecimiento de PS.
21. Trabajos académicos realizados sobre PS en la Universidad (tesis, Trabajos Fin de Grado, Trabajos Fin de Master.TFG, TFM).
22. Existencia de un itinerario específico en Promoción de la Salud explícito en la titulación universitaria.
23. Existencia de un comité representativo de la comunidad universitaria (director/a del Programa US, vicerrectores, decanos, estudiantes, Personal docente investigador, personal de administración y servicios, representantes sindicales, servicios universitarios...) en la Oficina de Universidad Saludable.
24. Número de reuniones programadas anualmente del comité de universidad saludable.
25. Existencia de equipos multidisciplinares universitarios que colaboran sistemáticamente con el programa de universidad saludable (departamentos, grupos de investigación...).
26. Acuerdos de colaboración aprobados con los diferentes servicios universitarios para desarrollar la estrategia de Universidad Saludable (especificar servicio y contenidos de los acuerdos).
27. Acciones que ofrecen conjuntamente los servicios de la universidad en coordinación con el programa de Universidad Saludable (qué tipo de acciones y con qué servicio).
28. Convenios de colaboración intersectorial aprobados con instituciones públicas, privadas o del tercer sector para la colaboración en el desarrollo de la estrategia de universidad saludable (describir contenidos).
29. Proyectos financiados de Promoción de la salud/Universidad Saludable por instituciones públicas, privadas o del tercer sector para el desarrollo de la estrategia de universidad saludable.
30. Acciones desarrolladas con otras instituciones que contribuyen al desarrollo de los objetivos de la estrategia de Universidad Saludable.
31. Perfil de los voluntarios que participan en el Programa de Universidad Saludable (titulación, tipo de miembro de la comunidad universitaria, tiempo de permanencia).
32. Oportunidades de participación de la institución en redes de Universidades Saludables regionales, nacionales e internacionales.
33. Existencia de estrategias planificadas para favorecer la participación de la comunidad universitaria.
34. Análisis regular y sistemático de los activos para la salud de la institución universitaria para orientar las acciones de Universidad Saludable.
35. Colaboración en la implementación de la Estrategia de Promoción de Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud (SNS) de tu país.

### Anexo 5. Transcripción focus group 1.

Moderador	En primer lugar me gustaría que dieseis vuestra opinión sobre qué os parece que la UEx forme parte de una red de trabajo y que tenga una estrategia para potenciar la salud de las personas que forman parte de esta universidad.
Estudiante 1	Yo creo que lo principal es la salud, asique que cojáis como prioridad eso, es muy positivo.
Estudiante 2	Pienso que es bueno porque se muestra interés por los alumnos que forman parte de la universidad.
Estudiante 3	Yo también pienso que es bueno y necesario.
Estudiante 4	No solo en lo que estudiamos, si no para que estemos bien.
Estudiante 5	Yo generalmente, hablo por mí, no sabía que existía, lo sé porque estaba dando clase y lo dijiste, tampoco he visto nada nuevo ni nada diferente, que no digo que no se haga, pero que yo no lo he visto. Me parece bien si se están haciendo acciones para mejorar la salud de los alumnos y de todas las facultades de la universidad en general, pero no sabía que existía.

Moderador	¿Qué recursos identificáis en vuestros centros o en el Campus que faciliten el cuidado de la salud de los estudiantes?
Estudiante 1	Yo, ninguno.
Estudiante 2	Yo, tampoco.
Estudiante 3	No.
Estudiante 4	No.
Estudiante 5	La verdad es que no.

Moderador	¿Consideráis que existen espacios físicos que fomenten el bienestar y la comunicación interpersonal entre los estudiantes?
Estudiante 1	¿Te refieres a lo que es el campus en general?Es que por ejemplo, la facultad de ciencias del deporte, si que tiene un gimnasio, pero tampoco sé si puede acceder todo el mundo o solo los alumnos de allí, también tiene las pistas.
Estudiante 2	Yo he ido al gimnasio, pero no he practicado nada, he ido de consulta, pero me han dicho que está muy bien.  Además es que la Universidad está bastante lejos del centro y normalmente esas actividades son por la tarde, no son en horario lectivo, entonces ya tienes que estar viniendo e inviertes mucho tiempo y si ya tienes que hacer muchas cosas en casa, trabajos y demás. Te puedes permitir perder una hora, pero no más. Yo creo que la distancia también influye.
Estudiante 3	A no ser que no lo busques tu individualmente, no se promueve, tienes que entrar en el campus ir al safile y además,por ejemplo, yo juego a baloncesto y promueven deportes que, a veces están bien, como el fútbol que siempre esta, pero baloncesto por ejemplo a mi no me toca. Está el ajedrez, el esgrima que están muy bien, pero no hay tanta variedad.
Estudiante 4	Creo que debería haber más variedad de deportes, por ejemplo a mí los deportes no me gustan, pero yo que sé, hacer más batuca o spinning, cosas más para chicas, que nos gusten más.
Estudiante 5	Yo no lo conocía tampoco. Yo es que no sé qué decirte, se nos debería comunicar a través de redes sociales que están más al día con nosotros.

Moderador	<p>¿Qué opinión os merece la oferta de alimentos que hay en vuestros centros? (cafetería, máquinas expendedoras...? ¿Y la oferta deportiva del Campus?</p>
Estudiante 1	<p>¿Hay maquinas? ¿Aquí hay?</p> <p>Hay comida basura, además está más caro.</p> <p>Yo también quería decir que una vez fui a la cafetería y no tenían nada para hacerme de comer. Me dijeron si quieres comer aquí, tienes que comer filetes y patatas, por lo tanto, no lo veo mucha oferta.</p>
Estudiante 2	<p>En mi facultad sí, al lado de la cafetería hay una máquina expendedora.</p> <p>Aquí está bien la comida, esta rica, puedes elegir tres opciones, pero debería haber más. Lo veo caro, porque un panini que es una cosa pequeña y que no está muy rica, te cuesta casi 2€. El trozo de tortilla con pan, el año pasado era un poco más grande y este año vale más y es más pequeño. También cuestan más los productos para celíacos, pero normalmente cuando vas a un sitio a consumirlo cuesta igual, lo digo porque mis dos primos son celíacos y en bares y restaurantes cuesta lo mismo, pero si es verdad que si luego vas al supermercado o donde sea cuesta más el producto, pero a la hora de ofrecérselo al público tiene que costar igual. No hay menú para vegetarianos.</p>
Estudiante 3	<p>Hay varias opciones para elegir.</p>
Estudiante 4	<p>Yo bebo leche sin lactosa y el otro día me enteré que en la cafetería había leche sin lactosa y me alegre mucho, me ha gustado.</p> <p>Debería haber más variedad en la comida, porque muchas cosas de las que hay no las puedo comer. Si pides un café o un cola cao sin lactosa te cuesta más y no lo veo justo, porque yo también tengo derecho a tomarlo al mismo precio.</p>
Estudiante 5	<p>Si es verdad que entre clase y clase tienes napolitanas de jamón york y queso, bocadillos de jamón, tortilla, bollería, pero ya está. Si eres intolerante a la lactosa es más complicado.</p>
Moderador	<p>¿Tenéis establecida alguna red de estudiantes para trabajar en la mejora del entorno universitario?, ¿Utilizáis las estructuras colegiadas para hacer demandas?</p>

Estudiante 1	Bueno, lo que es para nosotros sí, para lo que es el aula,pero no para hacer demandas en lo que se refiere al centro.
Estudiante 2	Estaría bien estar en un aula más interactiva.
Estudiante 3	No, no lo he utilizado.
Estudiante 4	Yo tampoco.
Estudiante 5	No.

Moderador	¿Qué opináis de la oferta formativa para estudiantes? ¿Existe formación que se adapte a vuestras necesidades, más allá de lo académico?
Estudiante 1	Si que se ofrecen bastantes, en el tablón siempre veo cursos de relajación muscular, del cuerpo, que te enseñan a relajarte como si fuera yoga. He visto unas cinco ofertas del año pasado a este.  Cursos sobre deportes.
Estudiante 2	Yo no creo que se ofrezcan suficientes, porque eso son pequeños cursos y no son de máster.  A mí me gustaría que ofertasen algo para superdotados porque estoy estudiando educación infantil y también cursos sobre dieta saludable.
Estudiante 3	Cuando se oferta un curso, yo hablo de educación social, te dan un plazo para apuntarte, y si ese curso tiene muchísima demanda entran solo los 20 primeros, y no lo vuelven a ofertar. Deberían volverlo a ofertar, porque si ese curso tiene éxito, me imagino que todo el mundo tiene derecho a la misma formación.
Estudiante 4	Tienen que ofertar más cursos y con más plazas.
Estudiante 5	Deberían preguntar a los alumnos que nos interesa, antes de hacer cursos por hacer.



Moderador	¿Habéis tenido oportunidades de participación en acciones o propuestas formativas relacionadas con la PS? //¿Habéis recibido alguna formación dentro del Plan de Acción Tutorial, asignatura o curso del cuidado de la salud?
Estudiante 1	No.
Estudiante 2	No.
Estudiante 3	No.
Estudiante 4	No nos han propuesto ninguna actividad de este tipo.
Estudiante 5	Yo no he hecho nada del Plan de Acción Tutorial, no se de qué va.

Moderador	¿Consideráis necesaria en esta etapa de formación de vuestra vida adquirir competencias relacionadas con un estilo de vida saludable? (ej. Talleres de comida sana, pautas de actividad física, talleres de inteligencia emocional...)
Estudiante 1	Sí, porque cuando empiezas en la universidad tienes que adaptarte y eso hay personas que les cuesta mucho, tanto si vives en un piso como en una residencia.  También veo la educación emocional muy importante porque es un cambio bastante fuerte y cuesta separarse de la familia.
Estudiante 2	Sí, porque siempre sueles comer mal, rápido y barato.
Estudiante 3	Sí, porque comes casi siempre rápido.
Estudiante 4	Hombre, es fundamental.La mayoría por ejemplo no sabemos cocinar, y nos alimentamos de cocina precocinada principalmente.
Estudiante 5	Sería muy útil para nuestra vida diaria, porque eso es algo para toda la vida.

Moderador	¿Utilizáis algún recurso o unidad relacionado con vuestro bienestar? ¿Os gustaría que lo hubiera?
Estudiante 1	A mí personalmente sí, porque yo estuve estudiando en Salamanca el primer año y lo pase muy mal, no había un sitio donde acudir para informarte, que te dieran consejo y te tranquilizaran, y aquí tampoco lo hay.

Estudiante 2	A mi sí, lo pase muy mal, tuve depresión porque soy de un pueblo de Badajoz y echaba mucho de menos a mi madre. Tenía diez asignaturas y suspendí siete.
Estudiante 3	Yo tuve un problema el año pasado, me tuvo que sacar la guardia civil del piso porque mi compañera me quiso pegar y menos mal que encontré apoyo por parte de mis compañeros, porque mi familia no estaba aquí para ayudarme. Gracias al apoyo de mis amigos no tuve ningún problema con las asignaturas, pero si vas con menos ganas a clase, y eso nadie lo ve.
Estudiante 4	Debería haber algún sitio de orientación, psicólogo, etc. Hay algunos estudiantes que no saben hacer un ingreso en un banco o cambiar la tarjeta sanitaria, por eso deberían orientarlos en algún sitio.
Estudiante 5	Debería haber un psicólogo gratuito. Un amigo de una compañera de clase se intento suicidar en el piso y ella se sentía culpable y arrepentida, porque no habían hecho nada para que su compañero se integrara.

Moderador	Para finalizar nos gustaría que expresarais vuestras necesidades como alumnos dentro de la UEx, en relación al cuidado de vuestra salud ¿Qué recursos os gustaría que se os facilitaran desde la universidad?
Estudiante 1	A mí principalmente algo emocional, porque eso lleva a la autonomía, y también algo sexual, porque normalmente a nuestras edades ya se ha iniciado el sexo, pero es cuando aparece más el boom, y también las enfermedades sexuales.
Estudiante 2	La sexualidad con uno mismo, no con otras personas, porque hay muchas gente que no lo sabe. No salir solo de fiesta a practicar relaciones sexuales.
Estudiante 3	Los cursos de comida equilibrada, productos ecológicos, etc. Y una mayor variedad de productos en la cafetería, porque hay gente que por costumbres o religión no pueden comer ciertos alimentos. Hay un microondas, pero debería haber también un frigorífico. Hay profesores muy buenos que si se preocupan por sus alumnos, pero otros que solo les preocupa dar su clase. Tenemos necesidades que no son atendidas por ningún departamento de la Universidad, sobre todo en temas orientativos y deberían ser divulgadas por las redes sociales, y profesores, porque la mayoría las desconocemos.

Estudiante 4	<p>La fuente de agua no funciona desde hace casi un año y eso lo veo importante, porque tienes que ir a la cafetería y comprar el agua. Hay una fuente, pero muy lejos de las aulas y está poco visible.</p> <p>Se necesitan más aulas con otros tipos de mesas o recursos para que podamos interactuar mejor con otros compañeros, sobre todo a la hora de hacer trabajos grupales.</p> <p>Necesitamos internet para hacer trabajos y la red inalámbrica wifi va fatal, es muy mala.</p> <p>Hay profesores que se van de clase antes de la hora y no resuelven nuestras dudas, por atender sus necesidades familiares.</p>
Estudiante 5	<p>En mi facultad no hay fuente de agua.</p> <p>Los profesores deberían estar más formados, para atender las necesidades que les plantean los alumnos, no solo en su materia.</p> <p>Poca coordinación entre profesores y desconocimiento de los cauces adecuados para resolver un asunto o problema.</p> <p>Debería haber una estructura o programa que nos acoja y acompañe, ofreciéndonos una formación integral a todos los niveles, respondiendo también a nuestras necesidades como personas jóvenes que somos, sobre todo en nuestro primer año en la universidad, estando este bien organizado y siendo constante y dándole una mayor difusión en redes sociales o vía internet.</p>

## ANEXO 6. Transcripción focus group 2.

Moderador	En primer lugar me gustaría que dieseis vuestra opinión sobre qué os parece que la UEx forme parte de una red de trabajo y que tenga una estrategia para potenciar la salud de las personas que forman parte de esta universidad.
Estudiante 1	Yo creo que está bastante bien, porque con todo lo que hay ahora de comida no saludable, está bien que se promuevan hábitos saludables.
Estudiante 2	Yo opino que no está mal tomar conciencia de la comida que ingerimos, porque muchas veces no somos conscientes de lo que nos llevamos a la boca. Mucha gente habla de hacer deporte, pero también hay que tomar ciertos hábitos saludables, porque si no llevas una buena alimentación, no te vale de mucho hacer deporte. Por otro lado, vicios como tabaco y alcohol tampoco son nada saludables.
Estudiante 3	Creo que desde el punto de vista objetivo está bien, pero desde el punto de vista subjetivo me lo plantearía, porque no sé si el objetivo que persigue la universidad saludable se puede conseguir con alumnos tan jóvenes, pero me parece muy bien que se promueva.
Estudiante 4	Lo veo bien, porque los hábitos saludables van a ser más prácticos en mi día a día, que otra serie de asignaturas, que no me sirven para nada, como estudiar a Aristóteles.
Estudiante 5	Creo que la universidad se debe ocupar de temas así, y siempre es más importante la práctica que la teoría, muchas veces relacionamos salud con deporte, pero también es muy importante una buena alimentación, estar en contacto con nuestro cuerpo, una buena respiración y cosas más sencillas, que muchas veces pasamos por alto.

Moderador	¿Qué recursos identificáis en vuestros centros o en el Campus que faciliten el cuidado de la salud de los estudiantes?
Estudiante 1	Campeonato rector de fútbol.
Estudiante 2	No he visto ninguno.
Estudiante 3	No, he visto nada, pero estaría muy bien la idea que has propuesto de algún curso o taller para dejar de fumar, porque el índice de alumnos que fuman en la universidad es muy elevado.
Estudiante 4	Debería haber más campeonatos, pero de otros deportes, no solo de fútbol, la oferta es muy limitada.

Estudiante 5	Mucha gente desconoce algunos de los recursos materiales que hay en la facultad, por ejemplo microondas, y creo que en cierto modo si es un recurso que facilita el cuidado de la salud, porque te puedes traer tu comida de casa y no te ves obligado a comer exclusivamente lo que ponen en la cafetería.
--------------	---

Moderador	¿Consideráis que existen espacios físicos que fomenten el bienestar y la comunicación interpersonal entre los estudiantes?
Estudiante 1	No hay un sitio en el que tu mejores esas relaciones interpersonales con otros compañeros, casi siempre acaba siendo la cafetería o un rincón donde fuma todo el mundo, aunque si tengo que decir que esos sitios me han ayudado a mejorar mis relaciones interpersonales, realizando hábitos que son poco saludables.
Estudiante 2	Pues la verdad es que no muchos.
Estudiante 3	La cafetería.
Estudiante 4	Si, la cafetería es el único sitio y claro tienes que consumir para estar allí.
Estudiante 5	Que fomenten el bienestar yo no veo ninguno.

Moderador	¿Qué opinión os merece la oferta de alimentos que hay en vuestros centros? (cafetería, máquinas expendedoras...? ¿Y la oferta deportiva del Campus?
Estudiante 1	Normalmente en las máquinas expendedoras compro napolitanas y respecto a los menús de la cafetería no están mal, pero son comidas en su mayoría precocinadas y poco saludables.
Estudiante 2	Hay alimentos más saludables, pero por lo que cuestan, acabamos comiendo otros menos saludables, por ser estos más baratos y de mayor tamaño.
Estudiante 3	A media mañana no hay mucha variedad y la oferta es escasa en la cafetería, no puedes comprar fruta o yogures, y por ejemplo los zumos son muy caros.
Estudiante 4	Las máquinas expendedoras solo te ofrecen productos con mucha azúcar y poco saludables.
Estudiante 5	Tampoco hay productos para la gente celiaca e intolerantes a la lactosa como yo.

Moderador	¿Tenéis establecida alguna red de estudiantes para trabajar en la mejora del entorno universitario?, ¿Utilizáis las estructuras colegiadas para hacer demandas?
Estudiante 1	Creo que se utiliza el consejo de estudiantes, pero para hacer demandas académicas, no de hábitos saludables.
Estudiante 2	No se me ocurre hacer demandas de los productos poco saludables de la cafetería, porque creo que no me harían ningún caso.
Estudiante 3	Se promueven otros temas en el consejo de estudiantes, pero no relacionados con la salud.
Estudiante 4	Creo que no somos conscientes de todos los hábitos poco saludables que realizamos cada día y de ahí que los normalicemos y le restemos importancia, por eso no hacemos este tipo de demandas sobre salud.
Moderador	¿Qué opináis de la oferta formativa para estudiantes? ¿Existe formación que se adapte a vuestras necesidades, más allá de lo académico?
Estudiante 1	No, no somos conscientes, estamos acostumbrados a hacer lo mismo que hace la mayoría.
Estudiante 2	Es nula, me gustaría que hubiera más oferta formativa.
Estudiante 3	A mí también.
Estudiante 5	Pues casi toda la oferta está relacionada con lo académico, no hay cosas de nuestros intereses personales.

Moderador	¿Habéis tenido oportunidades de participación en acciones o propuestas formativas relacionadas con la PS? //¿Habéis recibido alguna formación dentro del Plan de Acción Tutorial, asignatura o curso del cuidado de la salud?
Estudiante 1	Yo no he participado en ninguna propuesta formativa.
Estudiante 2	Dentro del Plan tutorial no hacemos ninguna actividad.
Estudiante 3	Yo tampoco he participado en esas acciones, no me lo han propuesto.
Estudiante 4	No, no he visto la oportunidad.
Estudiante 5	No tenemos ninguna asignatura, y la verdad sería bastante más interesante y útil que algunas de las que tenemos en el programa.

Moderador	¿Consideráis necesaria en esta etapa de formación de vuestra vida adquirir competencias relacionadas con un estilo de vida saludable? (ej. Talleres de comida sana, pautas de actividad física, talleres de inteligencia emocional...).
Estudiante 1	Si, incluso antes.
Estudiante 2	Sí, creo que sí.
Estudiante 3	No, en esta etapa no, creo que con esta edad ya deberías saber lo que tienes que hacer, comer etc. Creo que debería ser una formación complementaria.
Estudiante 4	Hombre, pues yo creo que nunca es tarde, y que nos seguimos formando aunque estemos en la universidad. No hay edad para llevar un estilo de vida saludable.

Moderador	Para finalizar nos gustaría que expresarais vuestras necesidades como alumnos dentro de la UEx, en relación al cuidado de vuestra salud//¿Qué recursos os gustaría que se os facilitaran desde la universidad?  (ej. Talleres de deshabituación tabáquica, prevención y deshabituación del abuso de alcohol y sustancias adictivas, educación sexual, bienestar emocional...)
Estudiante 1	Más variedad de comida en la cafetería.
Estudiante 2	Debería haber algún plan de formación de vida saludable, y así poder transmitirlo nosotros en un futuro, tenemos que dar ejemplo.
Estudiante 3	Cursos para dejar de fumar.
Estudiante 4	Asesoramiento nutricional y físico, sin que tenga que ser una persona a la que haya que remunerar, podía ser alguien de la facultad de Ciencias del Deporte.
Estudiante 5	Que haya más variedad de ofertas deportivas.

## **Anexo 7. Transcripción de la encuesta realizada al vicerrector.**

1. Teniendo en cuenta que la UEx tiene una estrategia de cultura de la salud en la Universidad y que los expertos en Promoción de la Salud en la universidad consideran que es crucial el diseño de políticas que garanticen la sostenibilidad de las acciones de PS en la universidad, ¿considera suficientes los esfuerzos de la UEx para el diseño de políticas que garanticen el cuidado de la salud en la comunidad universitaria (estudiantes, PDI, PAS)?

*“Aunque el esfuerzo que se hace actualmente es importante, siempre se pueden hacer más esfuerzos o de forma diferente, el problema fundamental radica en la falta de financiación para llevar a cabo tareas y acciones más relevantes”.*

2. ¿Qué barreras identifica en la UEx para incorporar políticas que promuevan la salud de la comunidad educativa?

*“Se necesita más personal y financiación en la Oficina existente”.*

3. ¿Qué políticas considera necesarias para garantizar la sostenibilidad de las acciones de Promoción de la Salud en la comunidad universitaria?

*“Más personal y financiación en la Oficina existente posibilitarían más acciones de PS en la UEx”.*

4. ¿Considera necesario desarrollar algún acuerdo de colaboración interuniversitario entre los servicios que tienen dependencia funcional de su vicerrectorado para desarrollar la estrategia de US?

*“No es realmente necesario un “acuerdo”, es suficiente con un compromiso de colaboración y llevarlo a cabo”.*

5. ¿Qué acciones o compromisos de colaboración interuniversitarios/intersectoriales identifica como imprescindibles en relación a fortalecer la estrategia de Universidad Saludable?

*“La estrategia que está llevando a cabo la Oficina de Universidad Saludable está bien encaminada, sólo falta poder materializar la colaboración solicitada a diferentes organismos e instituciones”.*



6. Uno de los componentes de la PS es la capacitación de la comunidad universitaria (estudiantes, PDI, PAS) a través de competencias relacionadas con el fomento de estilos de vida saludables, ¿Qué acciones está haciendo la universidad en este sentido?

*“Día de las Universidades Saludables, Semanas de Promoción de la Salud, Difusión y Colaboración con organismos e instituciones, etc”.*

7. ¿Valora necesario que se incorporen competencias de PS para la promoción de estilos de vida de los estudiantes en los planes de estudios de todas las titulaciones?

*“Sería interesante que pudiesen incluir en los planes de estudio de aquellas titulaciones donde se considere de interés”.*

8. ¿Considera posible y necesario diseñar un itinerario específico en Promoción de la salud en las titulaciones universitarias para fortalecer la estrategia de US?

*“En determinadas titulaciones relacionadas con ciencias de la salud sí sería interesante”.*

9. ¿Qué opciones propone para mejorar la situación actual en relación a las competencias de PS en estilos de vida saludables en los planes de estudio y en los programas de formación permanente del profesorado y PAS?

*“Comunicarlo al Vicerrectorado con competencias en planificación docente, y que desde ahí se transmita y se den instrucciones a los Decanos y Directores de Centro para que lo tengan en cuenta en la elaboración y/o modificación de los planes docentes.”*

10. ¿Qué dificultades identifica en su Vicerrectorado/universidad para implementar una línea de formación permanente de estudiantes, PAS y PDI en relación a la Promoción de la Salud?

*“Dificultades técnicas o administrativas creo que no las hay. Algo diferente es el interés que despierte entre la comunidad universitaria, o las acciones de difusión y sensibilización que se puedan llevar a cabo”.*

11. ¿Qué planes tiene la UEx en relación al compromiso de desarrollar la cultura de la salud en la UEx de una forma estructural y sistemática, garantizando la sostenibilidad de las acciones?

*“De momento, lo recogido en el programa electoral del actual Rector, en el Plan Estratégico de la UEx para el período 2014-2018, y las líneas de actuación de la propia Oficina de Universidad Saludable de la UEx”.*

12. ¿Considera una prioridad de la política universitaria actual garantizar la dotación de recursos para responder a la necesidades de salud biopsicosocial de los estudiantes/PDI y PAS? ¿Lo considera una misión de la universidad?

*“Absolutamente necesario, el problema actual es la escasa financiación de la UEx que impide realizarlo”.*

13. ¿Cuántas reuniones ha tenido la dirección de la universidad en los últimos cuatro años en relación a la estrategia de universidad saludable, para el estudio de necesidades, situación profesional de la persona responsable, y de dotación presupuestaria de la Oficina de Universidad Saludable? ¿Cuál ha sido el contenido de las mismas?

*“Estos temas se han tratado en Consejo de Dirección en determinadas ocasiones, así como en reuniones entre la Dirección de la Oficina de Universidad Saludable y el Vicerrectorado del que depende, así como con el propio Rector de la UEx”.*

14. ¿Puede indicar si lo considera necesario alguna cuestión relevante para mejorar la estrategia de PS en la UEx?

*“Solo remarcar la necesidad de dotar de personal o colaboradores a la Oficina de Universidad Saludable, así como de una necesaria dotación económica para llevar a cabo determinadas acciones que necesitan de pequeños gastos”.*



