



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Investigación en Enfermedades Pediátricas

ENFERMERA ESCOLAR:

**NECESIDAD PERCIBIDA DE ASISTENCIA
SANITARIA EN CENTROS DOCENTES**

Directores

Gonzalo Solís Sánchez e Isolina Riaño Galán

Lorena Busto Parada

Mayo, 2022

RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: Enfermera Escolar: Necesidad Percibida de Asistencia Sanitaria en Centros Docentes	Inglés: School Nurse: Perceived Need for Healthcare Assistance in Schools

2.- Autor	
Nombre: Lorena Busto Parada	DNI/Pasaporte/NIE: .
Programa de Doctorado: Ciencias de la Salud	
Órgano responsable: Centro Internacional de Postgrado	

RESUMEN (en español)

Introducción: los cambios en las tasas de morbilidad y mortalidad infantil relacionadas con la evolución de las técnicas diagnósticas, los tratamientos y la implementación de cuidados especializados, en este rango etario, exigen adaptaciones que permitan preservar su adecuado desarrollo y su rendimiento académico. Además, estas modificaciones cuestionan los criterios convencionales del concepto de cronicidad referido a la población pediátrica y adolescente, así como, las políticas dirigidas a proteger el acceso a sanidad y educación desde una perspectiva inclusiva y sitúan en el punto de mira la incorporación de otros determinantes de salud como indicadores de necesidades asistenciales en el entorno escolar. En este contexto, es preciso conocer las necesidades percibidas y las expectativas de la población previamente a la instauración de medidas dirigidas a la gestión de patología crónica en el ámbito educativo.

Objetivo principal: analizar la opinión de los distintos agentes implicados (progenitores, docentes y personal sanitario) en el manejo de la patología crónica en los centros escolares de educación ordinaria públicos y concertados de la comunidad autónoma (CCAA) de Asturias durante la etapa de escolarización obligatoria.

Material y método: estudio descriptivo transversal, mediante un cuestionario validado *ad hoc* en soporte digital (Google Formularios) remitido a los colegios de educación ordinaria con financiación pública (pública y concertada) y los centros sanitarios públicos de la CCAA de Asturias durante los meses de octubre de 2019 a enero de 2020. El cuestionario incluía variables sociodemográficas y una encuesta estructurada que recoge información sobre patología crónica, asistencia sanitaria y seguridad en caso de urgencia en el centro escolar.

Resultados: se analizaron los datos de 499 cuestionarios (233 progenitores, 134 docentes y 132 pediatras y enfermeras). El 21% de los progenitores manifestó que su hijo presentaba algún tipo de patología crónica con una asociación estadísticamente positiva en relación con la necesidad de algún tipo de precaución para participar en actividades deportivas o extracurriculares ($p < 0,001$) y la ausencia del centro de escolar por motivos de salud durante más de una semana seguida ($p = 0,002$). El 7,3% de las familias confirmó la necesidad de administrar algún fármaco durante la jornada lectiva siendo los docentes los principales colaboradores (53%). El 73,9% de los docentes afirmó haber tenido alumnos con patología crónica durante el último año y el 45,5% confirmó la existencia de protocolos para su asistencia, aunque el 68,7% no recibió formación específica para su atención. El 25% de los pediatras y enfermeras sostuvieron que los progenitores del alumnado con patología crónica notifican siempre a los centros escolares y el 17,4% declaró conocer la existencia de protocolos específicos. El 35,6% colaboró en formación relacionada con patología específica o urgencias en centros escolares, con un predominio mayor del personal de atención primaria ($p < 0,001$). Los encuestados manifestaron como prioridad media-alta la necesidad de tener enfermera escolar en los centros el 61,8% de los progenitores, el 62,7% de los docentes, el 63,7% del personal sanitario.

Conclusiones: Los centros educativos fueron evaluados como no capacitados para atender urgencias y/o accidentes durante la jornada lectiva por todos los grupos encuestados. Las principales barreras halladas fueron la administración de medicación para el grupo de progenitores y el amplio desconocimiento del uso y ubicación de los recursos materiales para el grupo de docentes y sanitarios, además de la falta de formación con una programación periódica que facilite la adquisición estrategias para la intervención en caso de riesgo vital durante la jornada lectiva. La necesidad de implantar la figura de la enfermera escolar como responsable de la salud escolar fue la opción considerada como prioritaria por todos los grupos encuestados.

RESUMEN (en Inglés)

Introduction: changes in infant morbidity and mortality rates related to the improvement in diagnostic techniques, treatments and the implementation of specialized care, in this age range, require adaptations to preserve proper development and academic performance. In addition, these changes challenge the conventional criteria of the concept of chronicity referred to the pediatric and adolescent population, as well as the policies aimed to protect access to health and education from an inclusive perspective and situate the incorporation of other determinants in the spotlight as health determinants of care needs in the school. In this context, it is necessary to know the perceived needs and expectations of the population before establishing measures aimed to the management of chronic pathology in the educational field.

Main objective: to analyze the opinion of the different agents involved (parents, teachers and health personnel) in the management of chronic pathology in public and concerted ordinary education schools in Asturias during the compulsory schooling stage.

Material and method: this is a cross-sectional descriptive study, deployed using an *ad hoc* validated questionnaire in digital support (Google Forms); the questionnaire was sent to schools with public funding (public and concerted) and public health centers of Asturias during the months between October 2019 and January 2020. The questionnaire included sociodemographic variables and a structured survey that collects information on chronic pathology, health care and safety measures in case of an emergency in the school.

Results: the data from 499 questionnaires (233 parents, 134 teachers, and 132 pediatricians and nurses) was analyzed. 21% of the parents stated that their child had some kind of chronic pathology with a statistically positive association to the need of some sort of precaution to participate in sports or extracurricular activities ($p < 0.001$) and absence from school for health reasons for more than one week in a row ($p = 0.002$). 7.3% of families confirmed the need to administer some drug during the school day, with the teachers as the main collaborators (53%). 73.9% of the teachers stated that they had had students with a chronic pathology in the last year and 45.5% confirmed the existence of protocols for their assistance, although 68.7% did not receive specific training for caring procedures. 25% of paediatricians and nurses affirmed that parents of students with chronic diseases always notify schools, and 17.4% stated that they were aware of the existence of specific protocols. 35.6% collaborated in training related to specific pathologies or emergencies in schools, with a greater predominance of primary care personnel ($p < 0.001$). The respondents expressed the need to have a school nurse in the centers as a medium-high priority: 61.8% of the parents, 62.7% of the teachers, 63.7% of the health personnel.

Conclusions: The educational centers were evaluated as not trained to deal with emergencies and/or accidents during the school day by all the groups surveyed. The main barriers found were the administration of medication for the group of parents and the lack of knowledge in the use and location of material resources for the group of teachers, pediatricians and pediatric nurses, in addition to the lack of training with a periodic programming that facilitates the acquisition of strategies for intervention in case of vital risk during the school day. The need to introduce the figure of the school nurse as the person responsible for school health was considered a priority by all the groups surveyed.

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO
EN CIENCIAS DE LA SALUD

A mi bisabuela,

Dolores.

AGRADECIMIENTOS

A mis directores de tesis Don Gonzalo Solís Sánchez y Doña Isolina Riaño Galán por guiarme y aconsejarme durante este recorrido académico y profesional.

A las familias, docentes, pediatras y enfermeras de pediatría que han participado voluntariamente en el estudio y por el interés que han mostrado a lo largo de todo el proceso, porque sin su implicación no habría sido posible.

A mis compañeros, por su colaboración, por dejarme a solas con “mi libro” y mis neuras.

A mis amigos, por su preocupación y por tender la mano a ese momento de paréntesis tan necesario.

A mi familia, por su ayuda inestimable a pesar de las circunstancias, por su paciencia y su afecto.

A mi hijo, Héctor, por soportar mis ausencias y mis largas horas delante del ordenador.

A Yoli, por estar siempre al otro lado, y a Edu, por no dejarme caer.

A todos, GRACIAS.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE FIGURAS.....	4
ÍNDICE DE ANEXOS	5
GLOSARIO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS.....	6
I - INTRODUCCIÓN	11
II - ESTADO ACTUAL	19
2.1. SALUD Y CALIDAD DE VIDA.....	19
2.1.1. Concepto de Salud.....	19
2.1.2. Concepto de Calidad de Vida	21
2.2. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	23
2.2.1. Promoción de la Salud	23
2.2.2. Educación para la Salud	26
2.2.3. Red Escuelas Promotoras de la Salud (Red SHE)	27
2.3. SALUD Y ENFERMEDAD EN LA INFANCIA	30
2.3.1. Derechos del Niño	30
2.3.2. Demografía y Cronicidad	35
2.4. POLÍTICA SANITARIA EN EL ÁMBITO ESCOLAR.....	41
2.4.1. Asturias	42
2.4.2. Otras Comunidades Autónomas.....	45
2.5. LA ENFERMERA COMO AGENTE DE SALUD.....	48
2.5.1. Modelos Teóricos.....	48
2.5.2. Competencias Profesionales.....	50
2.6. ENFERMERA ESCOLAR.....	54
2.6.1. Ámbito Internacional	54
2.6.2. Ámbito Nacional.....	58
2.6.3. Perfil de Enfermera Escolar.....	61
III - HIPÓTESIS	73
IV - OBJETIVOS	77

4.1. OBJETIVO PRINCIPAL	77
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	77
V - MATERIAL Y MÉTODOS	81
5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	81
5.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO, MUESTRA Y MUESTREO	81
5.2.1. Población de estudio y criterios de inclusión/exclusión	81
5.2.2. Muestra y técnica de muestreo	83
5.2.3. Tiempo y lugar de estudio	84
5.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS.....	85
5.3.1. Cuestionario	85
5.3.2. Variables de estudio	86
5.3.3. Análisis de los datos.....	87
5.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	87
5.5. CRONOGRAMA.....	88
VI - RESULTADOS.....	93
6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOCIODEMOGRÁFICO.....	93
6.1.1. Grupo de Estudio: PROGENITORES	93
6.1.2. Grupo de Estudio: DOCENTES.....	98
6.1.3. Grupo de Estudio: PERSONAL SANITARIO	102
6.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO: ÍTEMS CUESTIONARIO	105
6.2.1. Grupo de Estudio: PROGENITORES	105
6.2.2. Grupo de Estudio: DOCENTES.....	109
6.2.3. Grupo de Estudio: PERSONAL SANITARIO	112
VII - DISCUSIÓN.....	121
VIII - CONCLUSIONES.....	141
IX - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estándares del Servicio de Salud Escolar	67
Tabla 2. Número de alumnos por ciclo y centro educativo curso 2019/2020.....	83
Tabla 3. Características sociodemográficas de los progenitores participantes ..	94
Tabla 4. Características sociodemográficas de los docentes participantes	99
Tabla 5. Características sociodemográficas de los sanitarios participantes	103
Tabla 6. Asociación entre nivel asistencial y características sociodemográficas del personal sanitario	105
Tabla 7. Patología crónica referida por los progenitores (número de casos y porcentaje).....	106
Tabla 8. Opciones para la mejora de la asistencia en caso de urgencia o accidente durante la jornada escolar. Progenitores.....	108
Tabla 9. Patología crónica referida por los docentes (número de casos y porcentaje).....	109
Tabla 10. Opciones para la mejora de la asistencia en caso de urgencia o accidente durante la jornada escolar. Docentes	111
Tabla 11. Asociación entre nivel asistencial y formación relacionada con patología crónica	112
Tabla 12. Asociación entre nivel asistencial y formación relacionada con EpS	114
Tabla 13. Opciones de gestión de urgencias y/o accidentes por parte de los centros escolares ordenadas según el nivel de preferencia otorgado por los profesionales sanitarios	115
Tabla 14. Opciones para la mejora de la asistencia en caso de urgencia o accidente durante la jornada escolar. Personal sanitario	116
Tabla 15. Asociación entre categoría profesional sanitario y conocimientos recogidos en el cuestionario	117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo lógico para los estándares europeos de escuelas promotoras de la salud.....	28
Figura 2. Estándares globales de las escuelas promotoras de la salud dispuestas como un sistema.....	29
Figura 3. Prevalencia de morbilidad crónica según sexo en menores de 15 años en Asturias.....	37
Figura 4. Prevalencia de morbilidad crónica según grupo etario en menores de 15 años en Asturias.....	38
Figura 5. Análisis global de CVRS mediante Kidscreen-10 versión proxys por sexo para el grupo etario 8-15 años en Asturias	41
Figura 6. Evolutivo del marco legislativo sobre salud escolar en Asturias.....	45
Figura 7. Modelo y marco CanMEDS adaptado al contexto del Servicio de Salud Escolar.....	66
Figura 8. Cronograma	89
Figura 9. Distribución del grupo progenitores según nivel de estudios	95
Figura 10. Distribución del grupo progenitores según situación laboral.....	96
Figura 11. Distribución del grupo progenitores según ocupación actual	97
Figura 12. Distribución del grupo progenitores según el nivel educativo del alumno	98
Figura 13. Distribución del grupo docentes según categoría profesional.....	100
Figura 14. Distribución del grupo docentes según nivel educativo.....	101

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. SALUD ESCOLAR. MARCO LEGAL.....	177
ANEXO 2. SALUD ESCOLAR. GUÍAS Y PROTOCOLOS.....	184
ANEXO 3. ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	188
ANEXO 4. ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.....	191
ANEXO 5. ENFERMERÍA SALUD MENTAL.....	192
ANEXO 6. ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA.....	193
ANEXO 7. AMECE. FUNCIONES ENFERMERA ESCOLAR	194
ANEXO 8. OMS. COMPETENCIAS SALUD ESCOLAR.....	197
ANEXO 9. CUESTIONARIO PROGENITORES	200
ANEXO 10. CUESTIONARIO DOCENTES.....	208
ANEXO 11. CUESTIONARIO SANITARIOS.....	216
ANEXO 12. VARIABLES UNIVERSALES.....	223
ANEXO 13. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	224
ANEXO 14. VARIABLES DEL CUESTIONARIO: PROGENITORES.....	226
ANEXO 15. VARIABLES DEL CUESTIONARIO: DOCENTES	229
ANEXO 16. VARIABLES DEL CUESTIONARIO: SANITARIOS	232
ANEXO 17. AUTORIZACIÓN CEIM.....	235
ANEXO 18. CARTA PRESENTACIÓN PROGENITORES	236
ANEXO 19. CARTA PRESENTACIÓN DOCENTES.....	238
ANEXO 20. CARTA PRESENTACIÓN SANITARIOS.....	240
ANEXO 21. CONSENTIMIENTO INFORMADO	242
ANEXO 22. ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN	244

GLOSARIO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACISE: Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar

AH: Atención Hospitalaria

AMECE: Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos

AMECE+N+I: AMECE Nacional e Internacional

ANMF: Australian Nursing & Midwifery Federation, Victorian Branch

AP: Atención Primaria

AVD: Años vividos con discapacidad o mala salud

BOE: Boletín Oficial del Estado

BUP: Bachillerato Unificado Polivalente

CCAA: Comunidad Autónoma

CECOVA: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

CINE: Clasificación Internacional Normalizada de la Educación

CNO: Clasificación Nacional de Ocupaciones

COU: Curso de Orientación Universitaria

CPEE: Colegios Públicos de Educación Especial

CV: Calidad de Vida

CVRS: Calidad de Vida relacionada con la salud

DESA: Desfibrilador Semiautomático Externo

DSN: Department of Scholar Nurses (Departamento de Enfermeras Escolares)

EAP: Equipo de Atención Primaria

EEUU: Estados Unidos

EGB: Educación General Básica

EI: Educación Infantil

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España

EpS: Educación para la Salud

EP: Educación Primaria

ESIA: Encuesta de Salud Infantil de Asturias

ESO: Educación Secundaria

FP: Formación Profesional

ISEC: Índice Socioeconómico y Cultural

NASN: National Association of Scholar Nurses (Asociación Nacional de Enfermeras Escolares)

NHS: National Health Service

ODS: Objetivos Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización Naciones Unidas

Red SHE: Red Escuelas Promotoras de la Salud (Schools for Health in Europe)

REEPS: Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud

SCE³: Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar

SEE: Sociedad Española de Epidemiología

SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias

ZBS: Zona Básica de Salud

WHO: World Health Organization

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life (grupo sobre calidad de vida de la OMS)

I

INTRODUCCIÓN

I - INTRODUCCIÓN

La preocupación del ser humano por la salud como sinónimo de vida o supervivencia es tan antigua como nuestra propia existencia. Se ha procesado, condensado, conceptualizado y definido bajo un continuo renacer paralelo a nuestra evolución como sociedad, incluso se han generado otros términos y conceptos relativos a la salud como, por ejemplo: calidad de vida (CV), empoderamiento, promoción de la salud o bienestar, entre otros. Se trata de un concepto dinámico en relación con todo aquello que influye sobre nosotros.

La misma dinámica guarda la enfermedad. Su trascendencia medida en tasas de morbilidad, años de vida perdidos o discapacidad asociada, se relaciona estrechamente con la capacidad del ser humano para tratar y, sobre todo, prevenir la enfermedad y saber gestionar, en última instancia, la cronicidad. Todo ello ligado y condicionado a diagnósticos precoces, tratamientos más eficientes y cuidados de calidad, desafiando los límites de los sistemas sanitarios y los conocimientos de los profesionales al frente.

Sin embargo, existe una diferencia fundamental en la percepción social de ambos términos: salud y enfermedad.

La salud se entiende no sólo como algo que afecta al individuo sino a la comunidad entera. No es extraño, por tanto, que exista la necesidad de hacer partícipe a la población de su propia responsabilidad sobre su bienestar y se fomente el compromiso con uno mismo, con la comunidad y el medio ambiente como garantía de supervivencia, tal y como relata la Organización de las

Naciones Unidas (ONU) en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

La enfermedad contiene un carácter distintivo, como algo que pertenece a un individuo o a un colectivo, pero no necesariamente a la comunidad. De ahí la frecuente asociación entre patología y/o discapacidad y exclusión social, situaciones de acoso o desigualdades sociales. Estas circunstancias, traumáticas y condicionantes para el individuo, para ser superadas mediante un proceso de resiliencia encuentran, paradójicamente, en la aceptación social la principal herramienta de superación.

Existe, no obstante, un grupo poblacional de características singulares: la infancia y la adolescencia. Puesto que su dependencia de los adultos para la gestión de sus procesos de enfermedad es inversamente proporcional a su estado de desarrollo. Por ello, todo término, concepto, terapia o intervención educativa deberá ser adaptada al contexto evolutivo del menor.

Dicho así puede resultar una obviedad, sin embargo, esta necesidad de adaptar los procesos de cuidado supone un reto para las administraciones y los propios profesionales. En la planificación de la asistencia sanitaria de los menores, nuestro rol como agente suplente debe dejar paso a la autosuficiencia del individuo sin obviar nuestra responsabilidad como adulto referente en su cuidado.

Es, precisamente, esta responsabilidad y el entorno social principal de los menores, el centro educativo, lo que genera mayor conflicto a nivel mundial en la gestión de procesos patológicos, accidentes e intervenciones en salud.

La promoción de la salud y la educación para la salud (EpS) como parte del currículo escolar se percibe, habitualmente, como algo ajeno a la normalización de la discapacidad. Sin embargo, la forma más eficiente que tiene cualquier individuo de aprender, de adquirir conocimientos, es a través de sus iguales. La integración de alumnos con procesos patológicos crónicos y/o discapacidad es tan indispensable para el propio individuo como para sus iguales en la adquisición del concepto de bienestar.

De igual modo, la competencia profesional para divulgar conocimientos sobre hábitos saludables, promoción y EpS debe ser desempeñada por personal capacitado. En este sentido enfermería, como agente de cuidado, se postula como el profesional más idóneo a tal fin. El cuidado, herramienta fundamental de nuestra profesión, es transversal a cualquier estado de salud o enfermedad e influye sobre todas las esferas del individuo y su entorno.

La enfermera escolar¹, como experta de referencia en el cuidado de los menores y asesora en términos de promoción y EpS, debe estar lo más disponible posible para el alumnado y el profesorado. De manera estable, no circunstancial, con capacidad para generar las evidencias necesarias a través de una adecuada gestión de los datos que permita desarrollar indicadores específicos, evaluar las intervenciones y cambios epidemiológicos e implementar las mejoras pertinentes.

¹ Todas las denominaciones del documento que se efectúen en género gramatical masculino o femenino se entenderán hechas indistintamente en ambos géneros.

Como parte de la sociedad, el sistema sanitario debe ofrecer sus recursos allá donde se le necesite bajo las premisas de accesibilidad y eficiencia. Sin embargo, estas intervenciones precisan de recursos materiales y humanos, de tal manera que, la tan ansiada sostenibilidad del sistema sanitario, extremadamente frágil tras la pandemia de la Covid-19, pasa por una solución versátil.

La Organización Mundial para la Salud (OMS) a través del documento “WHO Guideline on School Health Services”, destaca la importancia de desarrollar políticas nacionales que den soporte a Servicios de Salud Escolar concebidos como una herramienta dinámica donde los profesionales sanitarios al cargo, preferentemente enfermeras, se encuentren a plena disposición del alumnado y en constante comunicación con los recursos externos al centro escolar.

La población infantojuvenil con patologías crónicas y discapacidades diversas que hoy precisan ayuda para la consecución de sus objetivos académicos, mañana serán adultos con un adecuado bagaje de conocimientos en salud y, sobre todo, con la conciencia de que el cuidado de uno mismo se proyecta más allá de nosotros, hacia la comunidad.

II

ESTADO ACTUAL

II - ESTADO ACTUAL

2.1. SALUD Y CALIDAD DE VIDA

2.1.1. Concepto de Salud

El concepto de salud posee un origen incierto, puede haber surgido de manera espontánea de la capacidad del ser humano para discernir y expresar la diferencia ente un estado de bienestar y otro de malestar (1) dando lugar al binomio salud-enfermedad que ha permanecido vigente hasta la actualidad.

En 1941, Sigerist amplía el concepto de salud mediante la siguiente afirmación: *“no es simplemente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo”* (1, p. 628).

Siguiendo este marco conceptual, la OMS cita en el Preámbulo de su Carta de Constitución en 1948 la definición elaborada por Stampar (2): *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (3, p. 1).

Donde, además, se le atribuye el rango de derecho fundamental *“(...) de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”* (3, p. 1), lo que supone un importante avance hacia un concepto positivista, descentralizado de la idea de enfermedad y enfocado en el concepto del individuo como ser biopsicosocial.

No obstante, a pesar de su enfoque positivo, se trata de una definición ampliamente cuestionada (4) por su matiz “utópico” al considerar como estándar

el “completo bienestar” en todas las esferas que componen al ser humano, así como, “estático” al estimar patológica cualquier incidencia y “subjetivo” por utilizar el concepto de “bienestar” como instrumento de medida siendo más tangible la capacidad de funcionamiento.

Ante la necesidad de delimitar el concepto de salud, son varios los autores que han acuñado el suyo propio. En 1975, Milton Terris (5), distingue dos enfoques diferenciados: uno subjetivo, relacionado con la sensación de bienestar y otro objetivo relacionado con la capacidad de funcionamiento.

Por otro lado, elimina el término utópico “completo bienestar” definiendo la salud como: *“la salud en un estado de bienestar físico, mental y social que permite funcionar y no sólo la ausencia de dolencia o afección”* (5, p. 5).

Aun así, continúa tratándose de un concepto anclado en el paradigma biomédico, obviando el componente sociocultural en el cual está inmerso el individuo y la comunidad a la que pertenece.

Más acorde con esta realidad, se encuentra la conceptualización que promulga Salleras (6) en 1985 al definir la salud como: *“el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico, social y capacidad funcional que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”* (6, p. 53).

De esta manera, responde a la necesidad de hacer extensible el enfoque individual al entorno familiar y comunitario.

Sin embargo, la salud por su propia naturaleza se encuentra vinculada a determinantes tanto individuales como colectivos y bajo la influencia de los

avances tecnológicos y científicos, circunstancias que determinan la necesidad de revisar continuamente el concepto de salud y sus atribuciones.

En este sentido, nos hallamos en un momento especialmente trascendente. Tras años de experimentar una evolución exponencial en el diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades, sometiendo a juicio la propia estructura y competencias de los sistemas de salud, nos encontramos ante una acusada pérdida de referencias básicas (7).

Para la consecución de un estado holístico de salud es fundamental incorporar como parte de la asistencia sanitaria los componentes psicosociales que conforman al individuo: familia, entorno y comunidad.

2.1.2. Concepto de Calidad de Vida

El concepto de CV o Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) posee un carácter integrador que incluye tanto procesos de salud y enfermedad como actividades de promoción y prevención de la salud. Además, puede desglosarse hasta llegar a la expresión singular de cada individuo y permite que cada cual determine qué entiende por calidad de vida (8).

Uno de sus rasgos más peculiares es que no se mide, sino que se valora. Esta particularidad permite estimar el impacto de la enfermedad en el individuo atendiendo a diferentes situaciones, por ejemplo:

- A nivel social.
- En relación con su estado de ánimo y percepción del proceso.
- Afectación del proyecto de vida y apoyo familiar.

- Relación terapéutica con los profesionales sanitarios implicados.

El grupo sobre calidad de vida de la OMS (WHOQOL) (9) la definió como: *“la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”* (9, p. 1405).

Según lo cual, la CV aumenta cuando las personas participan en las decisiones que afectan a sus vidas, así como cuando son aceptadas en la comunidad.

Tal y como sucede con el concepto de salud y al tratarse de una entidad dinámica por definición, son muchos los autores que han contribuido a explicar este término. Una de las más extendidas es la propuesta por Verdugo y Schalock (10): *“estado deseado de bienestar personal que: es multidimensional, tiene propiedades éticas -universales- y émicas -ligadas a la cultura; tiene componentes objetivos y subjetivos; y está influenciada por factores personales y ambientales”* (10, p. 22).

Esta descripción proporciona un marco conceptual sobre el que planificar proyectos de salud que consideren al individuo desde una perspectiva integral y eviten una visión centrada en el problema. Un enfoque especialmente útil en el ámbito escolar al tratarse de un entorno donde se congregan sistemas muy diversos: académico, familiar, social, cultural, religioso, etc.

Sin embargo, la valoración de la CVRS en la población infantil está condicionada por una serie de factores determinantes como son (11, p. 87):

- *La baja prevalencia de problemas graves de salud.*

- *El desarrollo cognitivo.*
- *La dependencia de los adultos.*

Lo que supone una mayor exigencia a la hora de realizar una valoración puesto que se debe tener en cuenta el nivel de desarrollo del menor, no tan sólo la edad, y la necesidad de adquirir progresivamente una mayor autosuficiencia.

2.2. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

2.2.1. Promoción de la Salud

El documento “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud” (12) fruto de la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Ottawa, 1986) recoge la primera definición de Promoción de la Salud: *“proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”* (12, p. 1).

Este concepto adopta una percepción holística, no biomédica, que impulsa las iniciativas individuales y grupales y su empoderamiento, contribuyendo a la disminución de desigualdades en términos de salud (12).

Desde que se acuñara este término hace más de 30 años, se han sucedido las conferencias internacionales sobre Promoción de la Salud contribuyendo a transformar la salud pública y fortalecer la adopción de enfoques innovadores basados en la cooperación y el empoderamiento de la población (13).

Por su parte, la novena conferencia “Salud para todos y todos para la Salud” (13) (Shangai, 2016) fundamenta sus estrategias en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la ONU y sus ODS (14). En particular, el

ODS3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

Para la consecución de este objetivo se considera urgente la ampliación del ámbito de aplicación de la Carta de Ottawa y las declaraciones ulteriores, priorizando durante los próximos 15 años actividades de promoción de la salud en los siguientes ámbitos:

- Reforzar la buena gobernanza en pro de la salud.
- Mejorar la salud en entornos urbanos y promover las ciudades y comunidades saludables.
- Reforzar los conocimientos sobre la salud.

Apenas tres años más tarde, la pandemia originada por la Covid-19 supone un punto de inflexión en las políticas sanitarias a nivel mundial.

En la décima conferencia internacional sobre Promoción de la Salud, “Bienestar, Equidad y Desarrollo Sostenible” (15) (Ginebra, 2021), aún inmersa en la resolución de la pandemia, se determina la necesidad de considerar la salud como un bien fundamental para la humanidad: *“la salud no comienza en un hospital ni en una clínica. Comienza en nuestros hogares y comunidades, con los alimentos que comemos y el agua que bebemos, el aire que respiramos, en nuestras escuelas y en nuestros lugares de trabajo”* (15).

Si bien ya existía una tendencia a descentralizar la promoción de la salud más allá del ámbito sanitario, las circunstancias actuales precisan de un planteamiento más categórico, menos laxo, una nueva corriente de pensamiento

que nos conecte con la responsabilidad de nuestros actos y la relevancia que estos tienen para la colectividad a nivel global.

Bajo esta premisa, se acuerda la “Carta de Ginebra para el Bienestar” (16) que, recogiendo el legado de la “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud” y las nueve conferencias posteriores, describe un nuevo concepto de salud donde los resultados se valoran en indicadores sociales y las políticas en equidad.

Para la consecución de la “sociedad del bienestar” la OMS considera fundamental “una inversión sostenida en el personal sanitario, la promoción de la salud, la infraestructura de salud pública y la investigación” (16, p. 5) y propone el desarrollo de cinco acciones clave (16, p. 3-4):

1. *Valorar, respetar y cuidar el planeta Tierra y sus ecosistemas.*
2. *Diseñar una economía equitativa que sirva al desarrollo humano dentro de los límites ecológicos locales y planetarios.*
3. *Desarrollar políticas públicas saludables para el bien común.*
4. *Lograr la cobertura sanitaria universal.*
5. *Abordar los impactos de la transformación digital.*

La mirada se vuelve hacia las poblaciones indígenas como ejemplo de “sostenibilidad y equidad” (16, p. 5). Hacia un gasto en sanidad entendido como una inversión en busca de una sociedad que potencie los procesos resilientes (16), entendidos no como una adaptación, sino la superación de un evento traumático a través de las herramientas que el entorno ofrece al individuo (17).

2.2.2. Educación para la Salud

La EpS es un recurso muy vinculado a enfermería desde comienzos del siglo XIX. Encontramos referencias de esta actividad en las “enfermeras de distrito” creadas por el político inglés William Rathbone (18) y en la americana Lillian Wald, educadora de cuidados básicos en la comunidad y autora del término “Enfermera de Salud Pública” (19).

La definición más extendida de EpS es la elaborada por la OMS (20) en 1983: “(...) actividades que estimulen a la población a desear estar sana, saber cómo mantenerse sana, hacer lo que esté en su mano individual y colectivamente para conservar la salud, y buscar ayuda cuando la necesite.” (20, p. 46)

Su finalidad es capacitar a los individuos para la adquisición y/o mantenimiento de hábitos de vida saludables, así como un uso responsable de los servicios sanitarios. No se trata, por tanto, de una mera información sanitaria, sino que comprende las áreas de:

- Conocimientos.
- Habilidades.
- Actitudes/sentimientos.

Por consiguiente, la escuela es uno de los principales ámbitos de educación sanitaria. Las intervenciones desarrolladas en este ámbito se caracterizan por ser más eficientes al incidir sobre una población receptiva al aprendizaje, además de accesible.

A su vez, el entorno escolar favorece la transferencia de información entre la población adulta que la compone: familias, personal docente y no docente de los centros, y en última instancia, la comunidad.

2.2.3. Red Escuelas Promotoras de la Salud (Red SHE)

La OMS considera las escuelas como un ámbito propicio para desarrollar la resiliencia de los niños y potenciar sus habilidades para reducir el riesgo de trastornos de salud mental, violencia y lesiones, abuso de sustancias y conductas sexuales de riesgo (21).

Siguiendo las recomendaciones de la Conferencia sobre la promoción de la Educación para la Salud (Estrasburgo, 20-22 de septiembre de 1990), el Consejo de Europa, la Comisión Europea y la Oficina Regional de la OMS para Europa, se desarrollan en 1991 la Red de Escuelas para la Salud en Europa (REEPS), pasando a denominarse Red SHE (22) en 2008.

En España, tomando como referencia la Red SHE, se publica la Orden ECD/2475/2015, de 19 de noviembre, por la que se crea el distintivo de calidad de centros docentes Sello Vida Saludable (23), como forma de reconocimiento a los centros docentes que fomentan el aprendizaje de la salud en el ámbito educativo, el manejo de hábitos de vida saludable y la práctica de educación física con la finalidad de alcanzar el desarrollo personal y social durante la escolarización de los alumnos. Sin embargo, en ningún caso contempla la asistencia sanitaria ni la intervención sobre patologías entre el alumnado.

En 2019, la Red SHE publica “European Standards & Indicators for Health Promoting Schools” (24), donde se definen tres conceptos clave que caracterizan el concepto y enfoque de las Escuelas Promotoras de la Salud (24, p. 6):

- *El plan de estudios escolar promueve temas de EpS.*
- *El espíritu y el entorno social y físico de la escuela apoyan el bienestar de los estudiantes, a través de un plan de estudios, valores y actitudes informales.*
- *Las escuelas cultivan vínculos con la comunidad en general, involucran a los padres y los entornos de salud de la comunidad para mejorar la salud de los niños.*

Si bien, la asistencia sanitaria, *a priori* no forman parte del planteamiento de la Red SHE, los estándares propuestos, y sus correspondientes indicadores, se disponen según un mapa de procesos definido (Figura 1) donde los servicios sanitarios se posicionan como una pieza fundamental para la consecución del bienestar y rendimiento académico entre el alumnado.

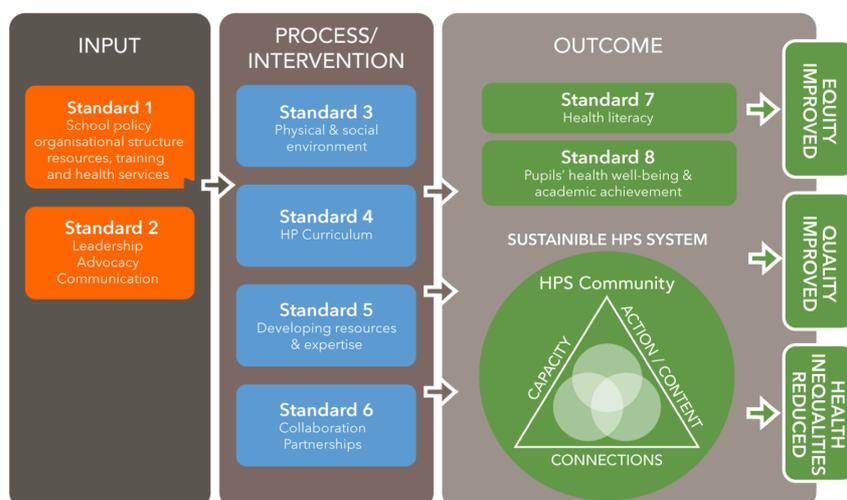


Figura 1. Modelo lógico para los estándares europeos de escuelas promotoras de la salud (Fuente: Red SHE. European Standards & Indicators for Health Promoting Schools. 2019) (24)

Concretamente, la última publicación de la OMS en 2021, “WHO Guideline on School Health Services” (25), detalla la estructura y contenido a desarrollar por los Servicios de Salud Escolar y justifica plenamente la presencia de personal sanitario en las aulas como parte del proyecto de la Red SHE.

De hecho, uno de los puntos fuertes de este documento es la concreción acerca del lugar que ocupan los Servicios de Salud Escolar dentro de las Escuelas Promotoras de la Salud.

Tal y como se refleja en la Figura 2, estos servicios son un componente indispensable para el desarrollo de las escuelas saludables como responsables de dar respuesta a las necesidades de cuidado del alumnado.

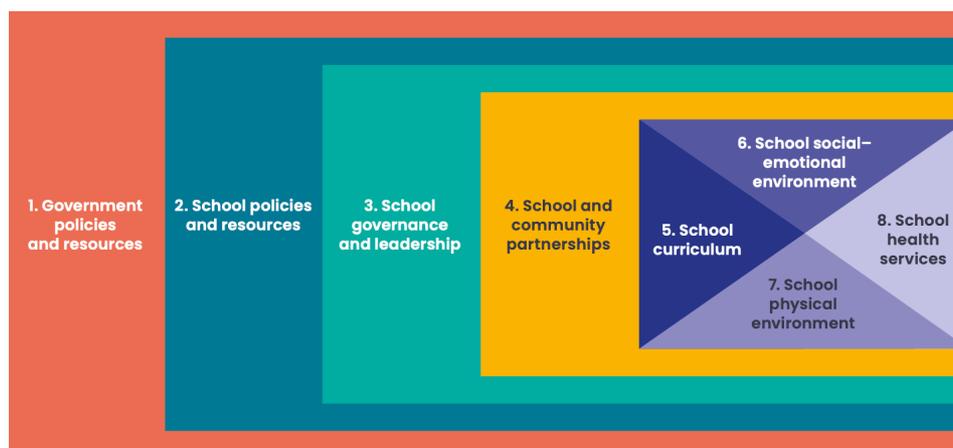


Figura 2. Estándares globales de las Escuelas Promotoras de la Salud dispuestas como un sistema (Fuente: WHO Guideline on School Health Services. 2021) (25)

Este mismo documento incluye, además, un menú de intervenciones a realizar. No se trata en ningún caso de unas directrices estancas sobre cómo organizar un servicio de estas características, sino que se clasifican en diferentes niveles de recomendación para su implantación (25, p. 23):

- a) *Esenciales en todas partes.*
- b) *Adecuado en todas partes.*
- c) *Esencial o adecuado solo en ciertos contextos geográficos.*
- d) *Inadecuado en todas partes.*

Entre las actividades clasificadas como “*esenciales en todas partes*”, es decir, que deben desarrollarse en todo Servicio de Salud Escolar independientemente de la estructura del sistema de salud o nivel económico del país que se trate, destaca la inclusión de actividades relacionadas con primeros auxilios, administración de medicación y soporte en el manejo de patología crónica del alumnado.

En definitiva, no cabe duda de que el concepto de salud contiene una variabilidad difícil de condensar en un solo propósito. De tal manera que, las intervenciones dirigidas a fomentar la salud y el empoderamiento de la población infantojuvenil deben asumir la integración del alumnado con necesidades en salud mediante una adecuada asistencia sanitaria en el entorno escolar.

2.3. SALUD Y ENFERMEDAD EN LA INFANCIA

2.3.1. Derechos del Niño

La primera referencia histórica que reconoce la existencia de derechos específicos para la infancia, sin perjuicio de la responsabilidad de los adultos sobre su bienestar, es la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño (26), adoptada por la Sociedad de Naciones, predecesora de la ONU, en 1924.

La iniciativa que partió de Eglantyne Jebb, conocida también por ser la fundadora de la organización Save the Children, reconoce explícitamente la asistencia en caso de enfermedad como un derecho dentro del artículo dos, de los cinco que componen el documento: *“El niño hambriento deber ser alimentado; el niño enfermo debe ser atendido; el niño deficiente debe ser ayudado; el niño desadaptado debe ser reeducado; el huérfano y abandonado deben ser recogidos y ayudados”* (26, p. 14).

Tomando como referencia la Declaración de Ginebra, la ONU proclama en 1959 la Declaración de los Derechos del Niño (27), donde se recogen diez principios para garantizar el adecuado desarrollo de los menores, incluida su protección legal, dedicando específicamente el cuarto principio a la salud:

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberá proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados (27, p. 2).

En 1990, España ratifica la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989(28) mediante publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE) que dedica el artículo 24 al Derecho a la Salud y a los Servicios Sanitarios (28, p. 38899):

(b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud.

(e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad y, en particular, los padres y los niños conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos.

Se trata, no obstante, de medidas generales promulgadas con la finalidad de promover otras más específicas que aseguren el desarrollo del menor en todas las esferas: física, mental y social, y en todos los ámbitos: sanidad, educación, familia y comunidad, respetando los condicionantes derivados de su cultura, religión, opinión política o nivel socioeconómico.

En lo relativo a la salud y, concretamente, en el ámbito escolar, la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado, promulgada mediante la Resolución del Parlamento Europeo del 13 de mayo de 1986, Doc. A 2-25/86 (29), reitera la necesidad y el derecho a que su proceso patológico no interfiera en su progreso académico (29, p. 38):

R) Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital (...).

T) Derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio.

Es innegable el estrecho vínculo entre educación y salud siendo condición *sine qua non* la existencia de la una para la consecución de la otra, pues no se

pueden alcanzar unos objetivos académicos satisfactorios si permanecemos apartados por enfermedad o convalecencia ni seremos capaces de conservar un adecuado nivel de salud si no recibimos la formación necesaria.

Bajo este precepto se han incluido disposiciones en las políticas de nuestro entorno más inmediato, como es el caso de la Constitución Española de 1978 (30) que recoge en su artículo 43 como el Derecho a la protección de la salud *“Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (...) fomentarán la educación sanitaria(...)”* (30, p. 17) y el artículo 148 confiere a las Comunidades Autónomas *“la capacidad para asumir competencias en (...) sanidad e higiene”* (30, p. 43). También la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (31) especifica en su artículo 18.5 sobre las competencias de las administraciones públicas que se desarrollarán actuaciones dirigidas a *“los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas”* (31, p. 16).

Por otro lado, desde el ámbito educativo, este nexo se mantiene a través de normativas como la Resolución de 3 de julio de 1998, de la Secretaría General Técnica, por la que se da publicidad al convenio suscrito entre el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud para la atención educativa a los niños hospitalizados (32), desarrollada para responder a la necesidad de mantener el proceso académico durante la hospitalización como medida para evitar situaciones de desigualdad, al considerarla como una *“situación desfavorable”*.

De igual manera, la Ley Orgánica 3/2020 de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (33), recoge varios enfoques dirigidos a mantener el binomio salud-educación dentro del currículo escolar como, por ejemplo, “(...) *el cumplimiento efectivo de los derechos de la infancia (...) reconociendo el interés superior del menor, su derecho a la educación y la obligación que tiene el Estado de asegurar el cumplimiento efectivo de sus derechos (...) la importancia de atender al desarrollo sostenible de acuerdo con lo establecido en la Agenda 2030 (...) hacer efectivo el derecho a la educación inclusiva (...) reconocido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*” (33, p. 122871-2) y asegurar el bienestar de los alumnos según la consideración de la OMS sobre los centros escolares como “*instituciones privilegiadas para el bienestar de los niños y niñas*” (33, p. 122872) y la promoción de la salud en la escuela por su aportación al “*desarrollo de una vida más saludable*” (33, p. 122872).

Más concretamente, en lo que concierne a situaciones de discapacidad, la Estrategia sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 2021-2030 (34) apoya una visión intersectorial en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la ONU y sus ODS (14), con una apuesta clara sobre accesibilidad, calidad de vida e igualdad de participación y acceso a educación y sanidad, promoviendo un estilo de vida independiente. En cuanto a la infancia, señala la necesidad de iniciar una educación inclusiva desde edades tempranas junto con una formación adecuada al profesorado y fija para el año 2023 el desarrollo de indicadores específicos de discapacidad en este rango etario.

Estos argumentos continúan en la Resolución del Consejo relativa a un marco estratégico para la cooperación europea en el ámbito de la educación y la

formación con miras al Espacio Europeo de Educación y más allá (2021-2030) (35), dentro de la *“Prioridad estratégica nº 1: aumentar la calidad, la equidad, la inclusión y el éxito de todos en el ámbito de la educación y la formación”* donde se señala la necesidad de apoyar el *“acceso a una educación inclusiva de calidad para las personas con discapacidad”* y *“la reincorporación a la educación desde una perspectiva de aprendizaje permanente”* (35, p. 5).

Se desprende de estas acciones la necesidad de fomentar la evolución conjunta de salud y educación, entendidas como las medidas necesarias para alcanzar y mantener la salud desde la EpS, así como, lograr la equidad de oportunidades mediante la integración de alumnos con patología crónica asociada a discapacidad y la reincorporación de aquellos que se encuentran en resolución de un proceso agudo.

2.3.2. Demografía y Cronicidad

Antes de planificar políticas dirigidas a proteger el adecuado desarrollo de la población pediátrica garantizando el acceso a sanidad y educación desde una perspectiva inclusiva, es fundamental conocer las características demográficas y de morbilidad de la población sobre la que vamos a intervenir.

En este sentido, la evolución de las técnicas diagnósticas, los tratamientos y la implementación de cuidados cada vez más especializados han modificado sustancialmente las tasas de mortalidad y morbilidad en la población pediátrica, mostrando hoy en día una realidad muy distinta a la existente a mediados del siglo XX.

Así mismo, estas variaciones han ocasionado una evolución paralela del concepto de cronicidad referido a la infancia y la adolescencia de tal modo que, en la actualidad, no hay consenso sobre qué características definen la patología crónica pediátrica.

Son numerosos los autores que han conceptualizado este término dando lugar a una gran diversidad de definiciones (36) que van desde criterios puramente temporales sobre un diagnóstico definido (37) hasta aquellas que incluyen limitaciones funcionales y/o cuidados fuera del ámbito sanitario (38,39). Este escenario, sin duda, dificulta la monitorización de indicadores que permitan hacer un seguimiento de las necesidades reales de la población infantojuvenil y la planificación de las medidas necesarias para su solución.

En consecuencia, las encuestas oficiales de salud se presentan como la opción más consistente al proporcionar estabilidad y rigor en los datos sobre la prevalencia de los factores condicionantes de salud recogidos en la población a estudio como, por ejemplo, morbilidad crónica o discapacidad.

Según el Informe de Salud de Asturias 2012-2015 (40), la patología crónica más prevalente es la caries (21,7% dentición temporal y 43,2% dentición definitiva) con un índice CAOD por encima de la media nacional (41), si bien los últimos datos publicados en nuestra comunidad autónoma (CCAA) corresponden al año 2008.

En lo referido a otras patologías relacionadas con factores endógenos, y no en el contexto de malos hábitos de higiene, se encuentra la Encuesta de Salud Infantil de Asturias de 2017 (ESIA-2017) (42) realizada por la Consejería de Salud

y Servicios Sanitarios del gobierno del Principado de Asturias. Según los datos recogidos el 29% de la población infantil asturiana no institucionalizada menor de 15 años tiene algún problema crónico de salud, siendo el asma (9,5%) y las alergias crónicas (7,6%) los más prevalentes, seguidos de los problemas crónicos de la piel (5,9%) y las otitis y amigdalitis de repetición (5,3%), el resto de las patologías se encuentran recogidas en la Figura 3. El mismo año, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social realizaba la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) (43) donde se indica una prevalencia de patología crónica del 18% para el mismo grupo etario con una tendencia inversa de las enfermedades más prevalentes: 10,5% alergia crónica y 4,5% asma.

Morbilidad	Hombre	Mujer	Total
Alergias crónicas (asma alérgica excluida)	8,7%	6,5%	7,6%
Diabetes	,3%	,3%	,3%
Obesidad/sobrepeso	1,8%	1,3%	1,6%
Ansiedad o depresión	1,3%	1,1%	1,2%
Epilepsia	,9%	,8%	,8%
Trastornos de la conducta (hiperactividad, déficit de atención, trastornos del espectro autista, etc.)	4,2%	1,4%	2,8%
Tumores malignos, leucemias	,1%	,2%	,1%
Asma	11,8%	7,0%	9,5%
Enfermedades del corazón	1,0%	1,5%	1,3%
Enfermedades del riñón	,8%	,3%	,5%
Problemas crónicos de piel	5,5%	6,3%	5,9%
Otitis y amigdalitis de repetición	5,4%	5,1%	5,3%
Enuresis (orinarse en la cama)	1,7%	,8%	1,3%
Enfermedades digestivas crónicas (úlceras, hepatitis, celiaquía, intolerancias alimentarias)	1,9%	1,5%	1,7%
Problemas de columna o escoliosis	,6%	1,5%	1,0%
Enfermedad Rara o poco frecuente	,9%	,6%	,7%
Enfermedad Congénita	1,5%	1,7%	1,6%
Intolerancia al gluten	1,1%	,7%	,9%
Alergia a los frutos secos o semillas	,9%	,7%	,8%
Ha padecido alguna otra enfermedad crónica (especificar)	1,1%	,9%	1,0%
No ha padecido ninguna	67,7%	74,4%	71,0%

Figura 3. Prevalencia de morbilidad crónica según sexo en menores de 15 años en Asturias (Fuente: ESIA-2017) (42)

En cuanto a la distribución por grupos etarios de la población asturiana (Figura 4), el pico máximo para el asma y las alergias se encuentra entre los 11-15 años, mientras que para las otitis y las amigdalitis se sitúa entre los 3-5 años. Existen diferencias significativas respecto al sexo con una mayor prevalencia en los hombres, excepto los problemas de columna o escoliosis.

Morbilidad	0-2	3-5	6-10	11-14	Total
Alergias crónicas (asma alérgica excluida)	2,0%	5,5%	7,9%	12,4%	7,6%
Diabetes	0,0%	,2%	,3%	,4%	,3%
Obesidad/sobrepeso	0,0%	,2%	2,2%	2,6%	1,6%
Ansiedad o depresión	0,0%	,2%	1,4%	2,4%	1,2%
Epilepsia	,3%	1,7%	1,0%	,4%	,8%
Trastornos de la conducta (hiperactividad, déficit de atención, trastornos del espectro autista, etc.)	,6%	1,7%	3,3%	4,6%	2,8%
Tumores malignos, leucemias	0,0%	,2%	,3%	0,0%	,1%
Asma	3,4%	9,1%	8,9%	14,4%	9,5%
Enfermedades del corazón	1,7%	1,4%	1,1%	1,3%	1,3%
Enfermedades del riñón	,3%	,5%	,5%	,7%	,5%
Problemas crónicos de piel	4,0%	5,8%	5,6%	7,7%	5,9%
Otitis y amigdalitis de repetición	1,1%	5,8%	7,4%	4,9%	5,3%
Enuresis (orinarse en la cama)	,3%	1,7%	1,5%	1,3%	1,3%
Enfermedades digestivas crónicas (úlceras, hepatitis, celiaquía, intolerancias alimentarias)	1,1%	1,2%	2,2%	1,8%	1,7%
Problemas de columna o escoliosis	,6%	,2%	,8%	2,2%	1,0%
Enfermedad Rara o poco frecuente	,6%	,2%	1,1%	,9%	,7%
Enfermedad Congénita	1,1%	1,7%	1,6%	1,8%	1,6%
Intolerancia al gluten	0,0%	,5%	1,2%	1,5%	,9%
Alergia a los frutos secos o semillas	0,0%	,2%	1,2%	1,1%	,8%
Ha padecido alguna otra enfermedad crónica (especificar)	,3%	2,2%	,7%	1,1%	1,0%
No ha padecido ninguna	86,8%	73,5%	69,2%	61,6%	71,0%

Figura 4. Prevalencia de morbilidad crónica según grupo etario en menores de 15 años en Asturias (Fuente: ESIA-2017) (42)

Por último, atendiendo a la clase social, según criterios del Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) (44) y la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CNO-2011) (45) utilizados en la

ESIA-2017, las clases medias y bajas (IV y VI) presentan una mayor prevalencia de patología crónica con unos valores del 66,7% y 69,1%, respectivamente.

No obstante, además de la patología crónica, existen otras circunstancias que condicionan la necesidad de asistencia sanitaria como, por ejemplo: patología aguda, traumatismos o estrés, recogidas en la ESIA-2017 mediante el ítem “limitación de actividades relacionada con sintomatología en los últimos 6 meses”, que se sitúa en un 8,5% debido principalmente a causas físicas (83,1%).

En lo que respecta a la discapacidad, se encuentra en el 13,7% de la población infantojuvenil asturiana, siendo más frecuente la limitación para ver (5,5%), seguida de la limitación para comunicarse (2,6%) y para el cuidado personal (1,9%).

Otra de las situaciones a tener en cuenta es la prevalencia de accidentes y sus características debido a su vinculación con situaciones de riesgo vital y/o necesidad de asistencia sanitaria en el centro escolar. Pues bien, la prevalencia se sitúa en un 11,7% con un predominio de los lugares de ocio (6,5%) en todos los grupos etarios, excepto entre los 0-2 años. Los efectos más habituales derivados de estos incidentes son las contusiones o hematomas superficiales (71,7%) y las fracturas o heridas profundas (22,3%), tan sólo en el 5,9% de los accidentes no se produjeron daños. A pesar del carácter leve de la mayoría de las lesiones, precisaron asistencia sanitaria el 70,8%, si bien no existe un registro sobre el tipo de asistencia proporcionada (medicación, cura, inmovilización, etc.).

Por el contrario, las agresiones presentan una tendencia totalmente opuesta. Con una prevalencia del 2,7%, se producen en el 61% de las ocasiones

en el centro escolar, aumentando la frecuencia con la edad, y tienen como causante a otro menor en el 93,5% de los casos. Siendo la naturaleza de la agresión más frecuente la psicológica (acoso, bullying) en el 1,8% del total.

En general, existe una tendencia muy marcada a pensar en daño físico cuando nos referimos a patología crónica, accidentes o agresiones, pero, como acabamos de ver, la esfera mental se encuentra igualmente afectada en todos los grupos etarios y en relación directa con los vínculos establecidos con sus iguales.

De igual manera, las conductas adictivas representan una problemática más allá del daño físico que producen en un individuo en desarrollo, como son los adolescentes, y merecen una consideración dentro del patrón conductual. Los datos de la ESIA-2017 para población entre 11-14 años reflejan un hábito tabáquico en el 1,9% de los encuestados y un 4,8% para el consumo de alcohol, con un mayor porcentaje en el sexo femenino, 2,7% y 7,8%, respectivamente.

Continuando con los datos relativos a Salud Mental, los datos recogidos mediante el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ) (46) para el grupo etario comprendido entre 4 - 14 años de edad, indican valores anormales en el 11,8% de la población a estudio según las cuatro escalas correspondientes a la Dimensión Dificultades (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros); en cambio la valoración de la escala prosocial que evalúa la Dimensión Fortalezas o Capacidades indica valores normales en el 93,4% de la muestra.

En relación con la percepción de bienestar y nivel de salud subjetiva, valorada mediante el instrumento Kidscreen-10 (47) (Figura 5), indica un análisis global de CVRS en su versión de progenitores de 58,37 puntos. Un resultado superior a la media española (49,9 puntos) y europea (53,9 puntos). Así mismo, la percepción del grado de salud por parte de los progenitores es “bueno” o “muy bueno” en un 94% de la población encuestada.

Ámbito	Hombre	Mujer	Total
ASTURIAS, 2017	58,44 (57,6-59,1)	58,29 (57,3-59,3)	58,37 (57,3-59,3)
ESPAÑA	50,3	49,7	49,9
EUROPA	53,4	53,8	53,6

Figura 5. Análisis global de CVRS mediante Kidscreen-10 versión proxys por sexo para el grupo etario 8-15 años en Asturias (Fuente: ESIA-2017) (42)

2.4. POLÍTICA SANITARIA EN EL ÁMBITO ESCOLAR

El vínculo de la población pediátrica con patologías crónicas, agudas y accidentes de diversa índole reconocidos como causa potencial de eventos de riesgo vital ha derivado en la adopción de medidas que garanticen una asistencia adecuada durante la jornada escolar.

Sin embargo, la carencia de una marco normativo de ámbito estatal que regule las competencias sobre asistencia sanitaria en los centros educativos junto con la transferencia de las competencias en sanidad a las CCAA que conforman nuestro país condicionadas por el desarrollo de las estructuras básicas del Sistema Nacional de Salud definidas en el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud (48) y por la definición de las áreas de salud en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (31), han dado lugar a una

serie de medidas que difieren entre sí en cuanto al enfoque, definición del personal cualificado para intervenir, financiación, gestión, etc.

2.4.1. Asturias

Las medidas adoptadas en nuestra CCAA comienzan en 1984 con la Ley 11/1984, de 15 de octubre, de Salud Escolar para el Principado de Asturias (49), bajo el argumento de:

La importancia numérica de la comunidad escolar, que comprende no sólo los escolares, sino también el personal docente y no docente y los padres o tutores de los alumnos, todos los cuales representan un elevado porcentaje de la población general (...) Las características bio-psico-sociales de la edad escolar, con fenómenos de crecimiento, desarrollo, adaptación y transformación muy marcados, lo que define a la comunidad escolar como colectivo de alto riesgo en salud física, psíquica y social (49, p. 3).

Si bien su finalidad es preferentemente preventiva y de promoción de la salud, se reconoce la necesidad de establecer las competencias necesarias para desarrollar acciones sanitarias a cargo de los Equipos de AP (EAP) de la Zona Básica de Salud (ZBS) mediante la constitución de la Comisión de Salud Escolar “como órgano intersectorial de participación en la salud de la comunidad escolar” (49, p. 8).

Es en 2015, mediante Resolución, de 22 de mayo, conjunta de las Consejerías de Sanidad y de Educación, Cultura y Deporte, por la que se establecen estrategias en materia de salud escolar (50), cuando se reanuda el abordaje de la salud en el entorno escolar con la finalidad de dar respuesta a las

normativas vigentes en el marco internacional y nacional sobre salud escolar desde una perspectiva integral abordando aspectos de EpS, actividades preventivas y manejo de patología crónica.

Ahora bien, se trata de un documento “*meramente indicativo*” (50, p. 2), dejando pendiente la elaboración de los “*instrumentos jurídicos y administrativos*” (50, p. 2) necesarios para su desarrollo como, por ejemplo, la constitución de comisiones capaces de gestionar las líneas de actuación derivadas de los objetivos de determinadas estrategias (50):

- Estrategia 2: Comisión de Higiene y Seguridad Escolar.
- Estrategia 4: Centro Terapéutico Educativo.
- Estrategia 5: Comisión de Salud Escolar.
- Estrategia 6: Equipo de Innovación.

Seguidamente, se crea la Comisión de Coordinación de Salud Escolar del Principado de Asturias, cuyas funciones se regulan en el Decreto 39/2015, de 3 de junio, por el que se regulan los órganos de coordinación en materia de salud escolar (51), con el objeto de definir las medidas necesarias para adaptar las comisiones al contexto normativo actual y atender a las necesidades del alumnado mediante el Decreto 17/2018, de 18 de abril, por el que se regulan las Comisiones de Salud Escolar de los centros docentes del Principado de Asturias (52), estableciendo su carácter obligatorio tanto para educación ordinaria como educación especial, con independencia del ciclo formativo o la financiación del centro. Quedando establecidas formalmente las siguientes funciones (52, p. 3):

- a. Recibir los problemas de salud existentes en el centro docente y dar cuenta de los mismos con su informe al organismo competente.*
- b. Programar las actividades sanitarias del centro docente conducentes a la solución de los problemas de salud detectados.*
- c. Informar a las autoridades sanitarias tanto de los problemas detectados cuanto de las actividades programadas por la Comisión.*
- d. Velar por la aplicación de los programas emanados de las autoridades sanitarias.*

Sin embargo, en ninguna de las medidas enunciadas se recogen aspectos concretos sobre la gestión de patología crónica, accidentes o manejo de situaciones relacionadas con eventos de riesgo vital como, por ejemplo, recursos materiales disponibles o protocolos de actuación comunes a todos los centros educativos. De tal manera que, el denominador común de la normativa de nuestra CCAA se sitúa en un plano administrativo más centrado en la gestión que en la operatividad de las estrategias propuestas (Figura 6).

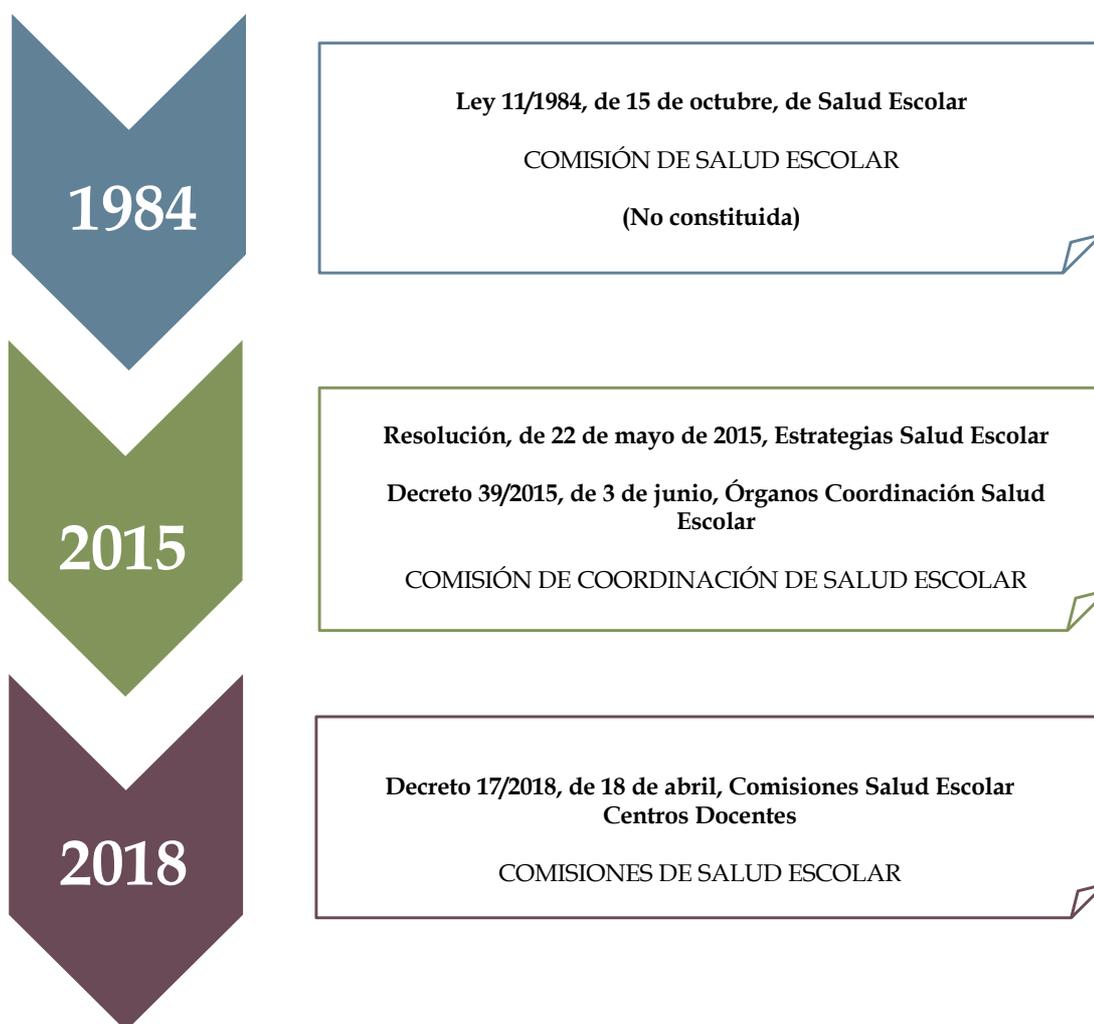


Figura 6. Evolutivo del marco legislativo sobre salud escolar en Asturias

2.4.2. Otras Comunidades Autónomas

La perspectiva que reflejan el conjunto de CCAA sobre el manejo de la asistencia sanitaria en los centros escolares es ampliamente heterogéneo (ver anexos 1 y 2), desde la presencia de legislación sobre la que proteger la intervención del profesorado hasta la edición de numerosas guías de actuación con las que suplir la ausencia de normativa legal.

En cuanto a la gestión de emergencias asociadas a patología crónica, existen un programa denominado “Alerta Escolar” (53–55).

Aunque cada CCAA lo gestiona de manera independiente, pues no se trata de una intervención avalada por el ejecutivo nacional, el procedimiento habitual es la comunicación voluntaria de los progenitores mediante un formulario dirigido al alumnado con asma, diabetes, epilepsia o alergia, además de aportar la documentación oficial del facultativo a cargo y la medicación o terapia prescrita actualizada.

La finalidad de este programa es garantizar una intervención adecuada en caso de agudización de la patología crónica de base durante la jornada escolar dotando al servicio de emergencias de un registro de los alumnos con patología crónica y su centro escolar de referencia a través de los datos aportados por las familias del alumnado.

Su origen se encuentra en la colaboración entre la Consellería de Educación y Ordenación Universitaria y la Fundación 061 de Galicia para la implantación del programa “Alerta Escolar” (53) en 2007. Además, se crea la Comisión Interdepartamental en Materia de Educación y Salud (56) con el objeto de desarrollar intervenciones de diversa índole dirigidas a la asistencia sanitaria en centros escolares y EpS mediante la coordinación de las consejerías correspondientes (57).

Partiendo de la estructura de la comunidad gallega, la Conselleria de Salut i Consum, Conselleria de Educació i Cultura y Servei Salut Illes Balears ponen en marcha el “Programa de Alerta Escolar Balear” (54) en 2014. Así mismo, en 2017, crean la figura de Coordinador de Casos “CoorEducaSalut” dirigido a los profesionales sanitarios y su homólogo en educación el Técnico del Servicio de

Atención a la Diversidad (58), consolidando la colaboración entre ambas consejerías.

La comunidad balear, haciendo uso de la organización administrativa y asistencial del “Programa de Alerta Escolar Balear”, publica en junio del 2021 el “Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes con Enfermedades Crónicas Complejas” (58) con el objetivo de normalizar la vida de estos pacientes a nivel educativo, social y familiar.

La CCAA de Murcia, de reciente incorporación, cuenta con el respaldo del ejecutivo murciano mediante acuerdo de colaboración entre las consejerías de Salud y de Educación, Juventud y Deporte en 2019 para el desarrollo del programa “Alerta Escolar” (55). En este caso, se limita a la coordinación con el servicio de emergencias (061) y el registro de alumnos con patología crónica sin desarrollar, por el momento, otras disposiciones sobre la colaboración entre ambas consejerías.

En lo que se refiere a la asistencia habitual, ante la ausencia de normativa que lo regule y fuera del contexto de una emergencia, lo habitual es que sea la familia quien se encargue de la administración de medicación, técnicas o terapias que deban llevarse a cabo durante la jornada lectiva (59–61) a excepción de aquellas comunidades que contemplen la contratación de personal sanitario específico y nominativo para atender a ese menor en concreto, como es el caso de la CCAA de Madrid (62–64), Castilla y León (65,66), Castilla La Mancha (67) y Extremadura (61).

Sin embargo, el posicionamiento más extendido es el manejo por parte de los docentes con el apoyo de guías y protocolos (68-74), formación puntual (59,75,76) o norma legislativa (58,77-79), sin perjuicio de la colaboración con atención primaria (AP) como referente sanitario.

No obstante, ninguno de los documentos referidos define claramente la distribución de competencias y responsabilidad legal de las actuaciones llevadas a cabo por cada uno de los integrantes de la comunidad educativa y sanitaria más allá del contexto específico de su ejercicio profesional o como ciudadano (74). Por tanto, la incorporación de profesionales de enfermería como parte estable de la comunidad educativa es una opción que va progresivamente tomando fuerza.

El desarrollo de proyectos piloto como los desarrollados en Cantabria (80), Murcia (81,82) y Navarra (83), la contratación de enfermeras escolares en Ceuta mediante convenio entre la Delegación del Gobierno en Ceuta y la Plataforma Estatal de Enfermera Escolar (84) o la aprobación de la Proposición no de Ley relativa a la enfermería escolar por la Junta de Andalucía (85) son algunos de los ejemplos más relevantes de la necesidad de ejecutar un Servicio de Salud Escolar con una referencia normativa que defina competencias, evite la duplicidad de funciones con AP y garantice su sostenibilidad.

2.5. LA ENFERMERA COMO AGENTE DE SALUD

2.5.1. Modelos Teóricos

Las teorías y modelos de enfermería constituyen el marco teórico y metodológico de referencia para el desarrollo de la profesión. La clasificación más utilizada es la descrita por Jacqueline Fawcett (86) en 1984 que, bajo el

término “metaparadigma”, define los cuatro conceptos básicos del marco conceptual enfermero según el siguiente orden:

1. Entorno.
2. Salud.
3. Persona.
4. Cuidado o enfermería.

En 1996, Suzanne Kérouac, tomando como referencia la evolución conceptual de los diferentes modelos, publica una propuesta que permite agrupar las diferentes teorías en tres paradigmas:

1. Paradigma de la Categorización (siglos XIX - 1950).
2. Paradigma de la Integración (1950 - 1975).
3. Paradigma de la Transformación (1975 - actualidad).

Así pues, partiendo de la práctica, se desarrolla un cuerpo teórico que proporciona el soporte necesario para desarrollar una formación reglada de carácter universal, afianzar la práctica asistencial sobre una base de conocimientos y un proceso sistemático en el cuidado (87), además del *“reconocimiento de la teoría enfermera como una herramienta para el razonamiento y el pensamiento crítico”* (87, p. 26).

Conviene recordar que los modelos de enfermería son comunes a todos los profesionales sin perjuicio de que determinadas especialidades de enfermería puedan ser más afines que otras a unos modelos en concreto.

No obstante, existen autores que plantean una aproximación ontológica de la enfermería argumentando que *“lo que existe para la disciplina enfermera no son dominios metaparadigmáticos ya delimitados, sino relaciones dinámicas e interdependientes que constituyen a las personas, incluso a las enfermeras, en su circunstancia de salud/ambiente”* (88, p. 6). De tal manera que la disciplina enfermera se retroalimenta de las interacciones surgidas en la práctica de sus funciones, lo que le confiere un carácter eminentemente solvente y versátil en la búsqueda de recursos (88).

Este enfoque sostenible y vinculado estrechamente a la comunidad es muy afín a los ODS planteados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la ONU (14) y la Carta de Ginebra para el Bienestar (16).

2.5.2. Competencias Profesionales

Así como las teorías y modelos definen nuestra disciplina, la legislación de cada país reconoce las competencias de los profesionales atendiendo a criterios académicos y administrativos, determinando nuestros deberes y obligaciones en relación con las funciones reconocidas como propias de la categoría profesional o penalizando en caso de incumplimiento u omisión.

Según lo expuesto en los artículos 52 y 53 del RD 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería (89), la enfermera es el profesional que desarrolla su actividad atendiendo a las necesidades *“(...) de salud de los individuos, familias y comunidades en todas las etapas del ciclo vital”* mediante *“(...) el*

desarrollo de funciones asistenciales, investigadoras, de gestión y docencia” (89, p. 40998).

Se trata de una descripción muy amplia y poco definida acerca del ámbito de actuación y de las competencias derivadas de sus funciones según el Código Deontológico de la Enfermería Española (90).

A grandes rasgos, el artículo 54 del citado decreto, enmarca la actuación del profesional de enfermería en la comunidad:

Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención (89, p. 40998).

Es aquí donde se extraen conceptos que, desde lo general, van a deducir actuaciones concretas en ámbitos determinados como el escolar. Por un lado, la capacidad individual de proporcionar respuestas ante una necesidad y, por otro lado, la facultad de coordinarse con otros recursos sanitarios. Todo ello basado en el concepto de sostenibilidad, imprescindible para garantizar la continuidad de los procesos emprendidos.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (91) y el RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería (92), suplen las carencias señaladas estableciendo como requisito

indispensable para la actuación en determinados dispositivos asistenciales la formación específica en las siguientes áreas:

- Obstétrico-Ginecológica.
- Salud Mental.
- Geriatria.
- Trabajo o Laboral.
- Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- Familiar y Comunitaria.
- Pediatría.

Ni en esta disposición ni en la anterior norma derogada, el RD 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista (93), se detalla la necesidad de desarrollar un programa de formación especializada para el ámbito escolar, contribuyendo al actual desconcierto sobre la determinación del perfil profesional al que debe responder la enfermera escolar.

No obstante, la implantación de esta figura debe enmarcarse en sintonía con la estructura del sistema de salud del país o región donde se vaya a desarrollar (94). En este sentido, existen algunas recomendaciones inherentes a situaciones socioeconómicas, políticas o demográficas que deben tenerse en cuenta en el diseño de un programa de salud escolar como (95,96), por ejemplo:

- Presencia física del profesional en el centro docente durante toda la jornada.
- Coordinación y participación de otros profesionales del ámbito sanitario.

- Responder a estándares de calidad en términos de eficacia, equidad, capacidad de respuesta y eficiencia.

Por otro lado, la comunidad escolar presenta una serie de características que la definen y que condicionan las competencias de la enfermera escolar:

- Población en diferentes etapas del desarrollo: desde infantil hasta adolescentes.
- Adultos con responsabilidad legal e intereses comunes en pos del adecuado desarrollo y seguridad de los menores:
 - Familias.
 - Docentes.
 - Orientadores.
 - Personal no docente (administrativo, servicios, etc).

En base a lo expuesto, sería adecuado reconocer la Enfermera Pediátrica como la más apropiada para desempeñar la función de enfermera escolar, atendiendo a las competencias específicas establecidas en la Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica (97) (Anexo 3).

No obstante, siguiendo las recomendaciones de complementar las intervenciones en los centros escolares mediante la colaboración de otros profesionales de enfermería, es preciso recomendar la participación de enfermeras especialistas en Familiar y Comunitaria (98), Salud Mental (99) y Obstétrico-Ginecológica (100) (ver anexos 4, 5 y 6) teniendo en cuenta las competencias definidas en sus correspondientes programas formativos. Sin

perjuicio de profesionales de otras disciplinas implicados en el tratamiento, cuidado y seguimiento de patologías crónicas o incapacitantes, así como aquellos pertenecientes a ámbitos asistenciales de especial interés para el alumnado con necesidades de salud.

2.6. ENFERMERA ESCOLAR

2.6.1. **Ámbito Internacional**

La necesidad de velar por la salud y el bienestar de la población infantil no responde a criterios territoriales ni temporales, sino que se trata de una constante mantenida a lo largo de la historia con distintos matices en función de circunstancias del momento.

Bajo esta premisa nace en 1891 la figura de la enfermera escolar en el seno del Congreso de Higiene y Demografía celebrado en Londres. A su vez, se crea en 1897 la institución responsable de dar soporte a este colectivo, la “London School Nurse Society” (101), que en su primera reunión anual celebrada en 1899 reconoce las siguientes competencias atribuidas a la enfermera escolar (102):

- Atender dolencias menores (asistencial).
- Prevenir propagación de enfermedades contagiosas (preventiva).
- Limpieza de los niños (promoción).

Actualmente, la enfermera escolar en Inglaterra cuenta con un perfil profesional definido en cuanto a requisitos académicos y asignación de funciones que van desde actividad asistencial hasta EpS. Sin embargo, la vinculación administrativa de estos profesionales es muy diversa, su contratación puede

depender del propio National Health Service (NHS), de los centros escolares o de los ayuntamientos; a su vez, pueden pertenecer a un centro de salud, a la propia escuela o a un equipo de trabajo multidisciplinar (103).

Paralelamente, la incorporación de la enfermera al entorno escolar se extiende a otros países de Europa hasta el momento presente, estando implantada en países como: Francia, Alemania, Suiza, Suecia, Reino Unido, Finlandia y Noruega (96).

En Francia, existe de forma reglada L'infirmier(e) de l'Éducation Nationale(104) como parte de la administración del estado y tiene entre sus funciones *"la prevención, EpS y el seguimiento personalizado del alumnado durante su escolarización"* (105).

Suecia cuenta con Servicios de Salud Escolar compuestos por médico, enfermera y psicólogo, para el desempeño de diversas actividades como, por ejemplo: controles de salud, atención social, acogimiento y enseñanza a los alumnos durante la enseñanza obligatoria. La provisión de estos servicios depende de los organismos municipales, de tal manera que, en función de las necesidades se asigna un equipo de salud escolar pudiendo variar su composición entre centros escolares y/o año académico (106).

Por su parte, en Estados Unidos (EEUU) Lillian Wald promueve la implantación de esta figura (107) que se consolida en 1909 como resultado de un estudio realizado por la Oficina de Salud de Detroit que avala la importancia de disponer de una enfermera en las escuelas de Boston (108).

En 1917, Lina Rogers publica su libro: “The School nurses: A survey of the duties and responsibilities of the nurse in maintenance of health and physical perfection and the prevention of disease among school children” (109), donde recoge el origen y organización de la enfermería escolar en el siglo XIX y principios del XX, y se posiciona como precursora de la enfermería escolar a nivel internacional (110–112).

Más adelante, en 1968, la Asociación Nacional de Educación constituye el Departamento de Enfermeras Escolares (DSN), con el propósito de mejorar las habilidades de las enfermeras escolares y fomentar las capacidades académicas de todos los niños en el aula. Finalmente, en 1979, la DSN da paso a la Asociación Nacional de Enfermeras Escolares (NASN) cuya actividad asistencial, docente e investigadora sitúa a EEUU como uno de los referentes en salud escolar a nivel internacional (113).

En 2017, la Junta Directiva de la NASN sintetiza el concepto de enfermería escolar en la siguiente definición:

La enfermería escolar, una práctica especializada en enfermería, protege y promueve la salud de los estudiantes, facilita el desarrollo óptimo y promueve el éxito académico. Las enfermeras escolares, basadas en la práctica ética y basada en la evidencia, son los líderes que coordinan la atención médica y la educación, coordinan la atención, defienden la atención centrada en el estudiante de calidad y colaboran para diseñar sistemas que permitan a las personas y comunidades desarrollar todo su potencial (114).

Sin salir del continente americano, Canadá reconoce y emplea enfermeras escolares con funciones asistenciales y docentes en diversos ámbitos (115). Por su parte “l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec” apoya la práctica enfermera en las escuelas mediante documentos como el “Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire” (116) que recoge todos los aspectos relacionados con la intervención de enfermería en el entorno escolar desde lo asistencial (patología urgente, crónica o aguda, exámenes de salud y vacunaciones) hasta las intervenciones en EpS así como lo relativo a competencias profesionales mínimas exigibles y aspectos legales, conformando una base sólida para el ejercicio profesional.

De igual modo, la enfermera escolar se encuentra presente en numerosos países de Sudamérica como: Panamá, Colombia, Argentina, Chile, Cuba o Puerto Rico, aunque su función se destina fundamentalmente a intervenciones en materia de salud pública (117).

Por último, Australia cuenta con la colaboración de dos instituciones, la “Australian Nursing & Midwifery Federation, Victorian Branch (ANMF)” (118) y la “Victorian School Nurse” (119), como difusoras de los conocimientos y las habilidades requeridas por las enfermeras que trabajan en entornos escolares a través del desarrollo de actividades de interés común y guías para la práctica como los “National School Nursing Professional Practice Standards”(120).

A pesar de lo descrito anteriormente, existen diferencias importantes en la provisión de cuidados en los Servicios de Salud Escolar en cuanto a

intervenciones desarrolladas, personal responsable, dedicación (jornada completa o parcial), ratio, etc., así como en la fiabilidad de los datos registrados.

Esta variabilidad, sumada a los diversos contextos epidemiológicos y sistemas de salud, conduce a un escenario peculiar donde prácticamente todos los países refieren algún tipo de intervención en salud escolar sin aportar información veraz sobre el contenido, análisis y uso de datos o evidencias en términos de coste-calidad (96).

2.6.2. Ámbito Nacional

En España, el interés por la salud de los escolares surge a finales del siglo XIX unido al concepto de “salud pública” en relación con el Movimiento Higienista (121).

Pedro de Alcántara García, uno de sus principales representantes, publica en 1886 el “Tratado de higiene escolar. Guía teórico-práctica para uso de los inspectores, maestros, juntas, arquitectos, médicos y cuantas personas intervienen en el régimen higiénico de las escuelas, construcción de locales y mobiliario, adquisición de material científico para las mismas” (122), con la intención de aportar evidencias que orienten a los docentes en la corriente pedagógica higienista.

Si bien, la línea general de esta corriente tiene un marcado carácter preventivo, dedica el capítulo III a “La medicina en las escuelas” (122) y aborda temas como epilepsia, hemorragias, quemaduras, asfixia y atragantamientos, e incluye un apartado sobre la necesidad de disponer de un botiquín con un contenido mínimo para la asistencia en caso de accidente o urgencia.

Apela, además, a la necesidad de dotar de conocimientos a los docentes sobre asistencia sanitaria alegando la falta de un servicio de medicina escolar, señala expresamente que:

(...) aun hallándose establecido ese servicio, tiene que haber casos en que sea el maestro el llamado a prestar los primeros auxilios, por sobrevenir algunos de los accidentes a que constantemente están expuestos los niños. En este sentido, necesita poseer ciertos conocimientos médicos, y no sólo poseerlos, sino saber ponerlos en práctica, y conocer los diferentes medicamentos que dichos accidentes requieren, a fin de no confundirlos y hacer de ellos funestas aplicaciones (122).

En ningún momento se hace referencia a los profesionales de enfermería, y es que, es en este momento histórico cuando emergen diferentes normas que darán lugar a la sanidad tal y como la conocemos. Precisamente, a iniciativa de la Sociedad Española de Higiene se promulga en 1904 la Instrucción General de Sanidad y la Ley de Protección a la Infancia y, en 1911, se crea la Inspección Médica Escolar (123).

No es hasta el año 1915 cuando se establece una titulación oficial para la profesión enfermera, tras la creación en 1896 de la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría (124) y se instaura mediante Decreto del 23 de abril el Cuerpo de Auxiliares Sanitarias Femeninas de Medicina e Higiene Escolar (125).

Por otro lado, la Escuela Nacional de Puericultura, a pesar de estar operativa desde 1926, no es hasta 1932 cuando se regula su actividad de manera formal incluyendo entre sus enseñanzas la de “visitadora puericultora”. En 1942 se crea el cuerpo de enfermeras de la Falange Española Tradicionalista y de las

JONS, y cinco años más tarde, en 1947, se aprueba el Reglamento de las Escuelas de Puericultura (123).

Dejando a un lado el enfoque higienista de la actividad enfermera, se establece el título de Asistente Técnico Sanitario mediante decreto del 4 de diciembre de 1953 (126). Sin embargo, no cesa la inestabilidad normativa en relación con la formación académica de las enfermeras, lo que compromete el desarrollo de las especialidades. Tanto es así, que el 1964 se desarrolla, entre otras, la especialidad de “Enfermera de Pediatría y Puericultura”, derogada apenas unos años más tarde, paradójicamente al incorporar los planes de estudio a la universidad mediante las Escuelas Universitarias de Enfermería en el año 1977 (97).

La alternancia en los modelos académicos que dan soporte a las funciones y competencias de las enfermeras es una constante en nuestro país. Esto, unido a complicaciones políticas relevantes, condiciona la instauración de bases sólidas que impulsen la evolución de la profesión y contrasta, en gran medida, con los países de nuestro entorno.

De tal manera que, las primeras referencias a la figura de enfermera escolar propiamente dicha surgen hace 30 años en los Colegios Públicos de Educación Especial (CPEE), concretamente en el Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos de Madrid (actualmente CPEE “María Soriano”) (125).

Es decir, la designación de un perfil profesional que responda a las necesidades de salud y cuidado en el ámbito escolar en nuestro país no sigue un

recorrido paralelo a los países de nuestro entorno, por lo que, continúa siendo una asignatura pendiente.

2.6.3. Perfil de Enfermera Escolar

La ausencia de una normativa oficial a nivel nacional sobre la figura de la enfermera escolar obliga a los profesionales que desempeñan su labor en el ámbito escolar a trabajar sin un marco competencial definido sobre el que estructurar su actividad. A su vez, esto genera una atención desigual entre CCAA, incluso entre los diferentes centros educativos según sea su financiación, pública o privada.

Indudablemente esta circunstancia no permite el seguimiento de las intervenciones en términos de efectividad y eficiencia ni la monitorización de indicadores sobre los que proponer alternativas más eficaces.

Con el ánimo de aportar una solución a este vacío institucional, se inicia la creación de diversas asociaciones de enfermería escolar en nuestro país a lo largo de las últimas décadas. A todas ellas les une un propósito común:

- Difundir las últimas evidencias disponibles.
- Generar actividad científica que respalde el ejercicio profesional.
- Reivindicar el reconocimiento oficial de esta figura con el ánimo de definir adecuadamente sus competencias.

En 2009 se constituye la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE3) durante la celebración del II Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar (Gandía) organizado por el Consejo de Enfermería de la

Comunidad Valenciana (CECOVA) y el Grupo de Trabajo Enfermería en Salud Escolar (ENSE)(127). Definen a la enfermera escolar como:

(...) profesional de enfermería que realiza su desempeño en el ámbito escolar, prestando atención y cuidados de salud a la comunidad educativa, y que para ello ha recibido una formación específica y complementaria en su proceso formativo. Su objetivo es contribuir al pleno desarrollo y máximo bienestar físico, mental y social de dicha comunidad, debiendo estar integrada en la misma, y en consecuencia, presente en el centro educativo durante todo el horario escolar(...) (127, p. 106).

Al mismo tiempo publican un documento denominado “Perfil Profesional de la Enfermera Escolar” (128) donde recogen y desarrollan las cuatro funciones principales atribuibles a esta figura: asistencial, docente, investigadora y de gestión.

Posteriormente, en 2013, la vocalía catalana de la SCE3 junto con la Asociación de investigación etnográfica aplicada caleidoscopio (antes Botica Natural ONGD) fundan la Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar, declarada de utilidad pública y denominada oficialmente ACISE a partir de Diciembre del 2014 (129). En 2016, publican “Enfermeras/os Escolares: Habilidades, competencias y funciones” (130) y adoptan la siguiente definición:

Las/os enfermeras/os son profesionales de la salud con gran experiencia, altamente cualificadas/os para educar en la promoción de la salud a niños y adolescentes, además de velar y cuidar a toda la comunidad educativa. Por su formación y experiencia, las/os enfermeras/os escolares tienen el perfil adecuado

para desarrollar de forma satisfactoria las diferentes funciones establecidas, así como las habilidades necesarias para proporcionar servicios de salud a la escuela y el entorno social-familiar (130, p. 2).

En este mismo documento, clasifican las funciones a desarrollar por la enfermera escolar en ocho grupos:

- *Asistencial.*
- *Educación y Promoción de la Salud.*
- *Investigadora.*
- *Gestora.*
- *Asesoramiento.*
- *Acompañamiento.*
- *Social.*
- *Detección y vigilancia.*

Por otro lado, la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE) (131), constituida en 2008, amplía en septiembre de 2017 u ámbito de actuación de Madrid a todo el territorio Nacional (N) e Internacional (I) pasando a denominarse: AMECE+N+I. En un primer documento publicado en 2010 (132) definen a la enfermera escolar como:

(...) el profesional que, dentro del ámbito del Centro y de acuerdo con el Proyecto Educativo del Centro (PEC), le incumbe la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada, o en su caso, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia al alumno/a de modo directo, integral o individualizado. En el ámbito educativo, además, han de prestar

un servicio que permita aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud (132, p. 1).

Más adelante, en 2016, en su “Propuesta sobre las Competencias Profesionales de la Enfermería Escolar” (133), adoptan la definición de enfermera especialista en Pediatría publicada en la Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica (97), para referirse a la enfermera escolar:

(...) el profesional capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados de forma autónoma, durante la infancia y adolescencia, en el Ámbito Educativo, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al niño o adolescente sano o enfermo y su rehabilitación, dentro de un equipo multiprofesional y en colaboración con enfermeras especialistas de otras áreas.

Asimismo, es el profesional que, con una actitud científica responsable ejercerá el liderazgo en el ámbito del cuidado al niño y adolescente, sano y con procesos patológicos agudos, crónicos o discapacitantes, estando capacitado para planificar, ejecutar y evaluar programas de salud relacionados con su especialidad y desarrollar trabajos de investigación y docencia para mejorar la calidad de los servicios y colaborar en el progreso de la especialidad (133, p. 22).

Es en esta publicación donde se documenta la propuesta para definir el perfil de enfermera escolar más exhaustiva de las publicadas en nuestro país.

Distingue entre competencias y funciones vinculadas a sus competencias, enmarcadas en el programa formativo de la especialidad de Enfermera Pediátrica (97) y de Enfermería Familiar y Comunitaria (98), al considerar que:

(...) esta titulación, Enfermería Escolar, tiene un perfil de Enfermera Especialista como área de capacitación específica de la enfermería pediátrica y colateralmente con la específica de Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería de Salud Mental (133, p. 12).

Las funciones atribuidas se clasifican en 4 grandes bloques: asistencial, gestora, docente e investigadora, desglosadas tal y como se detalla en el Anexo 7.

Las múltiples definiciones y variadas funciones que acuñan las principales asociaciones de enfermería escolar en España conducen, sin embargo, hacia un perfil profesional prácticamente idéntico, muy ligado a las competencias de la enfermera especialista en Pediatría.

Ahora bien, la regulación normativa de esta figura debe estar precedida de una base científica que determine las necesidades concretas de esta figura en relación con el alumnado, las familias, el personal de los centros escolares y otros profesionales del ámbito sanitario con el objeto de desarrollar unas líneas de actuación concretas, factibles y pertinentes, que permitan su monitorización y adaptación ante los diferentes escenarios que puedan surgir (cambios socioeconómicos, demográficos, morbilidad, etc.).

Esta problemática, ampliamente extendida a nivel mundial (96), lleva a la OMS a publicar en 2014 el “WHO. European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals” (94), con el objeto de desarrollar currículos específicos que sirvan de guía en la asignación de profesionales sanitarios como integrantes de los Servicios de Salud Escolar y alcanzar los estándares de calidad requeridos en este tipo de servicios.

Una adecuada composición del equipo de salud escolar es fundamental para ofrecer un servicio que aborde las prioridades de salud y satisfaga las necesidades de salud del alumnado, garantizando que todos los estudiantes se encuentren en un estado óptimo para aprender.

El conjunto básico de competencias (Anexo 8), definido por la OMS, se estructura en torno a los siete roles del modelo y marco CanMEDS (134) desarrollado por el Real Colegio de Médicos y Cirujanos de Canadá: profesional, comunicador, colaborador, gestor, defensor de la salud y erudito, siendo reemplazado el "experto médico" en el centro del modelo por "Experto en Salud Escolar", tal y como se muestra en la Figura 7:

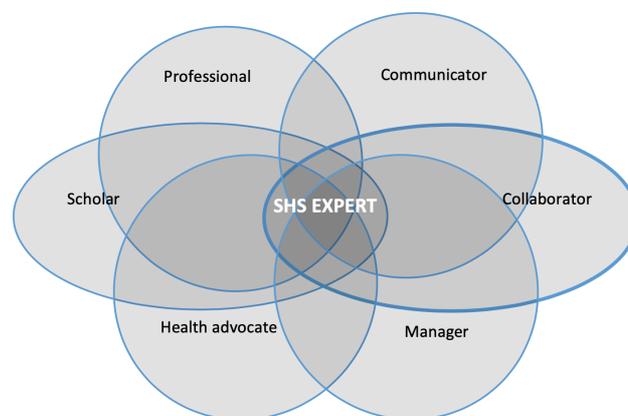


Figura 7. Modelo y marco CanMEDS adaptado al contexto del Servicio de Salud Escolar (Fuente: WHO. European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. 2014) (94)

En cuanto a los estándares a cumplir para garantizar un servicio de salud escolar de calidad (Tabla 1), se disponen en siete bloques con sus respectivas especificaciones adicionales:

Tabla 1. Estándares del Servicio de Salud Escolar

ESTÁNDAR 1
Se ha establecido un marco normativo nacional o regional intersectorial en el que participan los ministerios de salud y educación y se basa en los derechos del niño para asesorar sobre el contenido y las condiciones de la prestación de servicios de salud escolar
ESTÁNDAR 2
El servicio de salud escolar respeta los principios, características y dimensiones de calidad de los servicios de salud “amigos de los niños y adolescentes” y los aplica de una manera que es apropiada para niños y adolescentes en todas las etapas de desarrollo y en todos los grupos de edad. Los principios de accesibilidad, equidad y aceptabilidad también se aplican a la forma en que servicio de salud escolar interactúa con los padres
ESTÁNDAR 3
Los sistemas de instalaciones, equipos, personal y gestión de datos de servicio de salud escolar son suficientes para permitir que logre sus objetivos
ESTÁNDAR 4
Se establece una colaboración entre el servicio de salud escolar, maestros, administración escolar, padres e hijos, y actores de la comunidad local (incluidos los proveedores de atención médica) y se definen claramente las responsabilidades respectivas
ESTÁNDAR 5
El personal de servicio de salud escolar ha definido claramente las descripciones de trabajo, las competencias adecuadas y el compromiso de alcanzar los estándares de calidad de este
ESTÁNDAR 6
Se define un paquete de servicios de salud escolar basado en preocupaciones prioritarias de salud pública, respaldado por protocolos y directrices basados en la evidencia. El paquete de servicios abarca enfoques basados en la población, incluida la promoción de la salud en el entorno escolar, y los servicios desarrollados en un enfoque basado en las necesidades individuales
ESTÁNDAR 7
Se cuenta con un sistema de gestión de datos que facilita el almacenamiento y la recuperación seguros de registros de salud individuales, la supervisión de las tendencias de salud, la evaluación de la calidad de servicio de salud escolar (estructura y actividades) y la investigación

Fuente: WHO. European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. 2014 (94)

En definitiva, y sin perjuicio de la capacidad de cada país o región para adaptar las recomendaciones emitidas, según los documentos publicados por los organismos competentes, los Servicios de Salud Escolar son imprescindibles para dar respuesta a las necesidades individuales de los alumnos y ejercer como órgano asesor en promoción de la salud y EpS en el ámbito escolar.

En cuanto al perfil profesional más adecuado para la figura de “Experto en Salud Escolar”, la OMS recomienda expresamente trabajadores sanitarios capacitados (25). Concretamente, según los servicios evaluados a lo largo de las últimas décadas concluye que:

El alcance de los programas de los Servicios de Salud Escolar en los países puede variar desde intervenciones mínimas impartidas por docentes hasta visitas ocasionales de un trabajador de la salud (por lo general, una enfermera, a veces un oficial médico), hasta un programa de Servicios de Salud Escolar bastante integral con una alta cobertura proporcionado por enfermeras a tiempo completo o parcial en escuelas o por un equipo de centros de salud escolares (25, p. 8).

No obstante, para el adecuado desarrollo de estos servicios deben implementarse al amparo de normativas nacionales en colaboración con otros dispositivos y organismos competentes en la materia con el objeto de evitar la duplicidad de determinados servicios (94) y aumentar la eficiencia de estos (25).

En este sentido, más allá de las evidencias que ofrecen los indicadores sociodemográficos, económicos, tasas de morbilidad o años vividos con discapacidad o mala salud (AVD), uno de los pasos clave en la elaboración de toda estrategia nacional de salud (135), incluida la salud escolar (25), es la

consulta popular sobre necesidades percibidas y expectativas del servicio previo a su implantación.

III

HIPÓTESIS

III - HIPÓTESIS

Los progenitores del alumnado, los docentes y el personal sanitario consideran que la asistencia sanitaria en los centros educativos es mejorable y que la figura de la enfermera escolar podría ser una solución apropiada al contexto.

IV

OBJETIVOS

IV - OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Analizar la opinión de los distintos agentes implicados (progenitores, docentes y personal sanitario) sobre el manejo de la patología crónica en los centros escolares de educación ordinaria públicos y concertados de la CCAA de Asturias durante la etapa de escolarización obligatoria.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la opinión de los progenitores del alumnado sobre la gestión de procesos patológicos crónicos y/o accidentes en el entorno escolar.
2. Conocer la opinión de los docentes sobre la gestión de procesos patológicos crónicos y/o accidentes en el entorno escolar.
3. Conocer la opinión del personal sanitario sobre la gestión de procesos patológicos crónicos y/o accidentes en el entorno escolar.
4. Conocer la opinión de progenitores, docentes y personal sanitario sobre la implantación de la enfermera escolar en los centros de educación ordinaria.

V

MATERIAL Y MÉTODOS

V - MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Con el objeto de concretar las respuestas a los objetivos planteados se diseñó un estudio con metodología cuantitativa.

El tipo de estudio realizado fue descriptivo transversal a través de una encuesta que tuvo lugar en los colegios de educación ordinaria con financiación pública (pública y concertada) y los centros sanitarios públicos de la CCAA de Asturias.

La encuesta se realizó sobre la opinión de los encuestados durante el último curso escolar. No hubo ningún tipo de intervención.

5.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO, MUESTRA Y MUESTREO

5.2.1. Población de estudio y criterios de inclusión/exclusión

La población diana se definió como la compuesta por los progenitores y docentes de niños en edad escolar, y personal sanitario pediátrico de AP y Atención Hospitalaria (AH) de la CCAA de Asturias.

La población de estudio estuvo compuesta por tres grupos diferenciados:

- Progenitores de alumnos de 3º ciclo de Educación Infantil (EI), 5º ciclo de Educación Primaria (EP) y 2º ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). La población de estudio constaba de 22.986 familias.
- Docentes de EI, EP y ESO. La población de estudio constaba de 13.183 docentes distribuidos según nivel educativo en:

- EI: 2.348 docentes.
 - EP: 4.413 docentes.
 - ESO: 6.422 docentes.
- Personal sanitario del área de Pediatría de AP y AH. La población de estudio constaba de 338 sanitarios.

a. Criterios de Inclusión

- Progenitores de alumnos escolarizados durante el curso 2019 - 2020.
- Progenitores de alumnos escolarizados en los ciclos de 3º de EI, 5º de EPy 2º de ESO.
- Centros escolares de educación ordinaria obligatoria.
- Centros escolares con financiación pública y/o concertada.
- Personal docente, directivo y de apoyo de centros escolares durante el curso escolar 2019 - 2020.
- Personal de enfermería y medicina del área de Pediatría del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) de los niveles de AP y AH.

b. Criterios de Exclusión

- Progenitores de alumnos escolarizados en otros ciclos de educación ordinaria.
- Centros escolares de educación especial.
- Centros escolares con financiación privada.
- Personal no docente: administrativo, conserje, limpieza, etc.

- Personal de enfermería o medicina de especialidades distintas a Pediatría.
- Ausencia de consentimiento informado firmado.

5.2.2. Muestra y técnica de muestreo

Se realizó un muestreo diferenciado acorde a las características de cada uno de los grupos de estudio.

a. Progenitores

La muestra del grupo de progenitores se obtuvo mediante muestreo aleatorio por conglomerados polietápico seleccionando para su inclusión en el estudio los ciclos de: 3º de EI, 5º de EP y 2º de ESO; con una elección para estudio de nueve centros escolares: dos de titularidad concertada y siete de titularidad pública. La distribución por curso y centro escolar se detalla en la Tabla 2:

Tabla 2. Número de alumnos por ciclo y centro educativo curso 2019/2020

CENTRO EDUCATIVO	ALUMNADO			TOTAL
	3º EI	5ºEP	2ºESO	
PÚBLICO				
CP "Parque Infantil"	41	49	-	90
CP "Poeta Ángel González"	45	75	-	120
CP "La Gesta I-II"	38	72	-	110
IES "Jovellanos"	-	-	179	179
IES "Padre Feijoo"	-	-	117	117
IES "La Corredoria"	-	-	186	186
IES "Escultor Villanueva"	-	-	79	79
Total Público	124	196	561	881
CONCERTADO				
Colegio "San Fernando"	98	102	122	322
Colegio "Santa María del Naranco"	115	127	142	384
Total Concertado	213	229	264	706
TOTAL GENERAL	337	425	825	1587

b. Docentes

La muestra del grupo de docentes se obtuvo mediante muestreo aleatorio por conglomerados monoetápico (mismos centros seleccionados para la muestra de progenitores) seleccionando para su inclusión en el estudio al personal docente, equipo de orientación y equipo directivo de EI, EP y ESO.

c. Personal sanitario

La muestra del personal sanitario fue igual a la población de estudio, es decir, el personal de enfermería y medicina del área de Pediatría de los niveles de AP y AH pertenecientes al SESPA.

5.2.3. Tiempo y lugar de estudio

La recogida de datos tuvo lugar entre octubre de 2019 y enero de 2020.

Los centros escolares elegidos pertenecían a las localidades de Oviedo, Gijón, Avilés y Pola de Siero.

Los centros escolares rurales fueron desestimados en base a los datos del Informe de Evaluación sobre la Escuela Rural de la Consejería de Educación (136) publicado en 2018. Si bien, se estimó un Índice Socioeconómico y Cultural (ISEC) para esta población de 12 puntos inferior a la media del resto del alumnado de nuestra CCAA, tan sólo el 10% de los centros y el 2% de los alumnos escolarizados pertenecen a centros rurales, con una distribución geográfica dispersa, por lo que no se consideró relevante su inclusión en el estudio.

En el caso de los centros sanitarios se seleccionaron para estudio todos los dispositivos de AP de nuestra CCAA y los centros asistenciales de AH de Oviedo, Gijón y Avilés, por contar con camas de ingreso en unidades específicas para pacientes en edad pediátrica.

5.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS

5.3.1. Cuestionario

Se diseñó una hoja de recogida de datos en soporte digital (Google Formularios) anónima y autoadministrada que incluía variables sociodemográficas de dos tipos: universales y específicas de cada grupo de estudio, y un cuestionario *ad hoc* que fue sometido a un proceso de validación mediante panel de expertos de cada grupo de estudio para la validez aparente y de contenido del instrumento (137) en el momento de conformar los ítems de preguntas del cuestionario.

Para la selección de las variables sociodemográficas específicas relativas al nivel académico y socioeconómico de los progenitores se tuvieron en cuenta los criterios establecidos en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) (138) y la CNO (45), respectivamente.

En cuanto al cuestionario *ad hoc*, se estructuró en base a tres dimensiones: CV (47,139,140), patología crónica (141-144) y seguridad en caso de emergencia en el centro escolar (144,145). Se elaboraron tres versiones, una por cada grupo de estudio: progenitores, docentes y personal sanitario (anexos 9, 10 y 11), que constan de 15 ítems, 14 ítems y 11 ítems, respectivamente. Las versiones elaboradas son equivalentes en cuanto a la información recogida sobre los

recursos disponibles para el manejo de urgencias derivadas de patología crónica en los centros escolares y las necesidades percibidas por progenitores, docentes y personal sanitario, sin embargo, se consideró necesaria la adaptación de las preguntas formuladas para adecuarlas al rol desempeñado por cada grupo de estudio.

En todos los casos se respondían mediante tres opciones de respuesta: SÍ, NO, NS/NC (no sabe/ no contesta), excepto para aquellas donde se especificaron otras opciones de respuesta convenientemente detalladas.

5.3.2. Variables de estudio

Las variables sociodemográficas universales: edad, género, nacionalidad, localidad de residencia, estado civil e hijos, fueron comunes para todos los grupos encuestados (Anexo 12).

Las variables sociodemográficas específicas de cada grupo de estudio se encuentran recogidas en el Anexo 13 e incluyen aspectos como: nivel de estudios, situación laboral, vínculo/parentesco, categoría profesional o años de ejercicio profesional.

En cuanto a las variables correspondientes al cuestionario *ad hoc* según el grupo de estudio se detallan en los anexos 14, 15 y 16, y recogen aspectos como: presencia y tipo de patología crónica, formación específica sobre patología crónica, cese de actividad laboral, administración de medicación durante la jornada lectiva, presencia de botiquín en los centros educativos, gestión de los centros escolares ante una urgencia o accidente y opciones para la mejora de la asistencia en caso de urgencia/accidente durante jornada escolar.

5.3.3. Análisis de los datos

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS con licencia de uso universitaria. Los resultados se muestran en frecuencias relativas y absolutas o en medidas de tendencia central (media e IC 95%), según variables categóricas o cuantitativas respectivamente. Para las comparaciones entre grupos se utilizó el Test de Ji-cuadrado en la comparación de variables cualitativas y el Test de T-Student para comparar variables cuantitativas. El nivel de significación fue $p < 0,05$ para todos los análisis.

5.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se llevó a cabo tras obtener permiso específico del Comité de Ética en Investigación de nuestra comunidad autónoma (estudio n.º 219/18), ver Anexo 17.

Tras la selección para estudio de los centros escolares, se solicitó formalmente su participación mediante un informe detallado del plan de investigación aprobado por la Universidad de Oviedo y se realizó una entrevista personal con el director de cada centro para concretar detalles sobre el instrumento a utilizar y el procedimiento a seguir.

En el caso de los profesionales sanitarios, se solicitó su participación a través de los formularios oficiales requeridos por cada área sanitaria. La entrevista con los responsables sólo se mantuvo en caso de solicitud expresa.

Todos los sujetos participantes recibieron información detallada del objetivo y condiciones del estudio por escrito mediante correo electrónico (ver

anexos 18, 19 y 20). Así mismo, se solicitó su consentimiento informado (Anexo 21) para su participación en el estudio y se aseguró el compromiso de confidencialidad de los datos obtenidos y el mantenimiento del anonimato en todo momento, de acuerdo con lo recogido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

5.5. CRONOGRAMA

A continuación, se detalla el plan establecido para el desarrollo de la tesis (Figura 8):

- Revisión Bibliográfica: Noviembre'17/Febrero'22
- Elaboración cuestionario: Marzo/Abril'18
- Validación cuestionario: Octubre/Diciembre'18
- Muestreo y permisos: Febrero/Abril'19
- Maquetación/formateo de encuestas: Junio/Agosto'19
- Elaboración de base de datos: Septiembre'19
- Recogida de datos: Octubre'19/Enero'20
- Análisis y tratamiento de datos: Junio/Septiembre'20
- Redacción de resultados y conclusiones: Febrero/Junio'21
- Elaboración de la memoria final: Septiembre'21/Febrero'22

CRONOGRAMA

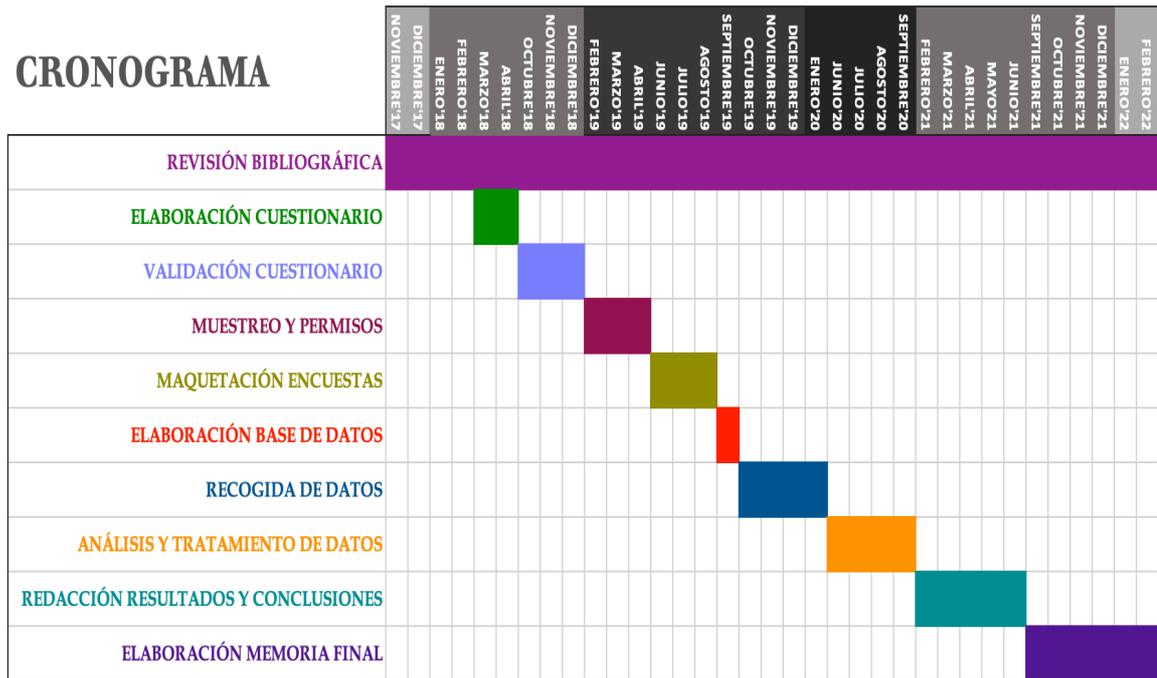


Figura 8. Cronograma

VI

RESULTADOS

VI - RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOCIODEMOGRÁFICO

A continuación, se muestran los datos correspondientes a las características sociodemográficas de cada uno de los grupos de estudio.

6.1.1. Grupo de Estudio: PROGENITORES

La dirección de los centros envió la encuesta a 1587 familias y se obtuvo respuesta de 263 progenitores, se excluyeron 30 por errores a la hora de cumplimentar correctamente la aplicación informática (localidad 3, fecha nacimiento 17, edad hijo fuera de rango 2, error pregunta cuestionario 8). La muestra final analizada final fue de 233 progenitores.

El índice de respuesta en el grupo de progenitores fue del 14%.

En la Tabla 3 se resumen las características sociodemográficas de la muestra.

- *Edad*

La media de edad de los 233 progenitores respondedores fue de 43 años (IC 95% 43-44), una mediana de 44 y un rango comprendido entre 41 y 47 años.

- *Sexo*

El 89,3% de los progenitores respondedores fueron mujeres frente al 10,7% de hombres. No se registró ninguna de las otras dos opciones propuestas.

Tabla 3. Características sociodemográficas de los progenitores participantes (número de casos y porcentaje)

PROGENITORES	
(n=233)	
NACIONALIDAD	
<i>Española</i>	225 (96,6%)
<i>Europa</i>	5 (2%)
<i>Latinoamérica</i>	3 (1,2%)
LOCALIDAD de RESIDENCIA	
<i>Oviedo</i>	181 (77,7%)
<i>Gijón</i>	37 (15,9%)
<i>Siero</i>	9 (3,9%)
<i>Llanera</i>	2 (0,9%)
<i>Lugones</i>	1 (0,4%)
<i>Avilés</i>	1 (0,4%)
<i>Morcín</i>	1 (0,4%)
<i>Sariego</i>	1 (0,4%)
ESTADO CIVIL	
<i>Casado/conviviendo en pareja</i>	189 (81,1%)
<i>Soltero</i>	10 (4,3%)
<i>Separado/divorciado</i>	33 (14,2%)
<i>Viudo</i>	1 (0,4%)
VÍNCULO FAMILIAR	
<i>Padre/Madre</i>	232 (99,6%)
<i>Pareja del padre/madre</i>	1 (0,4%)
HERMANOS	
<i>Sí</i>	141 (60,5%)
<i>No</i>	92 (39,5%)

- *Nivel de Estudios*

Atendiendo a la CINE (138), los “estudios universitarios” fue el nivel académico mayoritario con una representación de 161 progenitores (69,1%), seguido de “3º o 4º de la ESO, Bachillerato, BUP, COU, Formación Profesional (FP) de segundo grado, 5 o más año o cursos de secundaria” con una

representación de 59 progenitores (25,3%). La distribución total se muestra en la Figura 9.

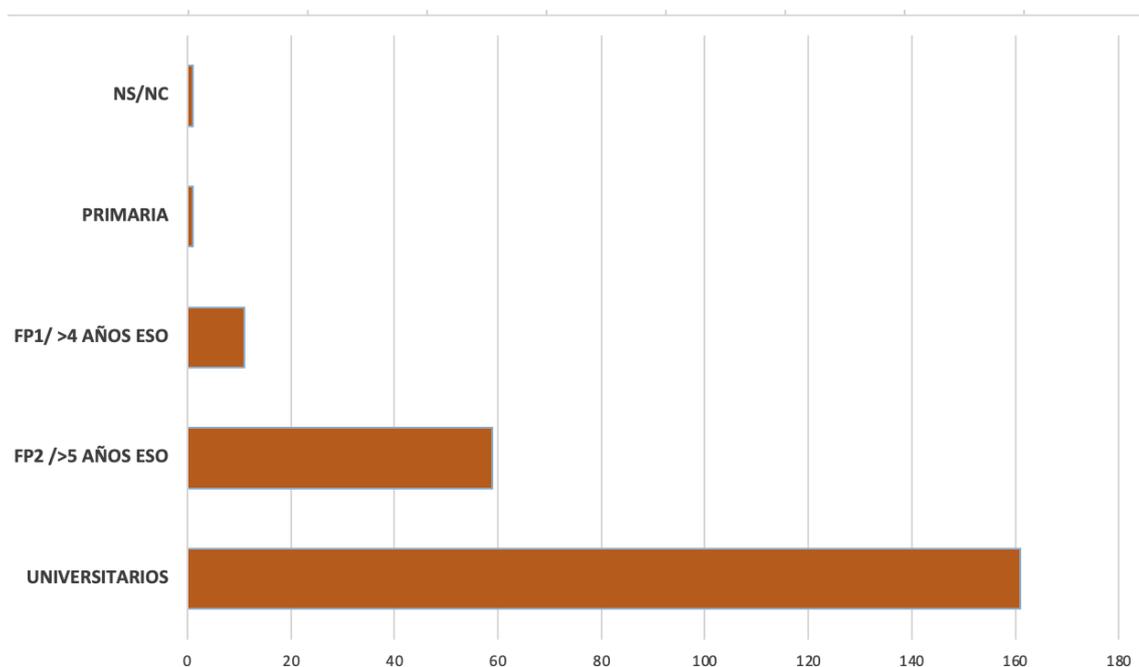


Figura 9. Distribución del grupo progenitores según nivel de estudios (número de casos)

- *Situación Laboral*

La situación laboral predominante en el grupo de los progenitores fue “empleado” con 195 casos, lo que representa el 83,7% de la muestra analizada, respecto a 38 progenitores (16,3%) sin actividad laboral. La distribución completa de todas las categorías laborales se detalla en la Figura 10.

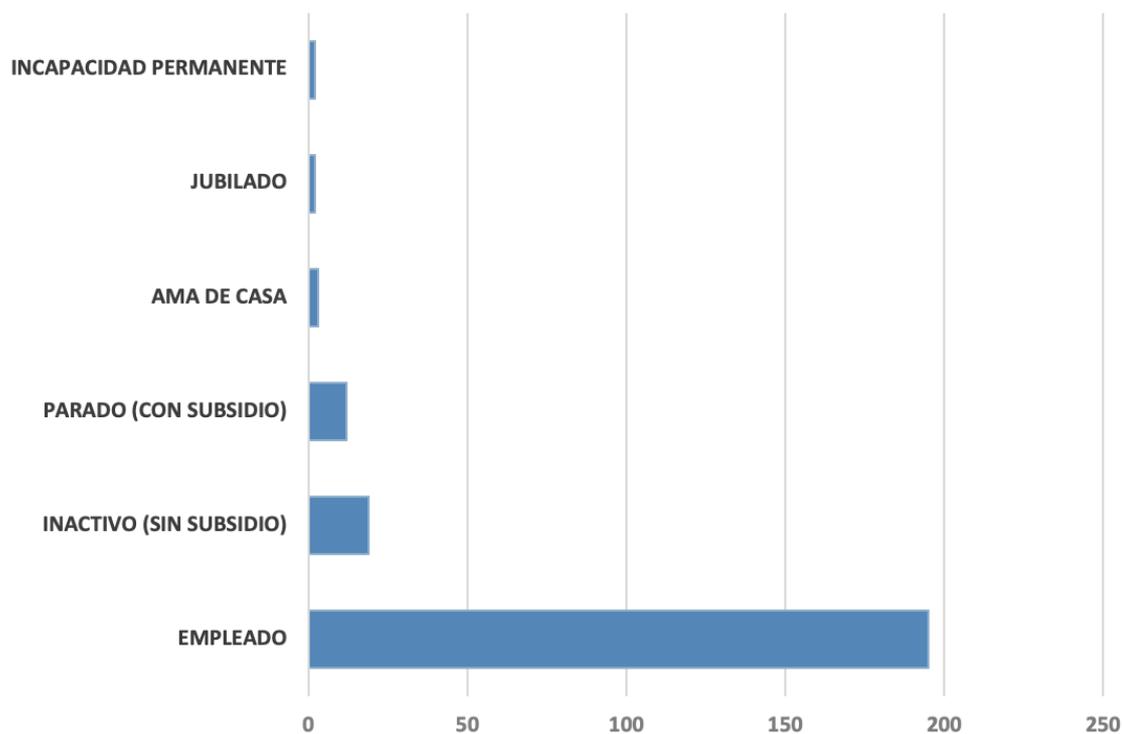


Figura 10. Distribución del grupo progenitores según situación laboral (número de casos)

- *Ocupación Actual*

Según la CNO (45), la ocupación predominante correspondió a la categoría “asalariados del sector privado” con 99 progenitores (50%), seguido de “asalariados del sector público” con 69 progenitores (34,8%), obteniendo el resto de categorías una representación menor (ver Figura 11).

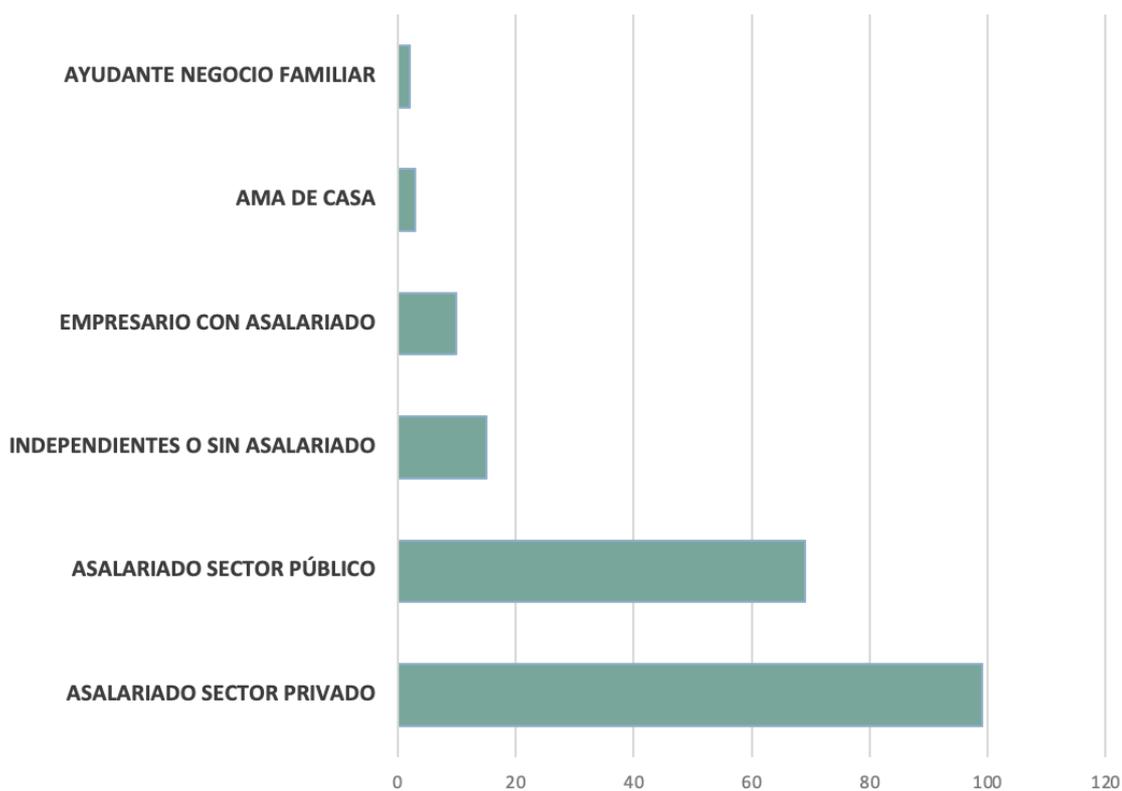


Figura 11. Distribución del grupo progenitores según su ocupación actual (número de casos)

- *Sexo y Nivel Educativo del Menor*

Según la información proporcionada por los progenitores, el 54,5% de los menores fueron chicas frente al 45,5% de chicos. En cuanto al nivel educativo, se distribuyó entre EP (44,6%) y ESO (41,2%), con una escasa representación de EI según se muestra en la Figura 12.

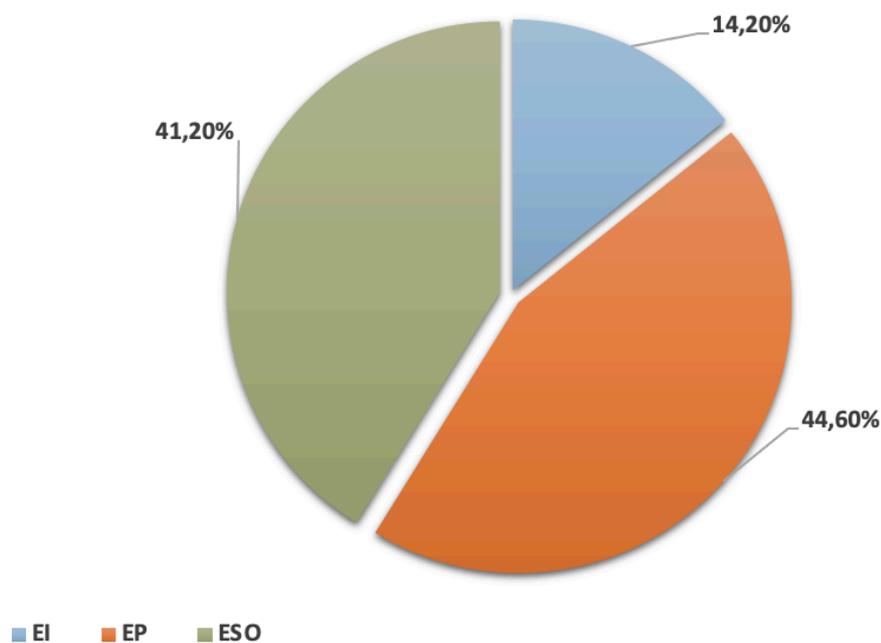


Figura 12. Distribución del grupo progenitores según el nivel educativo del alumno (porcentaje)

6.1.2. Grupo de Estudio: DOCENTES

La encuesta se remitió a través de la dirección de los centros a 750 docentes y se recibió respuesta de 140, se excluyeron 6 por errores a la hora de cumplimentar correctamente la aplicación informática (localidad 1, error pregunta cuestionario 5). La muestra final analizada fue de 134 docentes.

El índice de respuesta en el grupo de docentes fue del 18%.

En la Tabla 4 se resumen las características sociodemográficas de la muestra.

- *Edad*

La media de edad de los 134 docentes respondedores fue de 47 años (IC 95% 46-49), una mediana de 48 y un rango comprendido entre 42 y 55 años.

- *Sexo*

El 76,9% de la muestra estuvo compuesta por mujeres, el 22,4% hombres y el 0,7% prefirió no decirlo.

Tabla 4. Características sociodemográficas de los docentes participantes (número de casos y porcentaje)

DOCENTES (n=134)	
NACIONALIDAD	
<i>Española</i>	134 (100%)
LOCALIDAD de RESIDENCIA	
<i>Oviedo</i>	61 (45,5%)
<i>Gijón</i>	44 (32,8%)
<i>Avilés</i>	12 (9%)
<i>Siero</i>	8 (6%)
<i>Lugones</i>	2 (1,5%)
<i>Laviana</i>	2 (1,5%)
<i>Llanera</i>	1 (0,7%)
<i>Mieres</i>	1 (0,7%)
<i>Infiesto</i>	1 (0,7%)
<i>Noreña</i>	1 (0,7%)
<i>Candás</i>	1 (0,7%)
ESTADO CIVIL	
<i>Casado/conviviendo en pareja</i>	101(75,4%)
<i>Soltero</i>	24 (17,9%)
<i>Separado/divorciado</i>	8 (6%)
<i>Viudo</i>	1 (0,7%)
HIJOS	
<i>Sí</i>	89 (66,4%)
<i>No</i>	45 (33,6%)

- *Categoría Profesional*

La categoría “docente” con un 85,8% de personal activo en el momento del estudio fue la categoría profesional predominante, con una distribución de la muestra según se expone en la Figura 13.

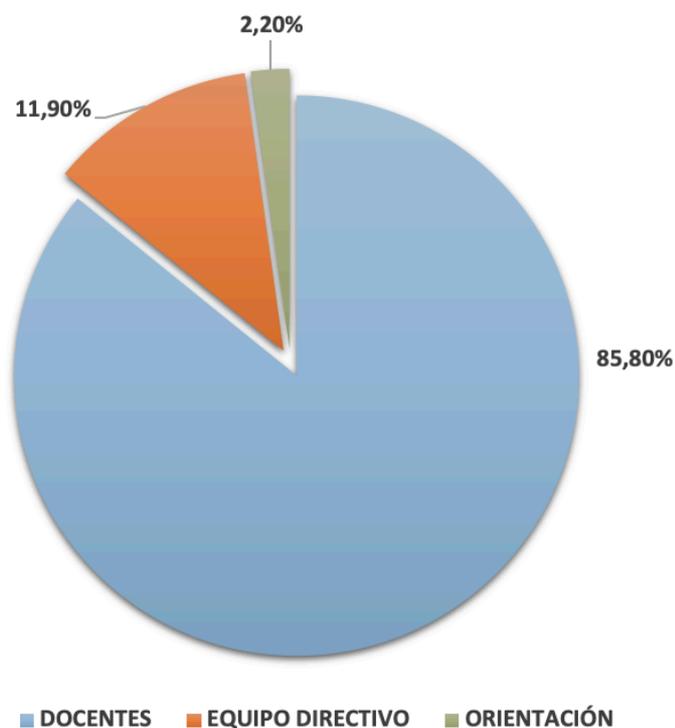


Figura 13. Distribución del grupo docentes según categoría profesional (porcentaje)

- *Nivel de Enseñanza*

Respecto al nivel educativo en el que desarrollan su actividad laboral, la ESO fue el nivel educativo predominante con un 81,3%. El resto de categorías se muestran en la Figura 14.

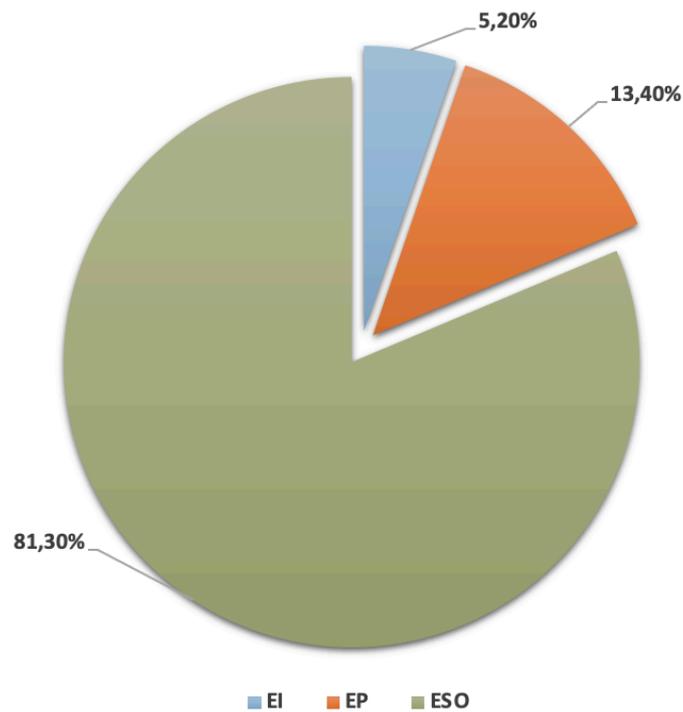


Figura 14. Distribución del grupo docentes según nivel educativo (porcentaje)

- *Años de Ejercicio Profesional*

La media de antigüedad como profesores fue de 19,8 años (IC 95% 17,9-21,7), una mediana de 20 y un rango de 11 a 28 años.

- *Años en el Centro Escolar*

La media como profesionales en el centro en el que trabajaban en el momento de la encuesta fue de 7,2 años (IC 95% 5,8-8,5), una mediana de 4 y un rango entre 2 y 11 años.

6.1.3. Grupo de Estudio: PERSONAL SANITARIO

El investigador principal remitió la encuesta a 143 sanitarios de AP y 195 sanitarios de AH y se obtuvo respuesta de 66 sanitarios de AP y 75 de AH, se excluyeron 9 por errores a la hora de cumplimentar correctamente la aplicación informática (localidad 2, tiempo profesional 1, error pregunta cuestionario 5) y 1 por no firmar el consentimiento. La muestra final analizada fue de 60 sanitarios de AP y 72 de AH.

El índice de respuesta en el grupo de personal sanitario fue del 41,7% (46% AP, 38% AH).

En la Tabla 5 se resumen las características sociodemográficas de la muestra.

- *Edad*

La media de edad de los 132 sanitarios respondedores fue de 45 años (IC 95% 43-47), una mediana de 45 y un rango de 67 a 25 años.

- *Sexo*

El 76,5% de la muestra fueron mujeres frente al 23,5% de hombres.

Tabla 5. Características sociodemográficas de los sanitarios participantes (número de casos y porcentaje)

	PERSONAL SANITARIO (n=132)	
	AP (n=60)	AH (n=72)
NACIONALIDAD		
<i>Española</i>	60 (100%)	72 (100%)
LOCALIDAD de RESIDENCIA		
<i>Oviedo</i>	19 (31,7%)	48 (66,7%)
<i>Gijón</i>	17 (28,3%)	10 (13,9%)
<i>Avilés</i>	5 (8,3%)	1 (1,4%)
<i>Siero</i>	4 (6,7%)	5 (6,9%)
<i>Castropol</i>	3 (5%)	
<i>Llanera</i>		3 (4,2%)
<i>Luanco</i>	2 (3,3%)	
<i>Villaviciosa</i>	2 (3,3%)	2 (2,8%)
<i>Corvera</i>	1 (1,6%)	
<i>Noreña</i>	1 (1,6%)	
<i>Candás</i>	1 (1,6%)	
<i>Langreo</i>	1 (1,6%)	1 (1,4%)
<i>Mieres</i>	1 (1,6%)	1 (1,4%)
<i>Ribadebajo</i>	1 (1,6%)	
<i>Coaña</i>	1 (1,6%)	
<i>Nava</i>	1 (1,6%)	
<i>Bilbao</i>		1 (1,4%)
ESTADO CIVIL		
<i>Casado/pareja</i>	49 (81,7%)	51 (79,8%)
<i>Soltero</i>	6 (10%)	17 (23,6%)
<i>Separado/divorciado</i>	5 (8,3%)	4 (5,6%)
<i>Viudo</i>	0 (0%)	0 (0%)
HIJOS		
<i>Sí</i>	46 (76,7%)	45 (62,5%)
<i>No</i>	14 (23,3%)	27 (37,5%)

- *Categoría Profesional*

La distribución entre niveles asistenciales fue del 45,5% para AP y el 54,5% para AH; en cuanto a categoría profesional, el 55,3% fueron pediatras y 44,7% enfermeras pediátricas.

- *Años de Ejercicio Profesional*

La media de antigüedad como personal sanitario fue de 19 años (IC 95% 17-22), una mediana de 19 y un rango de 1 a 45 años.

- *Años en su Actual Puesto de Trabajo*

La media de antigüedad como profesionales en el puesto de trabajo que ocupaban en el momento de la encuesta fue de 9 (IC 95% 7-10), una mediana de 4 y un rango entre 1 y 42 años.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la edad de los dos grupos y los años trabajados totales y en el centro actual (ver Tabla 6), de manera que, la media de edad y antigüedad profesional es menor entre el personal de AH ($p < 0,001$) así como la media de tiempo medio trabajado en el centro actual ($p = 0,013$).

Tabla 6. Asociación entre nivel asistencial y características sociodemográficas del personal sanitario

	PERSONAL SANITARIO			Sig.Est. (p)*
	TOTAL (n=132)	AP (n=60)	AH (n=72)	
EDAD				
<i>Media (IC 95%)</i>	45 (43-47)	50 (53-47)	41 (39-43)	
<i>Mediana</i>	45	54	39	
<i>Rango</i>	25-67	25-62	26-67	<0,001
CATEGORÍA PROFESIONAL				
<i>Pediatra</i>	73 (55,3%)	35 (58,3%)	38 (52,8%)	
<i>Enfermera Pediátrica</i>	59 (44,7%)	25 (41,7%)	34 (47,2%)	0,523
ANTIGÜEDAD PROFESIONAL				
<i>Media (IC 95%)</i>	19 (17-22)	23 (20-26)	16 (13-19)	
<i>Mediana</i>	4	25	14	
<i>Rango</i>	1-45	3-42	1-45	<0,001
ANTIGÜEDAD PUESTO ACTUAL				
<i>Media (IC 95%)</i>	9 (7-10)	11 (8-14)	7 (5-9)	
<i>Mediana</i>	4	9	4	
<i>Rango</i>	1-42	1-34	1-42	0,0013

*T-Student

6.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO: ÍTEMS CUESTIONARIO

En el siguiente apartado se recogen los datos extraídos de la encuesta desglosados por grupo de estudio y pregunta.

6.2.1. Grupo de Estudio: PROGENITORES

- Respuestas sobre Patología Crónica

El 21,9% de los progenitores manifestaron que su hijo presentaba algún tipo de patología crónica, siendo la alergia la patología más declarada con un 7,3%, seguido de asma con un 6,4% y problemas digestivos con un 4,3%. En cuanto a la presencia de otras enfermedades crónicas relevantes por su asociación

con situaciones potenciales de riesgo vital los datos analizados reflejaron una prevalencia del 1,3% para cardiopatías y del 0,4% para diabetes y epilepsia. La relación completa de patología crónica registrada se muestra en la Tabla 7. Con respecto a la notificación de la patología de su hijo al centro escolar y a los compañeros de clase, los encuestados refirieron que ambos eran conocedores de la situación clínica del menor en un 100% y 78% respectivamente.

Tabla 7. Patología crónica referida por los progenitores (número de casos y porcentaje)

	PROGENITORES (n=233)
<i>Asma</i>	15 (6,4%)
<i>Alergia</i>	17 (7,3%)
<i>Diabetes</i>	1 (0,4%)
<i>Epilepsia</i>	1 (0,4%)
<i>Dermatitis</i>	7 (3%)
<i>Trastornos de la Conducta</i>	3 (1,3%)
<i>Discapacidad</i>	5 (2,1%)
<i>Cardiopatía</i>	3 (1,3%)
<i>Enfermedad Congénita</i>	3 (1,3%)
<i>Cáncer</i>	1 (0,4%)
<i>Migrañas</i>	1 (0,4%)
<i>Digestivo</i>	10 (4,3%)
<i>Patología Renal</i>	1 (0,4%)
<i>Hipotiroidismo</i>	2 (0,9%)

El 12,4% del total de encuestados refirió que su hijo precisaba algún tipo de precaución para participar en actividades deportivas o extracurriculares, con una asociación estadísticamente positiva con la presencia de patología crónica para un valor $p < 0,001$.

- *Respuestas sobre Calidad de Vida*

La ausencia del centro de escolar por motivos de salud durante más de una semana seguida fue notificada por el 9,4% de los progenitores con una asociación estadísticamente significativa ($p=0,002$) con patología crónica.

El 19,6% de los progenitores con hijos diagnosticados de alguna patología crónica declaró haber cesado su actividad laboral de manera permanente.

El 93,6% aseguró que su hijo se siente seguro en la escuela.

El 91% consideró que su hijo tiene la misma posibilidad de desarrollar las actividades escolares en las mismas condiciones que sus compañeros, no obstante, la respuesta negativa se asoció estadísticamente con la presencia de patología crónica ($p=0,002$), ingesta de medicamentos en el centro escolar ($p=0,017$) y ayuda para administrar la medicación ($p=0,002$).

En relación con la ingesta de medicación, el 7,3% de los encuestados confirmó la necesidad de administrar algún fármaco durante la jornada lectiva. De estos, el 53% precisa ayuda para administrarlo siendo los docentes los principales colaboradores.

- *Respuestas sobre Seguridad*

El 30,5% de los progenitores declaró que sus hijos necesitaron acudir al médico mientras estaban en clase por encontrarse enfermos de forma repentina o debido a un accidente en el último año.

Respecto a la dotación de los centros con un botiquín de primeros auxilios, el 48,5% confirmó que su centro escolar disponía de ese recurso.

El 82,4% consideró al centro como un entorno seguro, el 40,3% opinó que el centro escolar no estaba capacitado para atender urgencias o accidentes.

En cuanto a las opciones de mejora para la asistencia en caso de urgencias o accidente durante la jornada escolar, el 61,8% de los encuestados calificó la implantación de la enfermera escolar con una prioridad media-alta (ver Tabla 8).

Tabla 8. Opciones para la mejora de la asistencia en caso de urgencia o accidente durante la jornada escolar. Progenitores (porcentaje)

	PROGENITORES (n=233)			
	ALTA	MEDIA	ESCASA	NULA
<i>Formación del personal del centro (docente y no docente) a cargo de personal sanitario cualificado</i>	22,3%	28,8%	36,9%	12%
<i>Protocolos de actuación en colaboración con el Servicio Público de Salud</i>	23,2%	37,8%	24%	15%
<i>Promover la implantación de personal de enfermería en los centros</i>	43,8%	18%	23,2%	15%
<i>Ninguna actividad, ya que los alumnos reciben toda la asistencia que necesitan</i>	30%	3,9%	23,2%	42,9%

Con respecto a las variables universales, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las respuestas de los progenitores y el sexo de estos. Sí se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad del progenitor menor de 40 años y faltar al centro escolar más de una semana en el curso pasado entre el alumnado menor de 10 años ($p=0,055$) e ir al médico desde el centro por enfermedad repentina o accidente ($p=0,027$) con independencia de la edad del menor.

6.2.2. Grupo de Estudio: DOCENTES

- Patología Crónica

El 73,9% de los docentes encuestados notificó la presencia de algún tipo de discapacidad, enfermedad o problema médico crónico entre el alumnado durante el último curso, siendo el asma la patología más declarada (59%), seguido de alergia (41,8%) y diabetes (30,6%). Otras patologías asociadas con agudizaciones severas y compromiso vital presentaron porcentajes muy inferiores a las nombradas: epilepsia (23,9%) y cardiopatía (4,5%). La relación completa de patología declarada se muestra en la Tabla 9.

Tabla 9. Patología crónica referida por los docentes (número de casos y porcentaje)

	DOCENTES (n=233)
<i>Asma</i>	79 (59%)
<i>Alergia</i>	56 (41,8%)
<i>Diabetes</i>	41 (30,6%)
<i>Epilepsia</i>	32 (23,9%)
<i>Dermatitis</i>	15 (11,2%)
<i>Trastornos de la Conducta</i>	11 (8,2%)
<i>Discapacidad</i>	10 (7,5%)
<i>Parálisis Cerebral</i>	8 (6%)
<i>Enfermedad Rara</i>	8 (6%)
<i>Cardiopatía</i>	6 (4,5%)
<i>Enfermedad Congénita</i>	6 (4,5%)
<i>Fibrosis Quística</i>	5 (3,7%)
<i>Ansiedad/ Depresión</i>	5 (3,7%)
<i>Salud Mental</i>	3 (2,2%)
<i>Cáncer</i>	3 (2,2%)
<i>Migrañas</i>	2 (1,5%)
<i>Digestivo</i>	1 (0,7%)

El 45,5% de los docentes declaró disponer de protocolos de actuación para atender accidentes o urgencias sanitarias, sin embargo, el 68,7% manifestó no haber recibido ningún tipo de formación sanitaria básica sobre estos temas.

Respecto al alumnado con patología crónica, el 53,7% de los encuestados comunicó que podían participar en todas las actividades escolares y que se tomaban precauciones especiales durante actividades deportivas y extracurriculares en un 70,1% de los casos.

- *Calidad de Vida*

Acerca de la asistencia de urgencias o accidentes durante la jornada lectiva, el 63,4% de los docentes consideró que irrumpía el normal funcionamiento de la clase en detrimento del resto de alumnos, así mismo, el tiempo invertido de media estimado por los docentes se situó mayoritariamente entre moderado/10-20 minutos (41%) y sustancial/20-30 minutos (32,1%).

En cuanto a la capacidad para atender urgencias, el 56% consideró que su centro escolar no lo estaba y el 64,2% reconoció no estar capacitado para actuar en caso de un incidente de esas características. Por otro lado, el 38,1% de los encuestados, declaró no estar dispuesto a administrar una medicación al menor aún siendo necesaria

- *Seguridad*

El 49,3% de los docentes manifestó tener conocimiento de algún accidente o urgencia del alumnado durante el horario escolar.

En relación con el botiquín de primeros auxilios, el 83,6% confirmó la presencia de botiquín de primeros auxilios en su centro. De estos, el 83% conocía su ubicación y el 50% su contenido. En el 45,5% de los casos había un encargado de revisar periódicamente el material del botiquín.

Sobre el desfibrilador semiautomático externo (DESA), el 45,5% aseguró que su centro disponía de uno, de los cuales, el 75,4% conocía su ubicación. Sin embargo, tan sólo el 12,7% dijo saber utilizarlo.

En cuanto a la opción de máxima prioridad para mejorar la asistencia en caso de urgencia, el 51,5% de los docentes propuso la implantación de la enfermera escolar, mientras que la formación del personal docente presentó una menor prioridad (ver Tabla 10).

Tabla 10. Opciones para la mejora de la asistencia en caso de urgencia o accidente durante la jornada escolar. Docentes (porcentaje)

	DOCENTES (n=134)			
	ALTA	MEDIA	ESCASA	NULA
<i>Formación del personal del centro (docente y no docente) a cargo de personal sanitario cualificado</i>	12,7%	30,6%	39,6%	17,2%
<i>Protocolos de actuación en colaboración con el Servicio Público de Salud</i>	14,2%	34,3%	32,1%	19,4%
<i>Promover la implantación de personal de enfermería en los centros</i>	51,5%	11,2%	10,4%	26,9%
<i>Ninguna actividad, ya que los alumnos reciben toda la asistencia que necesitan</i>	32,8%	6,7%	14,2%	46,3%

Atendiendo a las características sociodemográficas de la muestra, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las respuestas y el sexo de los docentes, la edad (menores y mayores de 40 años) o tener hijos.

6.2.3. Grupo de Estudio: PERSONAL SANITARIO

- Patología Crónica

El 35,6% de los profesionales encuestados colaboró en programas formativos relacionados con patología específica, urgencias o accidentes dirigidos a docentes y/o alumnos, con una diferencia significativa ($p < 0,001$) entre niveles asistenciales. De los cuales, en el 85,1% de los casos se trató de una actividad puntual (ver Tabla 11).

Tabla 11. Asociación entre nivel asistencial y formación relacionada con patología crónica

	TOTAL (n=132)	AP (n=60)	AH (n=72)	Sig. Est. (p)**
<i>¿Le ha solicitado algún centro escolar de su ZBS colaboración para el desarrollo de programas/actividades relacionadas con patología específica, urgencias o accidentes en general?</i> (afirmativo)	47 (35,6%)	35 (58,3%)	12 (16,7%)	<0,0001
<i>¿A quién iba dirigida?, varias opciones de respuesta (n total de casos)</i>				
Alumnos	19	11	8	
Docentes	37	31	6	
Padres	7	5	2	
Grupos mixtos	1	1	0	
<i>¿Se trataba de una formación desarrollada de manera puntual (no incluida en la programación de actividades del centro en cursos anteriores)?(afirmativo)</i>	40 (30,3%)	32 (91,4%)	8 (66,7%)	0,010

**Ji-cuadrado

La notificación de los progenitores al centro escolar de la patología crónica se consideró mayoritariamente como frecuente (56,1%), mientras que el 25% opinó que siempre se notificaba y en menor medida tan sólo a veces (16,7%) y rara vez (2,3%).

Respecto a la existencia de protocolos específicos para patología crónica en los centros escolares, tan sólo el 17,4% afirmó tener conocimiento de su existencia.

- *Calidad de Vida*

El 47% de los profesionales encuestados colaboró en programas formativos relacionados con el desarrollo de programas/actividades relacionadas con EpS dirigido a docentes y/o alumnos, con una diferencia significativa ($p < 0,001$) entre niveles asistenciales. En el 69,3% de los casos se trató de una actividad puntual (ver Tabla 12).

Tabla 12. Asociación entre nivel asistencial y formación relacionada con EpS

	TOTAL (n=132)	AP (n=60)	AH (n=72)	Sig. Est. (p)**
¿Le ha solicitado algún centro escolar de su ZBS colaboración para el desarrollo de programas/actividades relacionadas con EpS? (afirmativo)	62 (47%)	45 (75%)	17 (23,6%)	<0,0001
¿A quién iba dirigida?, varias opciones de respuesta (n total de casos)				
Alumnos	49	35	14	
Docentes	37	30	7	
Padres	22	20	2	
Grupos mixtos	6	5	1	
¿Se trataba de una formación desarrollada de manera puntual (no incluida en la programación de actividades del centro en cursos anteriores)? (afirmativo)	43 (32,6%)	29 (64,4%)	14 (82,4%)	0,394

****Ji-cuadrado**

Tan sólo el 12,1% de los profesionales sanitarios consideró a los docentes capacitados para asumir urgencias o accidentes y el 15,9% para hacer uso de un DESA. Por otro lado, el 48,5% calificó a los centros escolares como entornos no seguros en cuanto a la gestión de urgencias y accidentes.

- *Seguridad*

El 23,5% de los sanitarios declaró conocer la presencia de botiquines de primeros auxilios en los centros escolares de su área sanitaria/ZBS.

En cuanto a la gestión de urgencias o accidentes por parte de los centros escolares (Tabla 13), el 77,3% de los sanitarios consideró que los responsables de este llamarían a urgencias (112 en el caso de nuestra CCAA) y en menor medida

buscarían asesoramiento en AP (15,9%) o a través de personal del propio centro (12,1%).

Tabla 13. Opciones de gestión de urgencias y/o accidentes por parte de los centros escolares ordenadas según el nivel de preferencia otorgado por los profesionales sanitarios (porcentaje)

	PERSONAL SANITARIO (n=132)			
	ALTA	MEDIA	ESCASA	NULA
<i>Llamando a urgencias</i>	77,3%	10,6%	6,8%	5,3%
<i>Buscando asesoramiento de los padres</i>	4,5%	18,2%	40,2%	37,1%
<i>Con el personal del centro</i>	12,1%	15,2%	36,4%	36,4%
<i>Con el asesoramiento del Centro de Salud</i>	15,9%	59,8%	16,7%	7,6%

Respecto a la asistencia de urgencias por parte de los sanitarios, el 30,3% reconoció haber asistido una urgencia en un centro escolar en horario lectivo.

El 47% de los sanitarios consideró la implantación de una enfermera escolar como la opción de máxima prioridad (ver Tabla 14). Sin embargo, se ha determinado una asociación significativa entre la prioridad en la implantación de enfermera escolar según nivel asistencial y tipo de profesional sanitario, siendo mayor entre las enfermeras ($p < 0,001$) y en AH ($p = 0,023$).

Tabla 14. Opciones para la mejora de la asistencia en caso de urgencia o accidente durante la jornada escolar. Personal Sanitario (porcentaje)

	PERSONAL SANITARIO (n=132)			
	ALTA	MEDIA	ESCASA	NULA
<i>Formación del personal del centro (docente y no docente) a cargo de personal sanitario cualificado</i>	43,9%	28%	25%	3%
<i>Protocolos de actuación en colaboración con el Servicio Público de Salud</i>	23,5%	47%	28,8%	0,8%
<i>Promover la implantación de personal de enfermería en los centros</i>	47%	16,7%	31,8%	4,5%
<i>Ninguna actividad, ya que los alumnos reciben toda la asistencia que necesitan</i>	6,1%	0%	8,3%	85,6%

Tras el análisis de las variables generales de la muestra se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la asistencia de una urgencia en un centro escolar durante la jornada lectiva entre los dos niveles asistenciales encuestados, así como al valorar la capacidad de los docentes para utilizar un DESA y asistir urgencias o accidentes, y en la percepción del centro escolar como entorno seguro. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las respuestas y el tipo de profesional (Tabla 15).

Tabla 15. Asociación entre categoría profesional sanitario y conocimientos recogidos en el cuestionario

	PEDIATRA (n= 73)	ENFERMERA (n=59)	Sig. Est. (p)**
¿Le ha solicitado algún centro escolar de su ZBS colaboración para el desarrollo de programas/actividades relacionadas con EpS? (afirmativo)	32 (43,8%)	30 (50,8%)	0,510
¿Le ha solicitado algún centro escolar de su ZBS colaboración para el desarrollo de programas/actividades relacionadas con patología específica, urgencias o accidentes en general? (afirmativo)	25 (34,2%)	22 (37,3%)	0,920
¿Con qué frecuencia cree que los padres de niños con patología crónica de su cupo notifican a los centros escolares el diagnóstico y tratamiento/cuidados correspondientes?			
- Siempre	13 (17,8%)	20 (33,9%)	
- Frecuentemente	43 (58,9%)	31 (52,5%)	
- A veces	16 (21,9%)	6 (10,2%)	
- Rara vez	1 (1,4%)	2 (3,4%)	0,075
¿Conoce si en los centros escolares de su ZBS existen protocolos específicos para asistir a alumnos con patología crónica, urgencias o accidentes? (afirmativo)	15 (20%)	8 (13,6%)	0,347
¿Disponen los centros escolares de su ZBS de un botiquín de primeros auxilios? (material de curas, medicación de urgencia, dispositivos de vía aérea, etc)? (afirmativo)	15 (20,5%)	16 (27,1%)	0,508
¿Ha tenido que acudir a algún centro escolar de su ZBS para asistir una urgencia o accidente durante el pasado año lectivo? (afirmativo)	16 (24,7%)	22 (37,3%)	0,291
¿Cuántas veces ha tenido que acudir en el año lectivo previo? Mediana (RIQ)	2 (2)	2 (2)	0,311***
¿Considera que los docentes, como norma general, están capacitados para hacer uso de un DESA? (afirmativo)	13 (17,8%)	8 (13,6%)	0,802
¿Considera los centros docentes de su ZBS como un entorno seguro en cuanto a la gestión de urgencias y accidentes para el personal que lo integra y los estudiantes que acuden diariamente? (afirmativo)	13 (17,8%)	13 (22%)	0,560

Ji-cuadrado. *U de Mann-Whitney

VII

DISCUSIÓN

VII - DISCUSIÓN

En el presente estudio se han analizado los mecanismos disponibles para la asistencia/el manejo de patología crónica en los centros escolares de educación ordinaria públicos y concertados de la CCAA de Asturias durante la etapa de escolarización obligatoria

La patología crónica declarada muestra una variabilidad considerable en relación con el grupo encuestado. De tal manera que, los progenitores (21,9%) se aproximan a las cifras reflejadas en ESIA-2017 (42) (29%) a diferencia de lo declarado por el grupo de docentes (73,9%). En cuanto a la distribución por tipo de patología, los docentes se mantienen en la línea de la encuesta oficial de Asturias con una mayor prevalencia de asma respecto a alergias, mientras que las familias invierten esta proporción siendo las alergias la patología más declarada por los progenitores.

Este aumento en la prevalencia notificada por el personal docente respecto a las encuestas de salud coincide con lo descrito en estudios previos en nuestro medio (146,147), así como las diferencias en la distribución según el tipo de patología (148,149).

No obstante, la notificación de las escuelas depende de la voluntad de los progenitores sobre la comunicación de la patología y/o discapacidad condicionando la provisión de medidas a ejecutar en relación con la necesidad en salud a tratar (150). Así mismo, según los datos analizados, el rango etario de progenitores y alumnado condiciona el absentismo escolar por cuestiones de salud sin que exista constancia de la causa concreta que lo motivó.

Es, por tanto, oportuno cuestionar los métodos actuales sobre gestión de datos en este contexto y plantear la creación de un censo del alumnado con patología crónica (143,151) que aporte datos veraces sobre las necesidades asistenciales del alumnado y situaciones de riesgo vital asociadas (152-157), garantizando en todo momento el cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de datos personales.

El establecimiento de un consenso sobre la definición de aquellas patologías crónicas y/o discapacidades susceptibles de ser registradas (36,37), así como el peso de cada una de ellas respecto a la necesidad de asistencia o la influencia sobre el proceso de aprendizaje constituyen una base sólida sobre la que trabajar (158-161).

Es el caso, por ejemplo, de la presencia cada vez mayor de patologías crónicas complejas en la infancia (162-164) cuyo abordaje no corresponde tan sólo a AH sino que afecta directamente a la comunidad (58).

También en cuanto a patología crónica infantil, Barrio y col (165) en su estudio sobre prevalencia de comorbilidades y utilización de servicios en AP de los pacientes crónicos pediátricos, señalan la necesidad de diferenciar a estos pacientes en función de las necesidades de recursos y limitaciones asociadas.

Por otro lado, identificar a los menores con necesidades especiales de salud como aspecto determinante en la consecución del logro académico, y no sólo bajo criterios diagnósticos, es un aspecto muy destacado en los últimos años en relación con las políticas de inclusión (158).

Hoffman et al (159), en su estudio publicado en 2018, cuestionan la relevancia del diagnóstico frente a las necesidades en salud detectadas mediante el instrumento de cribado “Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Screener” (166) y determinan que, en los alumnos de primero de EP, estas necesidades especiales se encuentran vinculadas a los siguientes indicadores: necesidad de medicación prescrita, necesidad de apoyo social y educativo, limitaciones funcionales, necesidad de terapia física, ocupacional o del habla y problemas de salud mental.

La consideración de estos aspectos es una alternativa a tener en cuenta para el desarrollo de un sistema capaz de reflejar la diversidad y complejidad del escenario al que de enfrentan los docentes y las familias (167,168), facilitando la monitorización de las necesidades de soporte sanitario en las aulas y la adaptación de las intervenciones a ejecutar (161).

Ante la ausencia actual de indicadores válidos sobre dichas necesidades (96,169) resulta difícil establecer unos criterios fiables para valorar la capacidad de respuesta de los docentes ante eventos relacionados con patología crónica.

En nuestro estudio, se llevó a cabo una estimación de la capacitación de los docentes mediante una valoración genérica y la evaluación de los recursos disponibles revelando una clara deficiencia pues tan sólo el 14,9% declaró haber recibido formación específica sobre el manejo de patología crónica en las aulas, la existencia de protocolos sobre patología crónica se confirmó en el 17,4% de los casos y el único recurso presente en más del 80% de los centros fue un botiquín de primeros auxilios. Sin embargo, su contenido tan sólo lo conocía el 41,8% y

únicamente en el 38,1% de los casos había alguien encargado de su revisión periódica.

Resulta evidente la ausencia de políticas que regulen la provisión de los recursos materiales y formativos en los centros educativos que aseguren la correcta utilización de éstos y fomenten la actuación del personal del centro ante una urgencia. A modo de ejemplo, el 45,5% de los docentes encuestados aseguró disponer de un DESA en su centro, sin embargo, sólo el 12,7% sabría utilizarlo en caso necesario (170).

Además, el desconocimiento por parte de los servicios sanitarios de la dotación de material en los centros escolares evidencia una falta de coordinación entre educación y sanidad, así como, una pérdida en la utilización del personal sanitario como agentes expertos de referencia para intervenir en la gestión de recursos más allá de actuaciones puntuales a demanda del profesorado (171).

Esta falta de colaboración se evidencia nuevamente en la planificación de actividades formativas dirigidas a patología crónica y EpS, ambas ejecutadas de manera irregular según los datos recogidos en el grupo de sanitarios.

El abordaje de la cronicidad, conductas relevantes para la salud y seguridad del alumnado durante la jornada lectiva (25,172) mediante actividades docentes precisa de un programa estructurado de formación que permita su seguimiento y la monitorización de los resultados obtenidos (169,173,174). Además, la fijación de conocimientos es fundamental para la adquisición de responsabilidad hacia el propio cuidado y el de la comunidad que nos rodea (171,175).

Otro de los aspectos en discusión respecto a las intervenciones sanitarias en los centros educativos y el nivel de competencia del profesorado es el compromiso de la autonomía de los menores. Existe una delgada línea entre establecer un rol paternalista y fomentar la presencia de un adulto como recurso (176). Una manera de evitar la sobreprotección es, precisamente, asegurar el nivel de conocimientos necesario para que los docentes den una respuesta adecuada ante una emergencia y con un nivel de destreza suficiente para influir en la actitud del alumnado, ayudando a normalizar y aportar sensación de seguridad ante situaciones de compromiso vital, sobre todo cuanto más corta edad tengan (177).

Para fomentar la educación inclusiva y las conductas resilientes entre los menores es indispensable la programación periódica de actividades formativas en patología crónica y accidentes desde el currículo de formación universitaria de los docentes (143,178,179) hasta el personal en activo, de tal manera que se generen espacios seguros cuyo origen sea una actitud consciente en materia de seguridad y no la necesidad de afrontar puntualmente un imprevisto (145). Este rasgo comportamental sumado a la inclusión de estas actividades también en el currículo escolar sitúa a los propios alumnos como agentes activos de salud en la comunidad escolar (176,180-182).

En el caso las actividades formativas sobre manejo de patología crónica en la población pediátrica se basan en un enfoque contrario a los programas dirigidos a la población adulta con patología crónica cuyo fin principal es retrasar un estadio de dependencia partiendo de la autonomía del adulto sano.

Atendiendo a las características propias de la infancia, su evolución natural va de la dependencia hacia la autonomía, por lo que cobra mayor significación la apuesta por la autosuficiencia del niño en el manejo de su enfermedad, utilizando esta circunstancia como evento positivo o reforzador del propio desarrollo y evolución posterior hacia el adulto crónico (183,184).

La identificación temprana de dificultades y el fomento de acciones preventivas exige, por tanto, el establecimiento de alianzas entre las instituciones implicadas dentro de un marco legislativo que fomente la colaboración e inversión a largo plazo incluyendo la formación del profesorado para asegurar la calidad del bienestar y el aprendizaje de los alumnos (185).

Más allá de la formación en primeros auxilios o la presencia de protocolos sobre asistencia en situaciones de compromiso vital (177,186,187) existe un parámetro especialmente sensible en relación con la patología crónica y la actuación ante una emergencia: la administración de medicación (144).

Según los resultados obtenidos, el 38,8% de los docentes estaba dispuesto a administrar medicación en caso necesario, ligeramente inferior a otros estudios en nuestro medio (144,147,188). Se trata de un asunto conflictivo en cuanto al manejo de patología crónica durante la jornada lectiva que afecta tanto a la integración y seguridad del alumnado como a las competencias legales del profesorado.

No se debe obviar que, ante la ausencia de legislación sobre asistencia de urgencias en los centros escolares, los docentes tienen la misma responsabilidad legal que cualquier otro ciudadano (74) y, en consecuencia, la necesidad de

manejar medicación para su resolución queda supeditada a la voluntad del individuo.

Por otra parte, la administración de medicación o terapias durante la jornada lectiva exige ciertas medidas de seguridad como la conservación y almacenamiento de los fármacos y/o material necesario para su administración, así como un lugar donde administrarlos en condiciones de higiene, seguridad y privacidad (147,188).

Esta circunstancia no es exclusiva de los menores con patología crónica o aguda, si no de todo el alumnado. Puesto que, atendiendo a los diferentes niveles de desarrollo neurológico y cognitivo, éstos pueden incurrir en una auto o hetero-administración accidental dando lugar a una urgencia de mayor o menor repercusión a tenor de la medicación y cantidad administrada.

Por consiguiente, sin la presencia de personal sanitario en los centros escolares (189,190), el derecho a la libre decisión del profesorado rivaliza con la necesidad de ayuda del alumnado, condicionando significativamente la posibilidad de que estos menores puedan desarrollar las actividades escolares en las mismas condiciones que sus compañeros, es decir, su inclusión educativa.

Con respecto al alumnado sano, no se encuentra exento de precisar asistencia durante la jornada lectiva. La notificación de accidentes y agresiones es habitual en el entorno escolar o durante la realización de actividades extraescolares (42).

En nuestro estudio, la declaración de accidentes o urgencias va desde el 30% declarado por las familias y el personal sanitario hasta el 49% del grupo de docentes. A pesar de no contar con un registro detallado de las características del incidente, lo recogido por las encuestas oficiales se refiere a eventos sin repercusión vital coincidiendo con lo recogido durante el proyecto piloto de enfermería escolar de Cantabria (191) donde más del 60% de las actuaciones relacionadas con accidentes fueron contusiones y heridas, si existen evidencias de una mayor prevalencia de mortalidad por causa extrínseca (ahogamiento, asfixia o politraumatismo) en población infantil sin patología crónica (192).

Ambas situaciones, accidentes y agresiones, tienen una repercusión directa sobre la necesidad de asistencia sanitaria en el entorno escolar, sin embargo, debido a su naturaleza difieren en el tipo y el momento de intervención. Por un lado, los accidentes suelen requerir una asistencia inmediata al producir principalmente lesiones físicas; en cambio, las agresiones de tipo psicológico pueden pasar desapercibidas en un primer momento y no ser visibles hasta producir una alteración en el plano emocional o conductual de la víctima.

El aumento exponencial de las cifras de suicidio la sitúan como segunda causa de muerte en Europa Occidental por detrás de los accidentes en carretera y plantea un cambio en el abordaje de la salud mental en la escuela (193).

Hasta el momento, los trastornos de conducta y la hiperactividad se relacionaban con una mayor afectación en el plano académico que otras como la ansiedad o la depresión (160), sin embargo, autores como Pestaner et al (194) concluyen que existe un déficit acusado de indicadores específicos sobre ideación

suicida que dificulta la ejecución de estrategias preventivas dentro de la comunidad escolar, a parte de aquellos relacionados con colectivos específicos como la comunidad LGBTIQ+ (195).

Sin embargo, en el momento del estudio, la consideración de los centros escolares como no capacitados para la gestión de urgencias o accidentes fue unánime entre todos los grupos encuestados. Otros estudios en nuestro entorno reflejan porcentajes similares como Carral y col (144) donde tan sólo el 9,4% de los docentes considera su centro como capacitado o Luque-Vara et al (147) donde un 12,9% del profesorado encuestado considera su centro capaz de manejar una urgencia señalando la falta de formación, recursos materiales y profesional sanitario de referencia como posibles factores relacionados.

Es obvio que cualquier intervención se encuentra asociada a un coste, siendo el factor económico un aspecto clave para situar la salud escolar en la política nacional. Este parámetro habitualmente valora tanto el tiempo dedicado por los docentes (196) a solventar incidentes relacionados con accidentes y/o terapias habituales del alumnado con patología crónica como las adaptaciones laborales de las familias para atender las necesidades de los menores (188,197).

En nuestro estudio, se analizó de manera indirecta y sin asignación económica atribuida a través de las percepciones del profesorado y las familias. Así pues, el 63,4% de los docentes consideró que la asistencia de urgencias o accidentes durante la jornada lectiva irrumpía el normal funcionamiento de la clase en detrimento del resto de alumnos al precisar de un tiempo invertido de media entre moderado y sustancial en el 73,1% de los casos. Por otro lado, el cese

de actividad laboral de los progenitores del alumnado con patología crónica se situó en el 19,6%, si bien no se han tenido en cuenta otras situaciones asociadas a un detrimento económico como reducción de la jornada laboral o permisos de exención laboral sin sueldo.

Dentro de un contexto meramente asistencial, la estimación rigurosa del impacto económico precisa de un catálogo detallado de las intervenciones asignadas al servicio de salud escolar que permitan establecer una comparativa como la publicada en 2014 por Wang et al (198), que estimó en 98,2 millones de dólares el beneficio anual de los servicios de salud escolar de Massachusetts, dicho de otra manera, por cada dólar invertido la sociedad ganó 2,20 dólares. Este margen de coste-beneficio debe ser considerado como una aproximación puesto que puede variar en función de las características del sistema nacional de salud, de las actividades realizadas por el servicio de salud escolar, así como, las características sociales y laborales de la población a estudio.

Ahora bien, este modelo de salud escolar no responde a la creciente pluralidad cultural, la aparición de nuevos escenarios laborales y la necesidad de difundir la conciencia del bienestar como criterio de sostenibilidad global considerados pilares fundamentales para el desarrollo (14,16).

El concepto de los Servicios de Salud Escolar como parte de la estructura de las escuelas promotoras de la salud, sin embargo, busca el beneficio a través del impacto global sobre toda la comunidad escolar (24,25) y se sitúa más próximo a la tendencia actual de intervenciones en salud.

Un ejemplo de este nuevo concepto de salud escolar es el Modelo de Atención Evelina (Londres) (199) dirigido a la prestación de cuidados en menores con patología común y/o crónica mediante la intervención con equipos de salud multidisciplinares y la capacitación de profesionales que trabajan con población infanto-juvenil. En la actualidad se encuentra, precisamente, en un proceso de evaluación económica que tendrá en cuenta tanto los recursos materiales y humanos como el impacto en la salud utilizando para tal fin la valoración de la calidad de vida de los menores y los cambios en el bienestar de los progenitores.

Este enfoque se encuentra muy próximo al objetivo de los Servicios de Salud Escolar: favorecer la integración de los menores y asegurar la consecución de su nivel académico en términos de equidad (94,158,200,201).

Es fundamental, también, que en este nuevo escenario se considere a la población pediátrica en su totalidad como partícipe de la cultura de salud. El desconocimiento sobre el origen de ciertas conductas derivadas de la patología puede producir rechazo; por el contrario, poner en contexto esa situación le da un sentido y ayuda a su comprensión y tolerancia desencadenando una oportunidad para la resiliencia y la integración del menor (17,202).

De manera que, la integración del alumnado con patología crónica, discapacidad o necesidades especiales de salud no se limita a su inclusión en centros de educación ordinaria si no que encuentra su máximo exponente en la generación de un ambiente de seguridad basado en el conocimiento de las necesidades específicas de estos menores y la responsabilidad colectiva en términos de salud (203).

Por este motivo, cobra especial relevancia la implantación de personal de enfermería en los centros docentes como la opción de máxima prioridad señalada por todos los grupos encuestados en nuestro estudio, reflejando el reconocimiento a la importancia de la profesionalización del cuidado en la patología crónica y de la asistencia ante un evento de riesgo vital.

El desarrollo de un Servicio de Salud Escolar liderado por enfermeras recoge no sólo los aspectos puramente asistenciales dentro de las aulas, si no que, además, incorpora otras competencias como la valoración y evaluación de los centros escolares en materia de salud y la gestión de los recursos necesarios para capacitarlos en la medida que sea preciso (87).

Esta relación como profesional asesor, definida por Hildergard Peplau (204) en 1952, se considera un rol fundamental de enfermería guiando al paciente desde su enfermedad a la vida cotidiana (205,206). Así mismo, esta función ejercida en el contexto de un Servicio de Salud Escolar le confiere la consideración de órgano consultor dirigido a la comunidad escolar favoreciendo la adecuación de las actividades formativas a las necesidades del personal del centro, alumnado o familias (25).

Por otro lado, tal y como se ha podido comprobar durante la pandemia por Covid-19, los centros escolares son un observatorio excelente sobre patología infecciosa, su comportamiento y la implicación de la comunidad en la gestión de estos procesos (207). Además de aportar información muy valiosa sobre conductas a corregir o reforzar desde otros dispositivos como pueda ser AP o

Salud Pública, proporciona el sustrato necesario para sentar las bases de una conciencia social en términos de salud para las futuras generaciones.

Más allá de circunstancias puntuales que puedan suceder durante el curso escolar, los Servicios de Salud Escolar deben ser continuados y perseguir un objetivo a largo plazo contribuyendo a la generación de una sociedad más consciente y autónoma en términos de salud.

Parece adecuado pensar que es ahora el momento de reclamar un lugar en la gestión del Servicio de Salud Escolar para enfermería (208). Su visión de la profesión respecto al individuo como un organismo en continua evolución, la perspectiva del cuidado desde la suplencia hacia la autonomía y su compromiso con la participación social avalan esta propuesta (88).

No obstante, para la consecución de los objetivos expuestos resulta imprescindible garantizar la disponibilidad de profesionales de enfermería durante todo el curso escolar, tanto para la gestión de incidencias como para la planificación de actividades formativas. Evitando en todo caso la duplicación de tareas y trabajando de manera transversal y multidisciplinar con una asignación de funciones establecida y aceptada por los equipos docentes y sanitarios (58,202).

Por último, se precisa de políticas nacionales que aseguren la implantación de Servicios de Salud Escolar guiados por enfermeras (25). Es la herramienta indispensable para que el sistema de salud sea, por fin, un recurso a disposición de la población infanto-juvenil en el ámbito comunitario.

LIMITACIONES

El uso de encuestas en el ámbito de la salud es una técnica ampliamente utilizada, sin embargo, la actual tendencia a obtener bajos índices de participación merece una consideración dentro de las limitaciones. Si bien no hay evidencias suficientes que determinen la influencia del sesgo de no-respuesta en la validez externa (209), existen numerosos métodos para aumentar la respuesta a los cuestionarios que deben ser tenidos en cuenta en futuros estudios (210).

Respecto a la validez del cuestionario *ad hoc*, pese a ser sometido a un proceso de validación por un panel de expertos, puede considerarse un sesgo relacionado con la comprensión de las preguntas realizadas. De igual modo, el empleo de metodología mixta resulta más adecuado para obtener información sobre necesidades percibidas por la población a estudio dotando de una mayor precisión a las conclusiones del estudio.

En cuanto a la representatividad de la muestra, circunscrita en su mayoría a la zona central de nuestra CCAA, constituye la principal limitación del estudio. A pesar de que, según los datos de la ESIA-2017 (42) no existen diferencias significativas entre zonas en cuanto a patología crónica declarada y los datos aportados por la Consejería de Educación (136) señalan una escasa representación del alumnado rural en relación con el global, los resultados obtenidos podrían diferir en poblaciones con una mayor dispersión geográfica.

Por otro lado, existen limitaciones en cuanto a las características sociodemográficas en las muestras de los tres grupos a estudio que no permiten la generalización de los datos a una población con una mayor diversidad que la

nuestra. Es el caso de la presencia prácticamente nula de otras nacionalidades entre los encuestados, un nivel socioeconómico y académico muy homogéneo en el grupo de progenitores y el predominio de docentes de Educación Secundaria en una proporción significativa.

A pesar de la exclusión en este estudio de los centros de educación especial donde la prevalencia de patología crónica es mayor, y por tanto la necesidad de apoyo sanitario más relevante, resulta oportuno considerar un estudio detallado de su situación actual. Así mismo, sería conveniente la inclusión de centros privados con una representación muestral que permita determinar asociaciones entre financiación y necesidades percibidas en la asistencia sanitaria dentro del aula.

La recogida de datos previa a la pandemia por Covid-19 dejó fuera aspectos como la EpS o el manejo de patología infecciosa en los centros educativos. Sería interesante conocer si el contenido curricular de los alumnos (33,211) incluye suficiente información sobre la prevención y transmisión de patología infecciosa, además de evaluar la eficiencia de los nexos establecidos entre la comunidad escolar y los servicios sanitarios (212-214) como posibles sistemas de vigilancia epidemiológica a integrar como parte de los Servicios de Salud Escolar (207).

Por último, la exclusión de personal no docente debe tenerse en cuenta como limitación pues forman parte activa de la comunidad escolar y, en ocasiones, son ellos los encargados de gestionar o asistir las necesidades del alumnado con patología crónica durante la jornada lectiva.

APORTACIONES FUTUROS ESTUDIOS

Como recomendación ante la elaboración de futuros estudios se proponen los siguientes aspectos de mejora a tener en cuenta:

- Elaborar un registro de patologías crónicas y/o discapacidad que incluyan necesidades especiales de atención sanitaria y salud mental bajo unos criterios definidos con el objeto de estudiar a corto, medio y largo plazo las tendencias en necesidades de salud y generar indicadores que estimen la afectación del plano académico del alumnado.
- Estimar el impacto de la patología crónica y/o discapacidad mediante la valoración de la calidad de vida de los menores y el bienestar de las familias en la población a estudio.
- Desarrollar una herramienta mediante el consenso de los distintos agentes que componen la comunidad escolar, sanitaria y política en relación con la gestión de la salud escolar utilizando una metodología cualitativa con el objeto de captar la mayor variedad posible de perspectivas y eliminar aquellas condicionadas a la visión particular del investigador.
- Seleccionar una muestra heterogénea y representativa de todos los niveles educativos que permita determinar asociaciones entre características sociodemográficas de los progenitores y determinantes de salud propios del rango etario del alumnado.

- Evaluar la formación de los docentes atendiendo a criterios de periodicidad y contenido específicos para determinar su pertinencia en relación con las necesidades específicas de la comunidad escolar.

VIII

CONCLUSIONES

VIII - CONCLUSIONES

1. Los progenitores evaluaron a los centros docentes como no capacitados para atender urgencias y/o accidentes durante la jornada lectiva. En cuanto a los progenitores del alumnado con patología crónica, las principales barreras halladas fueron la administración de medicación y su implicación activa en la asistencia del menor durante la jornada lectiva.
2. Los docentes no se consideraron a sí mismos capacitados para resolver eventos de riesgo vital, además de un amplio desconocimiento sobre el uso y ubicación de los recursos materiales para la intervención en caso de emergencia. Las actividades formativas en colaboración con sanidad fueron puntuales, sin existir una programación periódica que permita una capacitación al respecto.
3. Los sanitarios no perciben al profesorado con capacidad para intervenir ni a los centros educativos para actuar ante un accidente o urgencia. Tanto AP como AH mostraron un amplio desconocimiento acerca de los recursos materiales y protocolos sobre asistencia sanitaria disponibles en los centros educativos.
4. La necesidad de implantar la figura de la enfermera escolar como responsable de la salud escolar fue la opción considerada como prioritaria por todos los grupos encuestados.

5. El manejo de la patología crónica durante la jornada lectiva es esencial para el bienestar de la población infanto-juvenil como herramienta de normalización de las necesidades en salud, considerando a la enfermera el profesional sanitario más adecuado para su consecución.

IX

BIBLIOGRAFÍA

IX - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerrero L, León A. Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum. Rev Venez Sociol y Antropol.* 2008 [consultado 20 Feb 2018];18(53):610-33. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/705/70517572010.pdf>
2. Džakula A, Tripalo R, Vočanec D, Radin D, Lončarek K. Are Andrija Štampar's principles gone – forever and ever? *Croat Med J.* 2017;58(5):372-6.
3. Documentos básicos. 48ª edición[Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
4. Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias Exp Y Soc.* 2012;26:161-75.
5. Macías Llanes ME. Tensiones en el tratamiento epistemológico de la salud. *Rev Hum Med.* 2001 [consultado 20 Feb 2018];1(3): [18p]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v1n3/hmc030301.pdf>
6. Valenzuela Contreras LM. La salud, desde una perspectiva integral . *Rev Univ la Educ Física y el Deport.* 2016 [consultado 15 Feb 2018];9:50-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6070681>
7. Fernández C, Fernández-Carro C. ¿Hacia la «desfamiliarización» del cuidado predilecto? Un análisis del contexto español (1997-2009). *Rev Española Investig Sociológicas.* 2018;164:57-76.
8. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev Cuba Salud Pública.* 2002 [consultado 20 Feb 2018];28(2): [19p]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21428206>
9. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
10. Schallock RI, Verdugo MA. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero.* 2007 [consultado 20 Feb 2018] ;38(4):21-36. Disponible en: https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224_articulos2.pdf
11. Riaño-Galán I. Calidad de vida en enfermedades endocrinológicas. *Rev Esp Endocrinol Pediatr.* 2017;8:86-93.
12. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de

- la Salud. En: Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Hacia un nuevo concepto de salud pública; 17-21 de noviembre de 1986; Ottawa, Canada. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;1986 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
13. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En: 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; 21-24 de noviembre de 2016; Shangai, China. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-health-in-the-sdgs>
 14. Resolución aprobada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 25 de septiembre de 2015. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Número A/RES/70/1 (21 de octubre de 2015).
 15. who.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2021[consultado 28 Dic 2021]. La 10ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud señala un camino para crear "sociedades del bienestar". Disponible en: <https://www.who.int/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies>
 16. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ginebra para el Bienestar. En: 10ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud para el Bienestar, Equidad y Desarrollo Sostenible: 13-15 Diciembre 2021 (Virtual). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [consultado 5 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being>
 17. Cyrulnik B. Los Patitos Feos. Barcelona: DeBolsillo; 2013. 272 p.
 18. qniheritage.org.uk [Internet]. Reino Unido: The Queen's Nursing Institute Heritage; c2020 [consultado 28 Dic 2021]. William Rathbone and the beginning of District Nursing. Disponible en: <https://qniheritage.org.uk/history/william-rathbone/>
 19. Fee E, Bu L. The Origins of Public Health Nursing: The Henry Street Visiting Nurse Service. Am J Public Health. 2010;100(7):1206-7.
 20. Comité de Expertos de la OMS sobre Nuevos Enfoques de la Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud y Organización Mundial de la Salud. Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud : informe de un Comité de Expertos de la OMS [se reunió en Ginebra del 12 al 18 de octubre de 1982] [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1983 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:

- <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38777>
21. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Health promoting schools: experiences from the Western Pacific Region [Internet]. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2017 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254658>
 22. Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e Innovación Educativa. Red de Escuelas para la Salud en Europa [Internet]. Madrid: Ministerio de Educación; 2008 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/188173/Red+SH+E+Objetivos,%20Principios,%20Historia/b271813e-2ed9-4ecc-b067-137da3378557>
 23. Orden ECD/2475/2015, de 19 de noviembre, por la que se crea el distintivo de calidad de centros docentes Sello Vida Saludable. Boletín Oficial del Estado, número 281 (24 de noviembre de 2015).
 24. Bada E, Darlington E, Masson J, Santos RM. European Standards & Indicators for Health Promoting Schools [Internet]. Haderslev: Schools for Health in Europe Network Foundation; 2019 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en: https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/Teachers%20resources/european_standards_and_indicators_on_hps_en.pdf
 25. World Health Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. WHO guideline on school health services [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021[consultado 5 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029392>
 26. Bofill A, Cots J. La Declaración de Ginebra pequeña historia de la primera carta de los derechos de la infancia[Internet]. Barcelona: Comissió de la Infància de Justícia i Pau; 1999 [consultado 5 Feb 2018]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/declaracion_de_ginebra_de_derechos_del_nino.pdf
 27. Declaración de los Derechos del Niño [Internet]. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 1959 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/33_d_DeclaracionDerechosNino.pdf
 28. Instrumento de ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989. Boletín Oficial del Estado, número 131 (31 de diciembre de 1990).
 29. Resolución del Parlamento Europeo Doc. A 2-25/86, de 13 de mayo, Carta Europea sobre los Derechos de los Niños Hospitalizados. Diario Oficial

- de las Comunidades Europeas, número C148 (16 de junio de 1986).
30. Cortes Generales. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, número 311 (29 de diciembre de 1978).
 31. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, número 102 (29 de abril de 1986).
 32. Resolución, de 3 de julio de 1998, por la que se da publicidad al Convenio suscrito entre el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud para la atención educativa a los niños hospitalizados. Boletín Oficial del Estado, número 179 (28 de julio de 1998).
 33. Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado, número 340 (30 de diciembre de 2020).
 34. European Commission. Union of Equality: Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021-2030. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021. doi: 10.2767/31633.
 35. Resolución del Consejo relativa a un marco estratégico para la cooperación europea en el ámbito de la educación y la formación con miras al Espacio Europeo de Educación y más allá (2021-2030). Diario Oficial de la Unión Europea, número C66 (26 de febrero de 2021).
 36. Van der Lee JH, Mokkink LB, Grootenhuis MA, Heymans HS, Offringa M. Definitions and Measurements of Chronic Health Conditions in Childhood. *JAMA*. 2007;297(24):2741-51.
 37. Mokkink LB, Van Der Lee JH, Grootenhuis MA, Offringa M, Heymans HSA. Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0-18 years of age): national consensus in the Netherlands. *Eur J Pediatr*. 2008;167(12):1441-47.
 38. Stein REK, Bauman LJ, Westbrook LE, Coupey SM, Ireys HT. Framework for identifying children who have chronic conditions: the case for a new definition. *J Pediatr*. 1993;122(3):342-7.
 39. McPherson M, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck PW, et al. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics*. 1998;102(1 Pt 1):137-40.
 40. Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública. Informe de Situación de Salud en Asturias 2012-2015 [Internet]. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2015 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/ASSA2015-VFinal_22.pdf
 41. García Fernández A, Alonso Jiménez EM, Fernández Noval F, Donate Suarez I, Huerta García I, García Vázquez JA, et al; Observatorio de Salud

- en Asturias. Informe de Situación de Salud en Asturias 2018. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2018 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/analisis-de-situacion-de-salud-2018/>
42. II Encuesta de Salud Infantil para Asturias 2017 [Internet]. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2018 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/ii-encuesta-de-salud-infantil-de-asturias>
 43. ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf
 44. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando B, Borrell C; Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología. Propuestas de clase social neweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* 2013;27(3):263-72.
 45. Real Decreto 1591/2010, de 26 de Noviembre, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Boletín Oficial del Estado*, número 306 (17 de diciembre de 2010).
 46. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38(5):581-6.
 47. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, et al; European Kidscreen Group. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2005;5(3):353-64.
 48. Real Decreto 137/1984, de 11 de Enero, sobre estructuras básicas de salud. *Boletín Oficial del Estado*, número 27 (1 de febrero de 1984).
 49. Ley 11/1984, de 15 de octubre, de Salud Escolar para el Principado de Asturias. *Boletín Oficial del Estado*, número 273 (14 de noviembre de 1984).
 50. Resolución de 22 de mayo de 2015, conjunta de las Consejerías de Sanidad y de Educación, Cultura y Deporte, por la que se establecen estrategias en materia de salud escolar. *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, número 128 (4 de junio de 2015).
 51. Decreto 39/2015, de 3 de junio, por el que se regulan los órganos de coordinación en materia de salud escolar. *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, número 134 (11 de junio de 2015).
 52. Decreto 17/2018, de 18 de abril, por el que se regulan las Comisiones de

- Salud Escolar de los centros docentes del Principado de Asturias. Boletín Oficial del Principado de Asturias, número 97 (27 de abril de 2018).
53. edu.xunta.gal [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia Consellería de Cultura, Educación e Universidade; c2007 [consultado 18 Feb 2018]. Plan Alerta Escolar. Disponible en: <http://www.edu.xunta.gal/portal/es/node/15108>
 54. Conveni de col·laboració entre la Conselleria de Salut, la Conselleria d'Educació, Cultura i Universitats i el Servei de Salut de les Illes Balears per dur a terme el programa Alerta Escolar Balear. Registro de Convenios y Acuerdos, número 2014/06/79 (4 de junio de 2014).
 55. carm.es [Internet]. Murcia: Región de Murcia; [consultado 20 Mar 2020]. Primera actuación ante urgencias en centros educativos. Disponible en: [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=64453&IDTIPO=100&RASTRO=c148\\$m](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=64453&IDTIPO=100&RASTRO=c148$m)
 56. Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia. Boletín Oficial del Estado, número 202 (21 de agosto de 2008).
 57. Decreto 61/2019, de 23 de mayo, por el que se regulan la composición y las funciones de la Comisión Interdepartamental en Materia de Educación y Salud. Diario Oficial de Galicia, número 109 (11 de junio de 2019).
 58. García de Paso Mora M [coord]. Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes con Enfermedades Crónicas Complejas: Tejiendo puentes para sus cuidados [Internet]. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares; 2019 [consultado 20 Mar 2020]. Disponible en: https://www.ibsalut.es/docs/estrategies_salut/programa_cronicidad_menores_ESP.pdf
 59. Departamento de Educación, Universidades e Investigación, Departamento de Sanidad. Circular Atención Sanitaria Especial durante Horario Escolar [Internet]. Vitoria: Gobierno Vasco; 2006 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: https://www.berrigasteiz.com/site_orientabideak/20060830_atencion_sanitaria_c.pdf
 60. Orden de 9 de octubre de 2013, por la que se desarrolla el Decreto 81/2010, de 8 de julio, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de los centros docentes públicos no universitarios de la Comunidad Autónoma de Canarias, en lo referente a su organización y funcionamiento. Boletín Oficial de Canarias, número 200 (16 de octubre de 2013).
 61. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, Consejería de Educación y Empleo. Protocolo de colaboración entre la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales y la Consejería de Educación y Empleo, para la asignación, por parte del organismo autónomo Servicio Extremeño de Salud, de personal de enfermería a centros educativos para la atención

- sanitaria de alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo [Internet]. Mérida: Junta de Extremadura; 2016 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.educarex.es/pub/cont/com/0004/documentos/Protocolo%281%29.pdf>
62. Consejería de Sanidad y Consumo, Consejería de Educación. Guía informativa sobre Diabetes Mellitus tipo 1 en los centros escolares [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2007 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/educacion/guia_diabetes_mellitus_tipo_1_.pdf
 63. Orden 629/2014, de 1 de julio, conjunta de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, por la que se establece la colaboración entre ambas para la atención sanitaria de alumnos escolarizados en centros educativos públicos de la Comunidad de Madrid que presentan necesidades sanitarias de carácter permanente o continuado. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 173 (23 de julio de 2014).
 64. Consejería de Educación, Juventud y Deporte. Resolución de la dirección general de innovación, becas y ayudas a la educación por la que se dictan instrucciones sobre el procedimiento para solicitar la dotación, con carácter excepcional, de recursos para la atención a las necesidades sanitarias de carácter permanente o continuado que puedan presentar los alumnos escolarizados en los centros privados concertados [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2016 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <https://ecmadrid.org/es/component/search/?searchword=instrucciones%202016&ordering=newest&searchphrase=all&start=20>
 65. Resolución de 28 de marzo de 2007, de la Dirección General de Formación Profesional e Innovación Educativa, por la que se acuerda la publicación del Plan de Atención al Alumnado con Necesidades Educativas Especiales. Boletín Oficial de Castilla y León, número 70 (11 de abril de 2007).
 66. Orden EYH/315/2019, de 29 de marzo, por la que se regulan medidas dirigidas al alumnado escolarizado en centros educativos sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León que presenta necesidades sanitarias o socio sanitarias. Boletín Oficial de Castilla y León, número 66 (4 de abril de 2019).
 67. Consejería de Salud y Bienestar Social, Consejería de Educación, Ciencia y Cultura. Acuerdo Marco de colaboración entre la Consejería de Salud y Bienestar Social y la Consejería de Educación, Ciencia y Cultura de la Junta de Comunidades de Castilla La-Mancha para la determinación de actuaciones conjuntas en los ámbitos educativo, social y de salud [Internet]. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla La-Mancha; 2011

- [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
https://servicios.anpecastillalamancha.es/legislacion/Acuerdo_Marco_Educacion_Salud.pdf
68. Aguirre Barco P, Angulo Domínguez MC, Guerrero Solana E, Motero Vázquez I, Prieto Díaz I. Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por padecer enfermedades raras y crónicas [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2010 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
<https://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/3178/00120122000057.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 69. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Guía de Actuación ante emergencias sanitarias en centros educativos de Ceuta [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2013 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Guia_centros_educativos.pdf
 70. Model d'atenció dels infants amb diabetis en l'àmbit escolar [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2014 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
https://documents.espai.educacio.gencat.cat/PC/Seguretat/Protocol_diabetis.pdf
 71. Protocolo de atención en urgencias sanitarias y atención educativa al alumnado con enfermedad crónica [Internet]. Santiago de Compostela: Consellería de Educación, Universidade e Formación Profesional; 2018 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en:
https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/urgencias_sanitarias_castelan_febreiro_2019_para_li.pdf
 72. Protocolo de urgencias sanitarias y enfermedad crónica en el ámbito educativo. Adenda de atención al alumnado con diabetes [Internet]. Santiago de Compostela: Consellería de Educación, Universidade e Formación Profesional; 2018 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en:
https://www.edu.xunta.gal/portal/sites/web/files/content_type/learn_ingobject/2019/04/16/c8f1f189be1fc1821eab844981546920.pdf
 73. Garnica Martínez B, Tomás Lizcano A, Martínez Conesa LF; grupo de redacción. Primera actuación ante urgencias en centros educativos. Guía para el alumnado [Internet]. Murcia: Región de Murcia; 2019 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en:
<http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/435470-guia.alumnado.primer.actuacion.urgencias.pdf>
 74. Garnica Martínez B, Tomás Lizcano A, Martínez Conesa LF; grupo de redacción. Primera actuación ante urgencias en centros educativos. Guía para la comunidad educativa [Internet]. Murcia: Región de Murcia; 2019 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en:

- [https://www.carm.es/web/descarga?ARCHIVO=guiaUrgencias_comunidad.pdf&ALIAS=ARCH&IDCONTENIDO=140423&IDTIPO=60&RASTRO=c148\\$m64453](https://www.carm.es/web/descarga?ARCHIVO=guiaUrgencias_comunidad.pdf&ALIAS=ARCH&IDCONTENIDO=140423&IDTIPO=60&RASTRO=c148$m64453)
75. Estrategia para la mejora de la atención al alumnado de Educación Infantil y Primaria que sufren determinadas patologías crónicas [Internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2010 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/upload/articulos/75/estrategia_escuelaCAM.pdf
 76. Font Oliver MA, Vidal Thomàs C, Molinas Mut K, Martín Sánchez MJ, Sempere Campello MA, Sastre Vidal M, et al. Protocol De Comunicació I Atenció Dels Infants/Joves Amb Problemes De Salut Crònics Als Centres Educatius [Internet]. Palma: Govern Illes Balears; 2017 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1121/protocol-joves-cronics-ca.pdf>
 77. Resolución de 7 de noviembre de 2017, del Director General de Innovación, Equidad y Participación y el Director General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón, por la que se dictan instrucciones relativas a la atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas así como la intervención en situaciones de urgencia y emergencia en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2017 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <http://orientacion.catedu.es/wp-content/uploads/2018/11/12-Atencion-Educativa-Enfermedades-Cr%C3%B3nicas.pdf>
 78. Departament D'Ensenyament. Decret 150/2017, de 17 d'octubre, de l'atenció educativa a l'alumnat en el marc d'un sistema educatiu inclusiu. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 7477 (19 de octubre de 2017).
 79. Resolución de 13 de junio de 2018, de la Consellería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica en centros educativos para regular la atención sanitaria al alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en los centros escolares. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana, número 8319 (18 de junio de 2018).
 80. enfermeriacantabria.com [Internet]. Santander: Fundación de Enfermería de Cantabria; [consultado 10 febrero 2019]. Enfermería Escolar; [9 pantallas]. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/fundacion/7370>
 81. Resolución de 13 de octubre de 2015, de la Dirección General de

- Innovación Educativa y Atención a la Diversidad, por la que se dan instrucciones para el desarrollo del Programa experimental de Atención Sanitaria Especializada en horario escolar dirigido al alumnado que precise cuidados sanitarios especializados y continuados en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para el curso académico 2015-2016. Boletín Oficial de la Región de Murcia, número 249 (28 de octubre de 2015).
82. Ayuntamiento de Murcia, Colegio Oficial de Enfermería Región de Murcia. Nota de prensa: Murcia será la primera ciudad con enfermeras escolares en sus aulas municipales de educación infantil [Internet]. Murcia: Colegio Oficial de Enfermería Región de Murcia; 2016 [consultado 10 febrero 2019]. Disponible en: <https://enfermeriademurcia.org/28072016-nota-de-prensa-murcia-sera-la-primera-ciudad-con-enfermeras-escolares-en-sus-aulas-municipales-de-educacion-infantil/>
 83. Enfermera Escolar [Internet]. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2017 [consultado 10 febrero 2019]. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D2788954-828B-4F77-8D80-24530DF003CA/391069/ENFERMERAESCOLARPresentación.pdf>
 84. El curso 2021-2022 arrancará sin enfermeras escolares en los centros educativos de Ceuta. Ceuta al Día [Internet]. 2021 [consultado 28 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.ceutaldia.com/articulo/sanidad/curso-2021-2022-arrancara-enfermeras-escolares-centros-educativos-ceuta/20210906203959236556.html>
 85. Proposición no de ley relativa a la enfermería escolar. Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía, número 480 (8 de junio de 2017).
 86. Fawcett J. The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image J Nurs Sch.* 1984;16(3):84-9.
 87. Alligood M R. Modelos y teorías en enfermería. 8ªed. Barcelona: Elsevier; 2014. 744 p.
 88. Bender M. Re-conceptualizing the nursing metaparadigm: Articulating the philosophical ontology of the nursing discipline that orients inquiry and practice. *Nurs Inq.* 2018;25(3):e12243.
 89. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Boletín Oficial del Estado, número 269 (9 de noviembre de 2001).
 90. Resolución 32/89, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería en España, con carácter obligatorio [Internet]. Madrid: Consejo General Organización Colegial de

- Enfermería; 1989 [consultado 10 febrero 2019]. Disponible en:
<http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/codigodeontologicoesp.pdf>
91. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, número 280 (22 de noviembre de 2003).
 92. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, número 108 (6 de mayo de 2005).
 93. Real Decreto 992/1987, de 3 de Julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. Boletín Oficial del Estado, número 183 (1 de agosto de 1987).
 94. European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals [Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2014 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/246981/European-framework-for-quality-standards-in-school-health-services-and-competences-for-school-health-professionals.pdf
 95. Baltag V, Levi M. Organizational models of school health services in the WHO European Region. *J Health Organ Manag.* 2013;27(6):733-46.
 96. Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global Overview of School Health Services: Data from 102 Countries. *Heal Behav Policy Rev.* 2015;2(4):268-83.
 97. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Boletín Oficial del Estado, número 157 (29 de junio de 2010).
 98. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, número 157 (29 de junio de 2010).
 99. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. 2011. Boletín Oficial del Estado, número 123 (24 de mayo de 2011).
 100. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado, número 129 (28 de mayo de 2009).
 101. Morten H. The London Public-School Nurse. *Source Am J Nurs.* 1901;1(4):274-6.
 102. London School Nurses' Society. *Br Med J.* 1899; 1(2008): 1540.
 103. healthcareers.nhs.uk [Internet]. Reino Unido: National Health System; [consultado 8 Feb 2018]. School nurse. Disponible en:

- <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/public-health/roles-public-health/school-nurse/school-nurse>
104. Décret n° 2012-762 du 9 mai 2012 portant dispositions statutaires communes aux corps d'infirmiers de catégorie A des administrations de l'Etat. Journal officiel "Lois et Décrets", numéro 109 (10 de mayo de 2012).
 105. [education.gouv.fr](https://www.education.gouv.fr) [Internet]. Francia: Ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports; [consultado 8 Feb 2018]. Être infirmier(e) de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur. Disponible en: <https://www.education.gouv.fr/etre-infirmiere-de-l-education-nationale-et-de-l-enseignement-superieur-1715>
 106. Skollag. SFS, número 2010:800 (23 de junio de 2010).
 107. Wald LD. The Nurses' Settlement in New York. *Am J Nurs.* 1902;2(8):567-75.
 108. Kiefer GL. The School Nurse as an Aid to Medical Inspection of Schools. *Am J Public Hyg.* 1910;20(2):279-81.
 109. Struthers LR. The school nurse: a survey of the duties and responsibilities of the nurse in the maintenance of health and physical perfection and the prevention of disease among school children. New York: G.P. Putnam's Sons; 1917. 298 p.
 110. Editorial Comment. School Nurse. *Am J Nurs.* 1917 [consultado 8 Feb 2018];17(11):1040-1. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3406117>
 111. Hawkins JW, Hayes ER, Corliss CP. School Nursing in America – 1902-1994: A Return to Public Health Nursing. *Public Health Nurs.* 1994;11(6):416-25.
 112. Pollit P. Lina Rogers Struthers: the first school nurse. *J Sch Nurs.* 1994;10(1):34-6.
 113. Zacharski S. Visions and Voices: 50 year history of the National Association of School Nurses [Internet]. Estados Unidos: National Association of School Nurses; 2019 [consultado 20 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.nasn.org/about-nasn/about/our-history>
 114. [nasn.org](https://www.nasn.org) [Internet]. Estados Unidos: National Association of School Nurses; [consultado 20 Feb 2018]. About NASN. Disponible en: <https://www.nasn.org/about-nasn/about>
 115. [emploisinfirmerie.ca](https://www.emploisinfirmerie.ca) [Internet]. Canada: Emplois Infirmiere; [consultado 20 Feb 2018]. Comment devenir Infirmière scolaire. Disponible en: <https://www.emploisinfirmerie.ca/comment-devenir-infirmiere-scolaire/4i>
 116. Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire [Internet].

- Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2018 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en: <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4441-santescolaire.pdf>
117. Resolución 14/2018, por la que se ordenan determinados aspectos del ejercicio profesional enfermero dentro del ámbito de la Salud Escolar y otros centros educativos [Internet]. Madrid: Consejo General Organización Colegial de Enfermería; 2018 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en: <http://acise.cat/wp-content/uploads/2019/07/54f76bd2fab12eb1bb35c8ee4866a10b.pdf>
 118. anmfvic.asn.au Australian [Internet]. Australia: Australian Nursing & Midwifery Federation, Victorian Branch; [consultado 25 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.anmfvic.asn.au>
 119. victorianschoolnurses.com.au [Internet]. Australia: Victorian School Nurses; [consultado 25 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.victorianschoolnurses.com.au>
 120. Australian Nursing and Midwifery Federation Federal Office. National school nursing standards for practice: Registered nurse [Internet]. Melbourne: Australian Nursing and Midwifery Federation; 2019 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en: https://anmf.org.au/documents/reports/ANMF_National_School_Nursing_Standards_for_Practice_RN_2019.pdf
 121. Galiana-Sánchez ME. Historia de la enfermería de salud pública en España y el contexto internacional. Eur J Nurs Hist Ethics. 2019; 1.
 122. Alcántara García P. Tratado de higiene escolar. Guía teórico-práctica para uso de los inspectores, maestros, juntas, arquitectos, médicos y cuantas personas intervienen en el régimen higiénico de las escuelas, construcción de locales y mobiliario, adquisición de material científico para las mismas [Internet]. Madrid: Librería de Hernando; 1886 [consultado 25 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcc8267>
 123. Bernabeu Mestre J, Gascón Pérez E. Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977) [Internet]. Alicante: Universidad de Alicante; 1999 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14595/1/Bernabeu_Gascon_Historia_enfermeria.pdf
 124. Germán-Bes C. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Análisis con una Perspectiva de Género [tesis doctoral en Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2006 [consultado 5 Feb 2018]. Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/4470/files/TESIS-2009-090.pdf>
 125. Gonzalez García N, López Langa N. Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. Metas Enferm. 2012 [consultado 5 Feb 2018]; 15(7): 50-

4. Disponible en: <https://amece.es/images/1.antecedentes.pdf>
126. Decreto del 4 de diciembre de 1953, por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, número 363 (29 de diciembre de 1953).
127. Guillén Martínez D, Morales Moreno I (dir), Balanza Galindo S (dir). Enfermería en la Comunidad Escolar: Una Aproximación Evaluativa en Educación para la Salud en la Infancia [tesis doctoral en Internet]. Murcia: Universidad Católica de Murcia; 2017 [consultado 5 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=eSPI59x1vEo%3D>
128. Ortiz Vela MM, Ávila Olivares JA, Fernández Candela F, García-Caro Martín Y, Medina Moya JL, Juárez Granados F, et al. Perfil Profesional de la Enfermera Escolar. II Congreso Nacional de Enfermería y Salud Escolar; 29-31 de octubre de 2009; Gandía, España. Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 2009 [consultado 5 Feb 2018]. Disponible en: <https://silo.tips/download/perfil-profesional-de-la-enfermera-escolar>
129. acise.cat [Internet]. Figueres: Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar; c2015 [consultado 18 Feb 2018]. Disponible en: <http://acise.cat>
130. Enfermeras/os Escolares: Habilidades, competencias y funciones [Internet]. Figueres: Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar; 2016 [consultado 18 Feb 2018]. Disponible en: <http://acise.cat/wp-content/uploads/2016/08/1-Enfermeras-escolares-rolescompetencias-y-habilidades.pdf>
131. amece.es [Internet]. Madrid: Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar; [consultado 20 Marz 2022]. Disponible en: <https://amece.es/>
132. Perfil de la Enfermera Escolar elaborado por la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos [Internet]. Madrid: Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos; 2010 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.amece.es/images/perfil.pdf>
133. López Langa N, González Prieto NI, López Gutierrez I. Propuesta sobre las Competencias Profesionales de la Enfermería Escolar [Internet]. Madrid: Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos; 2016 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <https://amece.es/wp-content/uploads/2017/06/Competencias-AMECE.pdf>
134. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework [Internet]. Ottawa: : Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015 [consultado 25 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>

135. Strategizing national health in the 21st century: a handbook [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2016 [consultado 25 Feb 2018]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>
136. La escuela rural: una apuesta por la equidad. Informes de Evaluación [Internet]. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2018 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en: <https://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/181148>
137. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An Sist Sanit Navar. 2011 [consultado 20 Feb 2018];34(1):63-72. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/revision1.pdf>
138. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación, CINE 2011 [Internet]. Montreal: Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2013 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/isc-ed-2011-sp.pdf>
139. Baars RM, Atherton CI, Koopman HM, Bullinger M, Power M, Bullinger M; DISABKIDS group. The European DISABKIDS project: development of seven condition-specific modules to measure health related quality of life in children and adolescents. Health Qual Life Outcomes. 2005;3:70.
140. Houben-van Herten M, Bai G, Hafkamp E, Landgraf JM, Raat H. Determinants of Health-Related Quality of Life in School-Aged Children: A General Population Study in the Netherlands. PLoS One. 2015;10(5):e0125083.
141. Nasser Laaoula AO, Latorre Fernandez I (dir). La Enfermería Escolar: Una necesidad sentida [trabajo fin de Master en Internet]. Almería: Universidad de Almería; 2011 [consultado 5 Feb 2018]. Disponible en: http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/466/La_enfermeria_escolar_una_necesidadsentida_Nasser_Laaoula_Ossama.pdf?sequence=1&isAllowed=y
142. Diego Fernández V, Rumayor Fernández R (dir). Enfermería Escolar [trabajo fin de Grado en Internet]. Santander: Universidad de Cantabria; 2015 [consultado 5 Feb 2018]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7031/DiegoFernandezV.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
143. Laborda Higes FM, Caballero Navarro AL (dir), Bueno Lozano M (dir). Análisis de la situación de la asistencia sanitaria en los centros escolares de Aragón: formación e implicación del personal docente y sanitario ante la enfermedad crónica del alumnado [tesis doctoral en Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2017 [consultado 5 Feb 2018]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/61680/files/TESIS-2017-058.pdf>

144. Carral San Laureano F, Gutiérrez Manzanedo JV, Moreno Vides P, de Castro Maqueda G, Fernández Santos JR, Ponce González JG, et al. Actitudes y percepción del profesorado de centros educativos públicos sobre la atención a alumnos con diabetes tipo 1. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2018;65:213–9.
145. Calvo Francés F, Hernández Rodríguez JE. Validación de un cuestionario sobre la percepción del profesorado del manejo de situaciones de emergencias en el ámbito escolar. *Metas de Enfermería.* 2015 [consultado 5 Feb 2018];18(9):20–8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5264200>
146. Gómez Silva G, Carollo Motellón M, Abelairas Gómez C, Sánchez Santos L, García Doval FM, Rodríguez Núñez A. Schoolchildren with chronic diseases; what are teachers worried about? *An Pediatr.* 2020;93(6):374–9.
147. Luque-Vara T, Fernández-Gómez E, Linares-Manrique M, Navarro-Prado S, Sánchez-Ojeda MA, Enrique-Mirón C. Attitudes and Perceptions of School Teachers in Melilla Regarding the Care Provided to Students with Type 1 Diabetes. *Children (Basel).* 2021;8(12): 1137.
148. Díez Fernández T, Casas Martínez F, Francisco Del Rey C. ¿En qué medida es la enfermería escolar una necesidad sentida por los padres de los niños escolarizados en enseñanza primaria? *Enferm Clin.* 2001;11(2):72–9.
149. Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Alarcón-Alarcón G, Infante-Torres N, Donate-Manzanares M, Gomez-Salgado J. The need for school nursing in Spain: A mixed methods study. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(11):2367.
150. Terry D, Trott K. A Qualitative Analysis of School Nurses' Experience Caring for Students With Psychogenic Nonepileptic Events. *J Sch Nurs.* 2021;37(6):441–8.
151. Pappalardo AA, Paulson A, Bruscatto R, Thomas L, Minier M, Martin MA. Chicago Public School nurses examine barriers to school asthma care coordination. *Public Health Nurs.* 2019;36(1):36–44.
152. Mallol J, Crane J, von Mutius E, Odhiambo J, Keil U, Stewart A; ISAAC Phase Three Study Group. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three: A global synthesis. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2013;41(2):73–85.
153. Siminerio LM, Albanese-O'Neill A, Chiang JL, Hathaway K, Jackson CC, Weissberg-Benchell J, et al; American Diabetes Association. Care of young children with diabetes in the child care setting: A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2014;37(10):2834–42.
154. Jackson CC, Albanese-O'Neill A, Butler KL, Chiang JL, Deeb LC,

- Hathaway K, et al. Diabetes care in the school setting: A position statement of the American diabetes association. *Diabetes Care*. 2015;38(10):1958–63.
155. Jones C, Atkinson P, Cross JH, Reilly C. Knowledge of and attitudes towards epilepsy among teachers: A systematic review. *Epilepsy Behav*. 2018;87:59–68.
 156. Polloni L, Baldi I, Lazzarotto F, Bonaguro R, Toniolo A, Gregori D, et al. Multidisciplinary education improves school personnel's self-efficacy in managing food allergy and anaphylaxis. *Pediatr Allergy Immunol*. 2020;31(4):380–7.
 157. Marín-Cassinello A, Vega-Hernández MC, Lumbreras-Lacarra B, De Arriba-Méndez S, Pellegrini-Belinchón J. Prevalence of symptoms, severity and diagnosis of asthma in adolescents in the Province of Salamanca, Spain: Global Asthma Network (GAN) Phase I. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2021;49(5):106–12.
 158. Suhrcke M, de Paz Nieves C. The Impact of Health and Health Behaviours on Educational Outcomes in High-Income Countries: A Review of the Evidence [Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2010 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/134671/e94805.pdf
 159. Hoffmann I, Diefenbach C, Gräf C, König J, Schmidt MF, Schnick-Vollmer K, et al; ikidS Study Group. Chronic health conditions and school performance in first graders: A prospective cohort study. *PLoS One*. 2018;13(3):e0194846.
 160. Gräf C, Hoffmann I, Diefenbach C, König J, Schmidt MF, Schnick-Vollmer K, et al; ikidS Project Group. Mental health problems and school performance in first graders: results of the prospective cohort study ikidS. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28(10):1341–52.
 161. Carter-Pokras OD, Bugbee BA, Gold RS, Lauver PE, Aiken R, Arria AM. Utilizing Student Health and Academic Data: A County-Level Demonstration Project. *Health Promot Pract*. 2021;22(2):193–203.
 162. Bramlett MD, Read D, Bethell C, Blumberg SJ. Differentiating subgroups of children with special health care needs by health status and complexity of health care needs. *Matern Child Health J*. 2009;13(2):151–63.
 163. Kuo DZ, Berry JG, Glader L, Morin MJ, Johaningsmeir S, Gordon J. Health Services and Health Care Needs Fulfilled by Structured Clinical Programs for Children with Medical Complexity. *J Pediatr*. 2016;169:291–6.e.1.
 164. Climent Alcalá FJ, García Fernández de Villalta M, Escosa García L,

- Rodríguez Alonso A, Albajara Velasco LA. Unidad de niños con patología crónica compleja. Un modelo necesario en nuestros hospitales. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2018;88(1):12-8.
165. Barrio Cortes J, Suárez Fernández C, Bandeira de Oliveira M, Muñoz Lagos C, Beca Martínez MT, Lozano Hernández C, et al. Enfermedades crónicas en población pediátrica: comorbilidades y uso de servicios en atención primaria. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020;93(3):183-93.
 166. Bethell CD, Read D, Stein REK, Blumberg SJ, Wells N, Newacheck PW. Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument. *Ambul Pediatr*. 2002;2(1):38-48.
 167. O'Connor M, Rosema S, Quach J, Kvalsvig A, Goldfeld S. Special Health Care Needs Across the School and Family Contexts: Implications for Service Utilization. *Acad Pediatr*. 2017;17(6):687-93.
 168. van Zwieten A, Teixeira-Pinto A, Lah S, Nassar N, Craig JC, Wong G. Special health care needs during childhood and academic achievement in secondary school. *Child Care Health Dev*. 2022;48(2):311-23.
 169. Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and systems. Ginebra: World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2021 [consultado 5 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025073>
 170. Decreto 54/2016, de 28 de septiembre, por el que se regula la instalación y la utilización de desfibriladores externos fuera del ámbito sanitario, así como la formación y acreditación de las entidades formadoras para este uso. *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, número 233 (6 de octubre de 2016).
 171. Juvinyà-Canal D, Bertran-Noguer C, Suñer-Soler R. Alfabetización para la salud, más que información. *Gac Sanit*. 2018;32(1):8-10.
 172. Levinson J, Kohl K, Baltag V, Ross DA. Investigating the effectiveness of school health services delivered by a health provider: A systematic review of systematic reviews. *PLoS One*. 2019;14(6):e0212603.
 173. Christie D, Thompson R, Sawtell M, Allen E, Cairns J, Smith F, et al. Structured, intensive education maximising engagement, motivation and long-term change for children and young people with diabetes: a cluster randomised controlled trial with integral process and economic evaluation - the CASCADE study. *Health Technol Assess*. 2014;18(20):1-202.
 174. Bakke HK, Bakke HK, Schwebs R. First-aid training in school: amount, content and hindrances. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2017;61(10):1361-70.

175. Greif R, Lockey A, Breckwoldt J, Carmona F, Conaghan P, Kuzovlev A, et al. Lehre in der Reanimation: Leitlinien des European Resuscitation Council 2021. *Notfall & Rettungsmedizin*. 2021;24(4):750-72. Alemán.
176. Gabari Gambarte MI, Sáenz Mendía R. Claves infantiles para prevenir la siniestralidad en el contexto escolar. *Gac Sanit*. 2018;32(5):405-10.
177. Abelairas-Gómez C, Carballo-Fazanes A, Martínez-Isasi S, López-García S, Rico-Díaz J, Rodríguez-Núñez A. Conocimiento y actitudes sobre los primeros auxilios y soporte vital básico de docentes de Educación Infantil y Primaria y los progenitores. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020;92:268-76.
178. Charro Huerga E, Charro Huerga ME (dir). La educación para la salud en la formación del maestro de primaria: un estudio con el método Delphi [tesis en Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2016 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/16808>
179. Torres-García M, Santana-Hernández H. La Educación para la Salud en la formación de maestros desde el Espacio Europeo de Educación Superior. *Rev Complut Educ*. 2017;28(4):1083-101.
180. Ellis M, Jayarajah C. Adolescents' view and experiences of living with type 1 diabetes. *Nurs Child Young People*. 2016;28(6):28-34.
181. Hemmingsson H, Ólafsdóttir LB, Egilson ST. Agreements and disagreements between children and their parents in health-related assessments. *Disabil Rehabil*. 2017;39(11):1059-72.
182. Llorent-Bedmar V, Cobano-Delgado V. La formación en educación para la salud del alumnado universitario del grado de educación infantil en España. *Cien Saude Colet*. 2019;24(8):3067-3078.
183. Campbell F, Biggs K, Aldiss SK, O'Neill PM, Clowes M, McDonagh J, et al. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4:CD009794.
184. Saxby N, Beggs S, Battersby M, Lawn S. What are the components of effective chronic condition self-management education interventions for children with asthma, cystic fibrosis, and diabetes? A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2019;102(4):607-22.
185. Directorate General for Education, Youth, Sport and Culture. Toolkit for inclusive early childhood education and care. Luxembourg: European Union; 2021.
186. Ganfure G, Ameya G, Tamirat A, Lencha B, Bikila D. First aid knowledge, attitude, practice, and associated factors among kindergarten teachers of Lideta sub-city Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS One*. 2018;13(3): e0194263.
187. Faydalı S, Küçük S, Yeşilyurt M. Incidents That Require First Aid in Schools: Can Teachers Give First Aid?. *Disaster Med Public Health Prep*.

- 2019;13(3):456-62.
188. Tomé Pérez Y, Barroso Martínez V, Félix-Redondo FJ, Tobajas Belvis L, Cordón Arroyo AM. Necesidades del alumnado con diabetes tipo 1 en Extremadura: percepción de las familias. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2019;90(3):173-9.
 189. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. *Boletín Oficial del Estado*, número 256 (23 de octubre 2018).
 190. Resolución de 20 de octubre de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la «Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Heridas». *Boletín Oficial del Estado*, número 286 (29 de octubre de 2020).
 191. Pérez Velasco P, García Blanco L. Asistencia sanitaria escolar en Cantabria. Estudio de la demanda. *Nuberos Científica*. 2017 [consultado 20 Feb 2018];3(21):15-23. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7492640>
 192. Ishihara T, Tanaka H. Causes of death in critically ill paediatric patients in Japan: A retrospective multicentre cohort study. *BMJ Paediatr Open*. 2019;3(1):e000499.
 193. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia[Internet]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC%202021%20Full%20Report%20Spanish.pdf>
 194. Pestaner MC, Tyndall DE, Powell SB. The Role of the School Nurse in Suicide Interventions: An Integrative Review. *J Sch Nurs*. 2021;37(1):41-50.
 195. Willging CE, Green AE, Ramos MM. Implementing school nursing strategies to reduce LGBTQ adolescent suicide: A randomized cluster trial study protocol. *Implement Sci*. 2016;11(1):145.
 196. Hormigo Amaro J, García-Altés A, López MJ, Bartoll X, Nebot M, Ariza C. Análisis de coste-beneficio de un programa de prevención del tabaquismo en escolares. *Gac Sanit*. 2009;23(4):311-4.
 197. García-Altés A, Nava E, Soriano MJ. Evaluación económica de intervenciones de salud pública. *Gac Sanit*. 2011;25(Supl 1):25-31.
 198. Wang LY, Vernon-Smilely M, Gapinski MA, Desisto M, Maughan E,

- Sheetz A. Cost-benefit study of school nursing services. *JAMA Pediatr.* 2014;168(7):642-8.
199. Soley-Bori M, Lingam R, Satherley RM, Forman J, Cecil L, Fox-Rushby J, et al. Children and Young People's Health Partnership Evelina London Model of Care: economic evaluation protocol of a complex system change. *BMJ Open.* 2021;11(11):e047085.
 200. European Commission. Union of Equality: Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021-2030. Luxembourg: European Union; 2021.
 201. Resolución del Consejo relativa a un marco estratégico para la cooperación europea en el ámbito de la educación y la formación con miras al Espacio Europeo de Educación y más allá (2021-2030). *Diario Oficial de la Unión Europea*, número 2021/C66/01 (26 de febrero de 2021).
 202. Terepka A, Torres-Pagán L, De La Fuente A. Schools on the Front Lines: School Based Health Centers Amidst COVID-19. *Sch Psychol.* 2021;36(5):398-409.
 203. Goldhagen J, Clarke A, Dixon P, Guerreiro AI, Lansdown G, Vaghri Z. Thirtieth anniversary of the un Convention on the Rights of the Child: Advancing a child rights-based approach to child health and well-being. *BMJ Paediatrics Open.* 2020;4(1):e000589.
 204. Peplau HE. *Interpersonal Relations In Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing.* 1ª ed. New York: Springer Publishing Company; 1991. 360 p.
 205. Gastmans C. Interpersonal relations in nursing: a philosophical-ethical analysis of the work of Hildegard E. Peplau. *J Adv Nurs.* 1998;28(6):1312-9.
 206. Hagerty TA, Samuels W, Norcini-Pala A, Gigliotti E. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data?. *Nurs Sci Q.* 2017; 30(2): 160-7.
 207. Tanabe Y, Kurita J, Nagasu N, Sugawara T, Ohkusa Y. Infection Control in Nursery Schools and Schools Using a School Absenteeism Surveillance System. *Tohoku J Exp Med.* 2019;247(3):173-8.
 208. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity.* Washington: The National Academies Press; 2021.
 209. Harrison S, Alderdice F, Quigley MA. External validity of prevalence estimates from the national maternity surveys in England: The impact of response rate. *PLoS One.* 2020;5(11): e0242815.
 210. Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ, Diguseppi C, Wentz R, Kwan I, et al. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires.

- Cochrane Database Syst Rev. 2009;2009(3): MR000008.
211. Plan Estratégico Salud Escolar y Estilos de Vida Saludable [Internet]. Madrid:Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 2016 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descarga.action?f_codigo_agc=18742
 212. Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19 [Internet]. Ginebra: World Health Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and United Nations Children's Fund; 2020 [consultado 20 Marz 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19>
 213. Propuesta de la Asociación Española de Pediatría-AEP en relación a la apertura gradual de las áreas de educación infantil y juvenil [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2020 [consultado 20 Marz 2021]. Disponible en: https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/pr0puesta_aep_apertura_c.educativos.actualizacion_agosto_2020.pdf
 214. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud. Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria, Servicio de Salud del Principado de Asturias. Guía de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos en el Principado de Asturias. Documento Técnico [Internet]. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2021 [consultado 20 Marz 2021]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/39774/Gu%C3%ADa+de+actuaci%C3%B3n+COVID+en+centros+educativos.pdf/067b7cf0-da3b-fae3-68a9-f5fd2853ae62?t=1631861340951>
 215. Ley 9/1999, de 18 de noviembre, de Solidaridad en la Educación. Comunidad Autónoma de Andalucía. Boletín Oficial del Estado, número 304 (21 de diciembre de 1999).
 216. Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía. Boletín Oficial del Estado, número 20 (23 de enero de 2008).
 217. Ley 5/1986, de 17 de noviembre, de Salud Escolar. Comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial del Estado, número 304 (20 de diciembre de 1986).
 218. Decreto 58/1989, de 9 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regula la composición y funcionamiento del Comité Aragonés de Educación para la Salud Escolar. Boletín Oficial de Aragón, número 58 (2 de junio 1989).
 219. Ley 12/2001, de 2 de julio, de la Infancia y la Adolescencia en Aragón. Boletín Oficial de Aragón, número 86 (20 de julio de 2001).

220. Decreto 135/2014, de 29 de julio, por el que se regulan las condiciones para el éxito escolar y la excelencia de todos los alumnos de la Comunidad Autónoma de Aragón desde un enfoque inclusivo. Boletín Oficial de Aragón, número 150 (1 de agosto de 2014).
221. Conveni de col·laboració entre la Conselleria de Salut i Consum, la Conselleria d'Educació i Cultura i l'Associació de Persones amb Diabetis de les Illes Balears (ADIBA). Registro de Convenios y Acuerdos, número 2012/6/42 (3 de abril de 2009).
222. Resolución de 08/04/2011, de la Viceconsejería de Educación y Cultura y del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, por la que se regula la cooperación entre los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos y los centros de salud de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, y se establecen los procedimientos de vinculación entre ambos centros. Diario Oficial de Castilla La-Mancha, número 73 (14 de abril de 2011).
223. Ley 8/2010, de 23 de diciembre, de garantía de derechos y atención a la infancia y la adolescencia. Comunidad Autónoma de Cantabria. Boletín Oficial del Estado, número 19 (22 de enero de 2011).
224. Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud Escolar. Comunidad Autónoma de Extremadura. Boletín Oficial del Estado, número 282 (24 de noviembre de 1990).
225. Ley 2/1987, de 9 de febrero, de Salud Escolar. Comunidad Autónoma de La Rioja. Boletín Oficial del Estado, número 53 (3 de marzo de 1987).
226. Acuerdo por la calidad de la educación en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Boletín Oficial de la Rioja, número 62 (10 de mayo de 2005).
227. Decreto 4/2009, de 23 de enero, por el que se regula la convivencia en los centros docentes y se establecen los derechos y deberes de sus miembros. Boletín Oficial de la Rioja, número 13 (28 de enero de 2009).
228. Moción 232, sobre la integración progresiva de profesionales de enfermería en los centros educativos de la región a partir del curso académico 2016/2017, formulada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos-Partido de la Ciudadanía. Asamblea Regional de Murcia, Diario de Sesiones Comisión de Sanidad y Asuntos Sociales, número 15 (19 de octubre de 2016).
229. Ley 7/1982, de 30 de junio, de Salud Escolar. Comunidad Autónoma del País Vasco. Boletín Oficial del Estado, número 100 (26 de abril de 2012).
230. Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi. Boletín Oficial del Estado, número 9 (11 de enero de 2012).
231. Ley 1/1994, de 28 de marzo, de Salud Escolar. Comunidad Valenciana. Boletín Oficial del Estado, número 107 (5 de mayo de 1994).

232. Ley 8/2008, de 20 de junio, de la Generalitat, de los derechos de salud de niños y adolescentes. Comunitat Valenciana. Boletín Oficial del Estado, número 171 (16 de julio de 2008).
233. Orden de 29 de julio de 2009, de la Conselleria de Sanidad, por la que desarrolla los derechos de salud de niños y adolescentes en el medio escolar. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, número 6079 (14 agosto de 2009).
234. Resolución de 1 de septiembre de 2016, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la cual se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica en centros educativos para regular la atención sanitaria al alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia previsible y no previsible, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en centros escolares. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, número 7865 (5 de septiembre de 2016).
235. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana. Boletín Oficial del Estado, número 35 (10 de febrero de 2015).
236. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Ficha del Escolar con Diabetes [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2012 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Ficha_escolar_DIABETES.pdf/ee72c5f8-3fe0-b3ae-e8b2-cae0ff6ddfdb
237. Font Oliver MA, Sánchez Sansó F, Vidal Tomás C, Ferrer Mas G. Protocol de primers auxilis i altres problemes de salut als centres educatius [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears; 2011 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible:
http://die.caib.es/normativa/pdf/2011/2011_Protocol_de_PrimersAuxilis_ialtres_problemes_salut.pdf
238. Protocolo Diabetes en la Escuela [Internet]. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla La-Mancha; 2011 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <http://adicir.es/wp-content/uploads/2011/07/protocolodiabetesescuelaCLM.pdf>
239. Protocolo unificado de intervención con niños y adolescentes de Castilla La Mancha [Internet]. Toledo: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales; 2015 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
<https://www.fsieclm.es/documentos/ficheros/normativa-legislacion/ProtocoloIntervencion.pdf>
240. Martínez Cía N, Cansino Campuzano A, Cubas Medina A, Martín Sánchez E, González Campos S, Artiles Suárez M. Guía de atención a emergencias sanitarias en los centros educativos [Internet]. Canarias:

- Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes; 2011 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
https://www.gobiernodecanarias.org/educacion/web/centros/protocolos/asistencia_sanitaria_alumnado/publicacion_00573/
241. enfescolarcantabri.wixsite.com [Internet]. Santander: Proyecto de Enfermería Escolar de Cantabria; 2015 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
<https://enfescolarcantabri.wixsite.com/enfescolarcantabria/proyecto>
242. Salut i Escola: guia d'implantació [Internet]. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2008 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/03salut-i-escola/guia-implementacio-salutescola.pdf
243. Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela [Internet]. Mérida: Junta de Extremadura; 2010 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
https://www.fundaciondiabetes.org/upload/articulos/78/protocolo_escuelasextremadura.pdf
244. Borallo Sánchez AI, Grande Tejada AM, Macías Corbacho A, Gómez Labrador C, Espinosa Vera D, Parejo Álvarez EP, et al. Protocolo de actuación ante urgencias sanitarias en los centros educativos de Extremadura [Internet]. Mérida: Junta de Extremadura; 2016 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
https://www.educarex.es/pub/cont/com/0004/documentos/PROTOCOLO_URGENCIAS_en_CENTROS_EDUCATIVOS.pdf
245. Protocolo de colaboración entre Educación, Salud y Servicios sociales en la atención a la infancia y adolescencia [Internet]. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2013 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A1C34644-77CA-4043-84CE-6BAF6C72A3A7/254449/ProtocolodeColaboraci%C3%B3nAtenci%C3%B3nalaInfanciayAdolesc.pdf>
246. Organización del curso 2018-2019 en los centros públicos de Educación Infantil y Primaria. Resolución de la Viceconsejera de Educación [Internet]. Vitoria: Gobierno Vasco; 2018 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en:
https://elearning3.hezkuntza.net/013156/pluginfile.php/5103/mod_folder/content/0/Infantil_y_Primaria_2018_2019.pdf?forcedownload=1
247. Urgencias sanitarias en la escuela. Guía para centros docentes [Internet]. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2015 [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en:
<https://www.euskadi.eus/informacion/urgencias-sanitarias-en-la-escuela-guia-para-centros-docentes/web01-a3infan/es/>

248. Protocolo de diabetes en los centros escolares [Internet]. Ceuta: Ciudad Autónoma de Ceuta; 2018 [consultado 20 Marz 2020]. Disponible en: http://www.colegioortegaygasset.com/docs/PROTOCOLO_DEFINITIVO.pdf
249. Resolución de la Asamblea General de la Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Convención de los Derechos del Niño. Número A/RES/44/25 (2 de septiembre 1990).

X

ANEXOS

ANEXO 1. SALUD ESCOLAR. MARCO LEGAL

ANDALUCÍA

Año	Norma Legal
1999	Ley 9/1999, de 18 de noviembre, de Solidaridad en la Educación(215)
2007	Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía(216)
2017	Proposición no de Ley relativa a la enfermería escolar(85)

ARAGÓN

Año	Norma Legal
1986	Ley 5/1986, de 17 de noviembre, de Salud Escolar(217)
1989	Decreto 58/1989, de 9 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regula la composición y funcionamiento del Comité Aragonés de Educación para la Salud Escolar(218)
2001	Ley 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón(219)
2014	Decreto 135/2014, de 29 de julio, por el que se regulan las condiciones para el éxito escolar y la excelencia de todos los alumnos de la Comunidad Autónoma de Aragón desde un enfoque inclusivo(220)
2017	Resolución de 7 de noviembre de 2017, del Director General de Innovación, Equidad y Participación y el Director General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón(77)

ASTURIAS

Año	Norma Legal
1984	La Ley 11/1984, de 15 de octubre, de Salud Escolar para el Principado de Asturias(49)
2015	Resolución, de 22 de mayo de 2015, conjunta de las Consejerías de Sanidad y de Educación, Cultura y Deporte, por la que se establecen estrategias en materia de salud escolar(50)
2015	Decreto 39/2015, de 3 de junio, por el que se regulan los órganos de coordinación en materia de salud escolar(51)
2018	Decreto 17/2018, de 18 de abril, por el que se regulan las Comisiones de Salud Escolar de los centros docentes del Principado de Asturias (52)

BALEARES

Año	Norma Legal
2007	Conveni de col·laboració entre la Conselleria de Salut i Consum, la Conselleria de Educació i Cultura i l'Associació de Persones amb Diabetis de les Illes Balears (ADIBA)(221)
2014	Conveni de col·laboració entre la Conselleria de Salut, la Conselleria d'Educació, Cultura i Universitats i el Servei de Salut de les Illes Balears per dur a terme el programa Alerta Escolar Balear(54)

CASTILLA-LEÓN

Año	Norma Legal
2007	Resolución de 28 de marzo de 2007, de la Dirección General de Formación Profesional e Innovación Educativa, por la que se acuerda la publicación del Plan de Atención al Alumnado con Necesidades Educativas Especiales(65)
2019	ORDEN EYH/315/2019, de 29 de marzo, por la que se regulan medidas dirigidas al alumnado escolarizado en centros educativos sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León que presenta necesidades sanitarias o socio sanitarias(66)

CASTILLA LA MANCHA

Año	Norma Legal
2011	Acuerdo Marco de colaboración entre la Consejería de Salud y Bienestar Social y la Consejería de Educación, Ciencia y Cultura de la Junta de Comunidades de Castilla La-Mancha para la determinación de actuaciones conjuntas en los ámbitos educativo, social y de salud(67)
2011	Resolución de 8 de abril de 2011, de la Viceconsejería de Educación y Cultura y del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, por la que se regula la cooperación entre los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos y los centros de salud de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, y se establecen los procedimientos de vinculación entre ambos centros(222)

CANARIAS

Año	Norma Legal
2013	Orden de 9 de octubre de 2013, por la que se desarrolla el Decreto 81/2010, de 8 de julio, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico de los centros docentes públicos no universitarios de la Comunidad Autónoma de Canarias, en lo referente a su organización y funcionamiento(60)

CANTABRIA

Año	Norma Legal
2010	Ley 8/2010, de 23 de diciembre, de garantía de derechos y atención a la infancia y la adolescencia(223)

CATALUÑA

Año	Norma Legal
2017	Decret 150/2017, de 17 d'octubre, de l'atenció educativa a l'alumnat en el marc d'un sistema educatiu inclusiu(78)

EXTREMADURA

Año	Norma Legal
1990	Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud Escolar(224)

GALICIA

Año	Norma Legal
2008	Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia(56)
2019	Decreto 61/2019, de 23 de mayo, por el que se regulan la composición y las funciones de la Comisión Interdepartamental en Materia de Educación y Salud(57)

LA RIOJA

Año	Norma Legal
1987	Ley 2/1987, de 9 de febrero, de Salud Escolar(225)
2005	Acuerdo, de 10 de mayo de 2005, por la calidad de la educación en la Comunidad Autónoma de La Rioja(226)
2009	Decreto 4/2009, de 23 de enero, por el que se regula la convivencia en los centros docentes y se establecen los derechos y deberes de sus miembros(227)

MADRID

Año	Norma Legal
2014	Orden 629/2014, de 1 de julio, conjunta de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, por la que se establece la colaboración entre ambas para la atención sanitaria de alumnos escolarizados en centros educativos públicos de la Comunidad de Madrid que presentan necesidades sanitarias de carácter permanente o continuado(63)
2016	Resolución de la dirección general de innovación, becas y ayudas a la educación por la que se dictan instrucciones sobre el procedimiento para solicitar la dotación, con carácter excepcional, de recursos para la atención a las necesidades sanitarias de carácter permanente o continuado que puedan presentar los alumnos escolarizados en los centros privados concertados(64)

MURCIA

Año	Norma Legal
2015	Resolución de 13 de octubre de 2015, de la Dirección General de Innovación Educativa y Atención a la Diversidad, por la que se dan instrucciones para el desarrollo del Programa experimental de Atención Sanitaria Especializada en horario escolar dirigido al alumnado que precise cuidados sanitarios especializados y continuados en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para el curso académico 2015-2016(81)
2016	Moción en comisión sobre estudio y toma en consideración de integración progresiva de profesionales de Enfermería en los centros educativos de la región a partir del curso 2016-17 (228)

PAÍS VASCO

Año	Norma Legal
1982	Ley 7/1982, de 30 de junio, de Salud Escolar(229)
1997	Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi(230)

VALENCIA

Año	Norma Legal
1994	Ley 1/1994, de 28 de marzo, de Salud Escolar(231)
2008	Ley 8/2008, de 20 de junio, de la Generalitat, de los Derechos de Salud de Niños y Adolescentes(232)
2009	Orden de 29 de julio de 2009, de la Conselleria de Sanidad, por la que desarrolla los derechos de salud de niños y adolescentes en el medio escolar(233)
2016	Resolución de 1 de septiembre de 2016, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la cual se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica en centros educativos para regular la atención sanitaria al alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia previsible y no previsible, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en centros escolares(234)
2016	Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana (modificada 2016)(235)
2018	Resolución de 13 de junio de 2018, de la Conselleria de Educación, Investigación, Cultura y Deporte y de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se dictan instrucciones y orientaciones de atención sanitaria específica en centros educativos para regular la atención sanitaria al alumnado con problemas de salud crónica en horario escolar, la atención a la urgencia, así como la administración de medicamentos y la existencia de botiquines en los centros escolares, agrupando las medidas previas y dando un soporte firme al nexo entre educación y sanidad para la gestión de accidentes y urgencias en los centros escolares, además de patología crónica(79)

ANEXO 2. SALUD ESCOLAR. GUÍAS Y PROTOCOLOS

ANDALUCÍA

Año	Guía/ Protocolo
2010	Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por padecer enfermedades raras y crónicas(68)

ARAGÓN

Año	Guía/ Protocolo
2012	Ficha del Escolar con Diabetes(236)

BALEARES

Año	Guía/ Protocolo
2011	Protocol de primers auxilis i altres problemes de salut als centres educatius(237)
2017	Protocol De Comunicació I Atenció Dels Infants/Joves Amb Problemes De Salut Crònics Als Centres Educatius(76)
2021	Programa de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes con Enfermedades Crónicas Complejas(58)

CASTILLA LA MANCHA

Año	Guía/ Protocolo
2011	Protocolo Diabetes en la Escuela(238)
2015	Protocolo unificado de intervención con niños y adolescentes de Castilla La Mancha(239)

CANARIAS

Año	Guía / Protocolo
2011	Guía de atención a emergencias sanitarias en los centros educativos(240)

CANTABRIA

Año	Guía / Protocolo
2014	Proyecto de Enfermería Escolar de Cantabria(80,241)

CATALUÑA

Año	Guía / Protocolo
2008	Salut i escola(242)
2011	Model d'atenció dels infants amb diabetis en l'àmbit escolar (actualizado en 2014)(70)

EXTREMADURA

Año	Guía / Protocolo
2010	Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela(243)
2016	Protocolo de colaboración entre la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales y la Consejería de Educación y Empleo, para la asignación, por parte del organismo autónomo Servicio Extremeño de Salud, de personal de enfermería a centros educativos para la atención sanitaria de alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo(61)
2016	Protocolo de actuación ante urgencias sanitarias en los centros educativos de Extremadura(244)

GALICIA

Año	Guía / Protocolo
2007	Alerta Escolar(53)
2015	Protocolo de atención en urgencias sanitarias y atención educativa al alumnado con enfermedad crónica (actualizado 2018)(71)
2015	Protocolo de urgencias sanitarias y enfermedad crónica en el ámbito educativo. Adenda de atención al alumnado con Diabetes (actualizado 2018)(72)

MADRID

Año	Guía / Protocolo
2007	Guía informativa sobre Diabetes Mellitus tipo 1 en los centros escolares(62)
2010	Estrategia para la mejora de la atención al alumnado de Educación Infantil y Primaria que sufren determinadas patologías crónicas(75)

MURCIA

Año	Guía / Protocolo
2016	Proyecto del ayuntamiento de Murcia junto con el Colegio de Enfermería de la Región de Murcia para dotar de enfermera escolar a las aulas de educación infantil para niños de 0 a 3 años(82)
2019	Alerta Escolar(55)
2019	Primera actuación ante urgencias en centros educativos. Guía para el alumnado(73)
2019	Primera actuación ante urgencias en centros educativos. Guía para la comunidad educativa(74)

NAVARRA

Año	Guía/ Protocolo
2013	Protocolo de colaboración entre Educación, Salud y Servicios sociales en la atención a la infancia y adolescencia(245)
2017	Proyecto piloto sobre Enfermería Escolar(83)

PAÍS VASCO

Año	Guía/ Protocolo
2005	Programa de Actuación para atender a la población escolar con necesidades sanitarias específicas(59,246)
2015	Urgencias sanitarias en la escuela. Guía para centros docentes(247)

CEUTA Y MELILLA

Año	Guía/ Protocolo
2013	Guía de Actuación ante emergencias sanitarias en centros educativos de Ceuta(69)
2018	Protocolo de Diabetes en los Centros Escolares(248)

ANEXO 3. ENFERMERÍA PEDIÁTRICA(97)

5.1 COMPETENCIAS EN COMUNICACIÓN

1. Establecer una interacción profesional con el recién nacido, niño, adolescente y familia, demostrando habilidades, conocimientos y actitudes para la relación terapéutica, teniendo en cuenta la diversidad cultural, con la finalidad de identificar áreas de cuidados, contribuir a la adquisición de habilidades de autocuidado, favorecer el bienestar y acompañar en los procesos que conlleven una pérdida o un cambio de vida
 2. Mantener una comunicación eficaz con el equipo, con otros profesionales, instituciones, grupos sociales, así como con los diferentes niveles de atención de los servicios de salud, utilizando los recursos disponibles, que facilite el intercambio de información y contribuya a una mejora en los cuidados prestados en un clima de colaboración multiprofesional
-

5.2 COMPETENCIAS EN GESTIÓN CLÍNICA

4. Ejercer liderazgo en el equipo de salud y en otros grupos sociales y profesionales, llevando a cabo actividades de coordinación de grupos y el trabajo en equipo
 5. Gestionar, liderar y coordinar la actividad asistencial y los servicios de enfermería, garantizando la mejora continua de la calidad de los cuidados
 6. Gestionar los sistemas de información relativos a la práctica profesional garantizando el secreto profesional y la calidad de los registros
-

5.3 COMPETENCIAS DOCENTES

7. Realizar educación para la salud al niño, adolescente, familia y comunidad, identificando las necesidades de aprendizaje, diseñando, planificando y llevando a cabo intervenciones para promover, fomentar y mantener estilos de vida saludables, prevenir riesgos y lograr el mayor nivel de autocuidado posible o de cuidados a otros, en los diversos ámbitos de actuación en calidad de asesor-experto
 8. Desarrollar actividades docentes dirigidas a las enfermeras, enfermeras especialistas y a otros profesionales de la salud, encaminadas a favorecer el desarrollo de la profesión y mejorar la calidad de la atención a la salud de la población infantil y juvenil
-

5.4 COMPETENCIAS EN INVESTIGACIÓN

9. Basar su práctica clínica en la mejor evidencia disponible para contribuir a una mejora continua en la calidad de los cuidados prestados en el área de la especialidad
10. Generar conocimiento científico en enfermería pediátrica e impulsar líneas de investigación y difundirlo para mejorar la práctica clínica e incrementar los conocimientos de la especialidad

5.5 COMPETENCIAS DE INTERVENCIÓN AVANZADA EN EL ÁMBITO PEDIÁTRICO

5.5.1 Recién nacidos, niños y adolescentes sanos

11. Valorar de forma integral y contextualizada al recién nacido, niño, adolescente y familia detectando cualquier anomalía y posibles déficits en sus necesidades, elaborando juicios clínicos profesionales, planificando las intervenciones y resolviendo de forma autónoma los problemas identificados y/o derivando a otro profesional
12. Gestionar los cuidados de enfermería orientados a la satisfacción de las necesidades, derivadas de los problemas de salud del recién nacido, niño, o adolescente, y a la prevención de complicaciones, garantizando una práctica segura y de calidad
13. Prestar cuidados integrales al recién nacido, niño, adolescente y familia desde una perspectiva ética y legal, con respeto, tolerancia, sin enjuiciamientos, con sensibilidad a la diversidad cultural, garantizando el derecho a la intimidad, la confidencialidad, la información, la participación, la autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisión
7. Realizar educación para la salud en el niño, adolescente, familia y comunidad, identificando las necesidades de aprendizaje, diseñando, planificando y llevando a cabo intervenciones para promover, fomentar y mantener estilos de vida saludables, prevenir los riesgos y lograr el mayor nivel de autocuidado posible o de cuidados a otros, en los diversos ámbitos de actuación en calidad de asesor-experto
11. Detectar y actuar en situaciones de sospecha de abuso sexual o maltrato infantil siguiendo los protocolos de actuación establecidos para asegurar el bienestar del recién nacido, niño adolescentes

5.5.3 Niños y adolescentes con problemas de salud

16. Realizar con habilidad, eficacia y eficiencia los diferentes procedimientos, pruebas diagnósticas y tratamientos derivados de los diferentes problemas de salud en el niño y adolescente, teniendo en cuenta los distintos niveles de cuidados y asegurando una práctica profesional basada en los principios éticos, legales y de seguridad clínica
 19. Aplicar la prescripción enfermera vinculada a los cuidados de enfermería pediátrica, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo
 20. Valorar al niño y adolescente con un proceso crónico, y/o con discapacidad, a su familia y su entorno social, identificando su grado de dependencia, los cuidados que requiere, los recursos y apoyos sociales disponibles, así como, los servicios de salud necesarios para cubrir sus necesidades. Resolver los problemas identificados de manera autónoma y/o con el equipo de salud y en caso necesario derivando a otro profesional, asegurando una actuación compartida y coordinada entre atención primaria y el hospital
 21. Aplicar diferentes estrategias de educación para la salud al niño o adolescente con un proceso crónico y/o con discapacidad, de manera autónoma, teniendo en cuenta el entorno, para promover y/o mantener la autonomía del niño/adolescente y familia
 22. Gestionar cuidados de enfermería al niño con un proceso oncológico de forma autónoma, que permitan una adecuada adaptación, vivencia y afrontamiento de la enfermedad, del largo proceso evolutivo de la misma, la terapia intensiva y específica que requiere, sus efectos secundarios y la repercusión psico-emocional y social que supone para el niño, adolescente y su familia
 23. Valorar las necesidades que presentan el niño con enfermedad mental y su familia, planificar y realizar las intervenciones adecuadas a las distintas situaciones de forma autónoma o con otros profesionales ya sea durante la hospitalización o de forma continuada en los controles de salud de atención primaria
-

ANEXO 4. ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA(98)

5.2 LA ATENCIÓN EN LA INFANCIA

- a) Valorar sistemáticamente, dentro del contexto familiar y comunitario, el desarrollo infantil en sus aspectos físicos, psicológicos, culturales, ambientales y sociales
- b) Promover la salud de los niños y las niñas en la familia y en la comunidad, con especial atención a la escuela
- c) Prevenir la enfermedad de los niños y las niñas en el contexto familiar y comunitario
- d) Prestar cuidados especializados en el ámbito comunitario, junto a otras especialistas y otros profesionales cuando sea preciso, en las situaciones de: alteraciones del desarrollo infantil, problemas de salud de tipo agudo, discapacidades y problemas crónicos de salud

5.3 LA ATENCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

- a) Valorar el desarrollo del adolescente en sus aspectos biológico, psicológico y social
 - b) Promover la salud de los adolescentes en sus aspectos, biológico, psicológico y social, tanto individual como grupalmente
 - c) Prevenir la enfermedad de los adolescentes en sus aspectos, biológico, psicológico y social
 - d) Prevenir los accidentes de los adolescentes y sus secuelas
 - e) Prestar cuidados especializados al adolescente con problemas de salud en el ámbito comunitario, junto a otras especialistas y otros profesionales cuando sea preciso
 - f) Fomentar el desarrollo sexual y la identidad de género, detectando posibles dificultades
 - g) Contribuir a que las familias aborden eficazmente la crisis de la adolescencia
-

ANEXO 5. ENFERMERÍA SALUD MENTAL (99)

3.1 COMPETENCIAS ASISTENCIALES

- k) Asesorar, en calidad de experta, a profesionales de enfermería, otros profesionales de la salud, así como a personas y/o grupos

3.2 COMPETENCIAS DOCENTES

- a) Educar en materia de salud mental a personas, familias, grupos y comunidades
 - b) Formar en materia de salud mental a los futuros profesionales y especialistas de enfermería, así como colaborar en la formación de otros profesionales
-

ANEXO 6. ENFERMERÍA OBSTÉTRICO- GINECOLÓGICA(100)

3. DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD ÁMBITO DE ACTUACIÓN Y PERFIL PROFESIONAL

- g) Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas
 - i) Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción
 - s) Llevar a cabo actividades docentes dirigidas a las propias matronas y otros profesionales de la salud, en cualquiera de sus niveles
-

ANEXO 7. AMECE. FUNCIONES ENFERMERA ESCOLAR(133)

Funciones Enfermera Escolar: ASISTENCIAL

1. Apertura y realización de la historia de enfermería a partir de entrevista con la familia, informes médicos, registrando la actuación de enfermería, según la legislación vigente en bases de datos, a través de un registro informático común de Enfermería Escolar
2. Realizar el diagnóstico enfermero y elaborar un plan de cuidados individualizado de los alumnos que lo precisen a lo largo de la jornada escolar, así como realizar los procedimientos específicos que sean necesarios: curas, sondajes, aspiración de secreciones, alimentación por gastrostomía, etc
3. Revisar la evolución de la patología del alumno, en el caso de haberla, a través de informes médicos, exámenes de salud, y hacer el seguimiento de su adaptación al contexto escolar, para establecer los cuidados adecuados dirigidos a facilitar la consecución de los objetivos educativos
4. Administrar medicación por prescripción enfermera y médica, vigilar posibles efectos adversos evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración
5. Actuar ante las situaciones de urgencias, ya sean causadas por la propia patología del alumno o de carácter accidental, que se producen durante la jornada escolar, prestando los cuidados necesarios
6. Proporcionar las medidas terapéuticas establecidas por prescripción facultativa y/o enfermería, administrando y controlando el tratamiento, prestando asistencia en accidentes y atendiendo las urgencias
7. Colaborar con los servicios de Atención Primaria y Especializada y en particular con los Centros de Salud Mental de la zona, para asegurar el intercambio de información que permita establecer una adecuada continuidad de los cuidados ya que los niños/adolescentes pasan una parte importante de la jornada en los centros escolares
8. Colaborar en programas de Educación para la Salud junto con Atención Primaria y Centros Municipales de Salud sobre campañas de vacunación y prevención, impulsadas por los centros del área de referencia geográfica del centro escolar
9. Colaborar con las consultas de enfermería de los Centros de Atención Primaria, Salud Mental, etc. para aplicar cuidados específicos e individualizados a los alumnos
10. Informar a los profesionales educativos implicados sobre los síntomas de alarma ante determinadas patologías con el fin de actuar con rapidez y eficacia
11. Formar y aportar a los tutores del centro educativo y todos los profesionales, información y orientaciones en el aprendizaje de habilidades que faciliten la adquisición y mantenimiento de conductas saludables, así como los conocimientos relevantes de sus procesos patológicos, con el fin de poder identificar situaciones de riesgo, actuando de forma efectiva y eficiente que favorezcan la inclusión del alumno en la dinámica escolar y minimice el estrés en el aula

-
12. Fomentar el autocuidado de los alumnos y la adquisición de hábitos de vida saludables a través de programas de educación para la salud, adecuados a la edad y capacidad cognoscitiva del alumno, de forma continuada
 13. Enseñar y fomentar hábitos saludables de alimentación, higiene corporal, higiene ambiental y pautas para el reconocimiento y prevención de accidentes, así como de las consecuencias que se pueden derivar
 14. Establecer, junto con la familia de los alumnos con necesidades de cuidados enfermeros especiales, los criterios de actuación, unificados dentro y fuera del colegio, para alcanzar el máximo desarrollo personal del alumno
 15. Formación e información a las familias de los alumnos a través de las Escuelas de Padres, en relación con la importancia de la prevención como herramienta fundamental para reducir los problemas de salud que actualmente afectan a la sociedad
-

Funciones Enfermera Escolar: GESTORA

1. Recoger y custodiar la información sanitaria aportada por las familias, garantizando su confidencialidad de acuerdo con la legislación vigente
 2. Formular propuestas en el ámbito de sus competencias al Equipo Directivo y Claustro, relativas a la elaboración del Proyecto Educativo de Centro (PEC) y la Programación General Anual (PGA)
 3. Asistir a las reuniones específicas de los Centros Educativos, con aportaciones desde el campo de la salud
 4. Elaborar, hacer el seguimiento y la evaluación de los cuidados de enfermería y los programas de Educación para la Salud que formarán parte de los Proyectos Curriculares del Centro, proponiendo aquellos cuidados, que cada curso escolar, han de ser recogidos en la Programación General Anual (PGA)
 5. Participar en el desarrollo del Documento Individual de Adaptación Curricular (DIAC), documento interdisciplinar que se realiza en los centros educativos y en el que se recogen todos los aspectos relevantes del alumno, tanto a nivel educativo, social como sanitario
 6. Participar en reuniones de tutoría, reuniones trimestrales que el tutor del estudiante por ley tiene que establecer con las familias y en las que el profesional de Enfermería debe participar siempre que lo considere necesario
 7. Procurar que las actividades se desarrollen de forma sistemática, racional y ordenada, respondiendo a las necesidades que se planteen y asegurando el uso adecuado de los recursos de una forma eficaz y eficiente
 8. Gestionar y mantener el material necesario para la actividad de enfermería escolar
-

Funciones Enfermera Escolar: DOCENTE

1. Colaborar en la formación de los alumnos de Grado de Enfermería/EIR que realicen prácticas en Centros Educativos
 2. Desarrollar actividades docentes dirigidas a las enfermeras, enfermeras especialistas y a otros profesionales de la salud, encaminadas a favorecer el desarrollo de la profesión y mejorar la calidad de la atención a la salud de la población infantil y juvenil
 3. Participación en la formación de nuevos profesionales planificando, organizando y dirigiendo las prácticas docentes correspondientes en los niveles, básico y especializado
 4. Colaborar en la docencia para mantener y elevar el nivel de competencia del colectivo profesional y dar respuesta a los avances, a los cambios científicos y los tecnológicos, así como a los cambios en la profesión, mediante la Formación continuada
-

Funciones Enfermera Escolar: INVESTIGADORA

1. Ampliar y profundizar en los conocimientos profesionales para mejorar la calidad asistencial del alumnado
 2. Generar nuevos conocimientos y enfoques innovadores de los cuidados enfermeros para dar respuesta a las cambiantes situaciones de salud
 3. Colaborar con otros profesionales, tanto sanitarios como docentes, con personal interno o externo al centro, en las investigaciones que se lleven a cabo
 4. Proporcionar la base para el desarrollo y el perfeccionamiento de las teorías y modelos de cuidados que sirven de guía en la práctica de la Enfermería Escolar tanto en la asistencia directa, docencia o administración
 5. Revisión de publicaciones del ámbito del cuidado enfermero para buscar las mejores evidencias para su aplicación al ámbito escolar
-

ANEXO 8. OMS. COMPETENCIAS SALUD ESCOLAR(94)

Competencias: EXPERTO ESCOLAR

9. Tiene un buen conocimiento y comprensión de los conceptos de promoción de la salud, prevención y atención médica preventiva para niños y adolescentes
10. Es capaz de actuar con eficacia en áreas tales como: nutrición y actividad física; salud bucal; alcohol, tabaco, esteroides anabolizantes y uso de drogas; salud sexual y reproductiva; salud mental y bienestar; afecciones crónicas y necesidades especiales de salud de los niños; prevención de lesiones y violencia; y protección infantil
11. Tiene buen conocimiento y comprensión a nivel individual y poblacional del crecimiento, desarrollo, comportamiento relacionado con la salud y el estado de salud (física, mental y social) de los niños y adolescentes y sus determinantes
12. Es capaz de definir los factores de riesgo y protección y juzgar su importancia relativa
13. Tiene una comprensión avanzada de los conceptos de normalidad y variación dentro de lo normal en relación con el crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes
14. Es capaz de implementar procedimientos de vigilancia de la salud, incluida la identificación / detección temprana (universal y específica, y de acuerdo con los protocolos)
15. Es capaz de evaluar la salud y el desarrollo físico, mental y social de niños y adolescentes y, teniendo en cuenta los hallazgos de otros profesionales, identificar problemas y determinar la (s) respuesta (s) más apropiada (s) (preventiva y / o curativa)
16. Tiene un buen conocimiento del efecto del impedimento físico, mental o social en el rendimiento académico
17. Es capaz de identificar a niños con necesidades especiales y, en colaboración con el niño / adolescente, padres, maestros y proveedores de atención médica y social relevantes, tiene las habilidades para preparar y coordinar un plan de atención individualizado que armonice las necesidades médicas con el contexto educativo
18. Comprende la influencia del ambiente escolar en los niños, adolescentes y el personal escolar en relación con el aprendizaje y los problemas de salud ocupacional
19. Es capaz de identificar y analizar los riesgos para la salud ambiental e iniciar acciones que contribuyen a la creación y mantenimiento de un ambiente escolar saludable, en colaboración con expertos externos
20. Tiene el conocimiento y las habilidades para implementar medidas de control de infecciones y programas de inmunización en colaboración con otros actores clave en la comunidad regional / local
21. Tiene las habilidades para proporcionar primeros auxilios en colaboración con otros proveedores locales de atención médica

Competencias: COMUNICADOR

1. Se comunica con niños, adolescentes y padres de una manera respetuosa y sin prejuicios
 2. Observa las normas de confidencialidad cuando facilita las iniciativas de promoción de la salud, identifica las necesidades de atención y esboza (en estrecha consulta con niños, adolescentes y padres) las trayectorias de atención más apropiadas
 3. Usa habilidades motivacionales para empoderar a niños, adolescentes y padres para que tomen decisiones saludables
 4. Se comunica con otros actores en el cuidado de la salud, el bienestar y la educación para facilitar el desarrollo y la adopción de una política adecuada de cuidado de niños y adolescentes
 5. Se comunica con el público en general y los medios
-

Competencias: COLABORADOR

1. Tiene las habilidades y actitudes apropiadas para colaborar con colegas multidisciplinarios e interdisciplinarios dentro de servicio de salud escolar
 2. Colabora con profesionales de todos los sectores y con actores comunitarios locales/regionales en el marco de una política preventiva de salud para niños y adolescentes
-

Competencias: GESTOR

1. Tiene una comprensión avanzada de la organización y la estructura de servicios (preventivos) de atención médica, bienestar y educación para niños y adolescentes en la región y / o la comunidad local
 2. Es capaz de planificar y coordinar la organización de la atención para niños y adolescentes en el servicio o la comunidad, en estrecha consulta con los padres, maestros y otros profesionales pertinentes
 3. Demuestra habilidades gerenciales a través, por ejemplo, de la planificación y organización de servicios preventivos para niños y adolescentes (como la traducción de una política sobre la prevención de la obesidad a la acción) y la gestión de personas y equipos
 4. Tiene habilidades (avanzadas) en la aplicación de estándares de calidad y en la mejora de la calidad
-

Competencias: PROFESIONAL

1. Actúa de conformidad con la Convención de las Naciones Unidas sobre Derechos del Niño(249) y sobre las normas y valores médico-éticos y legales actuales, específicamente los relacionados con la confidencialidad, el consentimiento informado y la participación, el enfoque preventivo colectivo de la atención sanitaria escolar y el estado legal de los niños, adolescentes y su entorno
 2. Actúa de manera no discriminatoria, asegurando la igualdad de acceso a la atención médica para todos los estudiantes
-

Competencias: DEFENSOR DE LA SALUD

1. Es capaz de determinar las prioridades de promoción de la salud para niños y adolescentes a nivel individual y de la población, reflejando la información nacional y local relacionándola con los factores de riesgo y protección
 2. Tiene un buen conocimiento de los métodos apropiados de promoción de la salud para niños y adolescentes
 3. Tiene las habilidades necesarias para emplear enfoques participativos para contribuir a iniciativas colaborativas de promoción de la salud a nivel individual y de la población
 4. Comprende las necesidades de salud en curso de niños y adolescentes a medida que se desarrollan, relacionándolos con las condiciones y circunstancias en las comunidades en las que viven
 5. Entiende las agendas de políticas con el objetivo de abordar las necesidades de la comunidad y puede contribuir al desarrollo y la implementación de un marco acordado para la participación de la comunidad
-

Competencias: ERUDITO

1. Tiene una actitud positiva hacia el aprendizaje independiente y para toda la vida
 2. Tiene el conocimiento, las habilidades y las actitudes apropiadas para recopilar información científica relacionada con la salud (atención) escolar y la salud de los niños y adolescentes, y para evaluar esta información de manera crítica
 3. Comprende los sistemas existentes de vigilancia de la salud en el país / región / comunidad pertinente, en particular los relacionados con niños y adolescentes
 4. Evalúa los datos de vigilancia de manera crítica
 5. Aplica datos epidemiológicos y de otra índole (recopilados por uno mismo u otros) para delinear una política de salud preventiva adecuada para los grupos objetivos identificados
 6. Contribuye a la investigación nacional y regional
-

ANEXO 9. CUESTIONARIO PROGENITORES

- Marcando esta casilla usted acepta la participación en el estudio conforme a lo detallado en el consentimiento informado
 - Acepto
 - No acepto

DATOS GENERALES

Le recordamos que los datos personales requeridos se han limitado a los estrictamente relevantes para llevar a cabo el estudio

- Edad (especificar)
- Sexo
 - Mujer
 - Hombre
 - Prefiero no decirlo
 - Otro (especificar)
- Nacionalidad (especificar)
- Localidad de Residencia (especificar)
- Estado Civil
 - Soltero
 - Casado/Conviviendo en pareja
 - Separado/Divorciado
 - Viudo

- Nivel de estudios
 - Sin estudios o estudios primarios sin terminar (menos de 6 años de cursos terminados)
 - Primarios completos, 6° EGB completo, certificado escolar, 6 años de cursos terminados
 - 1° o 2° de la ESO, 8° de EGB, Graduado Escolar, Formación Profesional de primer grado, 4 años cursos de secundaria
 - 3° o 4° de la ESO, Bachillerato, BUP, COU, Formación Profesional de segundo grado, 5 o más año o cursos de secundaria
 - Estudios universitarios (Ingeniería técnica, magisterio, diplomatura, licenciatura, doctorado, grado, máster)
 - No sabe / No contesta (NS/NC)

- Situación laboral
 - Parado (con subsidio)
 - Inactivo (sin subsidio)
 - Empleado
 - Incapacidad permanente
 - Jubilado
 - Otro (especificar)

- Ocupación actual
 - Miembro de una cooperativa
 - Empresario con asalariados
 - Trabajador independiente o empresario sin asalariados
 - Ayuda en la empresa o negocio familiar
 - Asalariado sector público
 - Asalariado sector privado
 - Otro (especificar)

 - ¿Quién rellena el cuestionario?
 - Padre/Madre
 - Pareja del padre o de la madre
 - Abuelos
 - Tíos
 - Otro (especificar)

 - ¿En qué fecha nació su hijo? (especificar)

 - ¿Es chica o chico?
 - Chica
 - Chico

 - ¿Tiene más hijos?
 - Sí
 - No
- ¿Cuántos? (especificar)

CUESTIONARIO

1. ¿Tiene su hijo alguna discapacidad, enfermedad o problema médico crónico?

- Sí
- No *Pase a pregunta 4*
- No sabe/No contesta (NS/NC) *Pase a pregunta 4*

Señale cuál de las siguientes:

- Asma
- Artritis
- Dermatitis
- Parálisis cerebral
- Diabetes
- Fibrosis Quística
- Epilepsia
- Alergia
- Otro (especificar)

2. ¿Tiene constancia el centro escolar de la patología de su hijo?

- Sí
- No
- NS/NC

3. ¿Conocen sus compañeros de clase la patología de su hijo?
- Sí
 - No
 - NS/NC
4. ¿Precisa su hijo de algún tipo de precaución para participar en actividades deportivas extracurriculares (excursiones, etc)?
- Sí
 - No
 - NS/NC
5. ¿Toma su hijo algún medicamento en la escuela (como medicamento entendemos pastillas, crema, inhalador, insulina o cualquier otro fármaco)?
- Sí
 - No
 - NS/NC
6. ¿Ha dejado su hijo de asistir a clase por motivos de salud durante más de 1 semana seguida durante el último año?
- Sí
 - No
 - NS/NC

7. ¿Ha motivado la enfermedad de su hijo el cese de su actividad laboral de manera permanente para atenderlo?

- Sí
- No
- NS/NC

8. ¿Se siente su hijo seguro en la escuela?

- Sí
- No
- NS/NC

9. ¿Considera que su hijo tiene la posibilidad de desarrollar las actividades escolares en las mismas condiciones que el resto de sus compañeros?

- Sí
- No
- NS/NC

10. ¿Necesita recibir ayuda de otras personas con la medicación?

- Sí
- No *Pase a pregunta 12*
- NS/NC *Pase a pregunta 12*

11. ¿Quién le ayuda con la medicación cuando está en la escuela? *(puede señalar más de un opción)*

- Profesores
- Personal del centro
- Padres
- Otro familiar

12. ¿Ha necesitado su hijo acudir al médico mientras estaba en clase por encontrarse enfermo de manera repentina o debido a un accidente durante el último año?

- Sí
- No
- NS/NC

13. ¿Sabe si dispone el centro escolar de un botiquín de primeros auxilios?

- Sí
- No
- NS/NC

14. ¿Considera la escuela como un entorno seguro?

- Sí
- No
- NS/NC

15. ¿Considera que el centro escolar está capacitado para asumir urgencias o accidentes?

- Sí
- No
- NS/NC

16. Si usted tuviera que promover un proyecto para la mejora de la asistencia en caso de urgencia o accidente durante la jornada escolar, ¿cuál elegiría?, indique por orden de preferencia, donde la opción 1 es máxima prioridad y la opción 4 es mínima prioridad: (*seleccione todos los que correspondan*)

	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4
Las autoridades escolares deberían promover la formación del personal del centro (docente y no docente) a cargo de personal sanitario cualificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deberían establecerse protocolos de actuación en colaboración con el Servicio Público de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las autoridades escolares y sanitarias deberían promover la implantación de personal de enfermería en los centros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguna actividad, ya que los alumnos reciben toda la asistencia que necesitan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 10. CUESTIONARIO DOCENTES

- Marcando esta casilla usted acepta la participación en el estudio conforme a lo detallado en el consentimiento informado
 - Acepto
 - No acepto

DATOS GENERALES

Le recordamos que los datos personales requeridos se han limitado a los estrictamente relevantes para llevar a cabo el estudio

- Edad (especificar)
- Sexo
 - Mujer
 - Hombre
 - Prefiero no decirlo
 - Otro (especificar)
- Nacionalidad (especificar)
- Localidad de Residencia (especificar)
- Estado Civil
 - Soltero
 - Casado/Conviviendo en pareja
 - Separado/Divorciado
 - Viudo

- ¿Tiene usted hijos?
 - Sí
 - No

- Cargo que desempeña actualmente
 - Equipo directivo
 - Orientador
 - Docente

- Nivel de enseñanza
 - Infantil
 - Primaria
 - Secundaria

- Años de ejercicio profesional (si es <12 meses ponga 1 año) (especificar)

- Años trabajando en este centro (si es <12 meses ponga 1 año) (especificar)

- Dispone el centro de enfermera escolar
 - Sí
 - No

CUESTIONARIO

1. ¿Tiene o ha tenido algún alumno con discapacidad, enfermedad o problema médico crónico durante el último año?

- Sí
- No *Pase a pregunta 2*
- No sabe/No contesta (NS/NC) *Pase a pregunta 2*

Cuál de las siguientes

- Asma
- Artritis
- Dermatitis
- Parálisis cerebral
- Diabetes
- Fibrosis Quística
- Epilepsia
- Alergia
- Otro (especificar)

2. ¿Existen en el centro protocolos específicos para atender a los alumnos con patología crónica?

- Sí
- No
- NS/NC

3. ¿Ha recibido el personal del centro formación específica sobre la atención al alumno con patología crónica?

- Sí
- No *Pase a pregunta 4*
- NS/NC *Pase a pregunta 4*

¿Quién se la ha proporcionado?

- Padres
- Personal sanitario especializado (Hospital)
- Personal sanitario de Atención Primaria (Centro de Salud)
- Otro (especificar)

4. ¿Pueden los alumnos con patología crónica participar en todas las actividades escolares?

- Sí
- No
- NS/NC

5. ¿Se toman precauciones especiales para los alumnos con patología crónica durante las actividades deportivas y extracurriculares (excursiones, etc)?

- Sí
- No
- NS/NC

6. ¿Ha experimentado algún alumno una urgencia o accidente en el centro en el último año (como hipoglucemia, caída con fractura de hueso, etc)?

- Sí
- No *Pase a pregunta 7*
- NS/NC *Pase a pregunta 7*

¿Cuántas? (especificar)

7. En el supuesto de atender una urgencia o accidente durante la clase, ¿cuánto tiempo, de media, le tendría que dedicar?

- Ninguno/ Escaso/ menos de 10 minutos
- Moderado/ 10-20 minutos
- Sustancial/ 20-30 minutos
- Extenso/ más de 30 minutos

8. ¿Considera que la asistencia de urgencias o accidentes durante la jornada lectiva irrumpe en el normal funcionamiento de la clase en detrimento del resto de alumnos?

- Sí
- No
- NS/NC

9. ¿Dispone el centro de un botiquín de primeros auxilios?

- Sí
- No *Pase a pregunta 10*
- NS/NC *Pase a pregunta 10*

¿Sabe dónde se encuentra situado?

- Sí
- No
- NS/NC

¿Conoce su contenido?

- Sí
- No
- NS/NC

¿Hay en el centro alguien encargado de revisar periódicamente el material anteriormente citado (medicación y botiquín)?

- Sí
- No
- NS/NC

10. ¿Dispone el centro de un desfibrilador externo automático(DEA)?

- Sí
- No *Pase a pregunta 11*
- NS/NC *Pase a pregunta 11*

¿Sabe dónde se encuentra situado?

- Sí
- No
- NS/NC

¿Sabría utilizarlo?

- Sí
- No
- NS/NC

11. ¿Cree que su centro está capacitado para manejar urgencias?

- Sí
- No
- NS/NC

12. ¿Se considera capacitado para actuar ante una urgencia o accidente?

- Sí
- No
- NS/NC

13. ¿Estaría dispuesto a administrar medicación en caso de necesidad?

- Sí
- No
- NS/NC

14. Si usted tuviera que promover un proyecto para la mejora de la asistencia en caso de urgencia o accidente durante la jornada escolar, ¿cuál elegiría?, indique por orden de preferencia, donde la opción 1 es máxima prioridad y la opción 4 es mínima prioridad: *(seleccione todos los que correspondan)*

	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4
Las autoridades escolares deberían promover la formación del personal del centro (docente y no docente) a cargo de personal sanitario cualificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deberían establecerse protocolos de actuación en colaboración con el Servicio Público de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las autoridades escolares y sanitarias deberían promover la implantación de personal de enfermería en los centros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguna actividad, ya que los alumnos reciben toda la asistencia que necesitan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 11. CUESTIONARIO SANITARIOS

- Marcando esta casilla usted acepta la participación en el estudio conforme a lo detallado en el consentimiento informado
 - Acepto
 - No acepto

DATOS GENERALES

Le recordamos que los datos personales requeridos se han limitado a los estrictamente relevantes para llevar a cabo el estudio

- Edad (especificar)
- Sexo
 - Mujer
 - Hombre
 - Prefiero no decirlo
 - Otro (especificar)
- Nacionalidad (especificar)
- Localidad de Residencia (especificar)
- Estado Civil
 - Soltero
 - Casado/Conviviendo en pareja
 - Separado/Divorciado
 - Viudo

- ¿Tiene usted hijos?
 - Sí
 - No
- Categoría profesional
 - Pediatra
 - Enfermera Pediatría
- Años de ejercicio profesional (si es <12 meses ponga 1 año) (especificar)
- Años en su actual puesto de trabajo (si es <12 meses ponga 1 año) (especificar)

CUESTIONARIO

1. ¿Le ha solicitado algún centro escolar de su área sanitaria/zona básica de salud (ZBS) colaboración para el desarrollo de programas/actividades relacionadas con educación para la salud (EpS)?
 - Sí
 - No *Pase a pregunta 2*
 - No sabe/No contesta (NS/NC) *Pase a pregunta 2*

¿A quién iba dirigida la formación? (*seleccione todos los que correspondan*)

- Alumnos
- Padres
- Docentes
- Grupos Mixtos

¿Se trataba de una formación desarrollada de manera puntual (no incluida en la programación de actividades del centro en cursos anteriores)?

- Sí
- No
- NS/NC

2. ¿Le ha solicitado algún centro escolar de su área sanitaria/ZBS colaboración para el desarrollo de programas/actividades relacionadas con patología específica, urgencias o accidentes general?

- Sí
- No *Pase a pregunta 3*
- No sabe/No contesta (NS/NC) *Pase a pregunta 3*

¿A quién iba dirigida la formación? (*seleccione todos los que correspondan*)

- Alumnos
- Padres
- Docentes
- Grupos Mixtos

¿Se trataba de una formación desarrollada de manera puntual (no incluida en la programación de actividades del centro en cursos anteriores)?

- Sí
- No
- NS/NC

3. ¿Con qué frecuencia cree que los padres de niños con patología crónica notifican a los centros escolares el diagnóstico y tratamiento/cuidados correspondientes?

- Siempre
- Frecuentemente
- A Veces
- Rara vez
- Nunca

4. ¿Conoce si en los centros escolares de su área sanitaria/ZBS existen protocolos específicos para asistir a alumnos con patología crónica, urgencias o accidentes?

- Sí
- No
- NS/NC

5. ¿Disponen los centros escolares de su área sanitaria/ZBS de un botiquín de primeros auxilios? (material de curas, medicación de urgencia, dispositivos de vía aérea, etc)

- Sí, lo tienen
- No, no lo tienen *Pase a pregunta 6*
- No todos
- NS/NC *Pase a pregunta 6*

¿En los centros escolares de su área sanitaria/ZBS hay alguien encargado de revisar el botiquín de primeros auxilios?

- Sí
- No
- NS/NC

6. En el supuesto de una urgencia médica o un accidente ¿Cómo cree que lo solucionaría los centros escolares de su área sanitaria/ZBS? indique por orden de preferencia, donde la opción 1 es máxima prioridad y la opción 4 es mínima prioridad: (*seleccione todos los que correspondan*)

	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4
Llamando al servicio de urgencias (112)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con el asesoramiento de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con el personal del centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con asesoramiento médico (Atención Primaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Conoce si algún centro escolar de su área sanitaria/ZBS ha solicitado asistencia para una urgencia o accidente durante el pasado año lectivo?

Sí

No *Pase a pregunta 8*

No sabe/No contesta (NS/NC) *Pase a pregunta 8*

¿Cuántas veces durante el pasado año lectivo? (especificar)

8. ¿Considera que los docentes, como norma general, están capacitados para asumir urgencias o accidentes?

Sí

No

NS/NC

9. ¿Considera que los docentes, como norma general, están capacitados para hacer uso un desfibrilador externo automático (DEA)?

Sí

No

NS/NC

10. ¿Considera los centros docentes de su área sanitaria/ZBS como un entorno seguro en cuanto a la gestión de urgencias y accidentes para el personal que lo integra y los estudiantes que acuden diariamente?

- Sí
- No
- NS/NC

11. Si usted tuviera que promover un proyecto para la mejora de la asistencia en caso de urgencia o accidente durante la jornada escolar, ¿cuál elegiría?, indique por orden de preferencia, donde la opción 1 es máxima prioridad y la opción 4 es mínima prioridad: *(seleccione todos los que correspondan)*

	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4
Las autoridades escolares deberían promover la formación del personal del centro (docente y no docente) a cargo de personal sanitario cualificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deberían establecerse protocolos de actuación en colaboración con el Servicio Público de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las autoridades escolares y sanitarias deberían promover la implantación de personal de enfermería en los centros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguna actividad, ya que los alumnos reciben toda la asistencia que necesitan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 12: VARIABLES UNIVERSALES

Nombre	Definición Operativa	Tipo Variable	Categorías
<i>Edad</i>	Edad en el momento de la recogida de datos	<i>Cuantitativa</i> <i>Discreta</i>	Edad en años
<i>Género</i>	Características biológicas y fisiológicas que definen a varones y mujeres (OMS)	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Mujer - Hombre - Prefiero no decir - Otro (especificar)
<i>Nacionalidad</i>	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación, lo que conlleva una serie de derechos y deberes políticos y sociales.	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	Especificar país
<i>Localidad de residencia</i>	Lugar en que la persona ha vivido de forma ininterrumpida durante al menos los últimos 12 meses (ONU)	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	Especificar localidad
<i>Estado Civil</i>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, que establece ciertos derechos y deberes	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Soltero - Casado/Conviviendo en pareja - Separado/ Divorciado - Viudo
<i>Hijos</i>	Descendiente biológico o adoptado con relación a su padre o su madre o a la pareja de uno de los dos, tanto para sexo masculino como femenino.	<i>Cuantitativa</i> <i>Discreta</i>	Nº de hijos

ANEXO 13: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

PROGENITORES			
Nombre	Definición Operativa	Tipo Variable	Categorías
<i>Nivel de estudios</i>	Estudios superados	<i>Cualitativa</i> <i>Ordinal</i>	- Sin estudios o primarios sin terminar (menos de 6 años de cursos terminados) - Primarios completos, 6° EGB completo, certificado escolar, 6 años cursos terminados - 1° o 2° ESO, 8° EGB, Graduado Escolar, Formación Profesional 1° grado, 4 años de cursos de secundaria - 3° o 4° ESO, Bachillerato, BUP, COU, Formación Profesional 2° grado, 5 o más años de cursos en secundaria - Estudios Universitarios - No sabe/No contesta (NS/NC)
<i>Situación laboral</i>	Situación en la que se encuentran las personas en edad laboral en relación con el mercado de trabajo	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Parado (con subsidio) - Inactivo (sin subsidio) - Empleado - Incapacidad permanente - Jubilado - Otros (especificar)
<i>Ocupación actual</i>	La forma que toma la relación laboral de la población ocupada con la empresa donde trabaja referidos a su ocupación principal en la fecha de referencia	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Miembro de una cooperativa - Empresario con asalariados - Trabajador independiente o empresario sin asalariados - Ayuda en la empresa o negocio familiar - Asalariado sector público - Asalariado sector privado - Otro (especificar)
<i>Vínculo/parentesco</i>	Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Padre/madre - Pareja del padre o madre - Abuelos - Tíos - Otros (especificar)
<i>Edad del alumno</i>	Edad en el momento de la recogida de datos	<i>Cuantitativa</i> <i>Discreta</i>	Edad en años
<i>Sexo del alumno</i>	Características biológicas y fisiológicas que definen a varones y mujeres (OMS)	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i> <i>Dicotómica</i>	- Chica - Chico

DOCENTES

Nombre	Definición Operativa	Tipo Variable	Categorías
<i>Categoría Profesional</i>	Características del puesto de trabajo, responsabilidades o los conocimientos requeridos	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Equipo Directivo - Orientador - Docente
<i>Nivel de Enseñanza</i>	Nivel educativo que ejerce en el momento del estudio	<i>Cualitativa</i> <i>Ordinal</i>	- Infantil - Primaria - Secundaria
<i>Años Ejercicio Profesional</i>	Tiempo de actividad remunerada que requiere la capacitación de una titulación reconocida por el Estado	<i>Cuantitativa</i> <i>Discreta</i>	Tiempo en años
<i>Años en el centro actual</i>	Tiempo de actividad remunerada en el centro escolar actual	<i>Cuantitativa</i> <i>Discreta</i>	Tiempo en años
<i>Enfermera Escolar en el centro</i>	Enfermera titulada de presencia física en el centro escolar durante horario lectivo	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i> <i>Dicotómica</i>	- Sí - No

PERSONAL SANITARIO

Nombre	Definición Operativa	Tipo Variable	Categorías
<i>Categoría Profesional</i>	Características del puesto de trabajo, responsabilidades o los conocimientos requeridos	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i> <i>Dicotómica</i>	- Pediatra - Enfermera pediatría
<i>Años Ejercicio Profesional</i>	Tiempo de actividad remunerada que requiere la capacitación de una titulación reconocida por el Estado	<i>Cuantitativa</i> <i>Discreta</i>	Tiempo en años
<i>Años en el centro actual</i>	Tiempo de actividad remunerada en el centro escolar actual	<i>Cuantitativa</i> <i>Discreta</i>	Tiempo en años

ANEXO 14: VARIABLES DEL CUESTIONARIO: PROGENITORES

Dimensión: PATOLOGÍA CRÓNICA		
Ítem	Tipo Variable	Categorías
Tiene su hijo patología crónica	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí
	<i>Dicotómica</i>	- No
Cuál de las siguientes	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Asma
		- Artritis
		- Dermatitis
		- Parálisis Cerebral
		- Diabetes
		- Fibrosis Quística
		- Epilepsia
		- Alergia
- Otros (especificar)		
Tiene constancia el centro de su patología	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí
		- No
		- NS/NC
Conocen sus compañeros de clase su patología	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí
		- No
		- NS/NC
Precisa de algún tipo de precaución para actividades extraescolares	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí
		- No
		- NS/NC

Dimensión: CALIDAD DE VIDA		
Ítem	Tipo Variable	Categorías
Ha dejado de asistir a clase más de 1 semana por problemas de salud	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Ha tenido que cesar su actividad laboral de manera permanente para atenderlo	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Se siente su hijo seguro en la escuela	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Considera que su hijo tiene las mismas condiciones para desarrollar las actividades escolares que el resto	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Toma algún tipo de medicamento en la escuela	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Necesita recibir ayuda con la medicación	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
¿Quién le ayudaría?	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Profesores - Personal del centro - Padres - Otro familiar

Dimensión: SEGURIDAD		
Ítem	Tipo Variable	Categorías
Ha necesitado acudir al médico mientras estaba en clase por encontrarse enfermo/accidente	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Sabe si dispone el centro escolar de botiquín de primeros auxilios	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Considera la escuela como entorno seguro	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Considera el centro escolar capacitado para asumir urgencias/accidentes	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Proyecto para la mejora de la asistencia en caso de urgencia/accidente durante jornada escolar (orden de preferencia donde la opción 1 es la más prioritaria y 4 la de menor prioridad)	<i>Cualitativa Ordinal</i>	- Formación personal del centro escolar a cargo de personal sanitario cualificado - Protocolos de actuación en colaboración con el SESPA - Implantación de personal de enfermería en los centros - Ninguna actividad, ya reciben la asistencia que necesitan

ANEXO 15: VARIABLES DEL CUESTIONARIO: DOCENTES

Dimensión: PATOLOGÍA CRÓNICA		
Ítem	Tipo Variable	Categorías
Tiene algún alumno con patología crónica	<i>Cualitativa Nominal</i> <i>Dicotómica</i>	- Sí - No
Cuál de las siguientes	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Asma - Artritis - Dermatitis - Parálisis Cerebral - Diabetes - Fibrosis Quística - Epilepsia - Alergia - Otros (especificar)
Existen protocolos específicos para atender alumnos con patología crónica	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Ha recibido el personal del centro formación específica para asistir patología crónica	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
¿Quién se la ha proporcionado?	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Padres - Personal sanitario de AH - Personal sanitario de AP - Otros (especificar)
Pueden los alumnos con patología crónica participar en todas las actividades escolares	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Se toman precauciones especiales para los alumnos con patología crónica en actividades extracurriculares	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC

Dimensión: CALIDAD DE VIDA		
Ítem	Tipo Variable	Categorías
En el supuesto de atender una urgencia/accidente durante la clase, ¿cuánto tiempo de media le dedicaría?	<i>Cualitativa Ordinal</i>	- Ninguno/escaso/<10 minutos - Moderado/10-20 minutos - Sustancial/20-30 minutos - Extenso/>30 minutos
Considera que la asistencia de urgencias/accidentes durante la jornada lectiva irrumpe en detrimento del resto de alumnos	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Considera su centro capacitado para manejar urgencias/accidentes	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Se considera usted capacitado para actuar ante una urgencia/accidente	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Estaría usted dispuesto a administrar medicación en caso de necesidad	<i>Cualitativa Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC

Dimensión: SEGURIDAD		
Ítem	Tipo Variable	Categorías
Ha experimentado algún alumno una urgencia/accidente en el centro escolar	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
¿Cuántas?	<i>Cuantitativa</i> <i>Discreta</i>	Nº veces
Dispone su centro de botiquín de primeros auxilios	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Sabe dónde se encuentra	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
¿Conoce su contenido?	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
¿Hay alguien encargado de revisarlo periódicamente?	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Dispone su centro de un DESA	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Sabe dónde se encuentra	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Sabría utilizar un desfibrilador externo semiautomático (DESA)	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Proyecto para la mejora de la asistencia en caso de urgencia/accidente durante jornada escolar (orden de preferencia donde la opción 1 es la más prioritaria y 4 la de menor prioridad)	<i>Cualitativa Ordinal</i>	- Formación personal del centro escolar a cargo de personal sanitario cualificado - Protocolos de actuación en colaboración con el SESPA - Implantación de personal de enfermería en los centros - Ninguna actividad, ya reciben la asistencia que necesitan

ANEXO 16: VARIABLES DEL CUESTIONARIO: SANITARIOS

Dimensión: PATOLOGÍA CRÓNICA		
Ítem	Tipo Variable	Categorías
Colaboración en actividades sobre manejo de patología específica, urgencias o accidentes	<i>Cualitativa</i>	- Sí
	<i>Nominal</i>	- No
		- NS/NC
¿A quién iba dirigida?	<i>Cualitativa</i>	- Alumnos
	<i>Nominal</i>	- Padres
		- Docentes
		- Grupos Mixtos
¿Fue una intervención puntual no incluida en la programación del centro?	<i>Cualitativa</i>	- Sí
	<i>Nominal</i>	- No
		- NS/NC
Notificación de los progenitores sobre el diagnóstico y/o tratamiento?	<i>Cualitativa</i>	- Siempre
	<i>Ordinal</i>	- Frecuentemente
		- A veces
		- Rara vez
		- Nunca
Existencia de protocolos específicos para asistir patología crónica, urgencias o accidentes	<i>Cualitativa</i>	- Sí
	<i>Nominal</i>	- No
		- NS/NC

Dimensión: CALIDAD DE VIDA		
Ítem	Tipo Variable	Categorías
Colaboración en actividades de EpS	<i>Cualitativa</i>	- Sí
	<i>Nominal</i>	- No
		- NS/NC
¿A quién iba dirigida?	<i>Cualitativa</i>	- Alumnos
	<i>Nominal</i>	- Padres
		- Docentes
		- Grupos Mixtos
¿Fue una intervención puntual no incluida en la programación del centro?	<i>Cualitativa</i>	- Sí
	<i>Nominal</i>	- No
		- NS/NC
Considera a los docentes capacitados para asumir urgencias/accidentes	<i>Cualitativa</i>	- Sí
	<i>Nominal</i>	- No
		- NS/NC
Considera a los docentes capacitados para hacer uso de un DESA	<i>Cualitativa</i>	- Sí
	<i>Nominal</i>	- No
		- NS/NC
Considera los centros escolares de su zona/área sanitaria como un entorno seguro para la gestión de urgencias/accidentes	<i>Cualitativa</i>	- Sí
	<i>Nominal</i>	- No
		- NS/NC

Dimensión: SEGURIDAD		
Ítem	Tipo Variable	Categorías
Disponen los centros escolares de su área/zona botiquín de primeros auxilios	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Sí, lo tienen - No, no lo tienen - No todos - NS/NC
Existe un encargado de revisar el botiquín	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Sí - No - No todos - NS/NC
Solución de los centros escolares ante urgencia o accidente (orden de preferencia donde la opción 1 es la más prioritaria y 4 la de menor prioridad)	<i>Cualitativa</i> <i>Ordinal</i>	- Llamando 112 - Asesoramiento de los padres - Personal del centro - Asesoramiento médico (AP)
¿Ha solicitado algún centro escolar de su zona/área asistencia para urgencia/accidente?	<i>Cualitativa</i> <i>Nominal</i>	- Sí - No - NS/NC
Cuántas veces durante el año	<i>Cuantitativa</i> <i>Discreta</i>	Nº de veces
Proyecto para la mejora de la asistencia en caso de urgencia/accidente durante jornada escolar (orden de preferencia donde la opción 1 es la más prioritaria y 4 la de menor prioridad)	<i>Cualitativa</i> <i>Ordinal</i>	- Formación personal del centro escolar a cargo de personal sanitario cualificado - Protocolos de actuación en colaboración con el SESPA - Implantación de personal de enfermería en los centros - Ninguna actividad, ya reciben la asistencia que necesitan

ANEXO 17. AUTORIZACIÓN CEIM

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de
Planificación Sanitaria

Comité de Ética de la Investigación con medicamentos
del Principado de Asturias

Hospital Universitario Central de Asturias

N-1, S3.19

Avda. de Roma, s/n

33011 Oviedo

Tfno: 9851079 27 (ext. 37927/38028),

ceim.asturias@asturias.org

Oviedo, 19 de Noviembre de 2018

El Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 219/18, titulado: "ENFERMERA ESCOLAR: NECESIDAD PERCIBIDA DE ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS DOCENTES". Investigadora Principal Dña Lorena Busto D.U.E. UNIOVI.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Los Consentimientos informados deberán firmarse por duplicado (para dejar constancia de ello) y una copia deberá ser archivada con la documentación del estudio.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: Mauricio Telenti Asensio
Secretario del Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias



ANEXO 18. CARTA PRESENTACIÓN PROGENITORES

Apreciadas/os madres, padres o tutores/as:

Mi nombre es Lorena Busto Parada, enfermera del Hospital Universitario Central de Asturias, y estoy desarrollando mi tesis doctoral integrada en la línea de Ciencias de la Salud del programa de doctorado de la Universidad de Oviedo, bajo la dirección de Dr. Gonzalo Solís Sánchez, con la finalidad de evaluar la percepción de las madres, padres o tutores/as sobre la necesidad de asistencia sanitaria en los centros escolares.

Me dirijo a usted para solicitar su participación de manera voluntaria y le agradezco su colaboración para completar este cuestionario:

Nos gustaría que lo completara teniendo en cuenta la perspectiva de su hijo, pero sin pedirle ayuda con las respuestas. No hay respuestas correctas. Todo el contenido del cuestionario será tratado con la más estricta confidencialidad de acuerdo con los términos especificados en el consentimiento informado que figura al inicio del mismo.

Al contestar las preguntas, a menos que se le indique lo contrario, piense en cómo se sintió su hijo a lo largo del último año escolar.

Aclaraciones respecto a la redacción del texto:

- Se ha establecido la tercera persona de singular y plural en referencia a ambos sexos, masculino y femenino con la finalidad de aligerar el texto.

- El término “hijo” utilizado en el presente cuestionario se refiere al descendiente biológico o adoptado con relación a su padre o su madre o a la pareja de uno de los dos, tanto para género masculino como femenino.

- De igual modo, se ha utilizado el término “enfermera” en referencia a los profesionales de enfermería sin distinción de género.

Atentamente,

Lorena Busto Parada

AGC Pediatría

Hospital Universitario Central de Asturias

ANEXO 19. CARTA PRESENTACIÓN DOCENTES

Estimado docente:

Mi nombre es Lorena Busto Parada, enfermera del Hospital Universitario Central de Asturias, y estoy desarrollando mi tesis doctoral integrada en la línea de Ciencias de la Salud del programa de doctorado de la Universidad de Oviedo, bajo la dirección de Dr. Gonzalo Solís Sánchez, con la finalidad de evaluar la percepción de los docentes sobre la necesidad de asistencia sanitaria en los centros escolares.

Me dirijo a usted para solicitar su participación de manera voluntaria y le agradezco su colaboración para completar este cuestionario:

Nos gustaría que lo completara teniendo en cuenta sus propias percepciones, de manera individual y sin soporte de otro compañero. No hay respuestas correctas. Todo el contenido del cuestionario será tratado con la más estricta confidencialidad de acuerdo con los términos especificados en el consentimiento informado que figura al inicio del mismo.

Las preguntas, a menos que se le indique lo contrario, están dirigidas a las percepciones identificadas durante el último año escolar.

Aclaraciones respecto a la redacción del texto:

- Se ha establecido la tercera persona de singular y plural en referencia a ambos sexos, masculino y femenino con la finalidad de aligerar el texto.

- De igual modo, se ha utilizado el término “enfermera” en referencia a los profesionales de enfermería sin distinción de género.

Atentamente,

Lorena Busto Parada

AGC Pediatría

Hospital Universitario Central de Asturias

ANEXO 20. CARTA PRESENTACIÓN SANITARIOS

Estimado profesional,

Muchas gracias por dedicarnos el tiempo necesario para completar este cuestionario sobre la asistencia sanitaria y la seguridad de los alumnos en el entorno escolar.

A continuación, le indicamos una serie de recomendaciones previas:

- Los "CENTROS ESCOLARES" a los que nos referiremos comprenden todos los centros educativos no universitarios de su área sanitaria/zona básica de salud (ZBS), independientemente de su financiación y nivel educativo (Educación Infantil, Educación Primaria y/o Educación Secundaria Obligatoria), quedando excluidos los centros de educación especial.

- Se considera "URGENCIA" a situaciones en las que se precise atención inmediata: hipoglucemia, crisis convulsiva, shock anafiláctico, crisis asmática grave, etc.
- Se considera "ACCIDENTE" a cualquier suceso que, provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario, da lugar a una lesión corporal: quemadura, electrocución, caída con pérdida de conciencia, fractura ósea, etc.
- Las preguntas, a menos que se le indique lo contrario, están dirigidas a los eventos sucedidos durante el pasado curso escolar.

Con la finalidad de aligerar el contenido del cuestionario se ha utilizado la tercera persona del singular para referirse a ambos sexos y el término "enfermera" para referirse a los profesionales de enfermería.

Atentamente,

Lorena Busto Parada

AGC Pediatría

Hospital Universitario Central de Asturias

ANEXO 21. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta investigación toma como punto de partida el progresivo aumento de la patología crónica en la infancia que ha ocasionado que desde diversos colectivos se haya propuesto en varias ocasiones la normalización de la figura de la enfermera escolar en nuestro país como medida para proporcionar cuidados de diversa índole:

- Asistencia en procesos agudos, crónicos y/o emergencias
- Desarrollo de conductas generadoras de salud fomentando hábitos saludables desde edades tempranas
- Consejo en materia de salud a la comunidad escolar, etc.

Por ello, pedimos su colaboración en la investigación que estamos realizando para evaluar la percepción de los padres/madres y/o tutores/as sobre la necesidad de asistencia sanitaria en los centros docentes mediante la implantación de la enfermera escolar.

Según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, garantizamos la confidencialidad de la información recogida relativa a sus datos sociodemográficos. En ningún caso constarán en el estudio los datos personales de los participantes, limitándonos a analizar los datos del cuestionario y los valores obtenidos tras su tratamiento estadístico. Así mismo, no se le identificará en las publicaciones y/o comunicaciones que pudieran realizarse con los resultados del estudio. Su participación en el estudio tiene carácter voluntario, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento sin implicar consecuencia alguna.

El proyecto no cuenta con ninguna financiación externa ni conflicto ético o económico por parte de sus participantes, y ha sido autorizado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.

Atentamente,

Dña. Lorena Busto Parada, con DNI 71886751K, investigadora principal del proyecto.

Programa Doctorado Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo.

AGC Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias.

ANEXO 22. ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Journal of Healthcare Quality Research 37 (2022) 3–11



Journal of Healthcare Quality Research

www.elsevier.es/jhqr



ORIGINAL

Necesidades percibidas sobre atención a la salud escolar



L. Busto-Parada^{a,*}, G. Solís-Sánchez^b e I. Riaño-Galán^c

^a Servicio de Pediatría, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España

^b Área de Gestión Clínica de Pediatría, Servicio de Neonatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^c Área de Gestión Clínica de Pediatría, Unidad de Endocrino, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

Recibido el 28 de mayo de 2021; aceptado el 24 de agosto de 2021

Disponible en Internet el 8 de octubre de 2021

PALABRAS CLAVE

Enfermedad crónica;
Maestros;
Pediatras;
Enfermeras
pediátricas;
Urgencias médicas.

Resumen

Antecedentes y objetivo: Los cambios en la morbilidad infantil exigen adaptaciones para preservar su adecuado desarrollo y su rendimiento académico. El objetivo de este estudio fue conocer las necesidades percibidas de docentes, pediatras y enfermeras pediátricas sobre la capacitación de los centros escolares para asumir urgencias relacionadas con patología crónica y accidentales.

Método: Estudio transversal mediante cuestionario validado *ad hoc* en soporte digital (Google Formularios) que incluía variables sociodemográficas y una encuesta estructurada que recoge información sobre patología crónica, asistencia sanitaria y seguridad en caso de urgencia en el centro escolar.

Resultados: Se analizaron los datos de 266 cuestionarios (134 docentes, 132 pediatras y enfermeras). El 73,9% de los docentes afirmó haber tenido alumnos con patología crónica durante el último año y el 45,5% confirmó la existencia de protocolos para su asistencia, aunque el 68,7% no recibió formación específica para su atención.

El 25% de los pediatras y enfermeras sostuvieron que los progenitores de niños con patología crónica notifican siempre a los centros escolares y el 17,4% declaró conocer la existencia de protocolos específicos. El 35,6% colaboró en formación relacionada con patología específica o urgencias en centros escolares, con un predominio mayor del personal de atención primaria ($p < 0,001$).

El 50,7% de los pediatras y el 79,7% de las enfermeras manifestaron como prioridad media-alta la necesidad de tener enfermera escolar en los centros.

Conclusiones: La asistencia sanitaria del alumnado con patología crónica en los centros escolares es mejorable para docentes y sanitarios, siendo la figura de la enfermera escolar una opción de mejora considerada prioritaria.

© 2021 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: bustoparada@gmail.com (L. Busto-Parada).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.08.003>

2603-6479/© 2021 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Chronic disease;
School teachers;
Pediatricians;
Pediatric nurses;
Emergencies

Perceived needs regarding school health care

Abstract

Background and objective: Changes in infant morbidity require adaptations to preserve their proper development and academic performance. The objective of this study was to know the perceived needs of teachers, pediatricians and pediatric nurses regarding the training of schools to deal with emergencies related to chronic pathology and accidents.

Method: Cross-sectional study using an *ad hoc* validated questionnaire on digital support (Google Forms) that included sociodemographic variables and a structured survey that collected information on chronic pathology, health care and safety in case of emergency in the school.

Results: Data from 266 questionnaires (134 teachers, 132 pediatricians and pediatric nurses) were analyzed. 73.9% of the teachers stated that they have had students with chronic pathology during the last year and 45.5% confirmed the existence of protocols for their assistance, although 68.7% did not receive specific training for their care.

25% of pediatricians and nurses stated that the parents of children with chronic disease always notify the schools and 17.4% stated that they knew about the existence of specific protocols. 35.6% collaborated in training related to specific pathology or emergencies in schools, with a greater predominance of primary health care ($P < .001$).

50.7% of the pediatricians and 79.7% of the nurses stated as a medium-high priority the need to have a school nurse in the centers.

Conclusions: The health care of students with chronic diseases in schools can be improved for teachers, pediatricians and pediatric nurses, considering the figure of school nurse as the main improvement measure.

© 2021 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Durante las últimas décadas el desarrollo e instauración de cuidados especializados junto con un sistema sanitario más accesible han ocasionado cambios sustanciales en la morbilidad infantil con un aumento de la patología crónica de mayor o menor complejidad^{1,2} en todos los grupos etarios y niveles socioeconómicos.

El propio término de patología crónica, referido a la población pediátrica, ha evolucionado en su concepto, tanto en cuanto a la duración de la patología como a los cuidados que precisan fuera del ámbito sanitario³. Stein et al.⁴ y McPherson et al.⁵ incluyen limitaciones funcionales y/o del rol social o el uso de servicios adicionales al resto de sus iguales, respectivamente. Por el contrario, Mokink et al.⁶ estipulan una duración mayor o igual a 3 meses sobre un diagnóstico definido, dejando a un lado las consecuencias derivadas de la patología al considerar que se encuentran influenciadas por aspectos culturales, educacionales o de índole económica.

Ante la falta de consenso, las encuestas oficiales de salud se mantienen como referente en cuanto a la prevalencia de factores condicionantes de salud en la población de estudio. Datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) elaborada en 2017 nos indican un porcentaje de patología crónica en menores de 14 años del 18%, siendo la alergia crónica (10,5%) y el asma (4,5%) las más prevalentes, asociadas ambas a potenciales eventos de riesgo vital.

Para dar respuesta a esta situación es necesario emprender adaptaciones en todos los ámbitos involucrados^{7,8}. Las

diferentes opciones de resolución requieren el diseño de un proyecto inclusivo que comprenda la adecuación del sistema sanitario mediante la creación de unidades multidisciplinares y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales^{1,9}, así como la incorporación de las escuelas a la gestión de cuidados por su implicación en el rendimiento académico y ser parte elemental de la esfera social del alumnado¹⁰.

La figura de la enfermera escolar irrumpe con fuerza en este escenario^{11,12}, sin embargo, actualmente encontramos limitaciones estructurales y legales que impiden su generalización en nuestro medio. Además, existen controversias entre el personal sanitario y los docentes sobre la gestión de estos sucesos en los centros educativos, por lo que, la comunicación entre ambos para asegurar la calidad asistencial de los menores en el entorno escolar resulta imprescindible.

Conscientes de esta realidad, cobra especial relevancia la capacitación de los docentes ante situaciones de urgencia sanitaria derivadas del alumnado con patología crónica que puedan presentar eventos de riesgo vital^{13,14}. La elaboración de protocolos, administración de fármacos y/o maniobras de reanimación en caso necesario, son aspectos en discusión dentro de la comunidad educativa¹⁵.

Este estudio tiene por objetivo principal conocer la percepción de los docentes, pediatras y enfermeras pediátricas acerca de la capacitación de los centros escolares para asumir urgencias relacionadas con patología crónica y/o accidentes durante la jornada escolar.

Material y métodos

Diseño y ámbito de estudio

Estudio descriptivo concurrente simultáneo que tuvo lugar entre octubre de 2019 y enero de 2020 en centros escolares de financiación pública (públicos y concertados) y servicios de Pediatría de atención primaria (AP) y hospitalaria (AH) de la comunidad autónoma de Asturias.

Participantes

La población de estudio estuvo compuesta por:

- Docentes de centros escolares, cuya selección se realizó mediante muestreo aleatorio por conglomerados polietápico: 3.º Educación Infantil, 5.º Educación Primaria y 2.º Educación Secundaria; con una selección para estudio de 9 centros escolares, 2 de titularidad concertada y 7 de titularidad pública.
- Peditras y enfermeras pediátricas de AP, de todas las áreas sanitarias, y AH de las áreas sanitarias de Oviedo, Gijón y Avilés, siendo estos los únicos centros con unidades específicas para pacientes pediátricos de nuestra comunidad autónoma.

Se excluyeron los centros de educación especial o financiación privada y los cuestionarios sin consentimiento informado firmado.

VARIABLES e instrumento

Se diseñó una hoja de recogida de datos en soporte digital (Google Formularios) anónima y autoadministrada que incluía variables sociodemográficas (edad, sexo, nacionalidad, localidad de residencia, estado civil, hijos, categoría y ámbito profesional, años de ejercicio profesional y años en el puesto de trabajo actual) y un cuestionario *ad hoc* que fue sometido a un proceso de validación mediante panel de expertos de cada grupo de estudio para la validez aparente y de contenido del instrumento en el momento de conformar los ítems de preguntas del cuestionario. Se elaboraron 2 versiones: una para docentes (Anexo I) y otra para personal sanitario (Anexo II), que constan de 14 ítems y 11 ítems, respectivamente. En ambos casos se responden mediante 3 opciones de respuesta: Sí, NO, NS/NC (no sabe/no contesta), excepto para las siguientes preguntas: tipo de patología crónica (indicar), quién le ha proporcionado la formación (padres/personal sanitario de AP/personal sanitario de AH/otros), a quién iba dirigida la formación (alumnos/padres/docentes/grupos mixtos), cuánto tiempo le dedica a una urgencia en el aula (escaso/moderado/sustancial/extenso), frecuencia con que los padres comunican el diagnóstico (siempre/frecuentemente/a veces/rara vez/nunca); resolución de urgencias en el centro escolar (112/asesoramiento padres/personal del centro/asesoramiento de AP) y proyecto de mejora para la asistencia en caso de urgencia durante la jornada escolar (formación del personal del centro, protocolos de actuación, implantación de enfermería

escolar, ninguna actividad) ambas se responden mediante escala Likert con 4 opciones de respuesta que van de opción 1 (máxima prioridad) a opción 4 (mínima prioridad).

Las versiones elaboradas son equivalentes en cuanto a la información recogida sobre los recursos disponibles para el manejo de urgencias derivadas de patología crónica en los centros escolares y las necesidades percibidas por docentes y personal sanitario, sin embargo, se consideró necesaria la adaptación de las preguntas formuladas para adecuarlas al rol desempeñado por cada grupo de estudio.

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo tras obtener permiso específico del Comité de Ética en Investigación de nuestra comunidad autónoma (estudio n.º219/18).

La encuesta se remitió a través de la dirección de los centros a 750 docentes y, a través del investigador principal, a 143 sanitarios de AP y 195 sanitarios de AH, mediante correo electrónico donde se detallaba información sobre el estudio y enlace al cuestionario en soporte digital junto con el compromiso de confidencialidad de datos y el consentimiento informado como condición indispensable para su cumplimentación.

Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS con licencia de uso universitaria. Los resultados se muestran en frecuencias relativas y absolutas o en medidas de tendencia central (media e IC 95%), según variables categóricas o cuantitativas respectivamente. Para las comparaciones entre grupos se utilizó el test de Ji-cuadrado en la comparación de variables cualitativas y el test de T-Student para comparar variables cuantitativas. El nivel de significación fue $p < 0,05$ para todos los análisis.

Resultados

Se recibió respuesta de 140 docentes, 66 sanitarios de AP y 75 de AH. Se excluyeron 15 por errores a la hora de cumplimentar correctamente la aplicación informática, por lo que, la muestra final analizada fue de 266 encuestas: 134 docentes, 60 sanitarios de AP y 72 de AH. Con un índice de respuesta del 18% de los docentes y el 41,7% de los sanitarios (46% AP, 38% AH).

En la [tabla 1](#) se resumen las características sociodemográficas de la muestra.

Docentes

La media de edad de los 134 docentes respondedores fue de 47,6 años, siendo el 76,9% mujeres. La representación de los equipos directivos (11,9%) y de orientación (2,2%) fue minoritaria frente a los docentes activos en el momento del estudio (85,8%), con la siguiente distribución por nivel educativo: 7 en educación infantil (5,2%), 18 en primaria (13,4%) y el resto en secundaria (81,3%). La media de antigüedad como profesores fue de 19,8 años (IC 95%: 17,9-21,7; mediana de 20) y como profesionales del centro en el que

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra

	Docentes (n = 134)	Personal sanitario (n = 132)		
		Todos (n = 132)	AP (n = 60)	AH (n = 72)
Sexo				
Hombre	30 (22,4%)	31 (23,5%)	13 (21,7%)	18 (25%)
Mujer	103 (76,9%)	101 (76,5%)	47 (78,3%)	54 (75%)
Edad (años), media (IC 95%)	47 (46-49)	45 (43-47)	49 (47-52)	41 (38-43)
Estado civil				
Soltero	24 (17,9%)	23 (17,4%)	6 (10%)	17 (23,6%)
Casado/pareja	101 (75,4%)	100 (75,8%)	49 (81,7%)	51 (79,8%)
Separado/divorciado	8 (6%)	9 (6,8%)	5 (8,3%)	4 (5,6%)
Viudo	1 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Hijos				
Sí	89 (66,4%)	91 (68,9%)	46 (76,7%)	45 (62,5%)
No	45 (33,6%)	41 (31,1%)	14 (23,3%)	27 (37,5%)
Tipo sanitario				
Pediatra	-	73 (55,3%)	35 (58,3%)	38 (52,8%)
Enfermera pediátrica	-	59 (44,7%)	25 (41,7%)	34 (47,2%)
Tiempo de trabajo (años), media (IC 95%)				
Centro actual	7,2 (5,8-8,5)	9 (7-10)	11 (8-14)	7 (5-9)
Total	19,8 (17,9-21,7)	19 (17-22)	23 (20-26)	16 (13-19)

trabajaban en el momento de la encuesta fue de 7,2 años (IC 95%: 5,8-8,5; mediana de 4).

En la [tabla 2](#) se recogen todas las respuestas al cuestionario de los docentes, de las que aquí destacamos las más importantes. El 73,9% notificó la presencia de discapacidad, enfermedad o problema médico crónico entre el alumnado durante el último curso. El 45,5% de los docentes declaró disponer de protocolos de actuación para accidentes o urgencias sanitarias, sin embargo, el 68,7% manifestó no haber recibido ningún tipo de formación sanitaria básica sobre estos temas. La presencia de botiquín de primeros auxilios en el centro fue del 83,6% pero tan solo el 12,7% dijo saber utilizar el desfibrilador semiautomático (DESA).

En cuanto a los accidentes o urgencias del alumnado durante el horario escolar, el 49,3% manifestó tener conocimiento de algún episodio, el 64,2% reconoció no estar capacitado para asistirlo y el 38,1% declaró no estar dispuesto a administrar una medicación al menor aun siendo necesaria. Asimismo, el 56% consideró que su centro escolar no estaba capacitado para atender urgencias que puedan aparecer en el aula.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las respuestas y el sexo de los docentes, la edad (menores y mayores de 40 años) o tener hijos.

En cuanto a la opción de máxima prioridad para mejorar la asistencia en caso de urgencia, el 51,5% de los docentes propuso la implantación de la enfermera escolar, mientras que la formación del personal docente presentó una menor prioridad.

Sanitarios

La media de edad de los 132 sanitarios respondedores fue de 45 años, siendo el 76,5% de ellos mujeres. La distribución entre niveles asistenciales fue del 45,5% para AP y el 54,5% para AH; en cuanto a categoría profesional, el 55,3% fueron pediatras y 44,7% enfermeras pediátricas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la edad de los 2 grupos y los años trabajados totales y en el centro actual, de manera que la media de edad y antigüedad profesional es menor entre el personal de AH ($p < 0,001$) así como la media de tiempo medio trabajado en el centro actual ($p = 0,013$).

Los resultados más destacados de las opiniones recogidas de los profesionales sanitarios y sus asociaciones en relación con el nivel asistencial se detallan en las [tablas 3 y 4](#), respectivamente. La notificación de los progenitores al centro escolar de la patología crónica se consideró mayoritariamente como «frecuente» (56,1%), mientras que el 25% opinó que «siempre» se notificaba y en menor medida «tan solo a veces» (16,7%) y «rara vez» (2,3%).

El 35,6% colaboró en programas formativos relacionados con patología específica, urgencias o accidentes dirigidos a docentes y/o alumnos, con una diferencia significativa ($p < 0,001$) entre niveles asistenciales. En relación con los recursos, el 17,4% confirmó la existencia de protocolos específicos para patología crónica en los centros escolares, el 23,5% refirió conocer la presencia de botiquines de primeros auxilios y el 15,9% consideró a los docentes capacitados para utilizar un DESA.

Tabla 2 Percepciones de los docentes sobre patología crónica en el centro escolar

	SÍ	NO	NS/NC
¿Tuvo algún alumno con discapacidad, enfermedad o problema médico crónico durante el último curso?	73,9%	22,4%	3,7%
¿Existen en el centro protocolos específicos para atender a los alumnos con patología crónica?	45,5%	25,4%	29,1%
¿Ha recibido el personal del centro formación específica sobre la atención al alumno con patología crónica?	14,9%	68,7%	16,4%
¿Ha experimentado algún alumno una urgencia o accidente en el centro en el último año?	49,3%	26,1%	24,6%
¿Dispone su centro de un botiquín de primeros auxilios?	83,6%	0%	16,4%
¿Dispone su centro de un desfibrilador externo semiautomático (DESA)?	45,5%	29,1%	25,4%
¿Sabría utilizarlo?	12,7%	30,6%	56,7%
¿Cree que su centro está capacitado para manejar urgencias?	13,4%	56%	30,6%
¿Se considera usted capacitado para actuar frente a una urgencia o accidente?	19,4%	64,2%	16,4%
¿Estaría dispuesto a administrar una medicación en caso necesario?	38,8%	38,1%	23,1%

Tabla 3 Percepciones de los profesionales sanitarios sobre patología crónica en el centro escolar

	SÍ	NO	NS/NC
¿Le ha solicitado algún centro escolar de su zona básica de salud (ZBS) colaboración para el desarrollo de programas/ actividades relacionadas con patología específica, urgencias o accidentes en general?	35,6%	62,9%	1,5%
¿Se trataba de una formación desarrollada de manera puntual (no incluida en la programación de actividades del centro en cursos anteriores)?	85,1%	10,6%	4,3%
¿Conoce si en los centros escolares de su ZBS existen protocolos específicos para asistir a alumnos con patología crónica, urgencias o accidentes?	17,4%	44,7%	37,9%
¿Disponen los centros escolares de su ZBS de un botiquín de primeros auxilios? (material de curas, medicación de urgencia, dispositivos de vía aérea, etc.)?	23,5%	18,2%	58,3%
¿Ha tenido que acudir a algún centro escolar de su ZBS para asistir una urgencia o accidente durante el pasado año lectivo?	30,3%	43,2%	26,5%
¿Considera que los docentes, como norma general, están capacitados para asumir urgencias o accidentes?	12,1%	68,9%	18,9%
¿Considera que los docentes, como norma general, están capacitados para hacer uso de un desfibrilador externo semiautomático (DESA)?	15,9%	64,4%	19,7%
¿Considera los centros docentes de su ZBS como un entorno seguro en cuanto a la gestión de urgencias y accidentes para el personal que lo integra y los estudiantes que acuden diariamente?	19,7%	48,5%	31,8%

Un 30,3% de los sanitarios reconoció haber asistido una urgencia en un centro escolar en horario lectivo. En la [tabla 5](#) se recogen las diferentes opciones de gestión de urgencias y/o accidentes por parte de los centros escolares.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la asistencia de una urgencia en un centro escolar durante la jornada lectiva entre los 2 niveles asistenciales encuestados, así como al valorar la capacidad de los docentes para utilizar un DESA y asistir urgencias o accidentes, y en la percepción del centro escolar como entorno seguro. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las respuestas y el tipo de profesional (pediatras y enfermeras pediátricas).

El 47% de los sanitarios consideró la implantación de una enfermera escolar como la opción de máxima prioridad ([tabla 6](#)), sin embargo, se ha determinado una asociación significativa entre la prioridad en la implantación de enfermera escolar según nivel asistencial y tipo de profesional sanitario, siendo mayor entre las enfermeras ($p < 0,001$) y en AH ($p = 0,023$).

Discusión

En el presente estudio se han analizado las posibles diferencias en cuanto a la percepción manifiesta de docentes y personal sanitario respecto a la gestión de situaciones de

Tabla 4 Asociación entre nivel asistencial y conocimientos recogidos en el cuestionario			
	AP (n = 60)	AH (n = 72)	Significación estadística (p)
¿Le ha solicitado algún centro escolar de su ZBS colaboración para el desarrollo de programas/actividades relacionadas con patología específica, urgencias o accidentes en general?	58,3%	16,7%	< 0,001*
¿A quién iba dirigida?, varias opciones de respuesta (n total de casos)			
Alumnos	11	8	
Docentes	31	6	
Padres	5	2	
Grupos mixtos	1	0	
¿Se trataba de una formación desarrollada de manera puntual (no incluida en la programación de actividades del centro en cursos anteriores)?	91,4%	66,7%	0,010
¿Con qué frecuencia cree que los padres de niños con patología crónica de su cupo notifican a los centros escolares el diagnóstico y tratamiento/cuidados correspondientes?	20%	29,2%	0,345 [†]
Siempre	55%	56,9%	
Frecuentemente	21,7%	12,5%	
A veces	3,3%	1,4%	
Rara vez			
¿Conoce si en los centros escolares de su ZBS existen protocolos específicos para asistir a alumnos con patología crónica, urgencias o accidentes?	23,3%	12,5%	0,248 [†]
¿Disponen los centros escolares de su ZBS de un botiquín de primeros auxilios? (material de curas, medicación de urgencia, dispositivos de vía aérea, etc.)?	26,7%	20,8%	0,705 [†]
¿Ha tenido que acudir a algún centro escolar de su ZBS para asistir una urgencia o accidente durante el pasado año lectivo?	33,3%	27,8%	< 0,001*
¿Cuántas veces ha tenido que acudir en el año lectivo previo?, mediana (RIC)	2 (1)	2(2)	0,056 [†]
¿Considera que los docentes, como norma general, están capacitados para asumir urgencias o accidentes?	16,7%	8,3%	< 0,001*
¿Considera que los docentes, como norma general, están capacitados para hacer uso de un desfibrilador externo semiautomático (DESA)?	23,3%	9,7%	< 0,001*
¿Considera los centros docentes de su ZBS como un entorno seguro en cuanto a la gestión de urgencias y accidentes para el personal que lo integra y los estudiantes que acuden diariamente?	28,3%	12,5%	0,002

RIC: rango intercuartílico.
[†] Ji-cuadrado.
^{**} U de Mann-Whitney.

Tabla 5 Opciones de gestión de urgencias y/o accidentes por parte de los centros escolares ordenadas según el nivel de preferencia otorgado por los profesionales sanitarios				
	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4
Llamando a urgencias	77,3%	10,6%	6,8%	5,3%
Buscando asesoramiento de los padres	4,5%	18,2%	40,2%	37,1%
Con el personal del centro	12,1%	15,2%	36,4%	36,4%
Con el asesoramiento del Centro de Salud	15,9%	59,8%	16,7%	7,6%

urgencia durante la jornada lectiva teniendo en cuenta la prevalencia de patología crónica como factor condicionante.

Se han observado discrepancias entre los datos aportados por los docentes sobre la prevalencia de patología crónica en la población estudiada, respecto a los publicados en ENSE y la Encuesta de Salud Infantil de Asturias (ESIA) de 2017

donde se estima que el 29% de la población infantil asturiana tiene algún problema crónico de salud. A pesar de que la distribución por patologías no ha sido tenida en cuenta en este estudio, existen evidencias que reflejan diferencias importantes en grupos poblacionales concretos respecto a las encuestas oficiales^{9,16}. Esta distorsión en las cifras puede

Tabla 6 Opciones para la mejora de la asistencia en caso de urgencia o accidente durante la jornada escolar

	Docentes (n = 134)				Personal sanitario (n = 132)			
	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4
<i>Formación del personal del centro (docente y no docente) a cargo de personal sanitario cualificado</i>	12,7%	30,6%	39,6%	17,2%	43,9%	28%	25%	3%
<i>Protocolos de actuación en colaboración con el Servicio Público de Salud</i>	14,2%	34,3%	32,1%	19,4%	23,5%	47%	28,8%	0,8%
<i>Promover la implantación de la enfermera escolar en los centros</i>	51,5%	11,2%	10,4%	26,9%	47%	16,7%	31,8%	4,5%
<i>Ninguna actividad, ya que los alumnos reciben toda la asistencia que necesitan</i>	32,8%	6,7%	14,2%	46,3%	6,1%	0%	8,3%	85,6%

atribuirse al amplio rango de alumnos/as a cargo de los docentes, por tanto, parece conveniente disponer de un registro oficial del alumnado con patología crónica que sirva para contrastar los datos recogidos de la población general con la situación real de las aulas y poder estimar la exposición de los docentes a situaciones potenciales de riesgo.

A diferencia de otros estudios¹⁷⁻¹⁹, la capacidad de respuesta frente a una urgencia ha sido valorada de manera indirecta a través de la existencia de protocolos, botiquín, DESA y la formación del personal docente en situaciones de urgencia de forma genérica. Los datos recogidos mostraron una dotación adecuada, sin embargo, la capacitación del personal resultó claramente deficitaria pues tan solo el 14,9% recibió formación específica lo que merma la capacidad de uso de los recursos disponibles, como se constató, por ejemplo, en la disposición para administrar medicación (38,8%) o el uso del DESA (12,7%) en caso necesario.

Por otro lado, el análisis estadístico reflejó una implicación significativa de los equipos de AP en el desarrollo de actividades formativas, que estuvieron condicionadas por la demanda voluntaria del profesorado y no necesariamente relacionadas con indicadores de morbimortalidad o conductas/hábitos emergentes relevantes para la salud y seguridad del alumnado²⁰. El carácter irregular de los programas de formación no facilita la fijación de conocimientos ni permite evaluar objetivamente los resultados a medio o largo plazo, motivo por el cual es fundamental establecer un programa de enseñanza continua y actualizada que asegure una respuesta adecuada. Además, su incorporación al currículo de formación universitaria de los docentes^{21,22} y de los propios alumnos fomenta su participación como agentes activos, constituyendo un recurso básico para la gestión sanitaria en el entorno escolar.

Con respecto a esto, cabe señalar la relevancia de una actuación apropiada en caso de urgencia, más allá de la asistencia en sí misma, al influir en la generación y fijación de

actitudes de los alumnos y ayudar a normalizar y aportar sensación de seguridad, sobre todo cuanto más corta edad tengan²³. Desde una perspectiva preventiva resulta vital fomentar el desarrollo de su autonomía, evitando la tendencia de los adultos a sobreproteger a los alumnos de ciertas circunstancias pues no responde a su demanda de la presencia de un adulto como recurso²⁴ sino al establecimiento de un rol paternalista.

Sin embargo, en nuestro estudio encontramos que tanto los docentes como el personal sanitario no consideraron los centros escolares como entornos seguros bajo las circunstancias actuales y, además, se constató una diferencia significativa entre AP y AH sobre las capacidades de las escuelas para afrontar situaciones de riesgo vital de manera autónoma. Este hecho nos sitúa ante una realidad donde los niveles asistenciales desconocen las circunstancias de los centros escolares en cuanto a manejo de urgencias relacionadas con patología crónica y a su vez, refleja unas escuelas dependientes del sistema sanitario para intervenir.

En definitiva, el aumento de patología crónica en la infancia y la integración de alumnos con necesidades especiales en educación ordinaria^{25,26} coloca a los docentes en un escenario para el que no están formados ni se sienten capacitados, demandando una figura sanitaria presencial que asuma la asistencia¹². La implantación de un servicio de salud escolar funcional y sostenible es una necesidad compartida con el personal sanitario de ambos niveles de atención, con una implicación más significativa del personal de pediatría de AP por su proximidad a los centros escolares y su papel como agentes de salud de referencia para la comunidad. Esta nueva estructura, bien desarrollada, podría facilitar la comunicación entre sanitarios y docentes y materializarse en una mejora de la calidad de las intervenciones con menores en el ámbito escolar en materia de salud: promoción, prevención, asistencia sanitaria, etc.

La principal limitación de nuestro estudio, además del bajo índice de respuesta, es la representatividad de la muestra, circunscrita en su mayoría a la zona central de nuestra comunidad autónoma, si bien es aquí donde se concentra el 78% de la población menor de 14 años. La exclusión de los centros de educación especial donde la prevalencia de patología crónica es mayor, y por tanto la necesidad de apoyo sanitario más relevante, merece ser tenida en cuenta en futuros estudios, así como la inclusión de centros con financiación privada. La utilización de un cuestionario *ad hoc* puede considerarse un sesgo relacionado con la comprensión de las preguntas realizadas; si bien fue sometido a un proceso de validación por un panel de expertos, el empleo de metodología mixta proporcionaría información más precisa. Por otro lado, la concreción en torno a la patología crónica deja de lado otros factores como la educación para la salud o la patología infecciosa, muy convenientes en el contexto actual^{17,28}, y sobre los que sería interesante conocer las medidas llevadas a cabo para fomentar el nexo entre la comunidad escolar y los servicios sanitarios. En este sentido, si bien lo concerniente a educación para la salud se incluye en el currículo escolar²⁹, la escuela como observatorio de patología infecciosa³⁰, su prevención y evitación de propagación entre alumnado y personal del centro sería fundamental de cara a programar las competencias de la enfermera escolar²⁰. Por último, la exclusión de los progenitores y personal no docente debe tenerse en cuenta como limitación pues son ellos quienes en ocasiones gestionan o asisten las necesidades del alumnado con patología crónica durante la jornada lectiva.

Conclusiones

Los centros escolares desempeñan un papel fundamental en la inclusión y normalización del alumnado con procesos patológicos crónicos. En cambio, la percepción de docentes y personal sanitario como entorno no capacitado para asumir posibles urgencias asociadas a estos procesos los aleja de ser un dispositivo más a integrar dentro de la planificación de cuidados de la población pediátrica con patología crónica. Este espacio vacío demanda la presencia de un recurso sanitario cuya solución, *a priori*, pasaría por la intervención de un equipo interdisciplinar de profesionales sanitarios haciendo uso de los dispositivos disponibles, sin embargo, tanto los docentes como los sanitarios encuestados en nuestro estudio optan por la instauración de servicios de salud escolar bajo la implantación de la enfermera escolar como opción prioritaria.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A los docentes, pediatras y enfermeras pediátricas participantes, por su colaboración desinteresada.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.jhq.2021.08.003](https://doi.org/10.1016/j.jhq.2021.08.003).

Bibliografía

- Climent Alcalá FJ, García Fernández de Villalta M, Escosa García L, Rodríguez Alonso A, Albajara Velasco LA. Unidad de niños con patología crónica compleja. Un modelo necesario en nuestros hospitales. *An Pediatr*. 2018;88:12–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.04.002>.
- Ishihara T, Tanaka H. Causes of death in critically ill paediatric patients in Japan: A retrospective multicentre cohort study. *BMJ Paediatr Open*. 2019;3:e000499. DOI:10.1136/bmjpo-2019-000499.
- Van der Lee JH, Mokkink LB, Grootenhuis MA, Heymans HS, Offringa M. Definitions and measurements of chronic health conditions in childhood. *JAMA*. 2007;297:2741–51, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.297.24.2741>.
- Stein RE, Bauman LJ, Westbrook LE, Coupey SM, Ireys HT. Framework for identifying children who have chronic conditions: The case for a new definition. *J Pediatr*. 1993;122:342–7.
- McPherson M, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck PW, et al. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics*. 1998;102:137–40.
- Mokkink LB, van der Lee JH, Grootenhuis MA, Offringa M, Heymans HSA. Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0–18 years of age): National consensus in the Netherlands. *Eur J Pediatr*. 2008;167:1441–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-008-0697-y>.
- Best NC, Oppewal S, Travers D. Literature review exploring school nurse interventions and health and education outcomes: An integrative review. *J Sch Nurs*. 2018;34:14–27, <http://dx.doi.org/10.1177/1059840517745359>.
- Hoffmann I, Diefenbach C, Gräf C, König J, Schmidt MF, Schnick-Vollmer K, et al. Chronic health conditions and school performance in first graders: A prospective cohort study. *PLoS One*. 2018;13:e0194846, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0194846>.
- Barrio Cortes J, Suárez Fernández C, Bandeira de Oliveira M, Muñoz Lagos C, Beca Martínez MT, Lozano Hernández C, et al. Enfermedades crónicas en población pediátrica: comorbilidades y uso de servicios en atención primaria. *An Pediatr*. 2020;3:183–93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.12.019>.
- Cano-Díaz LH, Pulido-Álvarez AC, Giraldo-Huertas JJ. Una mirada a la caracterización de la primera infancia: contextos y métodos. *Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv*. 2015;13:279–93, <http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.13116250314>.
- Diez Fernández T, Casas Martínez F, Francisco del Rey C, Gómez Carrasco JA. ¿En qué medida es la enfermería escolar una necesidad sentida por los padres de los niños escolarizados en enseñanza primaria? *Enferm Clin*. 2001;11:72–9, [http://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621\(01\)73691-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1130-8621(01)73691-1).
- Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Alarcón-Alarcón G, Infante-Torres N, Donate-Manzanares M, Gomez-Salgado J. The need for school nursing in Spain: A mixed met-

- hods study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:2367–78, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15112367>.
13. Carral San Laureano F, Gutiérrez Manzanedo JV, Moreno Vides P, de Castro Maqueda G, Fernández Santos JR, Ponce González JG, et al. Actitudes y percepción del profesorado de centros educativos públicos sobre la atención a alumnos con diabetes tipo 1. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2018;65:213–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.endinu.2017.11.007>.
 14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Ministerio de Educación, Cultura y Deporte Gobierno de España. Documento de consenso sobre recomendaciones para una escolarización segura del alumnado alérgico a alimentos y /o látex Madrid; 2013. [consultado 2 Feb 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/Alergia_Alimentos.lateX.pdf.
 15. Calvo Francés F, Hernández Rodríguez JE. Validación de un cuestionario sobre la percepción del profesorado del manejo de situaciones de emergencias en el ámbito escolar. *Metas de Enfermería*. 2015;18:20–8.
 16. Gómez Silva G, Carollo Motellón M, Abelairas Gómez C, Sánchez Santos L, García Doval FM, Rodríguez Núñez A. Escolares con enfermedades crónicas ¿qué les preocupa a sus profesores? *An Pediatr*. 2020;93:374–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.02.004>.
 17. Bakke HK, Bakke HK, Schwebs R. First-aid training in school: amount, content and hindrances. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2017;61:1361–70, <http://dx.doi.org/10.1111/aas.12958>.
 18. Ganfure G, Ameya G, Tamirat A, Lencha B, Bikila D. First aid knowledge, attitude, practice, and associated factors among kindergarten teachers of Lideta sub-city Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS One*. 2018;13:e0194263, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0194263>.
 19. Faydali S, Küçük S, Yeşilyurt M. Incidents that require first aid in schools: Can teachers give first aid? *Disaster Med Public Health Prep*. 2019;13:456–62, 0.1017/dmp.2018.66.
 20. Levinson J, Kohl K, Baltag V, Ross DA. Investigating the effectiveness of school health services delivered by a health provider: A systematic review of systematic reviews. *PLoS One*. 2019;14:e0212603, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0212603>.
 21. Charro Huerga E. La educación para la salud en la formación del maestro de primaria. Un estudio con el método Delphi. (Tesis doctoral). Valladolid: Universidad de Valladolid, Castilla y León; 2016. doi: 10.35376/10324/16808.
 22. Laborda Higes FM, Análisis de la situación de la asistencia sanitaria en los centros escolares de Aragón: formación e implicación del personal docente y sanitario ante la enfermedad crónica del alumnado. (Tesis doctoral). Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Aragón; 2017.
 23. Abelairas-Gómez C, Carballo-Fazanes A, Martínez-Isasi S, López-García S, Rico-Díaz J, Rodríguez-Núñez A. Conocimiento y actitudes sobre los primeros auxilios y soporte vital básico de docentes de Educación Infantil y Primaria y los progenitores. *An Pediatr*. 2020;92:268–76, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.10.010>.
 24. Gabarí Gambarte MI, Sáenz Mendía R. Claves infantiles para prevenir la siniestralidad en el contexto escolar. *Gac Sanit*. 2018;32:405–10, 0.1016/j.gaceta.2016.07.007.
 25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Madrid: 2013. [consultado 2 Feb 2019]. Disponible en: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Madrid: 2013.
 26. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. *BOE*. 2013; 295: 97858-97921. [consultado 15 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2013/12/09/8/dof/spa/pdf>.
 27. Asociación Española de Pediatría. Propuesta de la Asociación Española de Pediatría-AEP de Reapertura de Centros de Educación Infantil. Madrid: 2020. [consultado 16 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/20200616np.aep.esuelasinfantiles.pdf>.
 28. World Health Organization. Considerations for school-related public health measures in the context of Annex to COVID-19. Geneva: 2020. [consultado 9 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19>.
 29. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Plan Estratégico Salud Escolar y Estilos de Vida Saludable 2016-2020. Madrid: 2016. [consultado 15 Ene 2019]. Disponible en: <http://educalab.es/documents/10180/620318/PlanSaludEscolar.pdf/cbbdde3f-6d66-461b-93af-d98e6eb0244a>.
 30. Tanabe Y, Kurita J, Nagasu N, Sugawara T, Ohkusa Y. Infection control in nursery schools and schools using a school absenteeism surveillance system. *Tohoku J Exp Med*. 2019;247:173–8, <http://dx.doi.org/10.1620/tjem.247.173>.