



Facultad de Educación

MÁSTER EN FORMACIÓN DEL PROFESORADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

A faint, light green watermark of a caduceus is centered in the background of the page. It features a staff with two snakes entwined and wings at the top.

INEQUIDAD SOCIO SANITARIA EN LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES. UNA PROPUESTA PEDAGÓGICA DESDE LA INTERVENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA

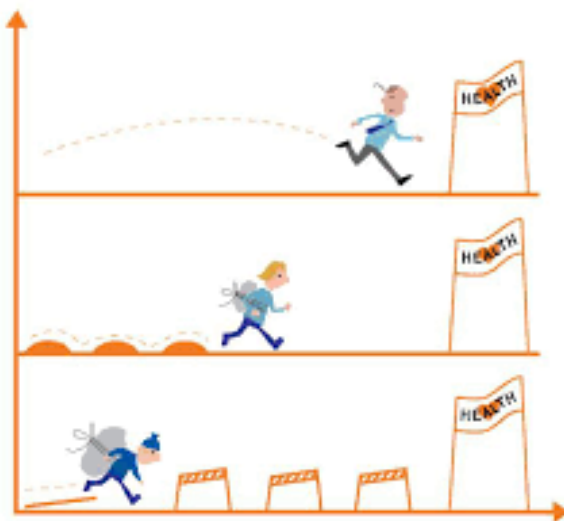
HEALTHCARE INEQUITY IN PREVENTABLE
DISEASES. A PEDAGOGICAL PROPOSAL FROM
THE SOCIAL-COMMUNITARIAN INTERVENTION

Alumna: Martín Díaz, María Jesús
Especialidad: Formación Profesional
Director: González de la Fuente, Iñigo
Curso Académico: 2021-2022
Santander, septiembre 2022

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

Carta de Ottawa, 1986.



Resumen

La educación es una de las dimensiones que conforma el estatus social que más influye en el estado de salud. Aunque en España se ha producido una mejora de la salud autopercebida en las últimas décadas, la ciudadanía con menor nivel educativo sigue considerando que posee una peor salud.

El presente trabajo consiste en reflexionar sobre la inequidad socioeducativa en la mortalidad de enfermedades prevenibles, a partir de un análisis bibliográfico que se utiliza como fundamentación teórica para el desarrollo de una propuesta de proyecto de intervención sociosanitaria desde la escuela, centrado en la capacidad de agencia del alumnado y el conocimiento de su ^o la cual se propone para el IES "Santa Clara", de Santander.

Así, el objetivo general es mostrar la necesidad de enseñar desde el sistema educativo el poder que tiene el conocimiento sobre la salud, cómo el capital cultural limita el acceso a determinados servicios y cómo transforma el estilo de vida tanto a nivel individual como colectivo. En definitiva, es una necesidad de la realidad actual aplicar medidas desde una visión más comunitaria, que comprenda cuáles son los mecanismos contextuales que contribuyen a reproducir las desigualdades.

Palabras claves: Educación para la Salud, inequidad en salud, comunidad, enfermedades prevenibles.

Abstract

Education is one of the dimensions of social status that most influences health status. Although in Spain there has been an improvement in self-perceived health in recent decades, citizens with lower levels of education continue to consider themselves to be in poorer health.

The present document consists of reflecting on socio-educational inequality in the mortality of preventable diseases, based on a bibliographical analysis that is used as a theoretical foundation for the development of a proposal for a socio-health intervention project from the school, centred on the students' capacity for agency and knowledge of their habitus, which is proposed for the "Santa Clara" Secondary School in Santander.

The general objective is to show the need to teach from the educational system the power that knowledge has on health, how cultural capital limits access to certain services and how it transforms lifestyles at both the individual and collective level. In short, it is a necessity of the current reality to apply measures from a more communitarian vision, which understands which are the contextual mechanisms that contribute to reproduce inequalities.

Keywords: Health education, health inequity, community, preventable diseases.

Índice

1. Introducción	6
2. Marco Teórico	8
2.1. Los determinantes sociales de las desigualdades en salud	8
2.2. Análisis del contexto actual de España	10
2.2.1. La Teoría de las Causas Fundamentales	10
2.2.2. El impacto de las desigualdades educativas sobre la salud en España	12
2.3. El papel de la Escuela en la promoción de la salud	15
2.4. Análisis del marco normativo	16
2.4.1. La Educación para la Salud desde la LOGSE a LOMLOE	16
2.4.2. La salud en la transversalidad de los ODS	18
3. Claves para el desarrollo de una propuesta de intervención para la prevención de enfermedades prevenibles	20
3.1. Introducción	20
3.2. Justificación de la propuesta	21
3.3. Contextualización del centro	23
3.4. Objetivos didácticos	25
3.5. Metodología	26
3.5.1. Planificación y secuenciación de las actuaciones	28
3.6. Competencias profesionales, personales y sociales implicadas	29
3.7. Los Resultados de Aprendizaje relacionados con los módulos	31
3.8. Temporalización	33
3.9. Evaluación	33
3.9.1. Evaluación formativa	34
3.9.2. Evaluación diagnóstica	34
3.9.3. Programa de recuperación del reto	40
3.10. Medidas ordinarias de atención a la diversidad	41
4. Conclusiones	42
Referencias bibliográficas	45
ANEXO	50

Índice de gráficos

Gráfico 1. Vulnerabilidad socioeconómica (%)	24
Gráfico 2. Viviendas en estado ruinoso, malo o deficiente	25

Índice de figuras

Figura 1. Causas alto grado de prevención.....	14
Figura 2. Causas bajo grado de prevención.....	14
Figura 3. Marco metodológico del Aprendizaje Basado en Retos de Apple (2011)	27

Índice de tablas

Tabla 1. Carga lectiva de los módulos seleccionados.....	20
Tabla 2. Planificación y secuenciación de los retos	28
Tabla 3. Competencias y Resultados de Aprendizajes implicados	29
Tabla 4. Los RA relacionados con el módulo de CNPSD.....	31
Tabla 5. Los RA relacionados con el módulo de AAP	32
Tabla 6. Los RA relacionados con el módulo de AS	32
Tabla 7. Temporalización del reto	33
Tabla 8. Ponderación competencias movilizadas en el reto. Evidencias para la evaluación. Módulo: CNPSD	36
Tabla 9. Ponderación competencias movilizadas en el reto. Evidencias para la evaluación. Módulo: AAP.....	38
Tabla 10. Ponderación competencias movilizadas en el reto. Evidencias para la evaluación. Módulo: AS.....	39
Tabla 11. Evidencias y evaluadores.....	40

1. Introducción

A partir de las inequidades presentes en la estructura social en los diferentes ámbitos (económico, social, cultural y político) se desarrollan las desigualdades en salud. Este tipo de desigualdad alude a las inequidades evitables e injustas ante la salud que surgen de las distintas oportunidades que disfruta la ciudadanía según su estatus socioeconómico, sexo, etnia o territorio. De esta forma, se puede decir que dicho concepto no solo hace referencia a las situaciones de vulnerabilidad, sino que además lleva implícita una dimensión ética y moral. Sen (2002) considera que la equidad y la justicia social se relacionan con el estado de salud, por lo que define a la equidad como un término multidimensional, que abarca todo lo que implica la justicia social, es decir, tanto la distribución de los recursos institucionales, económicos y educativos, como el valor que llegar a poseer la salud en la vida cotidiana de los individuos.

Las desigualdades pueden llegar a producir mayores riesgos sobre el estado de salud que los propios factores de riesgo que generalmente se dan de forma directa con la misma. En este sentido, son los grupos más vulnerables los que muestran un peor estado de salud (Benach, 1997). Las desigualdades en salud tienen su origen en mecanismos que operan a nivel individual, así como en otro tipo de mecanismos sociales relacionados con la (re)producción de las desigualdades a nivel contextual, es decir, con procesos que tienen lugar y se ponen de manifiesto en los contextos cercanos donde las personas habitan y desarrollan la mayor parte de su vida diaria.

Es por ello que Link y Phelan (2010) consideran que se debe presentar más atención a las condiciones sociales básicas si se quiere que las intervenciones sanitarias tengan un mayor efecto. A lo largo del presente trabajo se argumentará que los factores sociales como la vulnerabilidad socioeconómica y la vulnerabilidad socioeducativa son causas fundamentales de la enfermedad, ya que, al incorporar el acceso a recursos importantes, se ven afectados por múltiples mecanismos y, en consecuencia, mantienen una asociación con la enfermedad incluso cuando se modifican los mecanismos de intervención. Es decir, aun desarrollando herramientas de prevención, se mantienen las

desigualdades en salud. Esto se analizará a partir de los datos de mortalidad de enfermedades prevenibles y no prevenibles.

Asimismo, en el siguiente documento se presenta una estrategia de intervención educativa con la que se pretende entender la salud como una responsabilidad comunitaria, ya que la construcción del *habitus* está relacionado tanto con el grupo de iguales, como con los escenarios ciudadanos que rodean a las personas. Es por ello que se debe construir una moral colectiva de Salud, que ayude a fortalecer los valores éticos a nivel individual y que, a su vez, estos tengan un impacto en la comunidad más cercana.

De esta forma, para alcanzar el objetivo general de mostrar la importancia que tiene la Escuela en la transmisión del conocimiento sobre la Salud Pública, ya que las desigualdades educativas tienen un impacto en las desigualdades de acceso a los servicios sociosanitarios, llegando a ser un factor de riesgo en la mortalidad en enfermedades prevenibles, este Trabajo Fin de Máster se ha estructurado en dos bloques, los cuales hacen referencia a dos objetivos principales. El primero hace alusión a una revisión bibliográfica que tiene como objetivo reflexionar sobre la inequidad socioeducativa en las enfermedades prevenibles. Se analizan tanto los determinantes sociales de la salud, como los mecanismos y factores causales que tienen un impacto en la mortalidad de las enfermedades evitables y no evitables. Esta fundamentación teórica se convierte en la justificación del proyecto de intervención que se redacta en el segundo bloque, el cual hace referencia al objetivo de desarrollar una propuesta de intervención en educación para la salud en el ciclo de Formación Profesional de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia impartido en el centro educativo IES “Santa Clara” de Santander (Cantabria).

Existe una responsabilidad por parte de las instituciones educativa de generar nuevos contextos saludables. Por ello, la Educación para la Salud se presenta como una herramienta para trabajar desde lo individual a la comunitario, llegando a lograr una transformación de los hábitos saludables a nivel individual y que esto se traslade al contexto urbano.

2. Marco Teórico

2.1. Los determinantes sociales de las desigualdades en salud

Se puede definir a los determinantes sociales de la salud como las características específicas y las vías por las que las circunstancias y condiciones de la estructura social influyen en la salud de los individuos. Las características específicas pueden ser modificadas a través una actuación fundamentada (Krieger, 2001). Desde una perspectiva de producción social de la salud-enfermedad, se entiende que estos factores son contruidos socialmente, por lo que son diversos en función del contexto sociocultural de cada población, y su interrelación entre sí. Esta idea se encuentra dentro de la teoría ecosocial la cual, según Krieger (2001), pretende generar un conjunto de principios integrales que guíen la búsqueda y la acción en la investigación, desarrollando nuevos patrones de análisis de salud, enfermedad y bienestar que a su vez estén relacionados con la organización biológica, ecológica y social.

Las investigaciones de las desigualdades en salud han tenido como principales objetos de estudio explicar el origen y la reproducción de estas desigualdades. El Informe Black (Towsend y Davison, 1982) se considera punto de partida de las investigaciones contemporáneas sobre desigualdades en salud. Se centró en analizar las desigualdades a partir de una perspectiva materialista, desde la cual se consideraba que las causas de dichas desigualdades radicaban en la estructura socioeconómica, es decir, en la pobreza, la distribución de la renta, el desempleo, las características de las viviendas, del empleo, etcétera.

Una de las principales inquietudes de las investigaciones sobre las desigualdades en salud es estudiar cómo influye la salud en la movilidad social. La perspectiva de la selección social es la referente en ello, la cual considera que la buena salud beneficia a la movilidad social de forma ascendente; sin embargo, la mala salud puede llegar a producir un descenso en el estatus social (Moore y Porter, 1998). No obstante, según Mackenbach (2015), el papel

que tiene la selección social en el desarrollo de las desigualdades en salud no es muy relevante.

Analizando con mayor profundidad los factores que influyen en las desigualdades en salud a nivel de la estructura social, se desarrolla la perspectiva de la causalidad social, la cual considera que los grupos más vulnerables tienen más riesgos de padecer mayores problemas de salud, entendiendo así que los factores intermedios relacionados con la posición social de las personas determinan la salud de las mismas. Estos factores son, en primer lugar, materiales, que hacen referencia a las condiciones vitales, a las características del empleo, el contexto ambiental de residencia, el ocio, etc. En segundo lugar, los factores psicosociales se comenzaron a tener en cuenta a partir de observar en varios estudios cómo el grado de desigualdad económica, sin hacer referencia al nivel de vida, se encontraba relacionado con indicadores como la mortalidad o la esperanza de vida en los países más ricos (Wilkinson, 1997). Según esta perspectiva, la salud de las personas depende de la posición socioeconómica de estas en la escala social y la percepción subjetiva de la misma (Marmot et al., 1978). En tercer lugar, según Lantz (2010), la relación y asociación entre los factores socioeconómicos y el estado de la salud tiene un impacto sobre las conductas vitales individuales (*habitus*). Y, por último, según Borrell (2008) y Benach (1997), existe una gran deferencia entre los diferentes grupos sociales en el acceso de las medidas de prevención en salud, así como sobre los servicios de atención especializada no cubiertos por el sistema público de sanidad.

La relación de los diferentes factores explicados anteriormente ha llevado al desarrollo de modelos integrales en los que confluyen las diversas perspectivas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta en 2008 un marco de referencia para analizar las desigualdades en salud, el cual se centraba en la importancia del contexto sociopolítico y cómo éste influía en el estado de salud. En otras palabras, los determinantes estructurales de salud incluían los factores que estaban relacionados con el contexto sociopolítico y económico, que no se pueden medir a nivel individual, ya que hace referencia a las características de la estructura del sistema social (CSDH, 2008).

Las inequidades en salud tienen como base, a su vez, las desigualdades políticas, económicas y sociales que se desarrollan en la sociedad, que provoca una mayor vulnerabilidad a la enfermedad en ciertos colectivos (Borrell, 2008). Así pues, las desigualdades en salud son la consecuencia de las acciones políticas que influyen en la distribución de los recursos y riquezas en la sociedad y a la capacidad de movilidad social de los individuos.

2.2. Análisis del contexto actual de España

2.2.1. La Teoría de las Causas Fundamentales

La Teoría de las Causas Fundamentales fue desarrollada por Link y Phelan (1995) e intenta explicar la persistencia a lo largo del tiempo de la asociación entre el nivel socioeconómico y la mortalidad, a pesar de los cambios que se han producido para intentar erradicar las desigualdades en salud. Así pues, Link y Phelan (1995) pretenden comprender por qué persisten las inequidades en salud para así poder actuar sobre las causas reales.

Una de las características de estas causas es que se asocian con múltiples resultados de salud de forma dinámica. De esta forma, no se considera una única relación entre una causa social y un resultado específico de salud en un momento dado, sino que sus efectos son trasladables y perdurables a diversos procesos (Phelan, Link y Tehranifar, 2010). Por ejemplo, el nivel educativo y cultural no es una causa de una enfermedad particular, sino más bien es una causa fundamental que produce un impacto sobre la salud de los individuos y/o zonas urbanas de forma dinámica.

Además, las causas fundamentales relacionan el acceso y la utilización flexible de los recursos de poder, de cultura, de relaciones sociales y materiales, con la protección de la salud o en la minimización del proceso de desarrollo de la enfermedad en un momento determinado (Link y Phelan, 1995). Así pues, desde la TCF se introduce la capacidad de agencia sin ser reducida al voluntarismo que subyace en las políticas públicas que individualizan la exposición a los factores de riesgo, sino que los agentes toman las decisiones sobre su salud, mas lo hacen con acceso a recursos distribuidos de manera desigual.

Según Link y Phelan (1995), una causa social fundamental tiene cuatro características:

1. Influye en el resultado de múltiples resultados enfermedades.
2. Afecta estos resultados de la enfermedad a partir de múltiples factores de riesgo.
3. Implica el acceso a los recursos que pueden utilizarse para evitar los riesgos.
4. La asociación entre la causa fundamental y la enfermedad se reproduce a lo largo del tiempo a partir de la sustitución de mecanismos intervinientes.

Como se ha expuesto anteriormente, Link y Phelan (1995) consideran que el acceso y la utilización deliberada de los recursos flexibles en beneficio de la salud es el mecanismo central a partir del cual las personas con un nivel socioeconómico más alto consiguen alcanzar una mayor longevidad. Debido a que estos recursos son flexibles y pueden llegar a adaptarse a condiciones cambiantes relacionadas con la salud, el gradiente socioeconómico-estado-mortalidad persiste a lo largo del tiempo y a pesar de los intentos por cambiar la realidad. Así, se postula que la desigualdad social en salud se reproduce a medida que se gana control preventivo sobre la enfermedad y la mortalidad. Es decir, la reproducción de las desigualdades en salud tiene su origen en los rendimientos desiguales de los avances del conocimiento preventivo en cada momento histórico, especialmente en aquellos contextos que favorecen la distribución desigual de los recursos flexibles.

La FCT no destaca por su capacidad para determinar si un factor de riesgo influye en el resultado de una enfermedad en particular, sino más bien, por su facultad para determinar si múltiples enfermedades prevenibles están influenciadas a través de múltiples mecanismos. Además, llega a predecir que, cuando se generan nuevos conocimientos y tecnología relevantes para la prevención o la cura de enfermedades, los mecanismos de riesgos existentes en la actualidad se modifican. De esta forma, los recursos flexibles que se

relacionan con el estatus socioeconómico son los que dan forma a la distribución de los factores de riesgo y la protección para desarrollar nuevos mecanismos (Clouston y Link, 2021).

Así pues, siguiendo la Teoría de las Causas Fundamentales, se trata de seguir avanzando en la explicación causal para poder comprender cómo y por qué surgen asociaciones entre el estatus socioeconómico y los factores de riesgo y protección. Además, predice que el estatus socioeconómico está más asociado con la mortalidad por causas prevenibles que con la mortalidad por causas menos prevenibles (Clouston y Link, 2021).

2.2.2. El impacto de las desigualdades educativas sobre la salud en España

La asociación entre el logro educativo y la mortalidad ha sido un tema de investigación muy recurrente desde la epidemiología social. Fueron Kitagawa y Hauser (1973) los primeros que analizaron de forma exhaustiva la relación educación-mortalidad en los Estados Unidos. Demostraron que las diferencias educativas eran evidentes, siendo mucho más amplias entre la población más joven, y algo mayores entre las mujeres. Desde entonces son muchos los estudios que han intentado explicar cómo la educación influye en el riesgo de la mortalidad (Hummer y Lariscy 2011).

Además, la educación afecta de forma directa sobre el riesgo de mortalidad a partir del conocimiento y el uso efectivo de las tecnologías de la salud disponibles (Phelan, Link y Tehranifar, 2010). Se debe intentar comprender por qué se producen las disparidades educativas y cómo influyen en el conocimiento de los servicios en salud, para poder disminuir la tasa de mortalidad de forma efectiva.

La fuerte relación entre la educación y la mortalidad nos lleva a considerarla como una causa social fundamental del riesgo de salud y mortalidad (Link y Phelan, 1995; Link, 2008; Phelan, Link y Tehranifar, 2010), ya que la educación da forma a nivel individual a los recursos flexibles como son: el dinero, las relaciones sociales, el estatus asignado, el conocimiento, etc., que influyen en

la capacidad de las personas para evitar riesgos y minimizar las consecuencias de la enfermedad (Phelan, Link y Tehranifar, 2010).

Martín et al. (2021) han realizado unos de los primeros estudios longitudinales de España sobre la influencia de los factores causales como el nivel socioeconómico y el nivel educativo sobre la mortalidad. Se ha realizado analizando el riesgo de mortalidad según causas con alto grado de prevención, y con bajo grado de prevención, basada en la clasificación de enfermedades propuesta por Mackenbach et al. (2015). Así, por un lado, las causas prevenibles incluían aquellas que pueden evitarse mediante el cambio de comportamientos relacionados con la salud, las que pueden evitarse mediante la intervención de servicios médicos o de salud, y las que pueden evitarse dependiendo tanto de la adopción de comportamientos saludables como de la atención médica. Además, para la mortalidad prevenible también se incluyeron las causas relacionadas con lesiones (accidentes de tráfico, caídas accidentales y suicidio), las asociadas al abuso de alcohol y las derivadas de algunas enfermedades infecciosas y parasitarias, ya que suelen estar relacionadas con problemas de exclusión social. Por otro lado, las causas de mortalidad menos prevenibles incluyen enfermedades que se relacionan menos con mejoras potenciales en términos de recursos materiales e inmateriales a nivel individual, o con mejoras en el entorno físico y social de los barrios. Estos incluyen ciertos tipos de cáncer, como el cáncer de páncreas, hígado y estómago, entre otros¹.

Dicha investigación se ha llevado a cabo sobre la población andaluza. Aun así, teniendo en cuenta la representatividad de la muestra, las conclusiones del estudio pueden ser generalizadas al resto del Estado español. Uno de los objetivos de este era analizar la influencia del nivel educativo sobre el riesgo de mortalidad por causas sensibles a prevención.

En las figuras 1 y 2 se pueden observar los resultados del análisis de supervivencia (modelo de Cox) presentados en el estudio. En la figura 1, que

¹ Véase en el Anexo I, los códigos de las causas incluidas en cada grupo, según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10).

analiza la influencia del nivel educativo sobre las causas prevenibles, se muestra cómo las mujeres con menor nivel de estudios tienen mayor riesgo de fallecer por causas de alto grado de prevención (HR=1.70, IC95%: 1.51–1.92) comparadas con las de estudios superiores. Lo mismo sucede en el caso de los hombres de estudios bajos (HR=1.52, IC95%: 1.41–1.64). Sin embargo, estas diferencias se atenúan para los hombres o desaparecen en el caso de las mujeres en el grupo de causas menos sensibles a prevención (Figura 2).

Figura 1.
Causas alto grado de prevención

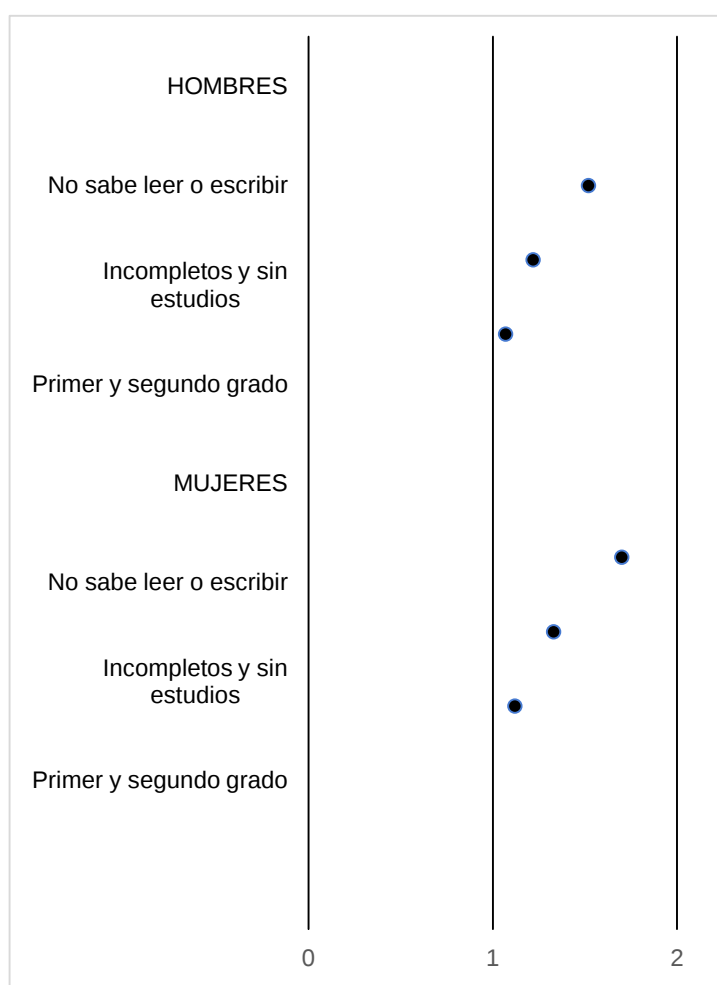
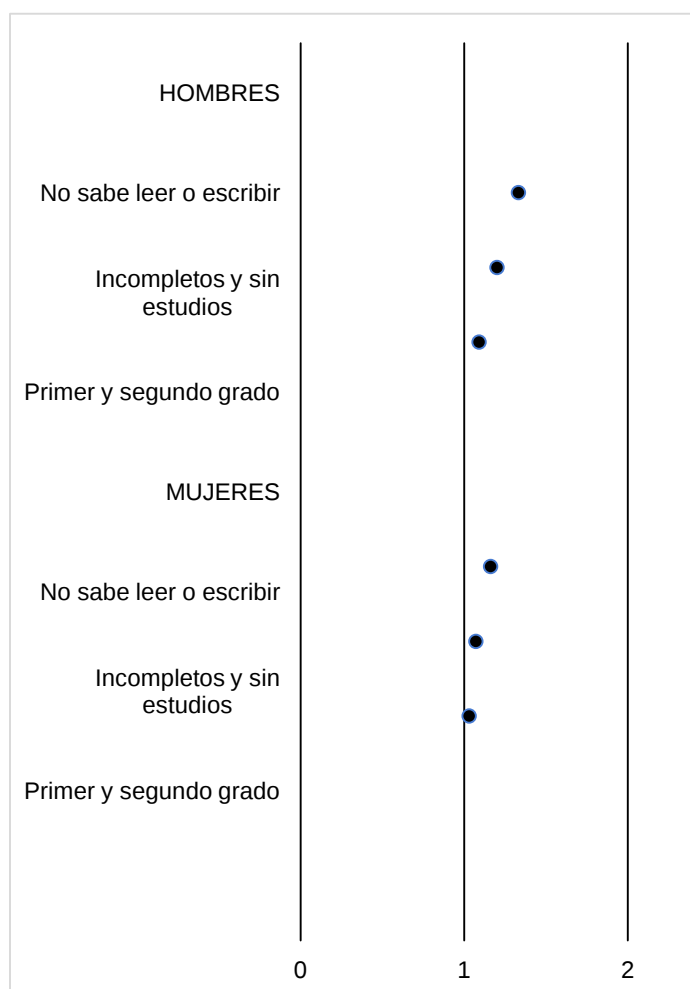


Figura 2.
Causas bajo grado de prevención



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio de Martín et al. (2021)

Los datos de esta investigación muestran la necesidad de desarrollar acciones de intervención desde el ámbito educativo que realmente tenga como objetivo disminuir las desigualdades sociales, ya que las desigualdades educativas determinan las desigualdades socioeconómicas y urbanas. En

definitiva, se debe educar en salud pública de forma transversal tanto en la educación obligatoria como postobligatoria.

2.3. El papel de la Escuela en la promoción de la salud

Lo que se entiende hoy por Educación para la Salud (EpS) se desarrolló a partir del concepto de Educación Sanitaria (ES), cuyo fin era educar a la población en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. En la ES la acción educativa recae sobre las personas, a las que el personal sanitario les intenta formar sobre los peligros de ciertos comportamientos sobre la salud, con el objetivo de que lleguen a modificar sus estilos de vida (Gavidia et al, 1993). Frente a la ES, se desarrolló la EpS, la cual fue definida en la XXXVI Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1983 como la combinación de actividades de información y formación que pretende mejorar la salud a nivel individual y colectivo, además de aportar las herramientas necesarias para la búsqueda de servicios sanitarios cuando sean requeridos.

Así pues, la EpS consiste en el desarrollo de actividades educativas diseñadas para incrementar el conocimiento de la ciudadanía en relación con la salud, además de desarrollar actitudes y estilos de vida que promueven una mejor calidad de vida (Coll-Fernández et al., 2011).

Además, la EpS contempla al individuo como un agente de cambio, por lo que este participa activamente. Es decir, la responsabilidad de conseguir la equidad en salud no es solo del sistema sanitario, sino que es una responsabilidad moral de todas las instituciones y colectivos, por lo que debe intervenir toda la comunidad en la consecución de una mejor Salud Pública (Gavidia et al.,1993).

La EpS se ampara en modelos teóricos y criterios de calidad (Granizo y Gallego, 2007) y ha sabido adaptarse a las transformaciones pedagógicas incorporando diferentes teorías y herramientas desde los diferentes paradigmas educativos (enfoques humanista, constructivista y desde la educación social) y desde la Salud Pública y el análisis biopsicosocial (salutogénesis, determinantes sociales y equidad) (López et al., 2010).

La metodología por la que se apuesta en la actualidad desde la EpS es una pedagogía activa y participativa, basada en el aprendizaje significativo, es decir, las personas aprenden desde sus propias experiencias, conocimientos y vivencias, a partir de la reorganización y modificación de estos durante el proceso educativo. Utiliza técnicas de la pedagogía activa, recursos muy variados, y un rol de la persona educadora de ayuda y facilitadora de aprendizajes.

Con respecto a los contenidos, la EpS está muy centrada en generar capacidad y comportamientos saludables. Sin embargo, también es necesario trabajar en todos los niveles educativos los recursos flexibles y su impacto sobre la salud, es decir, conocer los servicios comunitarios y sanitarios con los que cuenta la población con el fin de disminuir las desigualdades en salud en la mortalidad por causas prevenibles.

2.4. Análisis del marco normativo

2.4.1. La Educación para la Salud desde la LOGSE a LOMLOE

La EpS, considerada parte de la Promoción de la Salud, conforma un segmento muy importante de la educación en general, además de ser un medio de promoción de la salud. Es por ello que la Escuela se ha consolidado como uno de las instituciones más adecuadas para ejecutar programación de EpS junto con el ámbito comunitario.

La Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE), aprobada el 3 de octubre de 1990, es la primera ley nacional que refleja la necesidad de que la EpS esté presente en los currículos escolares. Esta subraya la importancia de conseguir la transversalidad curricular, y además muestra nuevos planteamientos curriculares en el ámbito de la salud, posibilitando la adecuación del sistema educativo a las necesidades que tiene la sociedad actual en generar salud. Las consecutivas leyes educativas que sucedieron a esta, LOPEG (1995), LOCE (2002), LOE (2006), LOMCE (2013) y LOMLOE (2020) redundan de forma latente o manifiesta en la idea de seguir manteniendo esta necesidad educativa.

No obstante, tras la promulgación de la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006) desaparecieron las materias transversales, dejando paso a las competencias, que era lo que indicaba el espacio común educativo europeo. Así pues, en la LOE solo una competencia definida como “Conocimiento e interacción con el mundo físico” se basaba en aspectos en Salud y la competencia “Social y ciudadanía” lo hacía de forma latente. Las antiguas materias trasversales como la EpS, del consumidor, del contexto ambiental, etc., habían sido eliminadas y sus contenidos se dispersaron entre las materias obligatorias, pero sin la perspectiva integradora y globalizadora de ser un tema transversal.

La Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE, 2013) trae consigo importantes cambios ya que se diseña una nueva estructuración del currículo, donde se desarrollan nuevas asignaturas y se eliminan otras. A su vez, se disminuyen las materias troncales y obligatorias, y se incrementan las optativas. El incremento de la opcionalidad puede influir en el desarrollo de la EpS en la formación, ya que esta tiene intrínseca la transversalidad, por lo que sus contenidos deben estar presentes en todas las asignaturas.

La actual Ley Orgánica por la que se modifica la LOE (LOMLOE, 2020) intenta fomentar de forma transversal la EpS, incluida la afectivo sexual desde la primaria a la educación postobligatoria. Además, se enmarca dentro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, lo que hace que se refuerce más la idea de necesidad de erradicar las desigualdades en salud desde el sistema educativo.

La EpS se ha venido desarrollando en las etapas obligatorias, quedando olvidada la etapa postobligatoria de Formación Profesional. No obstante, esta es muy importante en el desarrollo de la identidad profesional del alumnado, y del fortalecimiento de los conocimientos que marcarán su proceso vital. Es por ello que se debería reforzar la EpS en todos los ciclos formativos. Sin embargo, con la promulgación de la Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional, se considera como uno de los principios por desarrollar en la Formación Profesional la actualización permanente e innovadora que permita la detención de las necesidades

emergentes de la sociedad relacionados con la salud y la atención de las personas entre otros.

2.4.2. La salud en la transversalidad de los ODS

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2015. Esta es el reflejo de un compromiso global de los 195 estados que la apoyaron. Su objetivo es desarrollar herramientas que intenten erradicar la pobreza de todos los pueblos, lograr que los Derechos Humanos lleguen a todas las personas y construir un mundo más sostenible. Así pues, la Agenda 2030 es un plan de acción cuyo periodo de ejecución finaliza en el 2030, y se articula a partir de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas.

La Agenda 2030 en el contexto actual se muestra como una herramienta real para promover una educación de calidad y un sistema sanitario accesible a todas las personas, ya que la pandemia de la Covid-19 está teniendo un impacto negativo² sobre el derecho a la educación y a la sanidad. Así pues, se han incrementado las desigualdades sociales en todos los ámbitos³.

El cumplimiento de los ODS otorga un amparo teórico, normativo y práctico a las acciones que se ejecutan desde el sistema educativo. Sin embargo, según López Escorial (2020), si hubiéramos invertido lo necesario para la ejecución de los Objetivos del Milenio (ODM) durante la primera década de los 2000, existiría una base más fortalecida sobre la que seguir construyendo los ODS. Aun así, ahora sí parece que hay un mayor interés por parte de las instituciones por poder alcanzar las metas establecidas.

2 Según el Informe de Cáritas desarrollado por la Fundación FOESSA (2022), la reducción de gastos en educación y salud es de 6,7% en el conjunto de hogares; sin embargo, en los hogares de exclusión severa es del 23%. Esto tiene un impacto en la brecha digital, la cual se ha incrementado tras la pandemia, es decir, el apagón digital afecta al 35% de la población española.

3 Siguiendo con los datos del informe de Cáritas (Fundación FOESSA, 2022), el porcentaje de población en situación de carencia material severa se incrementó un 50% en el primer año de la pandemia, ya que pasó del 4,7% al 7,0%. Así pues, las desigualdades han aumentado en todos los ámbitos, educativos, sanitarios, económicos, laborales, etcétera.

Los ODS se encuentran íntimamente relacionados y conectados con elementos transversales como el género, la salud o la preservación del medio ambiente. Los objetivos más relacionados con la salud son: (ODS1) poner fin a la pobreza; (ODS 2) poner fin al hambre; (ODS 3) garantizar la salud y el bienestar; (ODS 4) poder acceder a una educación de calidad; (ODS 10) reducir la desigualdad. No obstante, es necesario que desde las instituciones educativas se trabaje desde un enfoque interdisciplinar y holístico dada la transversalidad de todos los ODS. Estos se presentan como un desafío a la educación, pero un desafío que permite avanzar hacia escuelas más inclusivas, más críticas, más formadas en las desigualdades sociales, y más comprometidas con lo local.

Además, la LOMLOE (2020) se presenta como una oportunidad que enmarca la Agenda 2030 a nivel normativo en el sistema educativo del Estado español impulsando que la educación ocupe un papel preferente en el desarrollo sostenible (ODS-4). Además, como indican Negrín y Marrero (2021), uno de los objetivos de la LOMLOE es poder implementar la Educación para el Desarrollo Sostenible y la Educación para la Ciudadanía Global en todos los centros educativos, recuperando la transversalidad curricular. Es decir, pretende dar respuesta a los compromisos que tiene nuestro país con el resto del mundo, apostando por el aprendizaje permanente a lo largo del proceso vital (Trujillo, 2021).

Uno de los mayores retos que se presentan en el nuevo marco es pasar de la igualdad a la equidad. Es por ello que las acciones de cooperación no son suficientes, hay que educar en cooperación para el desarrollo sostenible, en salud, en feminismo, en definitiva, educar en derechos humanos porque, como decía Herrera (2007), estos son un proceso, el cual, al igual que la salud y la educación, debe ser considerado como permanente durante todo nuestro ciclo vital. Esta idea complejiza las acciones: pasamos de trabajar acciones puntuales a desarrollar proyectos educativos que cruzan de forma transversal todas las materias que tienen un impacto en el contexto urbano donde se localiza el centro, que permite trabajar en red con otras entidades locales, es decir, convertimos al alumnado en agentes de acción social.

3. Claves para el desarrollo de una propuesta de intervención para la prevención de enfermedades prevenibles

3.1. Introducción

La propuesta de intervención que se presenta a continuación se enmarca dentro del Ciclo Formativo de Grado Medio de Atención a Personas en Situación de Dependencia (CFGM APSD). Así pues, como se observa en la Tabla 1, los módulos que intervendrán en el proyecto corresponden al primer curso y tienen la siguiente carga lectiva:

Tabla 1. Carga lectiva de los módulos seleccionados

	Módulo	Carga lectiva
1º curso	Características y Necesidades de las Personas en Situación de Dependencia	5 Periodos semanales
	Atención y Apoyo Psicosocial	7 Periodos semanales
	Apoyo Domiciliario	
	Primeros Auxilios	
	Atención Sanitaria	6 Periodos semanales
	Formación y Orientación Laboral	

Fuente: Elaboración propia

Debido a la necesidad de trabajar la transversalidad de los contenidos en la presente propuesta, se ha tratado de interrelacionar los contenidos de los principales módulos del ciclo formativo, con el objetivo de analizar los determinantes de las desigualdades en salud desde diferentes prismas ya que, como expone Borrel (2012), los determinantes varían según las características contextuales y sociales produciendo así los ejes de desigualdad que determinan la estructura social.

Teniendo en cuenta que las desigualdades en salud se reproducen y que estas persistirán mientras existan desigualdades de recursos, se plantea desde el CFGM APSD el desarrollo de un proyecto de intervención educativa de

Agentes en Educación para la Salud con el fin de acercar el conocimiento a las comunidades más vulnerables sobre la prevención de enfermedades prevenibles y poder disminuir las desigualdades de mortalidad.

3.2. Justificación de la propuesta

La competencia general del título del CFGM en Atención a Personas en Situación de Dependencia según el Real Decreto 1593/2011 de 4 de noviembre, consiste en: *atender a las personas en situación de dependencia, en el ámbito domiciliario e institucional, a fin de mantener y mejorar su calidad de vida, realizando actividades asistenciales, no sanitarias, psicosociales y de apoyo a la gestión doméstica, aplicando medidas y normas de prevención y seguridad y derivándolas a otros servicios cuando sea necesario*. Esta competencia general no debe perderse de vista en la elaboración del presente proyecto de intervención educativa.

Los cambios estructurales en el ámbito económico, social, político y cultural que se han venido produciendo en la sociedad incrementando las desigualdades sociales, implican nuevos retos por parte no solo de la élite política sino también del resto de la ciudadanía. Entre ellos, conseguir la igualdad de oportunidades sociosanitarias eliminando todo tipo de discriminación se sitúa como un objetivo prioritario en la sociedad, que promueven medidas y acciones para colectivos vulnerables, como son las personas con diversidad funcional y las personas mayores, a partir del fortalecimiento de la cohesión social y la promoción de conciliación de la vida profesional y personal.

Este proyecto pretende mirar hacia los activos en salud de los barrios principales de la ciudad de Santander. Se llevará a cabo un diagnóstico de la ciudad con el fin de analizar no solo determinantes de desigualdades en salud, sino también identificar las necesidades y los activos en salud (Mortueruel et al., 2019). Este diagnóstico se convertirá en una guía para el desarrollo de los talleres, ya que conocer las características de las comunidades es esencial para saber cómo se debe acercar el conocimiento en prevención y promoción en salud y potenciar así la cultura en salud.

A su vez, el Proyecto Agentes en Educación para la Salud Comunitaria consiste en promocionar la cultura en salud, a través de la formación de jóvenes que podrán llegar a ser líderes de asociaciones juveniles con una gran potencialidad para contactar y transmitir sus conocimientos sobre la comunidad. Esto lo conseguiremos a partir de la aplicación de retos. El reto en el que vamos a centrar la propuesta actual es “La Salud comunitaria importa”, a partir del cual el alumnado aprenderá a identificar los factores sociales que influyen en el desarrollo y reproducción de desigualdades urbanas. El alumnado, además de poner en práctica lo aprendido sobre las características y necesidades de los colectivos con dependencia, mediante la realización de talleres e intervenciones con diferentes colectivos (adolescentes, adultos y mayores), deberá adaptar las intervenciones a las necesidades del grupo asignado.

A su vez, se debe tener en cuenta que este ciclo formativo está íntimamente relacionado con la salud poblacional, por lo que fortalecer sus conocimientos sobre la promoción y prevención en salud, así como sensibilizar en las causas fundamentales y su impacto en la mortalidad, es esencial ya que el alumnado tendrá contacto directo con las poblaciones más vulnerables.

Las personas que obtienen el título de Atención de Personas en Situación de Dependencia ejercerán su actividad laboral en el sector de servicios a las personas: asistenciales, psicosociales y de apoyo a la gestión doméstica. De esta forma, las ocupaciones y puestos profesionales más relevantes son los siguientes:

- Cuidador/a de personas en situación de dependencia en diferentes instituciones y/o domicilios.
- Cuidador/a en centros de atención psiquiátrica.
- Gerocultor/a.
- Gobernante y subgobernante de personas en situación de dependencia en instituciones.
- Auxiliar responsable de planta de residencias de mayores y personas con discapacidad.
- Auxiliar de ayuda a domicilio.

- Asistente de atención domiciliaria.
- Trabajador/a familiar.
- Auxiliar de educación especial.
- Asistente personal.
- Teleoperador/a de teleasistencia.

Los cambios demográficos y sociales que se vienen desarrollando en España han hecho aflorar una doble realidad: en primer lugar, el progresivo envejecimiento de la población, ya que, según las previsiones del Instituto Nacional de Estadística en 2050, el 31,4% de la población española tendrá más de 65 años y el 11,6% más de 80 años (INE, 2020); y en segundo lugar, la ruptura del modelo familiar de atención y cuidado, hecho que se encuentra relacionado con la desestructuración del modelo del Estado de bienestar, en el cual la institución familiar es el principal eje que lo sostiene. Así, leyes como la Ley de Dependencia surgen como una respuesta de los poderes públicos al incremento de la demanda de cuidados de la población que vive en situación de dependencia, reconociendo el derecho de la ciudadanía que no pueda valerse por sí misma a recibir atención y apoyo por parte del Estado.

No obstante, se generan recursos con el fin de erradicar las desigualdades de atención sociosanitaria, pero, en el momento que estos se establecen en la población comienzan de nuevo a incrementarse las inequidades de acceso a esos servicios (Phelan y Link, 2005), y es aquí donde interviene el alumnado de CFGM APSD como actor social con capacidad de agencia, es decir, de transformar la realidad.

3.3. Contextualización del centro

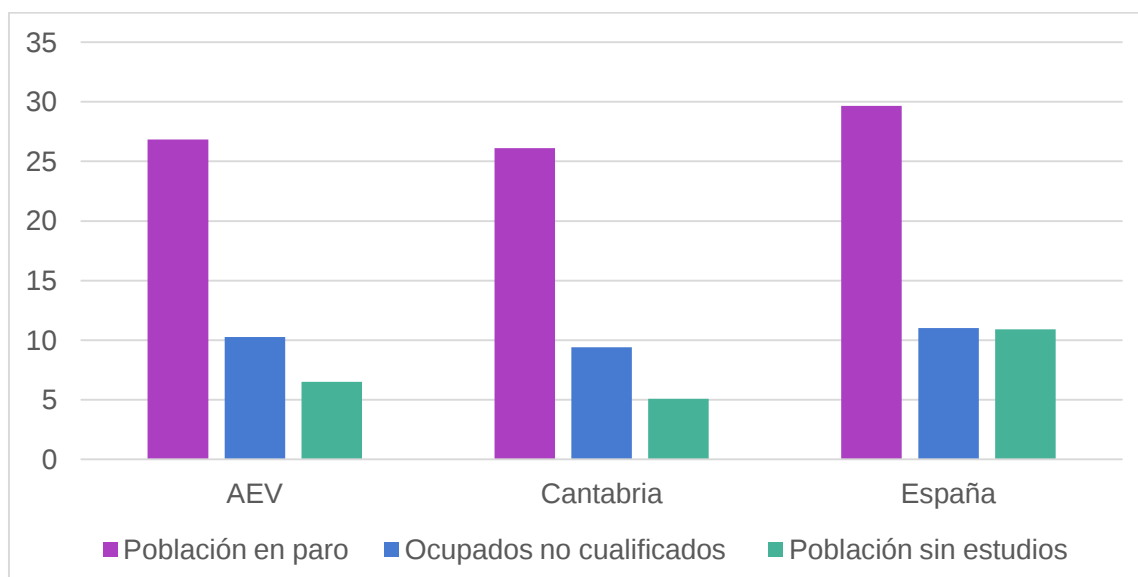
La comunidad educativa del IES “Santa Clara” puede ser la más representativa del municipio de Santander, ya que, si se observan las características de esta, se muestra cómo es un alumnado muy heterogéneo. Hay una gran diversidad étnica, cultural, religiosa, socioeconómica, etc. Además, según el director, Silvino Corada, entre el 50%-60% del alumnado se encuentra en situación de vulnerabilidad, ya que, si se tiene en cuenta el entorno urbano, aunque se encuentre en pleno de centro de la ciudad, el ideario urbano se ha dedicado a la actividad comercial, es por lo que la mayor

parte del alumnado procede de la ladera sur de la Calle General Dávila, una zona urbana obrera.

A partir del Atlas de Vulnerabilidad Urbana (Ministerio de Fomento, 2010), el cual ofrece información de las 34.251 secciones censales de los 8.108 municipios del Estado español, en relación a 96 indicadores e índices de vulnerabilidad, se va a analizar la vulnerabilidad urbana del entorno del IES “Santa Clara”.

Como se puede observar en el Gráfico 1, en el que se muestra la vulnerabilidad socioeconómica del Área Estadística Vulnerable 3907502 (AEV) la cual hace referencia a la sección censal del barrio donde se encuentra el IES “Santa Clara”, se observa cómo la población en paro es de 26,83% frente al 26,11% de la comunidad autónoma. Aunque la diferencia no sea muy significativa en este indicador, sí que lo es en la población ocupada no cualificada, la cual es de 10,28%, mientras que la comunidad se encuentra en un 9,42%, y la población sin estudios de la zona urbana es 6,52%, es decir, 1,42% mayor que en la comunidad cántabra.

Gráfico 1. Vulnerabilidad socioeconómica (%)

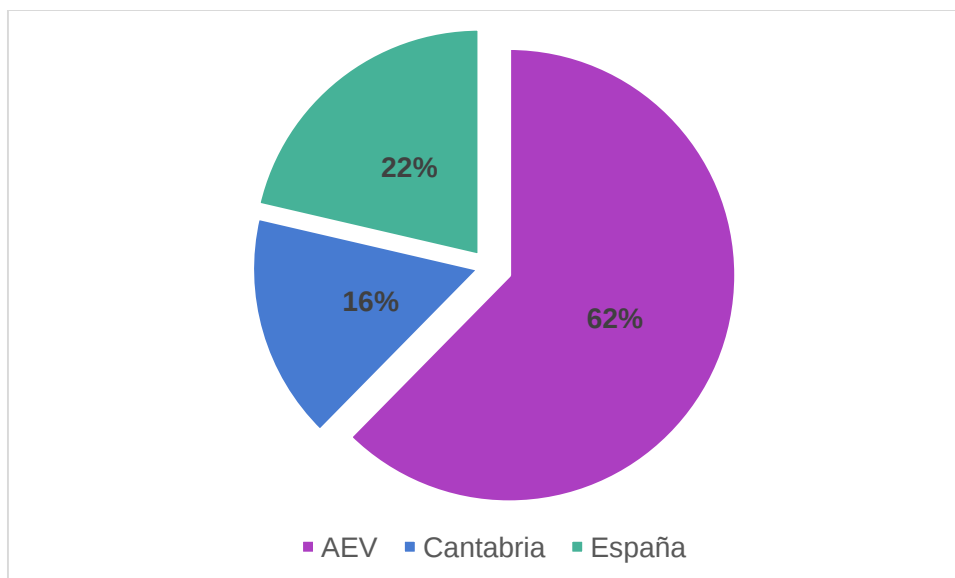


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Atlas de vulnerabilidad urbana

En el Gráfico 2 se refleja el estado de las viviendas de la AEV, y el 20,4% de ellas se encuentran en mal estado, lo que es un indicador claro de

vulnerabilidad urbana de la zona, y que puede llegar a tener un impacto en la salud de la comunidad del barrio.

Gráfico 2. Viviendas en estado ruinoso, malo o deficiente



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Atlas de vulnerabilidad urbana

Sin embargo, la diversidad se incrementa aún más en los cursos superiores, como bachillerato y formación profesional, tanto en los grados medios como superiores. Este aumento se encuentra relacionado con la proximidad del centro educativo de la estación de autobuses y trenes, lo que lo convierte en un instituto accesible, por lo que la procedencia del alumnado se abre a todos los pueblos cercanos a Santander.

3.4. Objetivos didácticos

El objetivo didáctico principal del proyecto es mostrar la necesidad de enseñar desde el sistema educativo el poder que tiene el conocimiento sobre la salud, cómo este limita el acceso a determinados servicios y cómo transforma el estilo de vida tanto a nivel individual como colectivo. Es decir, educar en salud a futuros profesionales del sector para que el proceso de fortalecimiento de sus conocimientos sirva para disminuir la mortalidad de la comunidad por causas prevenibles.

Además, proyectos como este ayudan a favorecer la transformación del modelo de enseñanza en los ciclos formativos de FP introduciendo la

metodología basada en el desarrollo de proyectos o retos reales y con la posible participación de empresas y otras instituciones, que contribuyan a desarrollar las competencias necesarias para el futuro desempeño profesional del alumnado.

Además, a partir de este reto, es decir, de desarrollo de Agentes en Educación para la Salud Comunitaria, se pondrán en valor el desempeño profesional de la atención a la promoción y prevención en salud desde las acciones comunitarias, potenciando la igualdad de oportunidades y reconocimiento profesional de un sector altamente feminizado y muy poco valorado por la labor social que desarrolla.

De esta forma, no se trata sino de cumplir los requisitos que establece la normativa que regula el título tanto a nivel nacional como autonómico. Así, el alumnado deberá adquirir competencias que se adquieren de forma evidentemente más clara utilizando metodologías activas, ya que estas implican activamente al estudiantado en una problemática social real, que tiene vinculación con el entorno, que lleva a la realización de un diagnóstico del hecho y el planteamiento de una solución.

3.5. Metodología

La metodología está destinada a propiciar y promover el aprendizaje en función de los Resultados de Aprendizaje perseguidos. Así pues, el desarrollo de este proyecto y la consecución de sus competencias profesionales exigen una metodología muy activa y de participación constante del individuo y del grupo, ya que cuanto mayor sea el nivel de motivación, mayor será el rendimiento académico y de implicación.

El proyecto de Agentes en Educación para la Salud Comunitaria se basa en una metodología de Aprendizaje Basado en Retos (ABR), mediante la cual el alumnado logrará una comprensión más profunda de la realidad social, aprendiendo a diagnosticar y definir los problemas sociales antes de decir o proponer una solución a la misma, a la vez que ejercitan habilidades blandas como la creatividad. Es decir, se pretende que el alumnado sea capaz de identificar los determinantes sociales y los factores causales en salud, que

desde una mirada crítica comprenda la realidad social de los barrios con mayor vulnerabilidad urbana de la ciudad de Santander, y que adquieran las habilidades suficientes para que ejecuten talleres con los diferentes colectivos que conforman las realidades de las comunidades vecinales.

En la Figura 3, se observa los elementos que conforman el marco metodológico del ABR, donde el aspecto más importante de esta metodología es la presentación de las diferentes estrategias de solución para un hecho social real y relevante para toda la sociedad.

Figura 3. Marco metodológico del Aprendizaje Basado en Retos de Apple (2011)



Fuente: Extraído de Reyes y Carpio (2018)

Este enfoque tiene múltiples beneficios sobre el estudiantado, ya que logra una comprensión más profunda y crítica de la realidad social, a través del aprendizaje de la necesidad de diagnosticar y definir los factores que influyen en la construcción de los problemas sociales antes de proponer una serie de soluciones o herramientas que ayuden a afrontarlos. Además, esto nos lleva a una mayor implicación de la comunidad estudiantil en el proyecto (Gaskins et al., 2015).

A su vez, el proceso de aprendizaje que permite desarrollar el ABR lleva al estudiantado a un acercamiento con la realidad de su comunidad, fortaleciendo la conexión entre la teoría y la práctica, es decir, entre la Escuela y su entorno,

produciendo una mayor sensibilización de los estudiantes ante la situación planteada, es decir, ante los factores causales que influyen en las desigualdades en salud.

3.5.1. Planificación y secuenciación de las actuaciones

Con el fin de ir ampliando la metodología a todos los módulos que conforman el ciclo, relacionado con uno y otro reto (Tabla 2), durante el primer curso escolar se debería centrar la atención en iniciar con un reto sencillo entre cuatro módulos. De esta forma, en el siguiente curso este reto pudiera acoger a dos módulos más (Primeros auxilios y Apoyo Domiciliario), al mismo tiempo que se comenzaría un reto entre dos módulos del segundo curso (Apoyo a la Comunicación y Destrezas Sociales), ampliándose el tercer curso a tres módulos (Teleasistencia) y un nuevo reto en la tercera evaluación del primer curso.

Así pues, al finalizar el tercer curso existirían tres retos activos en el grado, dos en el primer curso con un mínimo de cuatro módulos implicados, y uno en el segundo curso con tres módulos participantes.

Tabla 2. Planificación y secuenciación de los retos

	CNPSD ⁴	AS ⁵	AAP ⁶	ADO ⁷	PA ⁸	DS ⁹	TELE ¹⁰	ACO ¹¹
1er Curso Escolar	RETO 1 2ªEvaluación	RETO 1 2ªEvaluación	RETO 1 2ªEvaluación					
2do Curso Escolar	RETO 1 2ª Evaluación	RETO 1 2ªEvaluación	RETO 1 2ªEvaluación	RETO 1 2ªEvaluación	RETO 1 2ªEvaluación	RETO 1 1ªEvaluación	RETO 1 1ªEvaluación	
3er Curso Escolar	RETO 1 2ª Evaluación	RETO 1 2ªEvaluación	RETO 1 2ªEvaluación	RETO 1 2ªEvaluación	RETO 1 1ªEvaluación	RETO 1 1ªEvaluación	RETO 1 1ªEvaluación	RETO 1 1ªEvaluación
	RETO 2 3ª Evaluación	RETO 2 3ªEvaluación	RETO 2 3ªEvaluación	RETO 2 3ªEvaluación				
	PRIMER CURSO					SEGUNDO CURSO		

Fuente: Elaboración propia

4 CNPSD: Características y Necesidades de las Personas en Situación de Dependencia

5 AS: Atención Sanitaria

6 AAP: Atención y Apoyo Psicosocial

7 ADO: Apoyo Domiciliario

8 PA: Primeros Auxilios

9 DS: Destrezas Sociales

10 TELE: Teleasistencia

11 ACO: Apoyo a la Comunicación

3.6. Competencias profesionales, personales y sociales implicadas

Según el Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre donde se establecen las competencias profesionales, personales y, sociales del título de Técnico de Atención de Personas en Situación de Dependencia, y como se muestra en la Tabla 3, las competencias que se relacionan con los módulos implicados son las siguientes:

Tabla 3. Competencias y Resultados de Aprendizajes implicados

Competencias personales, profesionales y sociales implicadas	a) Determinar las necesidades asistenciales y psicosociales de la persona en situación de dependencia, mediante la interpretación de la información obtenida acerca de la persona a través del plan de atención individual, respetando la confidencialidad de la misma. b) Organizar las actividades de atención a las personas en situación de dependencia, favoreciendo su colaboración y la de la familia, y teniendo en cuenta las directrices establecidas en el plan de atención individualizada. i) Aplicar medidas de prevención y seguridad tanto para las personas en situación de dependencia como para los profesionales, en los distintos ámbitos de intervención. k) Implementar intervenciones de apoyo psicosocial, empleando ayudas técnicas, apoyos de comunicación y tecnologías de la información y la comunicación, y siguiendo las pautas marcadas en el plan de atención individual. m) Realizar tareas de acompañamiento y asistencia personal, respetando las directrices del Plan Individual de Vida Independiente y las decisiones de la persona usuaria. n) Asesorar a la persona en situación de dependencia, a los familiares y cuidadores no formales, proporcionándoles pautas de actuación en el cuidado y la atención asistencial y psicosocial, y adecuando la comunicación y las actitudes a las características de la persona interlocutora r) Actuar con responsabilidad y autonomía en el ámbito de su competencia, organizando y desarrollando el trabajo asignado, cooperando o trabajando en equipo con otros profesionales en el entorno de trabajo. s) Resolver de forma responsable las incidencias relativas a su actividad, identificando las causas que las provocan, dentro del ámbito de su competencia y autonomía. t) Comunicarse eficazmente, respetando la autonomía y competencia de las distintas personas que intervienen en el ámbito de su trabajo. v) Aplicar procedimientos de calidad, de accesibilidad universal y de «diseño para todos» en las actividades profesionales incluidas en los procesos de producción o prestación de servicios.
--	--

Módulos implicados	Resultados de Aprendizaje	Producto final del reto
Características y necesidades de las personas en situación de dependencia	RA 1. Caracteriza el concepto de autonomía personal analizando los factores que intervienen tanto en su prevención y promoción como en su deterioro.	Talleres de Educación para la Salud adaptados a los usuarios de las entidades colaboradoras
	RA 4. Describe e identifica las enfermedades generadoras de dependencia determinando sus efectos sobre las personas que las padecen.	
Atención sanitaria	RA 1. Organiza las actividades de atención sanitaria a personas en situación de dependencia relacionándolas con las características y necesidades de las mismas	
	RA 3. Realiza actividades de asistencia sanitaria relacionando las necesidades y características de la persona usuaria con lo establecido en el plan de cuidados	
Atención y apoyo psicosocial	RA 4. Caracteriza las técnicas de acompañamiento para las actividades de relación social y de gestión de la vida cotidiana relacionando los recursos comunitarios con las necesidades de las personas en situación de dependencia	Apoyo en la organización y acompañamiento de las personas participantes a los talleres

Fuente: Elaboración propia a partir del Real Decreto 1593/2011.

A su vez, el mercado laboral cada vez más se está interesando por otras competencias añadidas a las de carácter más técnico, denominadas como competencias transversales o *soft skills*, las cuales hacen referencia a la creatividad, el trabajo colaborativo, la resolución de conflictos, la autodisciplina, habilidades comunicativas o el autoaprendizaje. Esta necesidad de nuevas competencias no es más que el reflejo de la necesidad de los profesionales a adaptarse a nuevos contextos, ya que existe la sensación de incertidumbre constante tras la pandemia de la Covid-19, por lo que el mercado cada vez exige más versatilidad y autonomía, es decir, que los trabajadores sean capaces de autogestionar el proceso productivo.

De esta forma, el aprendizaje basado en proyectos o retos puede ser un buen método para proporcionar nuevas competencias interdisciplinares. Así pues, adquirir competencias transversales puede llegar a incrementar las

posibilidades de empleabilidad del alumnado. Además, la enseñanza basada en proyectos pretende que el alumnado adquiera tanto las habilidades académicas previstas, como habilidades transversales, por lo que a partir de este proyecto el alumnado podría desarrollar las siguientes competencias: comunicativas, colaborativas, mediadoras, y digitales.

3.7. Los Resultados de Aprendizajes relacionados con los módulos.

En las siguientes Tablas 4, 5 y 6 se observa la relación entre los resultados de aprendizajes (RA), los criterios de evaluación y las principales tareas evaluables dentro del reto en cada uno de los módulos implicados.

Tabla 4. Los RA relacionados con el módulo de CNPSD

Resultado de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Tareas
RA 1. Caracteriza el concepto de autonomía personal analizando los factores que intervienen tanto en su prevención y promoción como en su deterioro.	a) Se han definido los conceptos básicos relacionados con la autonomía personal y la vida independiente. b) Se han descrito los procesos básicos asociados a la promoción de la autonomía personal y la vida independiente. d) Se han identificado los factores que favorecen o inhiben el mantenimiento de la autonomía personal y la vida independiente. f) Se han identificado los indicadores generales de la pérdida de autonomía. g) Se ha justificado la necesidad de respetar la capacidad de elección de la persona en situación de dependencia. h) Se ha argumentado la importancia de la prevención para retrasar las situaciones de dependencia.	Tarea1CNPSD y AS: Análisis de los determinantes sociales de la salud con mayor impacto sobre la salud de los individuos Tarea2CNPSD: Identificación de los barrios más vulnerables de Santander. Tarea3CNPSD: Análisis de las vulnerabilidades en salud comunitaria de los barrios identificados.
RA 4. Describe e identifica las enfermedades generadoras de dependencia determinando sus efectos sobre las personas que las padecen.	b) Se han identificado las principales características y necesidades psicológicas y sociales de los pacientes con enfermedades generadoras de dependencia. d) Se ha descrito la influencia de las enfermedades mentales en la autonomía personal y social de las personas que las padecen. e) Se han identificado las necesidades de apoyo asistencial y psicosocial de las personas enfermas en función de la tipología de enfermedad que padecen. h) Se ha sensibilizado sobre la influencia de la enfermedad en la conducta de la persona enferma	Tarea4CNPSD: Informe de necesidades de los barrios vulnerables. RETO FINAL: TALLERES Tarea5CNPSD: Reflexión

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Los RA relacionados con el módulo de AAP

Resultado de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Tareas
RA 4. Caracteriza las técnicas de acompañamiento para las actividades de relación social y de gestión de la vida cotidiana relacionando los recursos comunitarios con las necesidades de las personas en situación de dependencia	a) Se ha obtenido información del equipo interdisciplinar para identificar las necesidades de acompañamiento de la persona en situación de dependencia. c) Se han seleccionado y aplicado criterios y estrategias que favorezcan la autonomía personal de las personas en situación de dependencia en las situaciones de acompañamiento. d) Se han adaptado los recursos comunitarios de las personas en situación de dependencia al acompañamiento para el disfrute del ocio y el acceso a los recursos , de acuerdo con sus características e intereses personales.	Tarea1AAP: Clasificación de técnicas grupales que se pueden utilizar en el desarrollo del proyecto. Tarea2AAP: Conocer a la población con la que se va a trabajar. Elaboración de entrevistas en las entidades. RETO FINAL: TALLERES

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Los RA relacionados con el módulo de AS

Resultado de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Tareas
RA 1. Organiza las actividades de atención sanitaria a personas en situación de dependencia relacionándolas con las características y necesidades de las mismas	b) Se han descrito las principales características y necesidades de atención física de las personas en situación de dependencia. d) Se han identificado las características del entorno que favorecen o dificultan el estado físico y de salud de la persona usuaria. f) Se han definido las condiciones ambientales favorables para la atención sanitaria. g) Se ha argumentado la importancia de la participación de la persona en las actividades sanitarias. h) Se ha valorado la importancia de promover el autocuidado	Tarea1AS y CNPSD: Análisis de los determinantes sociales de la salud con mayor impacto sobre la salud de los individuos. Tarea2AS: Elaboración de infografías con medidas que permitan la alfabetización en salud. Tarea3AS: Conocer los servicios de salud comunitaria de los barrios participantes. RETO FINAL: TALLERES. Tarea4AS: Reflexión
RA 3. Realiza actividades de asistencia sanitaria relacionando las necesidades y características de la persona usuaria con lo establecido en el plan de cuidados	g) Se ha valorado la importancia de favorecer la participación de la persona usuaria y su entorno en las actividades sanitarias. h) Se han empleado las medidas de protección, higiene y seguridad establecidas tanto para el personal como para la persona usuaria.	

Fuente: Elaboración propia

3.8. Temporalización

El reto “Agentes en Educación para la Salud Comunitaria” comenzará al finalizar la primera evaluación y continuará hasta la finalización de la segunda, es decir, los meses de diciembre, enero y febrero, siendo el total de semanas dedicadas al reto de 8. En la Tabla 7 se observa las horas dedicadas por módulo al reto.

Tabla 7. Temporalización del reto

Módulos	Periodos	Horas compartidas	Hora	Total de horas
Características y necesidades de las personas en situación de dependencia	6 periodos semanales	2 horas global Compartidas con AS	3 horas Tareas individuales Píldoras de contenidos	24h
Atención y apoyo psicosocial	5 periodos semanales	2 horas global Compartidas con CNPSD	5 horas Tareas individuales Píldoras de contenidos	40h
Atención sanitaria	7 periodos semanales	2 horas global Compartidas con AAP	4 horas Tareas individuales Píldoras de contenidos	32h

Fuente: Elaboración propia

3.9. Evaluación

Esta propuesta de proyecto tiene la finalidad de concienciar a futuros TAPSD de la importancia de sensibilizar a la comunidad de todos los recursos que tienen a su alcance que pueden llegar a mejorar su percepción de la salud para así disminuir las desigualdades en salud. Para la consecución de este objetivo, se ha diseñado una propuesta educativa basada en retos que estarán dirigidos por el propio alumnado para así reforzar la promoción y prevención de la salud entre los barrios más vulnerables de Santander.

Para García y Ramírez (2002) la evaluación de todo proyecto debe ser considerada como un proceso, porque es una parte esencial del mismo, de esta forma debe estar presente tanto en el diseño, como en la ejecución del mismo.

A partir de la evaluación se comprobará la permanencia de los objetivos del proyecto y el grado de realización. Así pues, al considerar la evaluación como un proceso, se debe tener en cuenta durante todo el transcurso del proyecto, con lo cual se realizará una evaluación formativa, y una evaluación diagnóstica.

3.9.1. Evaluación formativa

La evaluación formativa se realizará a lo largo del reto. Mientras el alumnado está trabajando en cada las tareas propuestas para la consecución del reto, las docentes observarán el proceso de trabajo y tomarán las notas oportunas que les ayuden tanto a realizar el *feedback* formativo correspondiente como a evidenciar sus evaluaciones y calificaciones.

Además, a la mitad del proyecto se realizará un proceso de evaluación donde tanto el profesorado como el alumnado podrán opinar sobre el grado de adquisición de las competencias de cada alumno y alumna, para así poder informar sobre los puntos fuertes y sobre aquellos aspectos que deben mejorar.

3.9.2. Evaluación diagnóstica

La evaluación diagnóstica se realizará al inicio del proyecto para conocer las competencias y conocimientos iniciales del grupo y, al final, con el fin de comprobar la evolución del alumnado.

Ya que lo que se persigue es la aplicación e implementación de metodologías activas en el aula es necesario realizar la evaluación de competencias, es decir, la evaluación del reto no puede ser de otra forma que aquella que abarca un proceso de recogida de evidencias y de formulación de valoraciones sobre el progreso del estudiantado, según los resultados de aprendizajes esperados.

Este proceso culminará con la calificación de los y las participantes. En definitiva, se basa en obtener una sola nota para cada módulo a partir de las diferentes tareas, prácticas y dossiers realizados, que darán respuesta a la adquisición de uno o varios resultados de aprendizajes a través de los criterios de evaluación correspondientes.

En las Tablas 8, 9 y 10 podemos observar la ponderación de las competencias movilizadas en el reto, así como las evidencias para su evaluación por cada una de los módulos implicados según la Orden ECD/81/2012, de 27 de junio.

Así pues, en la Tabla 8, se muestra las competencias relacionadas con el módulo de CNPSD. De este módulo, se ha destacado dos Resultados de Aprendizaje. El primero se refiere a la caracterización del concepto de autonomía personal, y dentro de este RA se van a tener en cuenta seis criterios de evaluación, siendo los que mayor porcentaje tienen en la evaluación los que están relacionados con la identificación de los factores o indicadores que favorecen la calidad de vida o autonomía. El segundo consiste en la identificación de los factores que influyen en las enfermedades generadoras de dependencia. Son cuatro los criterios de evaluación que se han extraído de la Orden ECD/81/2012 del RA 4. En este RA adquiere una mayor importancia los criterios relacionados con la identificación de las necesidades y la sensibilización psicosocial cuando se padece una enfermedad. Es por ello que las actividades de análisis y contextualización del lugar donde se van a ejecutar el reto final son las que adquieren mayor porcentaje para la evaluación.

En la Tabla 9 se muestran las competencias implicadas y las evidencias para la evaluación del módulo de AAP, del cual solo se ha relacionado con el proyecto un RA, el RA 4 según la Orden ECD/81/2012, ya que es el que tiene una vinculación más directa con el objetivo del reto de desarrollo de Agentes en Educación para la Salud Comunitaria. Así pues, se han destacado los criterios de evaluación sobre la aplicación de estrategias de intervención y la adaptación de los recursos comunitarios.

Por último, en la Tabla 10 se reflejan las competencias y criterios de evaluación del módulo de AS, del cual se han destacado dos RA, el 1 y el 3, los cuales tratan de la organización y realización de actividades sanitarias. Es en este módulo donde más importancia adquiere el reto final de elaboración de talleres, siendo las actividades que mayor porcentaje tienen para la evaluación final.

Tabla 8. Ponderación competencias movilizadas en el reto. Evidencias para la evaluación. Módulo: CNPSD

Resultados de aprendizaje	Criterios de evaluación	Ponderación	Instrumentos	
RA 1. Caracteriza el concepto de autonomía personal analizando los factores que intervienen tanto en su prevención y promoción como en su deterioro.	a) Se han definido los conceptos básicos relacionados con la autonomía personal y la vida independiente.	4%	Tarea1CNPSD: Análisis de los determinantes sociales de la salud con mayor impacto sobre la salud de los individuos	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>
	b) Se han descrito los procesos básicos asociados a la promoción de la autonomía personal y la vida independiente.	9%	Tarea1CNPSD: Análisis de los determinantes sociales de la salud con mayor impacto sobre la salud de los individuos	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>
	d) Se han identificado los factores que favorecen o inhiben el mantenimiento de la autonomía personal y la vida independiente.	14%	Tarea2CNPSD: Identificación de los barrios más vulnerables de Santander.	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>
	f) Se han identificado los indicadores generales de la pérdida de autonomía.	14%	Tarea3CNPSD: Análisis de las vulnerabilidades en salud comunitaria de los barrios identificados.	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>
	g) Se ha justificado la necesidad de respetar la capacidad de elección de la persona en situación de dependencia.	9%	Tarea4CNPSD: Informe de necesidades de los barrios vulnerables.	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>
	h) Se ha argumentado la importancia de la prevención para retrasar las situaciones de dependencia.	9%	Tarea4CNPSD: Informe de necesidades de los barrios vulnerables.	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>

RA 4. Describe e identifica las enfermedades generadoras de dependencia determinando sus efectos sobre las personas que las padecen.	b) Se han identificado las principales características y necesidades psicológicas y sociales de los pacientes con enfermedades generadoras de dependencia.	4%	Tarea1CNPSD: Análisis de los determinantes sociales de la salud con mayor impacto sobre la salud de los individuos	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>
	d) Se ha descrito la influencia de las enfermedades mentales en la autonomía personal y social de las personas que las padecen.	9%	Tarea3CNPSD: Análisis de las vulnerabilidades en salud comunitaria de los barrios identificados.	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>
	e) Se han identificado las necesidades de apoyo asistencial y psicosocial de las personas enfermas en función de la tipología de enfermedad que padecen.	14%	Tarea5CNPSD: Reflexión	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo</i>
	h) Se ha sensibilizado sobre la influencia de la enfermedad en la conducta de la persona enferma	14%	RETO FINAL: TALLERES	<i>-Rúbricas de evidencias de reto -Rúbricas de Evaluación y coevaluación de competencias transversales -Rúbrica de gestión grupal kanvan</i>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Ponderación competencias movilizadas en el reto. Evidencias para la evaluación. Módulo: AAP

Resultados de aprendizaje	Criterios de evaluación	Ponderación	Instrumentos	
RA 4. Caracteriza las técnicas de acompañamiento para las actividades de relación social y de gestión de la vida cotidiana relacionando los recursos comunitarios con las necesidades de las personas en situación de dependencia	a) Se ha obtenido información del equipo interdisciplinar para identificar las necesidades de acompañamiento de la persona en situación de dependencia.	25%	Tarea2AAP: Conocer a la población con la que se va a trabajar. Elaboración de entrevistas en las entidades.	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>
	c) Se han seleccionado y aplicado criterios y estrategias que favorezcan la autonomía personal de las personas en situación de dependencia en las situaciones de acompañamiento.	35%	Tarea1AAP: Clasificación de técnicas grupales que se pueden utilizar en el desarrollo del proyecto.	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>
	d) Se han adaptado los recursos comunitarios de las personas en situación de dependencia al acompañamiento para el disfrute del ocio y el acceso a los recursos, de acuerdo con sus características e intereses personales.	40%	RETO FINAL: TALLERES	<i>-Rúbricas de evidencias de reto -Rúbricas de Evaluación y coevaluación de competencias transversales -Rúbrica de gestión grupal kanvan</i>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10. Ponderación competencias movilizadas en el reto. Evidencias para la evaluación. Módulo: AS

Resultados de aprendizaje	Criterios de evaluación	Ponderación	Instrumentos	
RA 1. Organiza las actividades de atención sanitaria a personas en situación de dependencia relacionándolas con las características y necesidades de las mismas	b) Se han descrito las principales características y necesidades de atención física de las personas en situación de dependencia.	15%	Tarea1AS y CNPSD: Análisis de los determinantes sociales de la salud con mayor impacto sobre la salud de los individuos.	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>
	d) Se han identificado las características del entorno que favorecen o dificultan el estado físico y de salud de la persona usuaria.	10%	Tarea3AS: Conocer los servicios de salud comunitaria de los barrios participantes.	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>
	f) Se han definido las condiciones ambientales favorables para la atención sanitaria.	10%	Tarea3AS: Conocer los servicios de salud comunitaria de los barrios participantes.	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>
	g) Se ha argumentado la importancia de la participación de la persona en las actividades sanitarias.	25%	RETO FINAL: TALLERES.	- <i>Rúbricas de evidencias de reto</i> - <i>Rúbricas de Evaluación y coevaluación de competencias transversales</i> - <i>Rúbrica de gestión grupal kanvan</i>
	h) Se ha valorado la importancia de promover el autocuidado.	20%	Tarea2AS: Elaboración de infografías con medidas que permitan la alfabetización en salud	<i>Rúbricas de tareas intermedias comunes: dossier individual y de grupo.</i>
RA 3. Realiza actividades de asistencia sanitaria relacionando las necesidades y características de la persona usuaria con lo establecido en el plan de cuidados	g) Se ha valorado la importancia de favorecer la participación de la persona usuaria y su entorno en las actividades sanitarias.	15%	RETO FINAL: TALLERES.	- <i>Rúbricas de evidencias de reto</i> - <i>Rúbricas de Evaluación y coevaluación de competencias transversales</i> - <i>Rúbrica de gestión grupal kanvan</i>
	h) Se han empleado las medidas de protección, higiene y seguridad establecidas tanto para el personal como para la persona usuaria.	5%	RETO FINAL: TALLERES.	- <i>Rúbricas de evidencias de reto</i> - <i>Rúbricas de Evaluación y coevaluación de competencias transversales</i> - <i>Rúbrica de gestión grupal kanvan</i>

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 11 se puede observar quién será el que evalúe cada evidencia. Para ello, se utilizarán rúbricas para cada uno de las actividades que se deberán entregar. Es en estas rúbricas donde se especificarán los resultados de aprendizaje y los criterios de evaluación. Así pues, las notas obtenidas serán individuales o grupales, mientras que la nota final del reto será grupal.

Además, a modo de coevaluación, será el propio alumnado el que se pondere la nota grupal del reto, es decir, una vez que cada equipo de trabajo recibe su nota grupal esta será multiplicada por los miembros que lo conforman y serán estos los que repartan las notas según consideren la implicación de cada uno en el trabajo.

Tabla 11. Evidencias y evaluadores

Evidencia	Evaluadores
Dossier individual/grupal de tareas de cada módulo. Diario reflexivo	Cada docente en su módulo
Dossier del reto /kanvan (contratos, actas, fases...)	Todos los docentes
RETO FINAL (exposición y producto)	Todos los docentes
Competencias transversales	Todos los docentes y compañeros de grupos de trabajo

Fuente: Elaboración propia.

3.9.3. Programa de recuperación del reto

La asistencia a las sesiones globales, así como a las tareas propuestas en cada módulo para la consecución del reto final es obligatoria para que el alumnado pueda ser evaluado en la calificación final del reto. Por un lado, el alumnado que esté ausente de forma injustificada más de un 25% de las sesiones no podrá participar en la calificación final. Por otro lado, la no asistencia de forma justificada más de un 30% de las clases, supondrá la

calificación de las tareas en la que haya estado presente, o haya colaborado de forma activa desde casa, pudiendo llegar a ser evaluado del reto final.

El alumnado que no pueda participar en la calificación del final del reto realizará una prueba competencial de los resultados de aprendizaje que están asociados con el reto final, para cada módulo implicado. Se deberá entregar al alumnado los materiales necesarios para su preparación.

3.10. Medidas ordinarias de atención a la diversidad

La diversidad de la comunidad educativa del IES “Santa Clara” es una de las principales características del centro. Es por ello que este proyecto también debe establecer medidas de atención a la diversidad.

Así pues, según Decreto 78/2019, de 24 de mayo, en el que se ordena las medidas de atención a la diversidad en la comunidad autónoma de Cantabria, se proponen las siguientes medidas de carácter ordinario:

- Presentación de los contenidos usando diferentes lenguajes (orales, escritos, icónicos, gráficos, etc.) para acceder con facilidad a la mayoría del alumnado.
- Se priorizarán técnicas y estrategias que favorezcan la experiencia directa, la reflexión y el diálogo entre el alumnado.
- Seguimiento, observación y apoyo continuo por parte del equipo docente involucrado en el proyecto al alumnado con dificultades, ofreciéndoles refuerzos y herramientas de apoyo.

4. Conclusiones

En el nivel teórico, desde el ámbito sociosanitario existe un cierto consenso de lo que debería ser la Educación y la Promoción de la salud. No obstante, parece que no se plasma en el ámbito educativo con la eficiencia esperada, ya que la implementación de programas de EpS en la Escuela se basa en una voluntariedad por parte del equipo docente, que a su vez cuenta con recursos escasos, para poder alcanzar unos objetivos muy concretos, los cuales no son sistematizados ni constantes a lo largo de las diferentes etapas educativas.

Además, la mayor parte de los programas de EpS que se ejecutan en las escuelas intentan intervenir sobre los factores individuales. No obstante, como se ha analizado en este trabajo, no todos los procesos que desembocan en el incremento de las desigualdades en salud se ven afectados por los mismos factores. A partir de estudios como el realizado por Martín et al. (2021), se ha observado cómo, a pesar de controlar los mecanismos individuales (tabaquismo, actividad física, etc.), existe un mecanismo contextual que no se tiene en cuenta en las intervenciones públicas. Es por ello que toda intervención en salud debe pretender la transformación de los factores ambientales que influyen en las desigualdades en salud.

Es por ello que los proyectos de intervención en la Escuela sobre EpS deben ir orientados hacia una perspectiva ecosocial, es decir, que pretenda tener un impacto sobre la comunidad y no exclusivamente sobre el individuo. Proyectos como el que se presenta en este TFM que intenta formar al estudiantado de la FP de Técnico de Personas en Situación de Dependencia en estilos de vida saludables desde una mirada crítica de las desigualdades en salud, es decir, mostrándoles cómo influyen los factores causales a nivel urbano en la percepción de la salud de las personas y cómo estos tiene un impacto en la mortalidad por causas prevenibles.

Una mala gestión de las políticas urbanas y sociales puede llegar a incrementar las desigualdades en salud (Borrel, 2012). A pesar de los intentos de mejorar la implementación de dichas políticas y desarrollar nuevas

herramientas de gobernanza como son los presupuestos participativos. Estos no son suficientes para disminuir la vulnerabilidad urbana y la segregación social. Es aquí donde tiene un papel muy importante el tercer sector y la Escuela, para reivindicar el contexto, es decir, la comunidad como objeto de intervención, ya que no se puede intervenir sobre las inequidades socio-sanitarias solo desde aspectos individuales o grupales. Tal y como exponen Phelan y Link (2005), tanto los factores causales como los recursos flexibles tienen un impacto en la calidad de vida de las personas.

Así pues, los programas de prevención y promoción de la salud deben centrarse, también, en los procesos sociales, políticos y económicos como se considera desde la Teoría ecosocial (Krieger, 2001). Desde el sistema educativo se debe ir más allá de talleres específicos sobre aspectos de salud, y fomentar la cultura en salud, fortaleciendo el conocimiento del alumnado para que estos lleguen a ser actores sociales con capacidad de agencia.

Según Mackenbach (2015), para realizar una buena intervención y reducir las desigualdades en salud es necesario el establecimiento de objetivos explícitos y operativos. No obstante, como se ha podido analizar para mitigar la vulnerabilidad urbana, hay que alcanzar otras metas sociales: no basta con solo alcanzar ciertos objetivos como el incremento del nivel educativo, la profesionalización de los empleos de las personas que pertenecen a las clases más bajas, etcétera. Según Regidor (2008), esto no es suficiente, la intervención debe ir más allá del ámbito económico, debe ir hacia la implementación de nuevas gobernanzas que acerquen los equipamientos urbanos, institucionales, privados, etc. a las personas, es decir, hacia la transformación del ideario urbano desde la propia acción social.

Para mitigar las desigualdades en salud, la intervención social y educativa ha de tener en cuenta que los contextos vulnerables en sí mismos constituyen un ámbito prioritario para el desarrollo de intervenciones sobre los determinantes de las “inequidades en salud”. Para ello, es necesario un modelo activo de intervención como propone Carrobbles (1985), donde la concienciación de la comunidad lleva al incremento de la participación de la misma para mejorar las condiciones contextuales y así influir de forma positiva en la calidad

de vida y el estado de salud. La forma más eficaz para intervenir considerando la comunidad como un factor estratégico es a través de la educación, no solo de la educación para la salud, sino la educación como conocimiento que fortalece el proceso del empoderamiento de la comunidad.

Referencias bibliográficas

- Benach J. (1997). La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit.*, 11, 255-57.
- Borrell C. (2008). Social inequalities in health. *Aten Primaria.*, 2(40), 59-60.
- Borrell, C. (2012). *Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas*. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities.
- Carrobbles, J. A. (1985). *Análisis y modificación de la conducta*. Madrid: U.N.E.D.
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- Coll-Fernández R, y Pascual MT (2011). Estado actual de la educación para la salud en los programas de rehabilitación respiratoria. *Rehabilitación*. 45(2),59-65
- Decreto 78/2019, de 24 de mayo, de ordenación de la atención a la diversidad en los centros públicos y privados concertados que imparten enseñanzas no universitarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria. *Boletín Oficial de Cantabria*. Santander, 3 de junio de 2019, núm. 105, 15764 – 15794.
- Fundación FOESSA. (2022). *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la Covid-19 en España*. Cáritas Española Editores.
- Gaskins, W. B., Johnson, J., Maltbie, C., y Kukreti, A. (2015). Changing the Learning Environment in the College of Engineering and Applied Science Using Challenge Based Learning. *International Journal of Engineering Pedagogy (IJEP)*, 5(1), 33-41.

- Gavidia V, Rodes MJ, y Carratalá A. (1993). La Educación para la Salud: Una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia. *Enseñ Cienc.*, 11(3), 289-96
- Granizo C, Gallego J. (2007). *Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud. En: Criterios de calidad en promoción de la salud*. Zaragoza: Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno de Aragón.
- Herrera, J. (2007) *La reivindicación de los Derechos Humanos*. Atrapa sueños: Sevilla
- Hummer, R. A., y Lariscy, J. T. (2011). "Educational Attainment and Adult Mortality." Capítulo 12 en *International Handbook of Adult Mortality*, edited by R.G. Rogers and E. M. Crimmins. New York: Springer.
- Kitagawa, E. M., y Hauser. P. (1973). *Differential Mortality in the United States: A Study in Socioeconomic Epidemiology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*, 10(55), 693–700.
- Lantz P.M., Golberstein E., House J.S., y Marenoff, J. (2010). Socioeconomic and behavioral risk factors for mortality in a national 19 year prospective study of U.S. adults. *Social Science and Medicine*, 70, 1558-1566.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de ordenación general del sistema educativo (LOGSE). *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 4 de octubre de 1990, núm. 238, 28927- 28942.
- Ley Orgánica 9/1995, de 20 de noviembre, de la participación, evaluación y gobierno de los centros educativos (LOPEG). *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 21 de noviembre de 1995, núm. 278, 33651 - 33665.
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de calidad de la educación (LOCE). *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 24 de diciembre de 2002, núm. 307, 45188 - 45220

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo de educación (LOE). *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 4 de mayo de 206, núm. 106, 17158 - 17207.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE). *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 9 de diciembre de 2013, núm. 295, 1-60.

Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE). *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 30 de diciembre de 2020, núm. 340, 122868 – 122953.

Link, B., y Phelan J. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior* (extra issue), 80-94.

López D, García R, Alonso F, y López L. (2010) Análisis del perfil y estilo de vida de las personas con patologías en los pies. *Rev Int Cienc Podol*, 4 (2), 49-58.

López, M. (2020). ¿Dónde quedaron los ODS y la agenda 2030? *El País*. Recuperado el 28/11/2021 de https://elpais.com/elpais/2020/05/19/planeta_futuro/1589903800_174767.html

Mackenbach, J. P., Kulhánová, I., Bopp, M., Deboosere, P., Eikemo, T. A., Hoffmann, R., ... y EURO-GBD-SE Consortium. (2015). Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: A test of the “fundamental causes” theory of social inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 127, 51-62.

Marmot M., Rose G., Shipley M. & Hamilton P.J. (1978). Employment grade and coronary Herat disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 244-249.

Martín M.J., Carmona L., y Zapata A.R. (7 al 10 de septiembre del 2021) *La vulnerabilidad y la segregación social del lugar de residencia como*

Causas fundamentales de las desigualdades en salud [Resumen de presentación de la conferencia]. XIX Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), Universidad de León.

Ministerio de fomento (2010) *Análisis urbanísticos de Barrios Vulnerables en España sobre la Vulnerabilidad Urbana*. Instituto Juan de Herrera: DUYOT.

Ministerio de Fomento (2011) Atlas de la Vulnerabilidad Urbana. Recuperado el 12 /05/2022 de https://cdn.mitma.gob.es/barriosvulnerables/static/fe/IBVU_ESTADISTICA_2011_03907502.pdf

Moore R., y Porter S. (1998). "Poverty in health care". En: BIRCHENALL M. BIRCHENALL P. *Sociology as applied to nursing and health care*. Londres: Balliere Tindall.

Morturuel, M., Bacigalupe, A., Ruiz, I., Gámzalez, Y., Font, R., y Martín, U. (2019). *Diagnóstico de salud participativo. Activos y necesidades de salud de Bilbao y sus barrios*. UPV/EHU y Ayuntamiento de Bilbao: Bilbao

Orden ECD/81/2012, de 27 de junio, que establece el currículo del ciclo formativo de Grado Medio correspondiente al título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia en la Comunidad Autónoma de Cantabria. *Boletín Oficial de Cantabria*. Santander, 6 de julio de 2012, núm. 131, 20089- 20142.

Phelan, J. C., Link, B. G. y Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Suppl), S28-S40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>

- Phelan, J.C., y Link, B.G. (2005). Controlling disease and creating disparities: A fundamental cause perspective. *Gerontol. Ser. B Psychol. Sci. Soc. Sci.*, 60, S27–S33
- Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y se fijan sus enseñanzas mínimas. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 15 de diciembre de 2011, núm. 301, 137261- 137324
- Reyes S. y Carpio, A. (2018). El aprendizaje basado en retos, un modelo de formación corporativa - El caso Banorte, *Universidad Oberta de Catalunya*.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de salud pública*, 11(5-6), 302-309.
- Townsend, P., y Davidson, N. (1982). *Inequalities in Health: the Black Report*. London: Penguin.
- Trujillo, F. (2021) LOMLOE a debate. *Revista Aula de Secundaria* 40.
- Wilkinson RG. (1997). Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards? *British Medical Journal*, 314, 591-595.



ANEXO

ANEXO 1: Tabla 1. Enfermedades prevenibles y no prevenibles

Descripción	Códigos CIE	PREVENIBLE vs. NO PREVENIBLE
Cardiopatía reumática	I00-I09	PREVENIBLE
Enfermedad hipertensiva	I10-I15	PREVENIBLE
Enf. Isquémica del corazón	I20-I25	PREVENIBLE
Enf. Cerebrovasculares	I60-I69	PREVENIBLE
Cáncer de laringe	C32	PREVENIBLE
Cáncer de pulmón	C33-C34	PREVENIBLE
Cáncer de mama	C50	PREVENIBLE
Cáncer de cuello de útero	C53	PREVENIBLE
Cáncer de útero	C54	PREVENIBLE
Cáncer de próstata	C61	PREVENIBLE
Linfoma de Hodgkin	C81	PREVENIBLE
Leucemia	C91-C95	PREVENIBLE
Diabetes mellitus	E10-E14	PREVENIBLE
Desnutrición	E40-E46	PREVENIBLE
Sida y VIH	B20-B24, R75	PREVENIBLE
Tuberculosis	A15-19, B90	PREVENIBLE
Gripe y Neumonía	J09-J18	PREVENIBLE
Asma	J45-J46	PREVENIBLE
EPOC	J40-J44; J47	PREVENIBLE
Appendicitis, hernia, cholecystitis and lithiasis	K35-K38; K40-K46; K56; K80-K83	PREVENIBLE
Peptic ulcer	K25-K28	PREVENIBLE
Accidentes de tráfico	V01-V89, Y85	PREVENIBLE
Suicidio	X60-X84, Y87.0	PREVENIBLE
Caídas	W00-W19	PREVENIBLE
Homicidio	X85-Y09, Y87.1	PREVENIBLE
Alcohol-related causes	F10; I42.6; K70; X45	PREVENIBLE
Cáncer de estómago	C16	NO PREVENIBLE
Cáncer de páncreas	C25	NO PREVENIBLE
Cáncer de ovario	C56	NO PREVENIBLE
Cáncer de vejiga	C67	NO PREVENIBLE
Otras enfermedades infecciosas	Resto A00-B99	NO PREVENIBLE
Enfermedad de Alzheimer	G30	NO PREVENIBLE

Fuente: Elaboración propia a partir de Mackenbach et al. (2015).