

X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2018.

# **La estrategia del mínimo operante como apoyo a las acciones de promoción de salud en la escuela primaria.**

Noriega, Javier.

Cita:

Noriega, Javier (2018). *La estrategia del mínimo operante como apoyo a las acciones de promoción de salud en la escuela primaria. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-122/105>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewym/PeC>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# LA ESTRATEGIA DEL MÍNIMO OPERANTE COMO APOYO A LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD EN LA ESCUELA PRIMARIA

Noriega, Javier

Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Psicología - Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires. Argentina

---

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es presentar la Estrategia del Mínimo Operante como herramienta potencial para asistir a instituciones escolares de nivel primario en la implementación de proyectos de promoción de salud. Se han presentado diversas condiciones reconocidas en la bibliografía especializada como necesarias para constituir las escuelas en instituciones promotoras de salud señalando a su vez los desafíos y obstáculos que se presentan para su implementación. Se ha expuesto la Estrategia del Mínimo Operante como un dispositivo de transferencia a miembros de una comunidad de conocimientos científicos de baja complejidad junto a las correspondientes destrezas técnico-profesionales de reconocimiento y resolución señalando las particularidades y pasos a seguir en su desarrollo. Finalmente se explicitaron las características que debería adoptar la aplicación en instituciones escolares de proyectos de promoción de salud basados en esta estrategia señalando sus ventajas en el acercamiento de las actividades de la institución escolar a aquellas propias de una Escuela Promotora de Salud.

## Palabras clave

Promoción de la Salud - Escuelas - Intervención en Escuela - Escuela Promotora de Salud

## ABSTRACT

THE MINIMUM OPERANT STRATEGY AS SUPPORT TO HEALTH PROMOTION ACTIVITIES IN PRIMARY SCHOOLS

The aim of the following work is to present the minimum operant strategy as a potential tool to assist the implementation of health promoting projects in primary schools. Several necessary conditions to set up schools as promoting schools institutions recognized in the specific literature have been presented pointing challenges and obstacles in its implementation. The minimum operant strategy has been exposed as a transfer device to members of a community of low complexity scientific knowledge along with the technical-professional recognition and resolution skills, pointing out the particularities and steps to follow in its development. Finally, the characteristics that should be adopted by the application in school institutions of health promotion projects based on this strategy were made explicit, pointing out its advantages in approaching the activities of the school institution to those of a Health Promoting School.

## Keywords

Health Promotion - Schools - School Based Intervention - Health Promoting Schools

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo forma parte de una investigación doctoral cuyo objetivo general es describir y analizar las estrategias de abordaje e intervención en prevención y promoción de la salud en la infancia llevadas a cabo por los Equipos de Orientación Escolar (EOE) en colegios primarios del distrito de La Plata. Tal análisis apunta a pensar en el posible aporte de estos equipos a la transformación de las instituciones escolares en Escuelas Promotoras de Salud.

Se trata de un estudio no experimental transeccional descriptivo tomando como unidad de análisis las acciones de prevención y promoción de la salud de EOE en escuelas primarias y como unidad de observación a los profesionales miembros de EOE de escuelas primarias junto a sus planificaciones e informes finales. Se realizarán entrevistas en profundidad con los sujetos así como la aplicación de un instrumento de indagación de modelos mentales situacionales (Erasquin, Basualdo, González, García Coni y Ferreiro, 2005).

El objetivo específico de esta presentación consiste en presentar la Estrategia del Mínimo Operante como herramienta potencial para asistir a instituciones escolares en la implementación de proyectos de promoción de salud pensando el rol que tendrían los EOE en este trabajo.

## DESARROLLO

La salud humana es un tema que ha suscitado y suscita incontables abordajes, discusiones, desafíos y esfuerzos que alcanzan resultados con mayor o menor efectividad.

Entendida como el estado de relativo bienestar físico, psíquico, espiritual, social y ambiental - el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada - (Saforcada, 2010), la salud constituye la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente (OMS, 1984). El proceso de salud humana entonces constituye un fenómeno ecosistémico de naturaleza social, donde la salud de cada persona (directa o indirectamente) depende, constituye, determina y condiciona la salud de los integrantes de los conglomerados sociales en que reside, trabaja, emplea su tiempo de ocio y descanso. (PINSAL, 2011)

A partir de la Carta de Ottawa, elaborada en el año 1986 en el marco de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la

Salud, se ha tomado a la promoción de la salud como la estrategia de mayor eficacia para prevenir y tratar las problemáticas referentes a la salud de las comunidades. La carta define a la promoción de la salud como “el proceso destinado a **capacitar** a las personas para ejercer un mayor control sobre su salud y sobre los factores que la afectan...reduciendo los factores que pueden resultar riesgosos y promoviendo los que resultan saludables” (OMS, 1986. Resaltado propio).

Es así que la educación o capacitación es presentada como la estrategia para desarrollar conocimientos, capacidades y habilidades en la identificación de problemas y necesidades, aprender a seleccionar las mejores alternativas para satisfacerlas, resolver problemas, cambiar o adaptarse al medio ambiente, dar impulso a los factores protectores de la salud, ejercer mayor control sobre sus determinantes y lograr el bienestar general mediante la participación social en la búsqueda de más salud (Rodríguez y De los Angeles, 2007). Comienza así a delimitarse la estrecha interdependencia entre las acciones de los sectores de salud y educación en el acompañamiento a los sujetos en las búsquedas del mayor grado de bienestar personal y comunitario.

#### LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

A mediados de los años 90 la Organización Panamericana de la Salud presenta en Latinoamérica la iniciativa de Escuelas Promotoras de Salud (generada a principios de la década en Europa) la cual constituye un intento de reformular la vinculación entre educación y salud acercándola a los principios de la promoción de la salud (Meressman, 2005). Esta iniciativa intenta superar un enfoque de salud escolar mayormente individualista y bio-médico basado principalmente en la intervención preventiva centrada en la emisión de información y en la atención de la enfermedad (De Lellis, Cimmino, y Mozobancyk, 2009). En contraposición a ese enfoque la Escuela Promotora de Salud (EPS) se plantea como una institución que toma la determinación y abordaje de aquellas cuestiones de salud que más le preocupan desde una perspectiva participativa, equitativa y con un emplazamiento comunitario que la vinculan con el contexto institucional y social que la rodea.

Una EPS entonces es aquella institución empoderada para ofrecer múltiples oportunidades que favorezcan el crecimiento y desarrollo sano de niños, niñas y adolescentes, a través de la participación activa de las/os alumnos, personal de la escuela, de la familia, sector salud y comunidad. En ella se refuerzan los factores de protección, además de disminuir los de riesgo, posibilitando el acceso a servicios de salud, alimentación y actividad física. Desde este paradigma se otorga un lugar central a los docentes y al personal de la escuela en la coordinación y abordaje de los temas de salud y se evalúan positivamente las intervenciones de salud que contribuyen a estos objetivos (De Lellis et al., op. cit.).

Como señalan Rodríguez y De los Angeles (2007) una EPS es una institución que se plantea trabajar por perfeccionar sistemáticamente acciones dirigidas a:

- Tener identificadas las necesidades básicas en materia de salud, satisfacerlas y la posibilidad real de participación social.
- Desarrollar programas docentes que eduquen en salud de mane-

ra natural y planificada, sin forzar los contenidos.

- Prever en cada acción la equidad.
- Poseer un claustro capacitado en salud y ejemplo en Educación para la Salud.
- Proporcionar un ambiente seguro en su sentido más amplio.
- Garantizar el desarrollo de valores personales para un comportamiento saludable.
- Fortalecer la salud mental y la voluntad.
- Prevenir los problemas comunes de la salud y crear espacios adecuados para las acciones que el sector salud precise realizar.
- Lograr un vínculo con la comunidad que haga cotidiano el apoyo mutuo y los beneficios sean percibibles para ambos.
- Fortalecer la identidad con las tradiciones históricas, culturales, políticas y patrióticas de la escuela, la comunidad y la nación.
- Propiciar una variedad de experiencias educativas en salud e interacciones que contribuyan al crecimiento personal.

La bibliografía sobre la implementación de EPS demuestra un acuerdo en general de la idoneidad de la propuesta a la vez que reconoce diversos requisitos y condiciones necesarias para su plena instauración.

Caravajal y De Los Angeles (2007) establecen una necesidad de que las acciones de Promoción de la Salud en el ámbito escolar se subordinen a las leyes y regularidades del proceso pedagógico para que la institución pueda apropiarse de ellas. Esto se relaciona con la eficacia demostrada por diversas intervenciones de promoción de salud en escuelas que se apoyan en actividades áulicas integradas al currículum, bien preparadas, fáciles de usar y donde no solo se provee información sino que se trabaja en la aplicación de la misma para la resolución de problemas concretos (Lamas, 2013; Peyton et al, 2000; Elias y Weissberg, 2000; Franks et al., 2007).

Aquí resulta evidente la necesidad de contar con capacitación, acompañamiento y participación de los docentes para lograr acciones promotoras de salud efectivas en el ámbito escolar.

Gavidia (2001) por su parte resalta la importancia del concepto de transversalidad en la Educación para la Salud refiriéndose a la necesidad de proyectos que vayan más allá de los contenidos de salud que puedan abordar materias específicas del plan de estudio. Esto se apoya en el reconocimiento de que la salud no depende exclusivamente de cuestiones cognitivas o motrices que pueden abordar las distintas asignaturas sino que tiene una fuerte carga actitudinal y de valores que atraviesa a todas las asignaturas y en las cuales todas pueden aportar.

En esta necesidad de impactar sobre los componentes actitudinales, funcionales y valorativos de los sujetos cobra especial importancia el entorno que los rodea ya que que las personas no solamente actúan en base a factores internos sino también a factores externos que facilitan u obstaculizan esa conducta (Gavidia, 2002). La necesidad de asegurar ambientes saludables tanto físicos y edilicios (espacios amplios, ventilados, limpios, con buena iluminación y ventilación, con zonas de juego, etc.) como psíquicos y sociales (libres de discriminación, abuso, maltrato, violencia, con posibilidades de expresión y escucha democrática) es resaltada por varios estudios como condición esencial para el funcionamiento de una escuela promotora de salud (Gavidia y Rodes Sala, 1998; Gavidia,

2001; Gavidia, 2002; Graetz et al., 2012; Chiang, Meagher y Slade, 2015; Rowe y Stewart, 2011). Esto parte de entender que

“...la promoción de la salud no sólo abarca las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades básicas para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y en los entornos físicos que determinan la salud de las personas” (Gavidia, 2002. p.89)

Por otro lado se destaca la necesidad de una articulación estrecha de la institución escolar con los Servicios de Salud locales/regionales que tienen bajo su responsabilidad la atención, cuidado y promoción de la salud de los niños, niñas y adolescentes a través de la prestación de servicios a los alumnos, incluidos aquellos con necesidades especiales. (St. Leger, 2010; De Lellis et al., 2009, Chiang et al., 2015; Green, 1988). El propósito de tal articulación no debería ser el traslado masivo de las problemáticas de salud al exterior de la escuela sino detectar y prevenir integral y tempranamente esas problemáticas junto a las necesidades de asistencia, garantizando una adecuada alimentación y controlando los principales factores de riesgo.

Sumado a estas consideraciones existe un consenso generalizado en la importancia central de la participación activa de la comunidad educativa (docentes, alumnos, personal no docente, padres, organismos estatales y asociaciones de la comunidad) para la transformación de las instituciones escolares en promotoras de salud. Yetunde y Saoirse (2014) ponen la participación e involucramiento de los padres como parte esencial del funcionamiento de una EPS aunque señalan que hay una falta de consenso en relación a qué entienden los padres y los niños por participación parental. Tomando la participación parental como una amplia serie de actividades que permiten que los padres tomen parte de la vida activa escolar y se ofrezcan voluntariamente a tomar parte de actividades y eventos, resaltan que es necesario que el ambiente y el estar de la escuela sea inclusiva de los padres para crear una atmósfera que contribuya a su participación. En línea con lo anterior Yetunde, Aoife, O'Higgins, Siobha y Saoirse, (2013) muestran la necesidad crear climas y ambientes de enseñanza/aprendizaje que aseguren a su vez la participación genuina del alumnado en las actividades y la vida escolar, dándoles un sentido de apropiación del método de enseñanza. Se ve aquí que el trabajo por generar una participación crítica por parte del alumnado y las familias se relaciona intrínsecamente con la necesidad de trabajo con el entorno social de la institución mencionado previamente.

Si bien es generalizado el reconocimiento de la idoneidad de la iniciativa de Escuelas Promotoras de Salud, pensar su plena implementación resulta muchas veces demasiado desafiante para las instituciones escolares. Autores como Bardi et al. (2013) y Macnab et al. (2014) puntualizan que los enfoques globales de la salud muchas veces se encuentran fuera del alcance de las escuelas que quieren comprometerse a mejorar el nivel de salud de su comunidad. Teniendo esto en cuenta se destaca que las actividades enfocadas en un solo tema o problema de salud que hayan sido probadas con éxito sirven muchas veces de entrada para comenzar con programas de escuelas promotoras de salud y evaluar las po-

tencialidades de la escuela para progresar hacia un mayor cambio de su cultura de salud expandiendo sus actividades de promoción de salud. Los autores sugieren que esas actividades sean no controversiales, involucren cantidades manejables de nueva información, sean reductibles a prácticas saludables simples y que tengan evidencia de cambios en un período de tiempo relativamente corto. Además marcan como un componente esencial para la sostenibilidad de los programas es la apropiación de los programas por parte de la comunidad.

Para lograr entonces una apropiación de las acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad por parte de las instituciones escolares resulta necesario que sus actores puedan verse progresivamente empoderados de información para tomar decisiones y construir estrategias referentes a temas de salud. En este sentido las estrategias de formación científica y tecnológica que tengan impacto en los estilos de vida de los distintos miembros de la comunidad escolar constituyen herramientas fructíferas para la introducción al trabajo con problemáticas de salud en instituciones educativas.

#### LA ESTRATEGIA DEL MÍNIMO OPERANTE.

La Estrategia del Mínimo Operante (EMO) constituye un dispositivo de transferencia a miembros de la comunidad de conocimientos científicos de baja complejidad junto a las correspondientes destrezas técnico-profesionales de reconocimiento y resolución (PINSAL, 2011). Fue desarrollado e implementado por Juan Marconi Tassara en Chile en los años 60 para abordajes intracomunitarios de alcoholismo, neurosis, retardo infantil por privación cultural y psicosis. Posteriormente fue implementada en nuestro país en la ciudad de San Luis a principio de esta década en un proyecto intracomunitario de promoción del neurodesarrollo.

Se basa en la descomposición del saber acerca de un problema en Unidades Operantes (UO), entendiéndose por tal el mínimo de conocimiento necesario para resolver una parte de ese problema. Es importante señalar que esta estrategia acomete sus desarrollos desde los saberes de los cuales puede apropiarse la gente carente de toda capacitación formal en temas de salud.

En la implementación de esta estrategia el conocimiento total sobre un problema debe ser separado en UO identificando aquellas imprescindibles para abordarlo en su mínima expresión. Una vez hecho esto se ordena a las unidades operantes en un continuo de complejidad creciente, de las de menor complejidad a las de mayor complejidad. De este gradiente, las UO de menor complejidad constituyen aquellas a ser transferidas a miembros legos de la comunidad de manera de poder generar su participación y apropiación. Las de complejidad media, quedarán en manos de los profesionales y técnicos, y las de mayor complejidad, en manos de los niveles de mayor complejidad de estos sistemas de servicios o de los centros universitarios de investigación u otros organismos de ciencias básicas.

Los proyectos diseñados con la programación integral con EMO toman como unidad mínima de análisis y de acción a la familia (cualquiera sea su conformación y situación al momento de llevar a cabo la actividad) pudiendo ampliarse a unidades más complejas y de mayor envergadura (tales como vecindario, barrio, comunidad,

red social, etc.).

Otro punto importante a destacar es que esta estrategia se apoya en la capacitación de Agentes Primarios de Salud (APSA), otorgándoles herramientas para continuar con las acciones de promoción por su cuenta. Los APSA son miembros de la comunidad que voluntariamente manifiestan el deseo de integrarse al programa y tienen las condiciones intelectuales necesarias para ello (no se pone como condición que tengan un determinado nivel de escolaridad). Es por esta transferencia a la comunidad del saber que estos proyectos sostienen un final abierto, sin un término previsto, ya que pueden continuar sin la presencia constante de los profesionales en materia de salud.

La implementación de proyectos basados en la EMO implica una serie de pasos a seguir (PINSAL, op.cit.):

- 1) Sectorización del conglomerado social con el que se va a trabajar.
- 2) Determinación de los objetivos de salud. Estos deberían ser de información, reconocimiento y resolución correspondiendo las acciones de información y reconocimiento a la promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad y las de resolución junto al reconocimiento a las acciones de prevención secundaria y terciaria.
- 3) Jerarquización de los objetivos de salud transformados en UO imprescindibles de diferente complejidad. Esta tarea consiste en tomar los objetivos de salud como categorías en las cuales agrupar las UO en función de la naturaleza de cada una de ellas (información, reconocimiento y resolución) y adjudicarlas al nivel de baja complejidad (APSA), complejidad media (profesionales y técnicos) y, si correspondiera, alta complejidad (instituciones del tercer nivel de complejidad del subsistema público de servicios de salud o centros de investigación académicos o del sistema de ciencia).

Es importante señalar que las UO deben ser transformadas en textos cortos, elaborados en lenguaje popular que tengan por finalidad específica la construcción de los conocimientos pertinentes de las y los APSA y su posibilidad de transmisión a la comunidad.

- 4) Diseño de un esquema delegador. Está estipulado que la estructura del esquema de delegación debe ser triangular, con un vértice correspondiente al nivel de delegación de máxima complejidad o D1 (la dirección del programa o proyecto), que será ocupado sólo por una persona, profesional o técnica, cuya disciplina estará determinada por la naturaleza de los objetivos del emprendimiento. Luego está el segundo nivel de delegación o D2, que tendrá bajo su responsabilidad cuestiones de menor complejidad que el D1; este nivel implicará a tres o cuatro profesionales o técnicos.

Luego continúa diseñándose el esquema de delegación con los APSA D3 y D4.

Finalmente, el nivel de delegación D5 que estará constituido por toda la población involucrada y que corresponda capacitar. Los sujetos de este nivel serán una persona por cada familia.

- 5) Desarrollo del sistema de delegación, o sea, cómo se transferirán los conocimientos y destrezas de los profesionales a los APSA y cómo funcionará la estructura del esquema de delegación.

Cada nivel de delegación debe poseer todos los conocimientos y destrezas de todos los niveles de delegación subsiguientes y, lógicamente, poseer los que son propios de su nivel. También todos los niveles de delegación deben saber cuáles son las funciones de

cada uno de los otros niveles.

Se considera que la EMO tal como fue presentada hasta aquí constituye una herramienta con fuertes potencialidades para introducir a una institución escolar en acciones de promoción de salud. Sin embargo la aplicación en escuelas de programas basados en esta estrategia obligaría a tener en cuenta diversas particularidades que serán desarrolladas a continuación.

#### LA ESTRATEGIA DEL MÍNIMO OPERANTE COMO PUERTA DE ENTRADA A LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD EN LA ESCUELA PRIMARIA.

En principio para implementar proyectos basados en la EMO, se requiere de la selección de alguna problemática o área de conocimiento a transferir. En el abordaje de acciones de promoción de salud en escuelas primarias esta selección debería producirse a partir de un relevamiento participativo, mediante jornadas de discusión y concientización, de aquella/s cuestión/es de salud que más preocupen a la comunidad escolar (familias, alumnos y trabajadores). De esta manera podría analizarse y detectarse qué acciones de promoción de salud y prevención primaria tendrían más incidencia y efectividad en esa población particular al abordar una problemática que realmente les preocupa.

Una vez que la misma comunidad educativa haya elegido la temática sobre la cual trabajar, se puede comenzar con la implementación del proyecto basado en la EMO.

El proyecto debería estar dirigido por un profesional profundamente capacitado en la problemática o tema de salud surgida del diagnóstico participativo.

En la aplicación de proyectos basados en la EMO en instituciones educativas de nivel primario el paso de sectorización sería un paso relativamente sencillo, ya que el conglomerado social estaría constituido por las familias y trabajadores de la comunidad escolar. Las escuelas públicas además poseen por regla general una determinada cobertura territorial que puede tomarse como referencia para el alcance del proyecto, aunque tal cobertura no siempre se vea estrictamente respetada.

En relación al paso siguiente (determinación de los objetivos de salud) estos deberían estar concentrados en las acciones de información y reconocimiento que son más fácilmente asimilables por las regularidades del proceso pedagógico. No obstante, deberían contemplarse aplicaciones participativas de los conocimientos por parte de docentes, alumnos y familias para generar estrategias de resolución que accionen sobre el estilo de vida de los individuos y el entorno que los rodea.

Una vez que la dirección y los profesionales involucrados en el proyecto hayan construido las UO y las hayan jerarquizado y distribuido en los objetivos de salud, se propone trabajar con el siguiente esquema de delegación:

Ya que uno de los requisitos fundamentales de la constitución de Escuelas Promotoras de Salud es un vínculo con los Servicios de Salud locales, se propondrá como profesionales y técnicos del proyecto a los trabajadores y trabajadoras del/los centro/s de atención primaria de esa comunidad. Estos profesionales son los encargados de realizar el control de salud y las acciones de promoción y

prevención primaria junto a los miembros de la comunidad a la cual pertenece la institución escolar. En manos de estos servicios quedarán aquellas unidades operantes de mediana complejidad y serán los encargados de capacitar a los APSA de la institución escolar. Dado que el proyecto se encontrará emplazado en la institución escolar se propondrá como primer nivel de APSA a los miembros del Equipo de Orientación Escolar los cuales, por las características de su función, deben tener amplio y fluido contacto con los servicios locales de salud, otras instituciones de la comunidad y a su vez con todos los docentes y las problemáticas de la institución. Estos equipos pertenecen a la Dirección de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social y tienen por objetivo el establecimiento dentro del espacio escolar de operaciones comunitarias fortalecedoras de los vínculos que humanizan la enseñanza y el aprendizaje. Dentro de sus diferentes funciones (estipuladas en la disposición n°76 de la DPCPS del año 2008) se estipula para los EOE el diseño de proyectos específicos que involucren niños, niñas y adolescentes y articulen acciones para el cuidado de su salud física y psíquica apuntando a temáticas relevantes del área de salud surgidas en la comunidad. Constituyen un enlace esencial entre los servicios locales de salud y las posibilidades de intervención dentro de la institución escolar y específicamente dentro del aula. La capacitación de los miembros del EOE como APSA constituiría entonces un apoyo de gran utilidad a su función al dotarlos de herramientas conceptuales y técnicas para el diseño de estrategias de abordaje de las situaciones de salud presentes en la institución.

A su vez, si la extensión del plantel docente lo requiriera, en este nivel de APSA se contemplará la presencia de un docente voluntario con trayectoria en la institución por cada turno que quieran participar de este nivel de capacitación.

Una vez capacitado con las UO pertinentes, este nivel de APSA será el encargado de capacitar al nivel subsiguiente constituido por todo el plantel docente de la institución.

El paso siguiente en la cadena de transferencia consiste en el diseño conjunto entre el primer y el segundo nivel de APSA de estrategias didácticas y pedagógicas, apoyadas en sus saberes previos respecto a los dispositivos de enseñanza/aprendizaje, mediante las cuales poder transmitir las UO de más baja complejidad a los alumnos y sus familias. Es importante resaltar la necesidad de que el diseño de estrategias pedagógicas con las UO en este nivel más básico contemple esencialmente actividades participativas que involucren a los alumnos y sus familias en el diseño de propuestas concretas que influyan sobre el medio institucional y social a partir del conocimiento trabajado. Esto apunta a lograr el empoderamiento de los miembros de cada familia en el control y resolución de la situación abordada.

Podríamos entonces establecer el esquema de delegación para un proyecto de promoción de salud para instituciones escolar basado en la EMO de la siguiente manera:

- D1: Profesional encargado del proyecto.
- D2: Profesionales del primer nivel de atención de la salud.
- D3: Miembros del EOE de la escuela funcionando en ambos turnos (y un docente por cada turno de ser necesario).
- D4: Docentes de la institución.

- D5: Alumnos junto a un miembro adulto de su familia como mínimo.

La aplicación de la EMO para la implementación de acciones de promoción de salud en escuelas primarias tal como fue desarrollada estaría dotada de varias ventajas para servir como puerta de entrada a acciones propias de una Escuela Promotora de Salud.

En primer lugar, constituye una tecnología de muy bajo costo que utiliza recursos humanos disponibles en el sector de salud y en la institución educativa y solo implicaría el costo de los sueldos de los recursos humanos profesionales encargados del proyecto. Esto ayudaría a elevar los niveles de salud de la comunidad educativa sin implicar un gasto extra a la misma.

Por otro lado, al tomar a los profesionales del primer nivel de atención como aquellos encargados de realizar la capacitación de los APSA y de realizar el control de salud de la comunidad escolar, se estaría logrando un acercamiento real y concreto de la escuela a los servicios de salud de nivel local, con un sistema de referencia y contrarreferencia concreto sobre el tema a trabajar. Esto apuntaría a fortalecer las interrelaciones entre el sector salud y educación a nivel local para abordajes futuros.

Al transferir conocimientos de baja complejidad transformados en textos cortos se estaría facilitando el manejo y aplicabilidad de información sobre la salud en dispositivos de enseñanza/aprendizaje, respetándose así lo señalado anteriormente en relación a la necesidad de subordinación de las acciones de promoción de salud a las leyes y regularidades del proceso pedagógico.

Finalmente, al capacitar primero al personal de la institución y luego a la comunidad educativa (alumnos y familias), se estaría dando un lugar central a su participación no sólo en la determinación de aquellas problemáticas de salud que más las aquejan sino también en las estrategias de resolución de las mismas. A su vez de esta manera se tiende a asegurar que las acciones de promoción de salud se adecuen a las posibilidades reales que ofrezca la organización de la vida de cada institución concreta.

## **CONCLUSIÓN**

La iniciativa de Escuelas Promotoras de Salud se ha intentado implementar en nuestro país desde el año 1995 pero presenta variados desafíos para su implementación dejando un lugar predominante a los enfoques biologicistas e individuales.

Una de las consecuencias que se desprende de lo anterior es el bajo grado de involucramiento de los distintos actores de la comunidad educativa en las actividades de promoción de la salud, pues se la concibe como un escenario para la realización de acciones de salud por parte de profesionales o equipos externos a la institución (De Lellis et al, 2009).

Evidentemente no se puede eliminar exclusivamente desde la escuela todas las tensiones del medio, las conductas de riesgo y las presiones culturales y sociales que pueden resultar perjudiciales para la salud. Por otro lado, esto no implica que los miembros de la comunidad escolar deban encontrarse desposeídos de todo poder de control y acción sobre su propia salud. Por ello resulta necesario afianzar los sustratos básicos de autoconfianza y autoestima (Gavidia, 2002) mediante actuaciones programadas, contextualizadas

y debidamente justificadas que permitan un empoderamiento progresivo de la comunidad educativa en la determinación y abordaje de sus problemáticas de salud produciendo una, aunque mínima, modificación.

En este sentido la estrategia previamente desarrollada puede servir para desarrollar intervenciones que respeten las particularidades de los procesos pedagógicos y asistan a aquellas escuelas que demuestren la voluntad y el compromiso colectivo de aumentar su potencial de salud actuando críticamente sobre su entorno.

## REFERENCIAS

- Bardi, M., Burbank, A., Choi, W., Chow, L., Jang, W., Roccamatysi, D., Timberley-Berg, T., Sanghera, M. & Zhang, M. (2013). Activities for engaging schools in health promotion. *Health Education*. 114(4), pp. 271 - 280.
- Chiang, R.J., Meagher, W. & Slade, S. (2015). How the Whole School, Whole Community, Whole Child model works: creating greater alignment, integration, and collaboration between health and education. *Journal of School Health*. 85(11), pp. 775-784.
- De Lellis, M., Cimmino, K. & Mozobanczyk, S. (2009). Investigación evaluativa de un proyecto de promoción de salud en el ámbito escolar. *Anuario de investigaciones de la Secretaría de investigación de la Facultad de Psicología de la U.B.A.* (16), pp.319-328.
- Elias, M. & Weissberg, R. (2000). Primary Prevention: Educational Approaches to Enhance Social and Emotional Learning. *Journal of School Health*. 70(5), 186-190.
- Erausquin, C., Basualdo, M.E., González, D., García Coni, A. & Ferreiro, E. (2005). Modelos mentales de intervención profesional sobre problemas situados en distintos agentes educativos: conquistas y desafíos en el siglo XXI. Actas del 30° Congreso Interamericano de Psicología. Buenos Aires.
- Franks, A., Kelder, S., Dino, G., Horn, K., Gortmaker, S., Wiecha, J. & Simoes, E. (2007). School-based programs: lessons learned from CATCH, Planet Health, and Not-On-Tobacco. Preventing Chronic Disease. *Public health research, practice, and policy*. 4(2) Disponible en: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/apr/06\\_0105.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/apr/06_0105.htm).
- Gavidia, V. & Rodes Sala, M. (1998). La escuela saludable, la transversalidad y los centros promotores de salud. *Bordón*. 50(4). pp. 361-367.
- Gavidia (2001). La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Revista Española de Salud Pública*. 75(6). pp. 505-516.
- Gavidia (2002). La Escuela Promotora de Salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*. (16), pp 83-97.
- Graetz, B., Littlefield, L., Trinder, M., Dobia B., Souter, M., Champion, C., Boucher, S., Killick-Moran, C. & Cummins, R. (2008). KidsMatter: A Population Health Model to Support Student Mental Health and Well-being in Primary School. *International Journal of Mental Health Promotion*. 10(4), pp. 13-20.
- Green, L. (1988). Bridging the Gap between Community Health and School Health. *American Journal of Public Health*. 78(9), pp.1148-1149.
- Lamas, M. (2013). Educación emocional. Contribución de la escuela a la salud mental infantil. *Revista Iberoamericana de Educación*. Disponible en: <https://rieoei.org/RIE/article/view/822>. Recuperado en 2018.
- Macnab, A., Gagnon, F. & Stewart, D. (2014). Health promoting schools: consensus, strategies, and potential. *Health Education*, 114(3) pp. 170-185.
- Meresman, S. (2005). Escuelas Promotoras de Salud. Portafolio Educativo Municipios Saludables. Ministerio de Salud y ambiente de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/saludAmbiental/portafolioEMunicipiosSal.pdf>. Consultado en 2017.
- Organización Mundial de la Salud. (1984). Health Promotion. A discussion document on the concepts and principles. Copenhagen, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa.
- Peyton, J., Wardlaw, L., Graczyk, P., Booldworth, M., Tompsett, C. & Weissberg, R. (2000). Social and Emotional Learning: A Framework for Promoting Mental Health and Reducing Risk Behavior in Children and Youth. *Journal of School Health*. 70(5). pp. 179- 185.
- PINSAL (2011). La estrategia del mínimo operante en el desarrollo salubrista de comunidades. San Luis. Nueva Editorial Universitaria.
- Rodríguez, C. & De los Ángeles, C. (2007). Estrategia metodológica para desarrollar la promoción de la salud en las escuelas cubanas. *Revista Cubana Salud Pública*. 33(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433210>
- Rowe, F. & Stewart, D. (2011). "Promoting connectedness through whole-school approaches". *Health Education*. 111(1), pp. 49 - 65.
- Saforcada, E. (2001/2010). El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica hacia la salud colectiva. Buenos Aires. Proa XXI.
- St Leger, L., Young, I., Blanchard, C. & Perry, M. (2010). Promover la salud en la escuela. De la evidencia a la acción. Unión Internacional de Promoción de Salud y Educación para la Salud. Disponible en: [http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/143/PSeE\\_deEvidenciaa-laAccion.pdf](http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/143/PSeE_deEvidenciaa-laAccion.pdf). Consultado en 2017.
- Yetunde, O. & Saoirse, N. (2014). Parental participation in primary schools. The views of parents and children. *Health Education*. 114(5), pp. 378 - 397.
- Yetunde, J., Aoife, G., O'Higgins, S., Siobhán, E. & Saoirse, N. (2013). Taking part in school life: views of children. *Health Education*. 114(1), pp. 20 - 42.