

INVESTIGACION

Sistematización de una estrategia de información, educación y comunicación para prevención del síndrome metabólico en profesionales del área de la salud

PERSPECTIVAS EN NUTRICIÓN HUMANA
ISSN 0124-4108

Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
Vol. 17, N° 1, enero-junio de 2015, p. 54-66

Artículo recibido: 17 de marzo de 2015

Aprobado: 5 de junio de 2015

Luz Natalia Rodríguez-Villamil¹; Laura I. González-Zapata²; Gloria Cecilia Deossa-Restrepo³;
Isabel Cristina Carmona-Garcés⁴; Julia María Monsalve-Álvarez³; Juliana Díaz-García³

Resumen

Antecedentes: se realizó una campaña de información, educación y comunicación (IEC) sobre síndrome metabólico para personal universitario del área de la salud, derivada de una investigación realizada en esta población. **Objetivo:** reconocer las dinámicas y aprendizajes generados en los profesionales ejecutores de la campaña "Somos salud". **Metodología:** sistematización de experiencia realizada por los ejecutores de la campaña, quienes definieron la pregunta orientadora, reconstruyeron la experiencia, hicieron la reflexión crítica, en la cual identificaron aspectos significativos que permitieron construir y validar el sistema categorial. La información se recolectó mediante grupos focales. **Resultados:** se identificó como categoría principal: "Aprender en la práctica de la estrategia IEC" y como subcategorías destacadas: la reflexión sobre IEC y educación, la relación extensión-investigación, asuntos críticos de la ejecución y el diseño de mensajes y materiales. **Conclusiones:** se reconoce que aunque los procesos de IEC no garantizan cambios inmediatos en prácticas individuales y colectivas, contribuyen a conocer y discutir problemáticas de salud. Se reflexionó críticamente sobre la manera como se hace educación para la salud, resaltando la nece-

1 Grupo de Investigación Socioantropología de la Alimentación. Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, UdeA, Calle 70 N° 52-21, Medellín, Colombia.

2 Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y la Nutrición. Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, UdeA, Calle 70 N° 52-21, Medellín, Colombia.
laura.gonzalez@udea.edu.co

3 Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, UdeA, Calle 70 N° 52-21, Medellín, Colombia.

4 Grupo de Investigación Interdisciplinaria en Educación para la Salud y Educación Nutricional (GII ESEN). Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, UdeA, Calle 70 N° 52-21, Medellín, Colombia.

Como citar este artículo: Rodríguez-Villamil LN, González-Zapata LI, Deossa G, Carmona-Garcés IC, Monsalve-Álvarez JM, Díaz-García J. Sistematización de una estrategia de información, educación y comunicación para prevención del síndrome metabólico en personal del área de la salud. *Perspect Nutr Humana*. 2015;17: 54-66.

DOI:10.17533/udea.penh.v17n1a05

sidad de considerar aspectos individuales y contextuales, mediadores en las decisiones de salud y reconociendo al profesional de la salud como agente y sujeto de tales decisiones.

Palabras clave: educación en salud, comunicación en salud, prevención de enfermedades, promoción de la salud, personal de salud.

Systematization of an information, education and communication strategy to prevent the metabolic syndrome in the health care professional

Abstract

Background: An information, education and communication campaign (IEC) was carried out about the metabolic syndrome, for university professional of the health sector; it is derived from a research carried out in this population. **Objective:** Recognition of dynamics and learning created in the professionals who perform the “We are Health” campaign. **Methodology:** Systematization of the experience was carried out by the campaign performers; who have defined the guiding question, rebuilt the experience, made a critical reflection, and identified significant aspects in it that let to build and validate the categorical system. By means of focus groups the information was collected. **Results:** “Learning by doing of the IEC strategy” was identified as the main category, and as emphasized subcategories: the reflection about the IEC and education, the extension-research relationship, critical aspects of the execution and design of messages and materials. **Conclusions:** Although it is recognized that the IEC processes do not guarantee immediate changes in individual and collective practices, they contribute to know and discuss health related issues. It was critically reflected on the way as education for health is made, emphasizing the need to consider individual and contextual aspects that mediate on health decisions, and the recognition of the health care professional as an agent and subject of such decisions.

Key words: health education, health communication, primary prevention, health promotion, health personnel.

INTRODUCCIÓN

La investigación como uno de los ejes misionales de la Universidad de Antioquia, que tiene entre sus finalidades la generación y comprobación de conocimientos para buscar soluciones a los problemas regionales y del país (1), cobra mayor sentido cuando se divulgan los resultados a la población, con la premisa de aportar al mejoramiento de su calidad de vida (2-3). En este sentido, es relevante trascender la difusión de los hallazgos de investigación al ámbito académico, mediante la implementación de estrategias que permitan divulgar el conocimiento en pro del bienestar de la comunidad. Fue así como luego de ejecutar un

proceso de investigación, se planteó el desarrollo de un proyecto de extensión dirigido a la misma población en la cual se realizó la investigación; para ello se diseñó una estrategia de información, educación y comunicación (IEC).

Las estrategias de información, educación y comunicación tienen entre sus objetivos: promover o consolidar, a través de la combinación de tecnologías, enfoques comunicacionales y procesos de socialización, cambios de comportamiento o actitudes en determinadas audiencias, primordialmente en áreas del desarrollo tales como salud y educación (4). De esta manera, la estrategia IEC se convierte en un medio para elevar los niveles

de conocimiento, modelar actitudes y motivar a los destinatarios hacia prácticas favorables dentro de su propio entorno.

Dicha estrategia pretende no solo fortalecer la capacidad de los individuos, sino también de la comunidad, para que puedan incidir en la modificación de preferencias colectivas que generen mayor bienestar; se considera además una ganancia el solo hecho de poner temas de salud pública en la agenda del público objetivo, a través de diferentes medios masivos (4). Por tanto, dirigir estrategias de este tipo al personal del área de la salud constituye una posibilidad amplia de replicación del conocimiento y actitudes, por tratarse de un grupo de especial importancia por la credibilidad que tiene en la población y su compromiso con la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad (5).

Este trabajo surge de las reflexiones generadas a partir del proyecto “Somos salud: estrategia IEC sobre los principales factores de riesgo alimentarios relacionados con el síndrome metabólico, en personal del área de la salud de la Universidad de Antioquia”, realizado durante los años 2013 y 2014, el cual a su vez se derivó de la investigación “Prevalencia de síndrome metabólico y sus determinantes ambientales en profesores y estudiantes de las áreas de la salud de la Universidad de Antioquia: Latinmets-Colombia”, realizada entre octubre de 2010 y julio de 2011 (6).

“Somos salud” se planteó con la intención de comunicar los resultados derivados de la investigación a los participantes, mediante una estrategia IEC que contribuyera a motivar la adopción de conductas favorables para la salud y bienestar, dirigida a una población de 9.060 personas, entre profesores y estudiantes de ocho dependencias del área de la salud. El programa se estructuró en tres fases: factores de riesgo generales con relación al síndrome metabólico; antropometría y actividad física, y conducta alimentaria. Para cada

una se definió un objetivo y sus actividades, entre las cuales se incluía la divulgación de mensajes en medios masivos (correos, redes sociales, carteleras, páginas web de cada dependencia) y acciones interactivas; en ellas se tuvo en cuenta el diseño, elaboración y difusión de materiales, tales como mensajes ubicados en los espejos de los baños, cintas para medición de perímetro de cintura, ruleta sobre consumo de alimentos y gasto de calorías por actividad física.

La campaña “Somos salud” incluyó entre sus propósitos sistematizar la experiencia desde la perspectiva de los ejecutores, con el objetivo de reconocer las dinámicas y aprendizajes generados en los profesionales a cargo de esta estrategia de IEC, pues se reconoció la posibilidad de construir conocimiento desde la práctica, validarlo y verificarlo, así como aportar nuevas propuestas, en las cuales se pueda mejorar la práctica (7). Además se consideró la importancia de aportar a la discusión, en el contexto cercano, contribuir con elementos para la socialización de los resultados de investigación en salud a la comunidad participante y reflexionar sobre el quehacer de los profesionales del área, aspectos en los cuales la producción académica en nuestro medio es escasa.

METODOLOGÍA

Para la sistematización de la experiencia de la campaña “Somos salud” se tomó como concepto de sistematización el propuesto por Jara (8), quien la define como “la interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo”. Por su parte, Mejía (9) identifica entre las posibilidades de la sistematización, obtener conocimiento a partir de la práctica y encontrar la dis-

tancia entre el proyecto formulado y la experiencia vivida; en consecuencia, en este trabajo se planteó la importancia de una reflexión permanente sobre las situaciones vividas, de forma independiente de ser exitosas o no.

Esta sistematización se realizó de manera simultánea con algunas etapas de la ejecución de la campaña “Somos salud” y al finalizar el proceso se amplió la reflexión crítica. El diseño metodológico tomó elementos de la propuesta de Jara, la cual se adaptó y concretó en las siguientes etapas:

Primero, se conformó el equipo responsable de sistematizar la experiencia, en el que participaron los mismos profesionales que planearon y ejecutaron el proyecto; se realizó un acercamiento al concepto, sentido, propósito y metodología del proceso de sistematización de experiencias y con base en ello se establecieron acuerdos de trabajo; uno de estos fue realizar la reflexión desde la mirada de quienes planearon y ejecutaron el proceso.

En el segundo momento, se planteó colectivamente la pregunta orientadora: ¿qué dinámicas y aprendizajes se generan a partir del desarrollo de la campaña “Somos salud” en los profesionales ejecutores?

En la etapa de reconstrucción de la experiencia, se elaboró un texto colectivo con el relato de los antecedentes y la ejecución del proyecto, y fue la base para la siguiente etapa, la reflexión crítica, la cual con base en la pregunta orientadora y otras derivadas, llevó a la construcción del sistema categorial.

En la etapa de reflexión crítica se generaron diálogos entre las personas del equipo acerca de lo significativo para cada participante: sentimientos, aprendizajes, dificultades, propuestas. Estos fueron espacios propicios para alcanzar los propósitos de la sistematización, que, en palabras de Ghiso (10), significan un encuentro entre sujetos,

que se van constituyendo recíprocamente en interlocutores capaces de reconocerse y de reconocer un objeto de estudio a partir de un acuerdo comunicativo. Adicionalmente, en esta etapa se utilizaron la evaluación del proyecto y los informes parciales y finales.

Tanto la reconstrucción de la experiencia, como la reflexión crítica se construyeron a partir de la información obtenida en cuatro grupos focales, cuya información fue grabada en audio y posteriormente transcrita; luego se procedió a la lectura detallada, la codificación y la posterior categorización, para lo cual se agruparon los códigos, se identificaron aspectos significativos y se establecieron relaciones entre códigos para la construcción de categorías descriptivas. Como el análisis y la recolección de información se realizaron de forma paralela, las categorías aportaron elementos para formular nuevas preguntas y temas para los siguientes grupos focales. De las categorías descriptivas se avanzó a la conformación de categorías analíticas, para lo cual se realizaron sesiones de discusión del equipo, se validó el sistema categorial resultante, que se contrastó con otros trabajos investigativos y teóricos, algunos de ellos incluidos en la discusión de este artículo. Algunas de las categorías más relevantes se presentan en la figura.

Respecto a las consideraciones éticas, se reconoció que la sistematización, desde su misma concepción, supone un compromiso de mejorar la práctica y enriquecer los conceptos teóricos (11), lo que implica un sentido ético de retorno social de la información. Además, el equipo de trabajo compartió la decisión de ser a la vez participante y sistematizador del proceso, lo que remite a la condición de reflexividad, desde la cual se plantea que al hacer la descripción del mundo social, el investigador no puede aislarse de sus procesos sociales y características personales y por tanto debe hacer explícitas sus perspectivas y puntos de vista (12). Durante la

recolección y el análisis se mantuvieron consideraciones tales como el reconocimiento de las experiencias y saberes en el proceso de construcción del conocimiento, el respeto a las opiniones y el cuidado en el manejo de la información (13).

Para mantener la confidencialidad, los testimonios de los grupos focales, incluidos en los resultados, se identifican con las iniciales GF, el número de la sesión, las letras ND, es decir, nutricionista dietista y un número asignado a cada una de las profesionales participantes. Solo uno de los testimonios incluidos se tomó de la reconstrucción de la experiencia realizada por el equipo, como se indica al finalizar el texto.

RESULTADOS

Las reflexiones generadas en los momentos de recolección de información y análisis fueron diversas, referidas a la experiencia cotidiana del proyecto y allí se reconocen los dilemas, tensiones y aprendizajes, más allá del contenido y de los alcances en términos de metas definidas.

Una de las categorías centrales de la sistematización se relacionó con los aprendizajes del grupo sobre la estrategia IEC desde la experiencia vivi-

da, la cual tiene como punto de partida el reconocimiento del sentido que tuvo el proyecto; de ahí se derivan reflexiones sobre otros aspectos del proceso: lo administrativo, el diseño de mensajes y materiales, el proceso de conocer la estrategia IEC, de la que resultan reflexiones sobre los procesos de educación para la salud. La figura ilustra algunos componentes del sistema categorial.

El sentido del proyecto: relación extensión-investigación

La decisión de planear y ejecutar un proyecto de extensión surgió de la reflexión sobre el deber ser del proceso investigativo previo: divulgar los resultados de investigación de una forma más cercana a las personas involucradas y contribuir al mejoramiento de la situación encontrada. Considerando la extensión como la proyección de la institución en la sociedad en una relación de doble sentido (1), se valoró la pertinencia de que la investigación diera paso a un proceso informativo-educativo-comunicativo dirigido a la población universitaria, para contribuir con el conocimiento y la solución de una situación identificada.

... se sentía la necesidad de trascender la divulgación, máxime que siendo profesionales de la salud y ante ciertos resultados, se requería crear

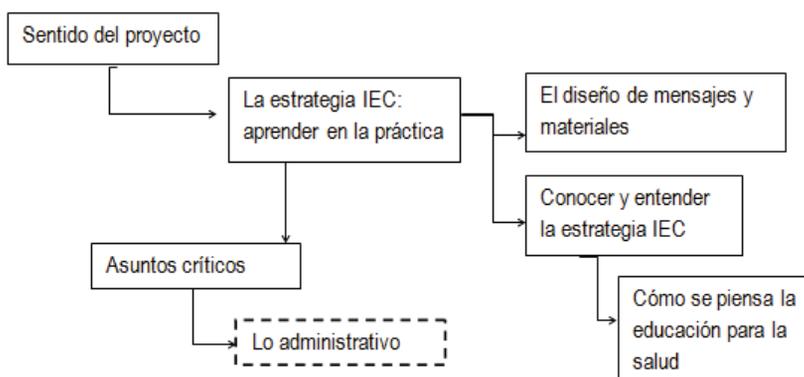


Figura. Sistema categorial, categorías más relevantes de la sistematización.

mayor concientización de la problemática (...) la reflexión sobre la necesidad de ir más allá de una presentación en un evento a la comunidad científica; lograr que los resultados fueran comunicados a las personas, que éstas comprendieran su importancia y pudieran generar una reflexión frente al cambio de comportamientos poco saludables. (Relato de reconstrucción de la experiencia).

La estrategia IEC: aprender en la práctica

Al detenerse el grupo en la mirada a la cotidianidad del proyecto, la mayor fuerza en la reflexión se centró en la experiencia de planear y ejecutar una estrategia IEC y por tanto aprender en la práctica: sus contenidos, conceptos y manera de concretarla. De aquí se derivan tres subcategorías, de las cuales se presentan a continuación algunos de los aspectos más significativos.

Desde la planeación, el grupo se planteó la necesidad de acercarse a conceptos y lógicas planteadas desde lo teórico para los proyectos de IEC, para así **conocer y entender la estrategia**, y reconoció las dificultades derivadas de asumirla por primera vez, puesto que solo una de las profesionales del equipo tenía experiencia en ella. Aún con esos acercamientos previos a los asuntos teóricos, durante la ejecución, el equipo enfrentó dilemas y preocupaciones propias de un proceso, con una lógica nueva:

Sentí que la dificultad más grande era no entender el alcance de una campaña IEC y no tener claridad sobre qué es un alcance de sensibilización; que no pretendemos cambiar conductas, ni cambiar prácticas, ni hacer intervención... incluso uno puede sentir que la inversión es demasiada en tiempo y en dinero para resultados muy pequeños, pero esos resultados son muy valorables porque una campaña de IEC no es fácil. (GF4ND3).

En medio de la experiencia se manifestó preocupación acerca del alcance y evaluación de estos

procesos, pues se esperaban indicadores que evidenciaran impactos más directos sobre las personas, al ver los resultados de la campaña IEC y confrontarlos con la lógica de evaluación de intervención e investigación en los cuales el grupo tenía experiencia; asimismo, se reconocían el alcance y las posibilidades de esta campaña, en comparación con otras realizadas a mayor escala, por empresas privadas.

En este tipo de metodología no se espera que la gente realmente responda las encuestas de evaluación, entonces siempre es como uno confrontarse con otro tipo de trabajo, muy diferente del que uno habitualmente hace; yo siempre lo rescato: ha sido un aprendizaje muy grande porque además de reconocer (en) las personas la labor que hacen cuando se enfrentan a este tipo de metodologías, es también entender las mismas dinámicas que eso implica. (GF3ND4).

La reflexión acerca de los aprendizajes con la estrategia IEC evidenció que aunque se cumplió con los objetivos planteados y se alcanzaron logros como el reconocimiento de la campaña, la articulación con las dependencias académicas, el surgimiento de comentarios sobre los mensajes, el cumplimiento y superación de las metas propuestas, en el equipo estuvieron presentes preocupaciones relacionadas con la comprensión de los alcances del proyecto y las expectativas generadas por experiencias anteriores de procesos relacionados con educación para la salud.

... estaba convencida que era una estrategia de intervención y cuando ya empezamos a mirar los objetivos... es que IEC no es intervención, entonces desde ahí ya tenemos que entender qué implica una estrategia de exposición de la información donde no va a ser intervención y no se va a evaluar con base a cambios... entonces inclusive, hubo un aterrizaje después de haber presentado el proyecto. (GF3ND4).

A la luz de estas discusiones, se evidenció la importancia de profundizar en la estrategia para entender

sus alcances, posibilidades, situaciones presentadas y proponer discusiones teóricas para proyectar la ejecución.

Por otra parte, la reflexión acerca de indicadores, alcances y posibilidades de la campaña, llevó a analizar **la manera en que se piensa la educación en salud** y cómo a veces, en el ejercicio profesional, se tiende a asumir que al dar una información a una persona se garantiza que esta modifique sus prácticas individuales.

¿Uno qué esperaba? Que íbamos a medir cambios, que la gente dijera: "Yo no estaba haciendo actividad física y ya la estoy haciendo". Pero con las reuniones fui cayendo en cuenta que ese no era el objetivo, que el objetivo era dar una información y conocer de qué manera la gente percibía esa información, le llegaba, la tocaba, la motivaba... no era lo que yo inicialmente pensaba, que era lograr un cambio o un impacto. (GF2ND2).

Asimismo, se analizó la necesidad de reconocer los aspectos del contexto, que inciden en las decisiones individuales, los dilemas y tensiones relacionados con los procesos de cambio en hábitos y prácticas en salud y la necesidad de articular, a los proyectos educativos acciones en otros niveles, desde una mirada de la educación para la salud más comprensiva del contexto social, cultural y de la relación con los sujetos y por tanto del encuentro intersubjetivo que representa.

... mucho conocimiento no significa un cambio de conducta o de práctica, pero a veces cosas muy mínimas pueden generar ese paso de la preparación para la acción... todos tenemos motivaciones muy diferentes. (GF3ND3).

... siempre estamos pensando las intervenciones educativas desde el individuo, que hay que educar para que el individuo cambie: pero también hay que cambiar el contexto, también hay que partir de ciertas directrices institucionales; uno dando solo educación

no va a lograr cosas, entonces creo que hasta allá también puede apuntar la reflexión. Pensamos en este proyecto pensando en la población, pero creo que hay que retomar la institución. (GF3ND4).

Además de la necesidad de situarse en el contexto y superar los abordajes individuales, hablar de educación para la salud llevó a reflexiones cruzadas por asuntos éticos: desde dónde se ejerce la profesión, cómo se contribuye a la solución de problemas, los límites de la responsabilidad profesional cuando se conoce una situación desde la investigación y cómo se puede aportar a su mejoramiento; más allá del cumplimiento de los objetivos, siguen presentes preocupaciones de lo que pasa luego de finalizar un proyecto:

El objetivo en este momento es de sensibilización y por las respuestas (...) se logra, pero para mí la pregunta de cuándo se logra el cambio, qué es lo que hay que hacer para lograrlo, sigue siendo un asunto que, tengo claro que no es un objetivo de este proyecto (...) cerramos la campaña, sistematizamos el proceso... y la problemática que nos preocupa, el síndrome metabólico con todos sus componentes sigue estando ahí y si seguimos creyendo que hay que hacer un cambio desde el personal del área de la salud para que eso impacte a las personas con quienes tenemos contacto, ¿eso cuándo pasa? (GF3ND6).

Otro aspecto significativo para el grupo, por las dinámicas generadas y los aprendizajes reconocidos, fue el **diseño de mensajes y materiales**, actividad central de la estrategia, debido a que mediante estos se establece la comunicación con el público. Para cada fase se realizó el diseño de estos mensajes, la definición de una estructura y la selección de contenidos específicos. Cada mensaje incluía información basada en los resultados de investigación, complementada con otras fuentes científicas y finalizaba con una propuesta de acción orientada a motivar a prácticas saludables. En todo ese accionar, el grupo pudo comprender mejor la lógica de la estrategia IEC.

Uno de los asuntos cruciales fue elaborar mensajes basados en los resultados de investigación, dirigidos a la comunidad universitaria, en particular a las facultades del área de salud, pues significó aprendizajes para la toma de decisiones en cada aspecto. El uso del lenguaje fue uno de los aspectos más exigentes:

... para mí ha sido un aprendizaje esto de diseñar material con estas características; me ha parecido mucho más difícil que cuando planeamos el proyecto. La búsqueda de la palabra correcta, del sentido, de lo que queremos decir dirigido al público... supremamente difícil". (GF1ND6).

Al mismo tiempo, se identificaron diferencias en las visiones sobre los materiales y mensajes que tenía el grupo ejecutor y otras personas vinculadas al proyecto, como la diseñadora, y se identificó la necesidad de mayores consensos; además el grupo se hizo consciente de la cantidad de procesos y detalles en cada etapa.

(En relación a la segunda etapa) fue más difícil que el primero, porque empezamos a ponerle el ojo a otros aspectos con los que no habíamos quedado conformes y empezamos a decir: 'Qué pena pero no nos gusta así', con la letra, con los colores, con el espacio; esas cosas nunca pensamos que se dificultaran tanto y más porque la percepción de un diseñador es distinta a la de nosotros... (GF1ND5).

Se fue consolidando una dinámica de exigencia y búsqueda permanente de la calidad para elaborar textos en un lenguaje más cercano para un público diverso, proceso que incluyó la revisión de fuentes científicas y la consulta a expertos. Este proceso también llevó a una reflexión acerca del manejo de conocimientos del campo de la alimentación y la nutrición como algo dinámico y diverso:

... yo insisto en que no es desconocimiento, es la misma construcción del conocimiento en nutrición". (GF4ND6).

(La etapa reciente) me reevaluó los conocimientos de nutrición; me devolvió al cuestionamiento de qué es lo que sabemos realmente. (GF4ND6).

Finalmente, al hablar de los mensajes y materiales más reconocidos por el público, se concluyó que a pesar del amplio acceso a la virtualidad, se logró mayor cercanía con los materiales impresos y aquellos con los cuales se intervinieron espacios (baños y carteleras), por permitir una interacción más directa.

... con la evaluación uno siente que la gente la vio (la campaña), que le gustó; lo que yo evaluaba era que uno utiliza las redes sociales porque es lo que en este momento está mandando la parada (...) pero realmente siento que los materiales que la gente pudo tocar, ver fuera del computador, fueron los que más gustaron y las cosas que más le impactaron (...) entonces ahí es donde uno dice: ¿La gente está saturada? ¿Qué es lo que está pasando? (GF4ND1).

La reflexión pasó por considerar la manera como el público se relacionó con estos mensajes y materiales y allí se encontraron más razones para reconocer que la información no necesariamente lleva a la acción, menos aun cuando existe tanta información disponible en diversas fuentes. Si bien no puede esperarse un cambio inmediato, es posible aportar conocimientos y dar elementos para la toma de decisiones personales.

... Uno piensa que educar es muy fácil, que porque tenemos un conocimiento lo sabemos transmitir y yo creo que una campaña de estas lo lleva a uno a reflexionar, a concientizarse de cómo es que la gente capta, porque hemos utilizado diferentes medios, pensamos que el Facebook, el Twitter, todo esto que le está llegando a la gente y a veces ni es eso o lo están usando para otras cosas o de pronto a la gente sí le llega pero no manifiesta nada frente al mensaje. (GF4ND2).

Finalmente, la ejecución del proyecto implicó para el equipo enfrentarse a aquellos **asuntos críticos**

de la ejecución, dentro de lo cual se destacan las **lógicas administrativas** establecidas en la Universidad, relacionadas con asuntos como el manejo del tiempo, recursos, contrataciones, entre otros; las cuales en algunos momentos se vieron como limitantes y se reconocieron como dinámicas complejas, con tiempos diferentes a lo planeado, con poca oportunidad para lograr procesos eficientes y la necesidad de redistribuir actividades entre el equipo. El grupo reconoció entre los aprendizajes la importancia de entender estas dinámicas y considerarlas desde el momento de la planeación.

... desde lo administrativo es muy complicado: como cada contrato se demora tanto, entonces terminar un contrato con alguien es atrasar otro mes, otros dos meses, es otra vez como empezar de cero y poner en riesgo ese cumplimiento del proyecto, entonces ha sido muy complicado. (GF1ND3).

... muchas veces fueron un mes y medio, dos meses. En la primera campaña nos demoramos tres semanas más, en la segunda, cinco semanas más por esos mismos tiempos. (GF4ND1).

DISCUSIÓN

La planeación y ejecución de la campaña “Somos salud” generó aprendizajes acerca de los procesos de IEC y su apropiación por parte de los profesionales de la salud. En primer lugar, se destaca cómo, más allá del interés de lograr los objetivos del proyecto, la sistematización de la experiencia permitió en el equipo de trabajo reconocerse en medio de tensiones: el profesional de la salud como educador y promotor de prácticas saludables y a la vez como sujeto de acciones de IEC; la intención de promover cambios en lo individual en medio de un contexto que incide y determina estos cambios. De aquí se desprenden algunas reflexiones para la práctica.

Las personas del área de la salud, a quienes se dirigía la estrategia, pueden tener conocimientos

acerca de los factores protectores y de riesgo, pero esto no garantiza la aplicación de recomendaciones saludables; la estrategia puede llevar un mensaje, generar reflexiones y motivar a la acción, pero esto no implica la implementación de la misma, como afirman Pacheco y colaboradores (14), quienes encontraron, al evaluar la aplicación de una estrategia IEC para el control del dengue en Colombia, que aunque ésta promovía factores protectores, el esfuerzo parecía no ser suficiente para poner en práctica las acciones preventivas por parte de la población objetivo.

Otros autores afirman que la estrategia IEC es crucial para el afianzamiento de conceptos y puede generar cambios favorables en comportamientos (15), especialmente cuando las estrategias son sostenibles en el tiempo y utilizan los medios adecuados para llevar al público objetivo el mismo mensaje (16). En este sentido, es importante entender los alcances de estas estrategias; pretender resultados homogéneos sería pensar que las decisiones se basan en un pensamiento racional, sin tener en cuenta los condicionantes individuales y ambientales que rodean a los sujetos; además, una estrategia IEC puede propiciar cambios de comportamiento en la población desde una perspectiva preventiva, no curativa (4).

Por lo tanto, los alcances de los procesos de IEC para personas del área de la salud, deben considerar que las decisiones en salud son complejas y multifactoriales y en ellas inciden diversos aspectos, en los cuales se ven inmersos los profesionales del área; al respecto, determinar el grado en que un individuo es responsable de su propia salud es un asunto complejo, debido a la confluencia de muchos factores, no siempre dentro del control del individuo (17).

Así mismo, el reconocimiento de los profesionales de la salud, como actores esenciales en la acción frente a problemas de salud pública, debe pasar por

considerarlos también sujetos de decisiones, llamados a superar el reduccionismo del enfoque clínico patológico, para lograr para sí mismos y en las comunidades cambios efectivos, sostenibles en el tiempo, congruentes con sus conocimientos y discursos. Investigaciones sobre el tema señalan, cómo los profesionales con estilos de vida saludables, aconsejan a sus pacientes con mayor frecuencia, sobre la prevención (18-19), lo cual resulta de utilidad para direccionar acciones de intervención específicas en este colectivo. En estudiantes de medicina y universitarios en general, la literatura científica muestra una considerable prevalencia de factores de riesgo modificables, asociados con el estilo de vida (6, 20-22), lo que debe llevar a cuestionar los aspectos individuales y del contexto que median en el cuidado de su propia salud.

Además de la reflexión sobre los profesionales de salud como agentes educativos y a la vez sujetos de cambio, la sistematización permitió evidenciar cómo los discursos propios de la formación profesional se hacen presentes al hablar de estos proyectos, como ocurre cuando se manifiestan en las ejecutoras las preocupaciones relacionadas con la premisa de incidir en el estilo de vida de las personas, como parte del deber ser del profesional de la salud. Al respecto, Menéndez (23) critica el concepto de estilo de vida, presente en el discurso del sector salud, por reducirlo a las conductas individuales y dejar de lado un abordaje holístico, necesario para entender las relaciones con las condiciones materiales y simbólicas de vida. Por su parte, Crawford (24) afirma que si bien muchas enfermedades se generan por el estilo de vida, no debe centrarse toda la atención en este aspecto, pues además se requiere cambiar el entorno social y económico, asunto también planteado en algunos momentos del análisis. Precisamente en este aspecto, la sistematización permitió evidenciar para las participantes de este proyecto, la manera como se enfrentaron a ese dilema, por ejemplo, cuando

manifestaron la sensación de “frustración” al no observar grandes respuestas en quienes recibieron los mensajes, pero a la vez reconocieron la necesidad de trascender a acciones, que incidan en políticas desde lo institucional, hasta niveles mayores.

En este sentido es necesario reconocer el rol de educador del profesional de la salud, quien debe promover prácticas adecuadas, sin olvidar que las acciones educativas tienen lugar en un contexto, en el cual, más allá del conocimiento existen determinantes que explican las razones para llevar a cabo ciertas prácticas. Las recomendaciones planteadas por el Comité de Expertos FAO/OMS (25), pretenden que desde las políticas, se faciliten ambientes favorables para las elecciones individuales, que contribuyan a la salud; tal es el ejemplo de impuestos a las bebidas azucaradas en México (26) o la restricción a la comercialización de productos con alto contenido de calorías, grasas o sodio en establecimientos educativos chilenos hasta el nivel medio de educación (27).

Los profesionales del área de la salud requieren reflexionar y repensar la manera como realizan sus prácticas e influyen en los demás y de qué forma aplican a su vida las recomendaciones y comportamientos para mantener su salud. En tal sentido, Arboleda (28) propone realimentar la docencia con los hallazgos de investigaciones cualitativas en salud y promover la enseñanza de la educación para la salud, buscando la comprensión de las realidades de los sujetos y propiciando actos educativos incluyentes y dialógicos.

Por otra parte, respecto a los propósitos de la campaña, de divulgar los resultados de una investigación a la población participante y a la vez promover procesos de reflexión relacionados con sus propias prácticas de salud, Lage y colaboradores (2) expresan la importancia de llevar los resultados de investigación en salud a una implementación práctica que trascienda el resultado científico. De

igual forma, a propósito de las reflexiones sobre el manejo del lenguaje en el diseño de mensajes y materiales, Mercado y Robles (3) plantean diversas maneras para comunicar los resultados de investigación en el área de salud, la necesidad de llegar a diferentes públicos (académicos, tomadores de decisiones, los informantes o la población) y la de usar lenguajes apropiados a cada población. Estos autores destacan la necesidad de debates acerca de la divulgación de resultados de investigación que aborden la discusión sobre el uso de términos claros y contribuyan a la inclusión, al dar a los destinatarios las mismas posibilidades de comprender y apropiarse de los conocimientos. Al respecto, Breilh (29) propone una gestión colectiva del saber, refiriéndose a una convergencia de un pensamiento crítico y una población informada y organizada, para avanzar en el conocimiento y la transformación de problemas.

De otro lado, la campaña “Somos salud” evidencia la articulación de dos funciones misionales de la Universidad de Antioquia: la investigación y la extensión (30) y al mismo tiempo, responde a lo planteado por el Sistema Universitario de Investigación (31), el cual propone que los proyectos allí inscritos contemplen la divulgación de los hallazgos, especialmente bajo la modalidad de artículos; en este caso, la campaña permitió además retornar los resultados de la investigación, mediante el uso de medios de mayor alcance, para un público más amplio.

Esta sistematización permitió a sus ejecutoras profundizar en el reconocimiento de los profesionales de la salud como agentes y sujetos de acciones y decisiones, además de proponer algunas reflexiones críticas sobre la manera como se hace educación para la salud, asunto mediado por la discusión sobre los estilos de vida y las políticas públicas, en la cual es necesario reconocer en el contexto, la importancia de otros asuntos que influyen o determinan las decisiones individuales.

Al respecto, resultan pertinentes propuestas como la de Breilh (32), de superar el discurso de los estilos de vida, muy arraigado en los profesionales de la salud y avanzar hacia el reconocimiento de los modos de vida, los cuales permiten entender que las condiciones de salud de un grupo, no pueden entenderse por fuera del reconocimiento de las condiciones históricas, sociales y económicas de las clases sociales y que a su vez en ellos ocurren las decisiones individuales, expresadas en los estilos de vida. Esta propuesta contribuye a pensar más allá de lo individual, futuras prácticas de educación para la salud.

Frente a la reflexión planteada acerca de los conocimientos en alimentación, nutrición y salud, el ejercicio de sistematizar esta experiencia constituyó una oportunidad para reconocer en lo cotidiano, la práctica profesional del nutricionista dietista o de un profesional de la salud, el carácter dinámico de los conocimientos científicos que la sustentan, la necesidad de reaprender y la importancia de hacer comunidad científica para que además de avanzar en el conocimiento, se planteen alternativas de divulgación a públicos diversos, reconociendo el carácter social de los conocimientos ligados a la salud. Si bien en este proceso no fue posible profundizar, por limitaciones de tiempo, en algunos hallazgos referidos al sentido de la comunicación y la educación, es importante que en trabajos futuros de educación para la salud, se planteen procesos de sistematización y evaluación, que aporten a la discusión acerca del quehacer educativo de los profesionales del área.

FINANCIACIÓN

El artículo se deriva del proyecto “Somos salud. Estrategia información, educación y comunicación sobre los principales factores de riesgo alimentarios relacionados con el síndrome metabólico en personal del área de la salud de la Universidad

de Antioquia”, financiado por la Vicerrectoría de Extensión de la Universidad de Antioquia, convocatoria BUPPE-2013.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a la Vicerrectoría de Extensión por la financiación del proyecto y a las de-

pendencias del área de la salud de la Universidad de Antioquia por su participación en la ejecución. Igualmente agradecen a Catalina Castaño Díez, Nutricionista ejecutora del proyecto, a María Camila Correa Madrid y a Luisa Fernanda Arroyave Zuleta, estudiantes de pregrado en Nutrición y Dietética, quienes se desempeñaron como auxiliares en el proceso.

Referencias

1. Universidad de Antioquia. Funciones misionales. Medellín; 1994. [citado marzo de 2015]. Disponible en <http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/institucional/quienes-somos/contenido/asmenulateral/funciones-misionales/>
2. Lage A, Molina JR, Bascó EL, Morón F, O’Farrill E. La investigación en salud como elemento integrador entre la universidad y los servicios de salud. *Educ Med Super*. 1995;9:5-6.
3. Mercado FJ, Robles L. Los usos de la investigación cualitativa en salud ¿algo más allá de la difusión de resultados? *Invest Educ Enferm*. 2008;26:48-59.
4. Sepúlveda M, Báez F, Montenegro M. “No la puerta de mi casa”. Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias. Barcelona: Grup Igia; 2008. [citado noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/LibroNoenlapuerta.pdf>
5. Oberg E, Frank E. Physicians’ health practices strongly influence patient health practices. *J R Coll Physicians Edinb*. 2009;39:290-91. doi:10.4997/JRCPE.2009.422.
6. González-Zapata LI, Deossa G, Monsalve-Álvarez JM, Díaz-García J, Babio N, Salas-Salvadó J. Metabolic syndrome in healthcare personnel at the University of Antioquia-Colombia: Latinmets Study. *Nutr Hosp*. 2013;28:522-31.
7. Barnechea M, González S, Morgan M. La producción de conocimientos en sistematización. La Piragua. *Rev Latinoam Educ Polit*. 1999;16:33-43.
8. Jara O. Para sistematizar experiencias. 3 ed. San José: Alforja; 1994. p.22, 91-121.
9. Mejía MR. La sistematización empodera y produce saber y conocimiento. Bogotá: Desde Abajo; 2008. p. 163.
10. Ghiso A. Entre el hacer lo que se sabe y saber lo que se hace. Una revisión sui géneris de las bases epistemológicas y de las estrategias metodológicas. *Aportes*. 2001. [citado noviembre de 2014]; 75:7-22. Disponible en: <http://www.alboan.org/archivos/538.pdf>
11. Barnechea M, Morgan M. El conocimiento desde la práctica y una propuesta de método de sistematización de experiencias. Trabajo de grado, Magíster en Sociología). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Escuela de Graduados; 2007.
12. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. 2 ed. Barcelona: Paidós; 2001. p. 30-1.
13. Galeano E. Diseño de proyectos en la investigación social cualitativa. Medellín: Eafit; 2004. p.69-76.
14. Pacheco A, Quiñones ML, Serrato, IM, Rivas FA. Evaluación preliminar de la estrategia de información, comunicación y educación para el control del *Aedes aegypti*, en La Dorada, Colombia. *Rev Salud Pública* 2010;12:380-90.

15. Muñoz E, Gutiérrez MI, Guerrero R. Evaluación del impacto de una estrategia de información, educación y comunicación para la prevención de la violencia en Bogotá, Cali y Medellín. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004. [citado noviembre de 2014]. Disponible en: http://objetos.univalle.edu.co/files/Evaluacion_Estrategia_Informaci%C3%B3n_C3%B3n_C3%B3n.pdf
16. Cofie P, De-Allegri M, Kouyate B, Sauerborn R. Effects of information, education, and communication campaign on a community-based health insurance scheme in Burkina Faso. *Glob Health Action*. 2013;6:201791. doi:10.3402/gha.v6i0.20791.
17. Resnik D. Genetics and personal responsibility for health. *New Genet Soc*. 2014;33:113-25.
18. Spencer EH, Frank E, Elon LK, Hertzberg VS, Serdula MK, Galuska DA. Predictors of nutrition behaviors and attitudes in US medical students. *Am J Clin Nutr*. 2006;84:655-62.
19. Duperly J, Lobelo RL, Segura C, Sarmiento PL, Herrera D, Frank E. The association between Colombian medical students' healthy personal habits and a positive attitude toward preventive counseling: cross-sectional analyses. *BMC Public Health*. 2009;9:218.
20. Morales G, Del Valle C, Sota A, Ivanovic D. Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios. *Rev Chil Nutr*. 2013;40:391-6.
21. Steptoe A, Wardle J, Cui Weiwei C, Bellisle F, Zotti AM, Baranyai R, et al. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Prev Med*. 2002;35:97-104.
22. Alba LH. Perfil de riesgo en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. *Univ Med*. 2009;50:143-55.
23. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar; 2009. p. 105.
24. Crawford R. Usted es un peligro para su salud: aspectos ideológicos y políticos de la práctica de culpabilizar a la víctima. En: De la Cuesta C, comp. *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999 p. 47-77.
25. OMS/FAO. *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de una consulta mixta de expertos*. Ginebra; 2003. [citado noviembre de 2014]. Serie de Informes Técnicos; N° 916. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
26. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Resultados preliminares sobre los efectos del impuesto de un peso a bebidas azucaradas en México. 2014. [citado noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.insp.mx/epppo/blog/preliminares-bebidas-azucaradas.html>
27. Chile. Ministerio de Salud. Ley 20606 sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad. Santiago; 2012. [citado noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>
28. Arboleda LM. Significado del saber popular en un grupo de nutricionistas dietistas. *Perspect Nutr Humana*. 2007;9:49-60.
29. Breilh J. Perspectivas políticas, sociales y éticas de la investigación en una era de barbarie. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36:210-21.
30. Universidad de Antioquia. Consejo Superior Universitario. Acuerdo Superior N° 1 del 5 de marzo de 1994 por el cual se expide el Estatuto General. 2 ed. Medellín; 1997.
31. Universidad de Antioquia. Acuerdo Superior 204 de 2001 por el cual se reglamenta el Sistema Universitario de Investigación. Medellín; 2001.
32. Breilh J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar; 2003. p. 87-92.