

## El monitoreo estratégico: una metodología participativa para el cuidado de la salud\*

### Strategic monitoring: a participative methodology for health care

### O monitoramento estratégico: uma metodologia participativa para o cuidado da saúde

LUZ EVER DÍAZ MONSALVE\*\*

#### Resumen

**Introducción:** El monitoreo estratégico es una metodología caracterizada por considerar la salud como un proceso histórico y social influenciado por determinantes del macro y microcontexto, que promueve la participación comunitaria y el control social informal en la gestión de la salud. Se compone de tres subsistemas que se pueden desarrollar en cinco momentos.

**Objetivo:** Analizar los supuestos teóricos y metodológicos del monitoreo estratégico en salud y proponer los momentos metodológicos inspirados en investigación y experiencia de cuidado en la salud sexual y reproductiva con adolescentes.

**Metodología:** Estudio cuantitativo realizado entre 2005 y 2008 en una institución educativa de Bello, Antioquia, que tuvo por objetivo describir el perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Con una muestra de 233 adolescentes encuestados elegidos por muestreo aleatorio simple y 9 grupos de discusión, se encontró que el 11% tenía antecedentes de maternidad/paternidad, de cuyos embarazos el 58% terminó en aborto y el 2.1% había padecido infección de transmisión sexual. La comunidad académica prioriza la necesidad del proyecto de formación sexual para mejorar la situación, lo que motiva

el desarrollo del monitoreo estratégico, proceso que dio como resultados una comunidad académica sensible en la formación sexual y disminución drástica de embarazos en escolares.

**Conclusiones:** El monitoreo es una metodología para el cuidado de la salud que cree en que la construcción de colectividad es posible, aunque no es fácil porque requiere de tiempo, paciencia y recursos para orientar a los individuos a que trabajen juntos por un interés común, sus frutos son duraderos en tanto que no dependen del equipo de salud para la gestión del bienestar y la protección de la vida.

*Palabras clave:* Monitoreo; Controles Informales de la Sociedad; Participación Comunitaria (Fuente: DESC BIREME).

#### Abstract

**Introduction:** Monitoring strategic is a methodology characterized by considering health like an historical and social process influenced by micro and macro determinants that promotes community participations and informal social control in health management. It is composed by three subsystems that we can develop in five moments

**Objective:** Analyze theoretical assumptions and methodologies of strategic monitoring in health care and propose methodological moments inspired by research and experience care in sexual and reproductive health with adolescents

**Methodology:** Quantitative study conducted between 2005 and 2008 in an educational institution from Bello, Antioquia, which aimed to describe epidemiological profile of sexual and reproductive health from adolescents. Sample of 233 teens surveyed selected by simple random sampling and 9 focus

\* Producto de reflexión de la investigación *Monitoreo estratégico en salud sexual y reproductiva con los escolares adolescentes del barrio el Cairo-Bello. 2005-2008*, realizado entre mayo de 2005 y octubre de 2008, financiado por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia y de la Institución Educativa "La Milagrosa".

\*\* Magíster en Salud Colectiva. Especialista en Epidemiología. Enfermera Docente investigadora. Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. E-mail: ledmonsalve@gmail.com.

groups. We found that 11% had a history of maternity/paternity, 58 % of these pregnancies ended in abortion and 2.1% had suffered from sexually transmitted infection. The academic community prioritizes the need for sex education project to improve this situation, which motivates the development of strategic monitoring process that led to an appreciable results in the academic community and drastic decrease sexual education in school pregnancies.

**Conclusions:** Monitoring is a methodology for health care that believes that building community is possible, though it is not easy because it requires time, patience and resources to guide individuals to work together for a common interest, fruit are durable while not dependent on the health care team to manage their welfare and protection life.

*Key words:* Monitoring; Social Control, Informal; Consumer Participation (Source: DESC BIREME).

## Resumo

**Introdução:** O monitoramento estratégico é uma metodologia caracterizada por considerar a saúde como um processo histórico e social influenciado por determinantes do macro e micro contexto, promove a participação comunitária e o controle social informal na gestão da saúde.

**Objetivo:** Analisar os supostos teóricos e metodológicos do monitoramento estratégico em saúde e propor os momentos metodológicos inspirados na pesquisa e experiência de cuidado na saúde sexual e reprodutiva com adolescentes.

**Metodologia:** Estudo quantitativo realizado entre 2005 e 2008 em uma instituição educativa de Bello-Antioquia, que teve por objetivo descrever o perfil epidemiológico da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Com uma amostra de 233 adolescentes inquiridos, elegidos por amostragem aleatória simples e 9 grupos de discussão, encontrou-se que 11% tinha antecedentes de maternidade/paternidade, dessas gravidezes 58% terminaram em aborto, e 2,1% tinham padecido infecções sexualmente transmissíveis. A comunidade acadêmica prioriza a necessidade do projeto de formação sexual para melhorar a situação, o que motiva o desenvolvimento do monitoramento estratégico, processo que resultou em uma comunidade acadêmica sensível na formação sexual e na diminuição drástica da gravidez nos escolares.

**Conclusões:** O monitoramento é uma metodologia para o cuidado da saúde que acredita em que a construção da coletividade é possível, ainda que não seja fácil porque precisa de tempo, paciência e recursos para orientar aos indivíduos para que trabalhem juntos por um interesse comum, seus frutos são duradouros devido a que não dependem da equipe de saúde para a gestão do bem-estar e a proteção da vida.

*Palavras-chave:* Monitoramento; Controles Informais da Sociedade; Participação Comunitária (Fonte: DECS, BIREME).

## Introducción

El cuidado de la salud, entendido como los actos de vida representados en actividades orientadas a mantener el bienestar y la vida de los seres humanos (1) ocurre en los diferentes escenarios donde existen y se desarrollan los sujetos de cuidado<sup>1</sup>. En este sentido, el cuidado no tiene límites de tiempo, espacio y persona, no obstante, el cuidado está influenciado entre muchos factores por el estado de salud de los sujetos de cuidado, por ejemplo: el cuidado clínico se genera cuando un sujeto demanda la atención porque se siente enfermo, cuidado que generalmente se obtiene en instituciones de salud o en el domicilio del sujeto. De esta manera, se inicia el análisis de datos para llegar a un diagnóstico, se establece el tratamiento terapéutico y una serie de cuidados que tienen como fin recuperar la salud o por lo menos controlar la enfermedad, por lo que se caracteriza por ser un cuidado individual y centrado en la enfermedad. El cuidado comunitario se establece en sujetos sanos, tiene como fin conservar el bienestar y proteger la vida, se caracteriza porque no se establece en un lugar determinado, está centrado no sólo en el individuo, sino también en la familia, en los grupos humanos y en la comunidad. Se empieza por el análisis de la situación de salud mediante información recolectada sobre las causas de enfermar y de morir, los factores de riesgo y los recursos de salud para realizar el diagnóstico y orientar acciones de cuidado (2).

Las metodologías clásicas del cuidado comunitario son la vigilancia epidemiológica, el enfoque de riesgo y el estudio de brotes. La vigilancia epidemiológica consiste en un sistema de información que orienta acciones de prevención, control y erradicación de la enfermedad mediante el reporte sistemático de los casos (2, 3, 4); el enfoque de riesgo mide la probabilidad de enfermar en quienes están expuestos a un factor de riesgo y con base en esta información se gestionan acciones de prevención para los individuos más vulnerables de acuerdo a la exposición (2, 5). El estudio de brotes es un proceso de intervención e investigación que se implementa en casos de epidemias, por enfermedad nueva en una región o cuando se identifica un microorganismo nuevo en el mundo, como ocurrió recientemente con el virus AH1N1 (2, 3, 6). Estas metodologías se caracterizan porque parten del diagnóstico de la situación y están centradas en la enfermedad, en la que el equipo de salud es protagonista en todo el proceso.

El Monitoreo Estratégico en Salud (MES) o Monitoreo Participativo, propuesto por Breilh (1997), surge como

<sup>1</sup> Se entiende por sujetos de cuidado a individuos, familias, grupos humanos, comunidades y colectivos humanos que son usuarios de la atención de los profesionales de la salud.

alternativa para el cuidado comunitario centrado en la salud. Como las demás metodologías, se basa en el diagnóstico, pero en ésta el protagonista es el sujeto de cuidado y el equipo de salud es asesor del proceso, razón por la cual la participación comunitaria cobra importancia en esta estrategia metodológica (7, 8).

Este texto tiene como propósito analizar el MES para el cuidado de la salud comunitaria. Para ello se parte del análisis de los principios teóricos y se proponen los momentos metodológicos con base en la experiencia investigativa y cuidado en la salud sexual y reproductiva (SSR) con adolescentes de un colegio del municipio de Bello, Antioquia, donde esta herramienta se constituye en soporte de la propuesta.

## Consideraciones teóricas

### El concepto amplio de la salud y su impacto en el cuidado

La salud es el derecho que tiene todo ser humano de vivir en completo bienestar físico, mental y social; no sólo es la ausencia de enfermedad o dolencia (9). Franco y otros (1995) (10) definen el bienestar como sensación placentera del sujeto y su capacidad de funcionar adecuadamente, aspectos que requieren de acceso a la participación en los niveles decisorios y a los recursos económicos, científicos, tecnológicos e informativos para satisfacer las necesidades básicas y el desarrollo de las potencialidades de acuerdo a sus preferencias. Los autores también afirman que la salud es la vida, entendida ésta como energía vital, intelectual y sexual que se materializa en cada momento de la existencia. Desde el contexto de la enfermería, se considera la salud como “el conjunto de fuerzas vivas físicas, afectivas, psíquicas, sociales, que se pueden movilizar para afrontar, compensar la enfermedad y dejarla atrás” (11).

El estado de salud es el producto de un proceso social y biológico, integrado y dinamizado en el cual ocurren las contradicciones entre lo saludable (disfrute de valores) y lo destructivo (procesos de deterioro o de contravalores). En cada momento específico de la vida predomina uno de los polos de la contradicción que se manifiesta en el estado de salud o de enfermedad, según predominen los procesos benéficos o destructivos (8, 12).

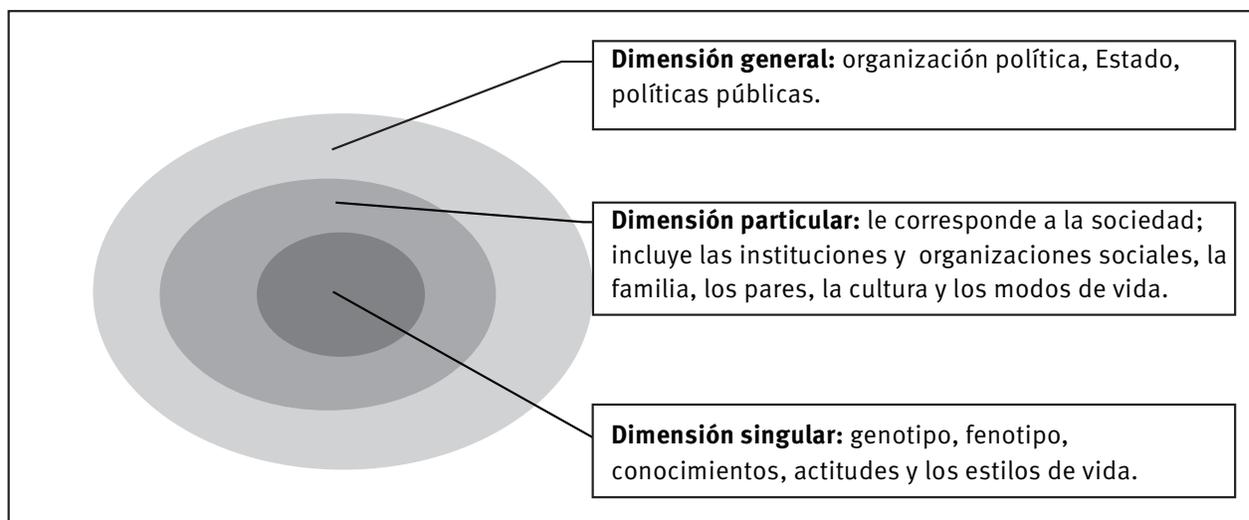
Estas consideraciones sobre la salud conducen a la reflexión en varios aspectos:

- **La valoración de los determinantes.** El estado de salud está influenciado por determinantes que no son

ni buenos ni malos por sí mismos, sino que presentan matices que deben ser considerados al momento de gestionar la salud. El valorativo de bueno/malo depende de quién lo califica, por ello el equipo de salud debe considerar el significado que para los sujetos tienen los determinantes, porque puede ocurrir que para el equipo un ritual, una conducta o una costumbre sea perjudicial e incluso constituya una amenaza para la vida, mientras que para los sujetos represente satisfacción, disfrute y armonía espiritual. También se debe tener en cuenta el conocimiento que los sujetos tienen del potencial destructor del determinante y las negociaciones que hacen entre el disfrute y el riesgo que asumen.

- **La salud como proceso histórico y social.** La interacción de los determinantes posee una historia individual y colectiva, por tanto el estado de salud no es producto del azar; por ejemplo: en el caso de un sujeto con infarto agudo del miocardio confluyen una serie de determinantes que ocasionaron obstrucción súbita de la circulación a nivel cardíaco, los mismos que posiblemente actuaron en diversos momentos de la vida. Algunos de estos determinantes que contribuyeron pudieron ser: sedentarismo, hábito de fumar, obesidad, altos niveles de estrés por situaciones de violencia y condiciones laborales poco saludables; a éstos se les adicionan los genéticos, ausencia de medidas de prevención y detección oportuna de la enfermedad de parte del sistema de salud. Este mismo principio histórico y social se analiza en el caso de eventos que afectan grupos humanos tales como un siniestro aéreo o el desplome de un edificio como el ocurrido en la ciudad de Medellín, Antioquia, cuando varias personas perdieron la vida y otras tantas no se sintieron con bienestar porque drásticamente tuvieron que cambiar de domicilio (13).
- **El macro y microcontexto de la salud.** Breilh (1997) propone el análisis e intervención de la salud en sus determinantes generales, sociales y singulares. Los generales están en la organización política y normativa, políticas salariales, educativas, económicas y de salud. En los sociales se hace referencia a los modos de vida, la influencia de los medios de comunicación, el aporte de instituciones sociales como la familia, la salud, la educación, las empresas, los grupos y las organizaciones no gubernamentales en el bienestar de los sujetos. Los determinantes singulares corresponden a las características individuales como composición biológica, conductas, estilo de vida, conocimiento y actitudes de cuidado (8), en los cuales se desarrolla la vida humana (ver Figura 1).  
Ahora bien, el concepto de cuidado, ampliamente desarrollado por la enfermería, viene del vocablo “cuidar” que evoca acciones de protección, ayuda, interés, asistencia y dedicación dirigidas hacia sí mismo, hacia

**Figura 1.** Contextos en los cuales se desarrolla la vida humana



**Fuente:** Adaptado de la figura en la cual Breilh (1997) sintetiza los procesos que conforman el sistema de contradicciones (8).

el otro o hacia un objeto. En el contexto de la enfermería se considera el cuidado de la salud como una “infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, permitir que ésta continúe y se reproduzca” (1).

El cuidado de la salud está influenciado por múltiples factores y su análisis sobrepasa los alcances de este texto, sin embargo, para efectos de comprensión del planteamiento que se propone es necesario hacer alusión al concepto de salud y de sujeto que tiene el cuidador: “Comprender la salud permite orientar la práctica de enfermería” (11) y de cuidado de los profesionales. Por ejemplo: si se limita el concepto de salud a la ausencia de enfermedad y además se ignora la subjetividad y el conocimiento del sujeto de cuidado sobre su padecimiento, posiblemente el análisis estará orientado a la búsqueda de la enfermedad y de los factores de riesgo, por tanto, las acciones de cuidado pueden estar descontextualizadas del ambiente social, político y cultural del individuo y del grupo humano.

Pero si se considera la salud en su sentido más amplio, se reconoce la subjetividad y el conocimiento del sujeto y lo que está dispuesto a hacer en pro de su salud, entonces la gestión de la salud pasa de ser un asunto privado del equipo de salud, a ser un asunto de individuos y colectividades que lideran su propio proceso de cuidado en la dimensión individual y colectiva. En consecuencia, la

gestión posiblemente estará en armonía con la realidad política, social, económica y cultural del contexto. Son las diversas maneras de ejercer la práctica profesional que tienen sus raíces en supuestos teóricos y ontológicos de gran peso en la acción profesional.

### **El Monitoreo Estratégico en Salud (MES)**

El monitoreo es un proceso continuo, sistemático y organizado de observación, seguimiento, registro y análisis de los avances de un proyecto, con el fin de identificar fortalezas y debilidades que orienten la toma de decisiones (14, 15, 16, 17). Por su parte, el MES consiste en “la posibilidad de implementar un proceso de monitoreo crítico sobre la necesidad social insatisfecha, sobre los logros de la acción popular, sobre los determinantes y expresiones de salud colectiva, como parte de un proceso de planeación estratégica centrada en la colectividad popular” (8). Se denomina monitoreo porque consiste en un proceso de análisis continuo y reflexivo de información en todo lo concerniente al bienestar y a la protección de la vida; estratégico, porque toma elementos de la planeación administrativa tales como objetivos, metas, estrategias, recursos e indicadores de evaluación; y crítico en salud, porque se enfoca en el análisis participativo de las necesidades y determinantes que potencian la salud o que la deterioran.

El MES es una metodología para el cuidado comunitario que promueve el control informal de los colectivos mediante estrategias que motivan el sentido de pertenencia, afectividad y solidaridad entre los integrantes de la colectividad, a tal punto que los intereses, costumbres y valores particulares de individuos o grupos se modifiquen y se adhieran a la lucha por el bienestar y la vida de todos (18).

Breihl (1997) plantea que en el desarrollo del MES se toman como referencia los subsistemas denominados participación/comunicación, monitoreo crítico y reacción inmediata (8). Ramírez y Gaviria (2000) relacionan el subsistema de participación/comunicación con la construcción de nuevas formas de expresión que faciliten la interacción del equipo de salud y la comunidad para lograr la participación y la conformación de colectividad. El segundo subsistema contempla la gestión del sistema de información que será utilizado por el colectivo; y el tercer subsistema se fundamenta en la reorientación y evaluación periódica de los servicios y programas priorizados por el grupo y la comunidad (19).

### Participación comunitaria

La construcción de colectividad se logra a través de la participación de individuos y comunidades en la gestión de la salud mediante “el intercambio entre la colectividad, sus percepciones, sus necesidades y la cultura particular con las del grupo técnico asesor que participa” (8), por tanto, en esta metodología el rol del equipo de salud es el de ser motivador y asesor de individuos y comunidades en el análisis del proceso salud/enfermedad, priorización de necesidades y gestión del cuidado. Este rol precisa de profesionales de la salud que consideren a los sujetos de cuidado como protagonistas de su vida individual y colectiva, que construyen sus conceptos y explicaciones alrededor de la salud/enfermedad, vida/muerte, necesidad/satisfacción. Hausberger y Wacsman (2000) afirman que “para los sectores populares, el mundo de la vida cotidiana es objetivado y resignificado en las actividades de todos los días, sus peculiares condiciones de salud y existencia conforman un conjunto de saberes, creencias, valores y cosmovisiones que les son propias, dentro de las cuales se encuentran también los relatos de salud y enfermedad” (21). Esta consideración del ser humano como actor de su realidad es trascendental al momento de estructurar proyectos de cuidado de la salud, con el diseño de instrumentos de recolección de datos cualitativos y cuantitativos, el análisis conjunto de la situación y propuestas de intervención lideradas por los sujetos de cuidado.

### Consideraciones metodológicas

Los subsistemas identificados por Breihl (1997) y descritos por Ramírez y Gaviria (2000) se desarrollan en cinco momentos metodológicos que se proponen a partir de la bitácora construida en experiencia investigativa y de cuidado en salud sexual en adolescentes con la comunidad académica de una institución educativa ubicada en Bello, Antioquia. A continuación se describe cada momento:

#### 1. Conformación de colectividad

La construcción de colectividad para el control social informal es un proceso que requiere acciones de convocatoria y creación de entornos que propicien confianza, seguridad, reconocimiento de singularidades, de fines comunes y apertura para la aceptación mutua. Por ello, entornos de marginación, postergación e inequidad no tienen cabida cuando de colectividad se trata: ésta es la razón que hace de la primera reunión un momento relevante en el MES. En este primer encuentro, el equipo asesor debe asegurar condiciones que motiven la participación, para lo que se deben establecer principios de respeto, apertura para el cambio y aceptación del otro, los cuales se deben retomar continuamente durante las discusiones que surgen en el proceso (18, 21).

En el trabajo realizado con la comunidad académica de un colegio de Bello, Antioquia, la convocatoria se realizó mediante entrevistas con el equipo administrativo, quienes hicieron el empalme con otros líderes; también se entrevistaron representantes de otras instituciones sociales del barrio. La convocatoria al resto de la comunidad académica se realizó mediante entrevistas y comunicados escritos donde se invitaba a participar en el proyecto investigativo.

La investigación cuantitativa buscaba describir el perfil de la SSR de los adolescentes, para lo cual se aplicó una encuesta a la muestra de 233 adolescentes escogidos por muestreo aleatorio simple. Esta muestra se calculó con un error máximo del 4%, un poder del 96% y una probabilidad de ocurrencia del evento de 0.5. La información se complementó con los datos cualitativos obtenidos a través de nueve grupos de discusión conformados por adolescentes separados por etapa y sexo, padres de familia y docentes. Los principales hallazgos de los datos cuantitativos fueron: alto porcentaje de antecedentes de embarazo (11%) de la adolescente o de la pareja del adolescente que en su mayoría ocurrió en la adolescencia temprana, de éstos, el 58% terminó en aborto; el 2.1% refirió antecedentes de infecciones de transmisión sexual; también se encontró violación a los derechos relacionados con

educación e información sexual, autonomía, integridad, seguridad, libre expresión de la sexualidad, intimidad personal y el buen nombre (20).

## 2. Análisis participativo de la situación de salud

Una vez organizada la colectividad, se procede al diagnóstico participativo de la situación de salud. Hausberger y Wacsman (2000), de su experiencia con la comunidad, afirman que “diagnosticar participativamente su realidad concreta resultó vital para su proceso organizativo, por cierto, siempre conflictivo. La organización al ir reconstruyendo su realidad sustentándose en conocimientos de la misma, según su propia vivencia desde lo cotidiano, planteó estrategias para un accionar más acertado y resultó una experiencia de amplia participación” (21). Se debe involucrar la colectividad en el proceso desde las fases iniciales del proyecto, intercambio de saberes que entre el grupo de salud y la colectividad articula el conocimiento científico y el saber popular para dar sentido a una realidad que requiere dilucidar determinantes y necesidades de la salud en un contexto histórico, social y cultural que les pertenece y que requiere de ajustes sin violentar su realidad (8).

El relato también se refiere al proceso como algo conflictivo. La colectividad no está exenta de conflictos (18), debido a que la aceptación y la negociación de intereses individuales requieren de conocimiento mutuo y comprensión de la situación para establecer objetivos y metas comunes. La construcción de colectividad es un proceso que requiere del recordatorio periódico de los principios establecidos desde la primera reunión.

En la experiencia vivida con la comunidad académica, el análisis participativo se realizó mediante los grupos de discusión. En un primer encuentro se analizó el concepto de SSR y cómo la percibían los adolescentes; en el segundo encuentro se analizaron los determinantes políticos, sociales e individuales de la SSR; en el tercer encuentro se priorizó la escasa formación de padres y docentes en sexualidad como el principal problema y por esto decidieron que el proyecto de sexualidad era la principal necesidad para mejorar la situación. Como estrategia se organizaron dos comisiones, una para construir el proyecto de sexualidad para el colegio y la otra, la escuela de padres (20).

## 3. Planeación estratégica

Consiste en un proceso formalizado y flexible de organización y previsión de resultados a largo plazo, de respuesta

a imprevistos en un clima de aprendizaje continuo y de trabajo en equipo que requiere capacidad de liderazgo de los sujetos. La planeación estratégica responde a los interrogantes *¿qué queremos hacer?, ¿dónde estamos?, ¿a dónde queremos ir? y ¿cómo llegar allá?* (19).

En la experiencia con la comunidad académica, el equipo decidió participar en la gestión de “Mi proyecto de sexualidad”. Para esto, se analizaron los resultados de la investigación, se hizo una revisión documental del tema de la sexualidad, además de la normatividad contemplada en la Ley General de Educación (22) y en el Proyecto de Educación Nacional de Educación Sexual para la Vida y el Amor (23). Con esta información se establecieron objetivos, metas y estrategias del proyecto.

## 4. El sistema de información comunitario

El sistema de información tiene como finalidad orientar la reflexión continua de los avances del proyecto en un proceso de comparación de la situación previa con la actual y la ideal. Como es liderado por la comunidad, debe ser sencillo y conciso, por esta razón el colectivo, con la asesoría del equipo de salud, debe decidir los datos, los registros y el almacenamiento de la información. El equipo asesor también participa en el montaje y puesta en marcha del sistema de información enseñando a medir, a contar, a observar y a registrar los datos con números, respuestas dicotómicas, símbolos o frases cortas que reflejen la interpretación de lo encontrado. El equipo debe asesorar el análisis de la información y la presentación de informes a la asamblea popular (24, 25).

La comunidad académica del colegio inicialmente decidió que el número de adolescentes embarazadas y el cumplimiento de las actividades educativas eran lo más importante para monitorear los avances del proyecto; más tarde, adicionaron otros indicadores como el tiempo en que la adolescente embarazada tenía de estudiar en la institución o si el embarazo fue deseado y planeado, y cada semestre la comisión de docentes presentó informe a la comunidad académica sobre los avances del proyecto, no sólo de presencia o ausencia de embarazos, sino también del desarrollo de actividades contempladas en el proyecto “Mi sexualidad”.

## 5. Agenda para el control social

En este momento del monitoreo, la colectividad se compromete con la reflexión sistemática y periódica de su situación. Es aquí donde se determinan la frecuencia y la dinámica de la asamblea popular, los responsables de presentar los informes que guiarán la reflexión y la toma

de decisiones. Esto, con el fin de fortalecer los aspectos positivos, mejorar lo negativo y retomar las necesidades que en un primer momento se dejaron en lista de espera o de realizar nuevamente el análisis de la situación de salud y determinar nuevos problemas a intervenir (21).

La agenda para el control social que se estableció en la experiencia vivida consiste en reuniones trimestrales con la comunidad académica. En ella la comisión de docentes de “Mi proyecto de sexualidad” presenta el informe a la comunidad académica. Este análisis orientó la toma de decisiones así como implementación de estrategias de capacitación en temas de sexualidad mediante convenios de prácticas académicas con estudiantes de enfermería y gestión de proceso formativo con proyectos de extensión de una universidad pública. Además, se gestionaron actividades educativas con la Secretaría de Salud y la Personería Municipal.

Ocho años de trabajo con la comunidad académica arrojaron resultados satisfactorios, tales como disminución significativa en los casos de maternidad/paternidad en los adolescentes formados en el colegio, docentes formados y sensibilizados en la formación sexual de los estudiantes.

### Consideraciones finales

El MES es una metodología basada en el sistema de información, que toma elementos de la planeación estratégica en la gestión de la salud de las colectividades para que ejerzan el control social. Ésta es la razón por la cual se basa en principios de comunicación y participación liderada por los sujetos de cuidado. Esta metodología requiere de profesionales que consideren la salud como bienestar y protección de la vida, resultado de un proceso histórico, político, social e individual influenciado por los determinantes protectores y nocivos del macro y microcontexto de profesionales que valoran la subjetividad. Este proceso también hará que se valore el potencial que tienen los individuos y grupos humanos de conformar colectividad, de gestionar procesos orientados al logro de condiciones ideales de salud, de profesionales dispuestos a ceder el poder que da el conocimiento y la institucionalidad a los sujetos de cuidado y promover procesos participativos en los cuales el profesional, más que gestor, sea asesor.

El MES es una metodología para el cuidado de la salud que fomenta la construcción de colectividad, empoderamiento y participación de todos en la búsqueda de la salud en condiciones de dignidad y equidad. La construcción de colectividad es un reto para el equipo asesor

y para la misma comunidad. No es una tarea fácil, puesto que la negociación de intereses particulares requiere de paciencia y de contacto continuo con los participantes para que se unifiquen propuestas y unan sus fuerzas en búsqueda de un interés común.

El MES se desarrolla en cinco momentos metodológicos denominados conformación de colectividad, análisis participativo de la situación de salud, planeación estratégica, sistema de información comunitario y agenda para el control social. Consciente de que no existen fórmulas mágicas para el cuidado de la salud, se espera que esta propuesta, que surge de una bitácora de investigación y de cuidado con colectivos, aporte a aquellos profesionales que creen en que la construcción de colectividad, la participación y el empoderamiento son posibles, aunque ello signifique renunciar al control y al protagonismo que caracteriza al personal de salud.

### Referencias

- (1) Collière M. Promover la vida. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.
- (2) Torres G. La epidemiología y el diagnóstico de la situación de salud. En: Mazuera H, editor. Curso modular de epidemiología básica. 3ª ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 1998. pp. 377-388.
- (3) Dirección Seccional de Salud. Protocolos de vigilancia epidemiológica. 5ª ed. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2001.
- (4) Disease Control Priorities Project. La vigilancia de la salud pública: la mejor arma para evitar epidemias [documento en Internet]. Washington: The World Bank Group; 2008 [acceso: 19 oct 2011]. Disponible en: <http://www.dcp2.org/file/217/dcpp-surveillance-spanish-web.pdf>
- (5) Maya J, Torres Y. concepto de causa, medición de riesgos y sus aplicaciones. En: Blanco H, Maya J, editores. Fundamentos de salud pública. Tomo III: Epidemiología básica y principios de investigación. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas CIB; 2005.
- (6) Corey G, Pozos R. Curso de atención de urgencias ambientales y ocupacionales [documento en Internet]. México: ECO, OPS, OMS; 1997 [acceso 10 jul 2010]. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/acrobat/intro.pdf>
- (7) Breilh J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo [ponencia en Internet] En: CEAS, editor. Conferencia sobre salud en el trabajo y ambiente: integrando las Américas-Salvador. Quito: CEAS; 2002 [acceso: 07

- oct 2010]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a16v8n4.pdf>
- (8) Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología (Epidemiología del trabajo). 3ª ed. Quito: CEAS; 1997.
- (9) Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención primaria de salud: informe de la conferencia internacional de atención primaria de salud [documento en Internet]. Ginebra: OMS y FUNDP; 1978 [acceso: 09 nov 2011]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- (10) Franco S, Ochoa D, Hernández M. La Promoción de la salud y la seguridad social. En: Franco S, Ochoa D, Hernández M, editores. Foros sobre promoción de la salud en la seguridad social. Bogotá: Corporación salud y desarrollo; 1995.
- (11) Reyes GE. Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología. México: El Manual Moderno; 2009.
- (12) Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- (13) Maya G. En Medellín, los edificios se caen solos. Diario El Tiempo. 20 nov 2013.
- (14) Dorsi G, Eberhard G. Monitoreo participativo de impactos (PIM). Folleto 1: Monitoreo de impactos a través del grupo de base [folleto en Internet]. Eschborn: GATE y GTZ [acceso: 09 oct 2011]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/gerencia/modulos/mod1/mod2Gerermann.pdf>
- (15) Mosquera C. Un sistema integrado de monitoreo del proyecto subregional y los programas de acción [documento en Internet]. Lima: OIT; 2003 [acceso: 20 ago 2009]. Disponible en: [http://white.oit.org.pe/ipecc/documentos/monit\\_proyect\\_mineria\\_sa.pdf](http://white.oit.org.pe/ipecc/documentos/monit_proyect_mineria_sa.pdf)
- (16) Centro Interamericano para el Desarrollo. Género, formación y trabajo: monitoreo y evaluación [documento en Internet]. Montevideo: OIT/Cinterfor; [acceso: 14 oct 2008]. Disponible en: <http://www.oitcinterfor.org/genero/inicio>
- (17) OPS. Manual de monitoreo y evaluación: Serie No 3 [manual en Internet]. Washington: OPS; 2001 [acceso: 10 may 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/hpf/adol/Seccion1a.pdf>
- (18) Gallino L. Diccionario de sociología. 3ª ed. México: Siglo XXI; 2005.
- (19) Ramírez M, Gaviria D. Monitoreo en salud: documento para la docencia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000.
- (20) Díaz L, Torrente C, Ramírez E. Perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de un grupo de adolescentes escolarizados: una perspectiva desde los derechos. Bello, Colombia. 2005-2008. *MedUNAB* 2011;14(1):15-25.
- (21) Hausberger M, Wacsman R. Participación de la comunidad en la problemática de salud: un modelo interdisciplinario de investigación acción. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000;8(1):123-130.
- (22) República de Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 0115 del 8 de febrero de 1994, por la cual se expide la Ley General de Educación. Diario oficial n°41.214 (08/02/1994).
- (23) República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Resolución 3353 del 2 de julio de 1993, por la cual se establece el desarrollo de programas y proyectos institucionales de educación sexual en la Educación básica del país. Diario Oficial de Colombia (02/07/1993).
- (24) Gallego I. El enfoque del monitoreo y la evaluación participativa: batería de herramientas metodológicas [documento en Internet]. Madrid: IUDC-UCM; [acceso: 25 nov 2013]. Disponible en: <http://www.clad.org/documentos/otros-documentos/material-didactico-curso-eiapp-esap/cesar-cruz-el-enfoque-del-monitoreo-y-la-evaluacion-participativa-mep-bateria-de-herramientas-metodologicas/view>
- (25) Geilfus F. 80 herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico, planificación, monitoreo, evaluación [documento en Internet]. San José, C.R.: Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA); 2002 [acceso: 26 nov 2013]. Disponible en: <http://www.bing.com/search?q=80+herramientas+para+el+d+esarrollo+participativo&src=IE-SearchBox&Form=IE8SRC>