



saludmesoamerica2015.org

Guía e Informe:

Modelo de consejería en PF, con enfoque de género y con pertinencia cultural, y diferenciado para adolescentes operando en los servicios de las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas

Panamá

Octubre 2014

Documento preparado por Management Sciences for Health y Family Care International bajo el contrato No. SCL/SPH.13.12.00-C y en el marco del Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud, contrato BID 2563/OC-PN

Personas que participaron en la elaboración del modelo

MINSA

Dirección General de Salud

Dr. Jorge Jesús Rodríguez Sotomayor
Lic. Maritza Nieto De Gracia
Dra. Egipcia Lezcano

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Dra. María Victoria de Crespo
Dra. Mayte Pinzón

Dirección de Asuntos Indígenas

Dra. Luz Mery Lasso

Dirección de Promoción de Servicios

Lic. Ana Hurtado

Dirección de Planificación y Salud

Dra. Fania Roach
Ing. Atala S. Milord
Lic. Yelleys Gill

Dirección Regional de Salud - Guna Yala

Dr. Jorge Gómez
Dra. Maydel Martínez

Dirección Regional de Salud – Ngäbe-Buglé

Dra. Melissa Rodríguez

Dirección Regional de Salud – Darién (Emberá Wounnan)

Dra. Marisol Niluz Curundama

UNFPA

Lic. Edilma Berrio
Asesora Nacional de VIH/SIDA y Responsable Adolescentes

APLAFA

Lic. Elsie Othon
Coordinadora de Programas Sociales

Contenidos

Siglas y abreviaturas	5
Glosario	7
I. Resumen ejecutivo	9
II. Introducción	10
III. Propósito y objetivos	11
A. Propósito	11
B. Objetivo general	11
C. Objetivos específicos	11
IV. Antecedentes	12
V. Modelo de orientación/consejería.....	17
A. Estructura del modelo	17
B. Marcos del modelo	18
C. Características del modelo.....	28
D. Estrategias del modelo	29
VI. Componentes operativos del modelo.....	45
A. Manuales de orientación	45
B. Materiales educativos de apoyo.....	47
C. Programa y metodología para el desarrollo de competencias.....	48
D. Supervisión, monitoreo y evaluación	54
E. Operativización del modelo de orientación consejería.....	55
F. Herramientas para los servicios amigables para adolescentes	72
VII. Referencias bibliográficas.....	78
VIII. Anexos.....	82
ANEXO 1: Mapa del Modelo	82
ANEXO 2: Flujos de la Orientación/Consejería en las UBAS y Espacios Comunitarios.....	83
ANEXO 3: Construcción de Indicadores	87
ANEXO 4: Guía de Supervisión para Orientación/Consejería	88
ANEXO 5: Guía de Supervisión para la Acción Educativa Grupal.....	90

CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA ORIENTACIÓN / CONSEJERÍA

1. Manual de orientación/consejería en anticoncepción para proveedores/as de salud de las UBAS y Redes Itinerantes
2. Manual de orientación/consejería en anticoncepción para personal comunitario de salud de las UBAS y Redes Itinerantes
3. Materiales Educativos de Apoyo:
 - Rotafolios de métodos anticonceptivos
 - Muestrario de métodos anticonceptivos
 - Discos de los Criterios Médicos de Elegibilidad
4. Programa de Desarrollo de competencias para proveedores/as de salud de las UBAS Fijas e Itinerantes
5. Programa de Desarrollo de competencias para personal comunitario de salud de las UBAS Fijas e Itinerantes
6. Guía de atención de los y las adolescentes en el marco de la integración del manejo adolescente y sus necesidades (IMAN) en el nivel primario de atención. MINSA, 2012. Colaboradores: OPS, CSS, Gobierno Nacional, Embajada Noruega.
7. Rotafolio. Aprendiendo de Salud integral como Adolescente y Joven Panameño/a: Desarrollo de Habilidades para la vida. MINSA, 2015 (en etapa final de desarrollo). Colaboradores: ONUSIDA, OMS y UNFPA¹.
8. Guías de Gestión para la Provisión de Servicios Integrales de Salud a los Adolescentes y Jóvenes en la República de Panamá. MINSA, 2012. Colaboradores: OPS, ASDI, Real Embajada de Noruega.

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1: Marco Legal: Políticas y Normativas

Tabla 2: Tipos de Orientación/Consejería en Anticoncepción

Tabla 3: Audiencias y Momentos de la Orientación

Tabla 4: Competencias Transversales

Tabla 5: Competencias técnicas para orientadores/as en establecimientos de salud y giras itinerantes

Tabla 6: Competencias técnicas para orientadores/as comunitarios

Tabla 7: Módulos de Capacitación para las Competencias de orientadores/as de establecimientos de salud

Tabla 8: Módulos de Capacitación para las Competencias de Orientadores/as Comunitarios

Tabla 9: Niveles de Gestión y Funciones del MINSA

Tabla 10: Especificidades de las Comarcas Indígenas en relación con anticoncepción

Tabla 11: Componentes Operativos del Modelo de Orientación/Consejería

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Estructura del Modelo de Orientación/Consejería

Gráfico 2: Estrategias del Modelo de Orientación/Consejería

Gráfico 3: Cinco Pasos de la Orientación

¹ El MINSA está usando una versión inicial de este Rotafolio elaborada en el 2013 de manera provisional en los proyectos en 6 provincias (incluyendo la Comarca Ngäbe-Bugle. La versión nueva que se publicara en 2015 esta fortalecida en los aspectos de anticoncepción, interculturalidad, entre otros.

Siglas y abreviaturas

APLAF	Asociación Panameña de Planificación Familiar
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEDAW	Convention Against all Forms of Discrimination against Women
CEW	Comarca Emberá-Wounnan
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Población
CEPAL	Comisión Económica y Social para América Latina
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CGY	Comarca Guna Yala
CNB	Comarca Ngäbe Bugle
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
CPP	Cartera de Prestaciones Priorizada
CPV	Censo de Población y Vivienda
DIGESA	Dirección General de Salud
DIU	Dispositivo Intrauterino
DMPA	Depot Medroxyprogesterone Acetate (Acetato de Medroxiprogesterona de Deposito)
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
EEC	Estrategia de Extensión de Coberturas
ENASSER	Encuesta Nacional de Salud Sexual Reproductiva (Panamá)
FCI	Family Care International
GY	GunaYala
IPPF	International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional para la Planificación Familiar)
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MELA	Método de Lactancia y Amenorrea
MINSA	Ministerio de Salud (Panamá)
MSH	Management Sciences for Health
NB	Ngäbe-Buglé
NNUU	Naciones Unidas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS/WHO	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PAHO	Pan American Health Organization
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PAISS+N	Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud Fortalecido con AIN-C
PF	Planificación Familiar
PSPV	Protección en Salud a Poblaciones Vulnerables

SAIM	Salud Integral de la Mujer
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSSR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
TGF	Tasa Global de Fecundidad
UBAs	Unidad Básica de Atención en Salud
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondo de Población de Naciones Unidas)
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Glosario

Actitud: puntos de vistas de una persona (valores y creencias) sobre una cosa o tema, el proceso o la persona que a menudo conducen a un comportamiento positivo o negativo o una direccionalidad u otra.

Acceso universal a la salud sexual y reproductiva: la misma oportunidad que tienen todas las personas, según su necesidad, a recibir información adecuada, detección, tratamiento y atención en forma oportuna y de calidad, a través de su vida reproductiva, que garanticen su capacidad, sin importar la edad, sexo, clase social, residencia o etnia.

Anticoncepción: se refiere al conjunto de métodos u opciones que permite a las parejas y/o individuos ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos, y regular su fecundidad cuando así lo deseen.

Atención de calidad: se refiere a desarrollar esfuerzos y alcanzar niveles consensuados de atención accesibles, equitativos, asequibles, centrados y aceptables para la/el usuaria/o, eficaces, eficientes y seguros.

Audiencia: dos o más personas emitiendo y recibiendo información en un momento y un lugar adecuado. En los establecimientos de salud, las audiencias son las personas que asisten al mismo y reciben información sobre salud por proveedores o personas capacitadas para hacerlo. Las audiencias requieren de momentos y lugares específicos para tratar la información.

Cambio de comportamiento en salud: adoptar y mantener nuevas actitudes y habilidades que den posibilidad de acceso a servicios y productos que ayudan a disminuir los niveles de riesgo en torno a los problemas de salud.

Comarca: territorio geográfico y jurídico que se constituye de forma legal y que tiene una forma de autogobierno reconocida por el gobierno panameño. Es el territorio donde los pueblos indígenas de Panamá conviven con su forma de vida propia y su participación política en las esferas del Estado panameño.

Competencia: suficiente conocimiento en comunicación y psicomotricidad, habilidades en la toma de decisiones y actitudes para ser capaces de ejecutar acciones y tareas específicas de buen nivel.

Conocimiento: una base de información sistemática que permite a un individuo tener confianza para comprender un tema, con la posibilidad de utilizarlo para un específico propósito.

Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE): es una estrategia operativa, que ha demostrado su efectividad para reducir la mortalidad materna y de los recién nacidos. Integra una red de servicios de salud con capacidad para la atención de las mujeres en estado grávido o puerperal y de los recién nacidos. Se articula por medio de un sistema de referencia y respuesta, que empieza en la comunidad, dentro del sistema de conducción y gestión local en salud.

Cultura: se refiere a que todas las culturas comparten ciertos rasgos comunes, llamados “universales” que incluyen sistemas simbólicos (códigos lingüísticos y no verbales), sistemas de relaciones (de parentesco y de rol), y sistemas de creencias y valores. Pero las manifestaciones de estos rasgos comunes pueden ser únicas

en una cultura en particular. Así, partiendo de una definición amplia de cultura se debe atender a variables como género, edad, etnia, medio rural/urbano y estatus socioeconómico, entre otras.

Derechos sexuales y derechos reproductivos: forman parte de los derechos humanos y están reconocidos en legislaciones nacionales, marcos internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos se fundamentan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y momento para tener hijos y contar con la información y medios para hacerlo y el derecho a alcanzar el más alto nivel de salud sexual y salud reproductiva.

Equipo Básico de Salud (EBS): recurso humano nuclear a tiempo completo y dedicación exclusiva que el MINSA destina para la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP). Está formado por un mínimo de cinco miembros: médico general, enfermera, un auxiliar o técnica en enfermería, un técnico en ciencias de la salud (salud ambiental, educación para la salud) y un chofer.

Equipo Comunitario de Salud (ECS): miembros de la comunidad capacitados por el MINSA para apoyar la provisión de la CPP y dar seguimiento a las intervenciones en salud realizadas en la comunidad. Está integrado por promotores de salud, parteras comunitarias, monitoras, auditores sociales y otros actores como líderes de los Comités de Salud y líderes de Juntas de Acueductos Rurales (JAARs).

Equipo de Gestión en Salud (EGS): unidad de apoyo para la gestión, monitoreo y evaluación de la Cartera de Prestaciones Priorizadas de las UBAS, conformado por un Coordinador de Proyecto, un Coordinador de Salud, un Experto en Registros y Estadísticas de salud y un Captador de datos.

Género: se refiere a los roles socialmente construidos, comportamientos, actividades y atributos que son considerados por una sociedad como apropiados para los hombres y las mujeres. Este aprendizaje, reforzado socialmente, y a menudo por comportamiento, delinea las relaciones y los roles de género.

Interculturalidad: el proceso social de interacción, basado en el reconocimiento, validez intrínseca, respeto de las diferencias culturales y la posibilidad de intercambio entre sujetos de contextos socioculturales diversos. Concibe la construcción conjunta por un cambio que beneficia a una colectividad en común.

Orientación/consejería: proceso de interacción y una comunicación bidireccional, entre un/a proveedor/a especializado con códigos de ética y práctica, y usuarios/as. Facilita la toma de decisiones y obtiene un consentimiento libre e informado de forma voluntaria. Requiere empatía, autenticidad y ausencia de cualquier juicio moral o personal.

Unidad Básica de Atención en Salud (UBAS): abarca los distintos tipos de proveedores de servicios de la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura que el MINSA conforma para la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas. Puede estar constituida por: Equipos Itinerantes (institucionales o extra-institucionales); instalaciones de salud fijas (centros de salud, sub-centros de salud y puestos de salud); o una combinación de las dos anteriores.

I. Resumen ejecutivo

El Modelo de orientación/consejería en anticoncepción es una estructura de partes interrelacionadas entre sí. Está diseñado como un modelo lógico en el que se vinculan sus marcos y características con las estrategias y los componentes operativos. Este Modelo es adecuado para los diferentes contextos comarcales y áreas rurales dispersas de Panamá.

El Modelo está conformado por las siguientes partes:

1. **Marcos:** siguiendo los estándares internacionales, el Modelo esté respaldado por un marco legal de políticas y normativas nacionales referentes a la salud sexual, salud reproductiva, interculturalidad y derechos, así como por un marco conceptual y de enfoques transversales relacionados con derechos sexuales y reproductivos, interculturalidad, género, anticoncepción, planificación familiar, orientación y consejería.
2. **Características:** referidas a los principios que están presentes en los servicios de orientación/consejería en anticoncepción. Estas características son las de integralidad, calidad, derechos, género y participación social e interculturalidad. Las mismas que deben estar en concordancia con la cosmovisión de salud de los pueblos indígenas.
3. **Estrategias:** el Modelo plantea que la orientación en anticoncepción es la estrategia central, la cual se complementa con otras dos estrategias: La acción educativa grupal y el diálogo intercultural. Estas estrategias son continuas, integrales y participativas. Cada estrategia describe qué es (concepto), para qué es (propósito), cómo se hace (metodología), quién lo hace (perfil), dónde se realiza (lugares), cuándo se realiza (momentos y audiencias).

La estrategia de orientación, sigue 5 pasos de la orientación que se otorga de forma individual y/o pareja. La acción educativa está dirigida a grupos de mujeres, hombres o grupos mixtos cuando es pertinente. El diálogo intercultural involucra los/a líderes de la comunidad y los/as representantes de salud.

Con estas estrategias, el Modelo se focaliza en:

- a) Las necesidades individuales de las personas o parejas en anticoncepción.
 - b) La educación grupal a diferentes grupos de las comunidades.
 - c) La participación conjunta de actores clave para fortalecer la oferta y demanda de los servicios de anticoncepción.
4. **Componentes operativos:** se refiere al conjunto de elementos e instrumentos que permiten la operativización del Modelo. Estos comprenden: manuales de orientación/consejería, materiales educativos de apoyo, programa y metodología para el desarrollo de competencias, supervisión, monitoreo y evaluación, así como las etapas de operativización del Modelo.

II. Introducción

El presente documento corresponde al Modelo de Orientación/Consejería en Anticoncepción para su implementación en las Comarcas Guna Yala, Emberá Wounnan y Ngäbe Buglé y Áreas Rurales Dispersas. El objetivo de este Modelo es poner a disposición del Sistema Público de Salud de Panamá un modelo de orientación/consejería en anticoncepción en el contexto integral de salud sexual y salud reproductiva enmarcado en el componente de Planificación Familiar de la Norma Nacional de Salud Integral de la Mujer para su aplicación en las regiones de salud de las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas que permita mejorar el acceso y uso de métodos anticonceptivos.

Para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio es necesario contar con un modelo de orientación y consejería en planificación familiar, cuyo fin último es la reducción de la mortalidad materna (Maine *et. al.* 1997). Su relevancia es mayor teniendo en cuenta que en Panamá, la situación de la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres y adolescentes indígenas en condiciones de pobreza, incide para que estos sectores de la población sean considerados los más vulnerables. Con el propósito de reducir estas brechas es que el gobierno de Panamá en el marco de la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) desarrolla intervenciones basadas en evidencia en áreas de la salud reproductiva y planificación familiar, materna, neonatal e infantil.

El documento se organiza en 6 capítulos, además de referencias bibliográficas y anexos. Los tres primeros corresponden a la Introducción, Propósito y Objetivos y Antecedentes. En el capítulo IV se presenta el Modelo de Orientación/Consejería, en el cual se describe la estructura del Modelo. El capítulo V da cuenta de los Componentes Operativos del Modelo, algunos de estos componentes conforman la caja de herramientas (Manuales de orientación, Materiales educativos de apoyo, Manuales de capacitación) que se elaboran para facilitar el desarrollo de competencias de los/as orientadores/as. Si bien estas herramientas están descritas en el presente documento, se elaboran en formatos separados para su posterior uso. Los Componentes Operativos del Modelo corresponden al Capítulo VI el cual ofrece los lineamientos generales para la implementación del Modelo.

Los capítulos V, VI y VII son la parte central del documento y muestran los principales estándares identificados, a partir de los cuáles se reconocen las brechas y se recomiendan diferentes acciones. El capítulo VIII presenta las conclusiones y recomendaciones para orientar acciones que permitan desarrollar el Modelo de Orientación/Consejería en Anticoncepción para comarcas indígenas y áreas rurales dispersas.

El Modelo está dirigido a personal de los Equipos Básico y Comunitario de Salud de las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas para brindar orientación/consejería en anticoncepción a mujeres, hombres y/o parejas de las comunidades, es parte del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la República de Panamá (MINSa).

El MINSa actualmente tiene entre sus objetivos apoyar y fortalecer los Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva para Jóvenes y Adolescentes y Prevención del VIH, incluyendo la anticoncepción. Las herramientas relacionadas a este esfuerzo comprenden un aspecto del Modelo de Orientación y Consejería del País y están descritos y referenciados en este documento, aunque para ver los detalles de implementación es necesario acudir a las Guías y otras herramientas del MINSa para jóvenes y adolescentes.

III. Propósito y objetivos

A. Propósito

Contribuir a la reducción de la mortalidad materna, neonatal, perinatal e infantil y al fortalecimiento de la calidad en la atención integral en las comarcas indígenas de Panamá y áreas rurales dispersas, optimizando la relación usuarias/os y personal de salud, a través de un modelo de orientación/consejería en anticoncepción con pertinencia cultural, enfoques de género, derechos en el marco de la política nacional de salud sexual y reproductiva vigente.

B. Objetivo general

Poner a disposición del Sistema Público de Salud de Panamá un modelo de orientación/consejería en anticoncepción, en el contexto integral de salud sexual y salud reproductiva enmarcado en el componente de Planificación Familiar de la Norma Nacional de Salud Integral de la Mujer para su aplicación en las regiones de salud de las comarcas indígenas y áreas rurales dispersas, que permita mejorar el acceso y uso de métodos anticonceptivos.

C. Objetivos específicos

1. Desarrollar e implementar procedimientos estandarizados de orientación/consejería que aseguren decisiones informadas, libres y voluntarias para la elección de métodos anticonceptivos, respetando las diferencias culturales, la igualdad de género y los derechos de las/os usuarios/as.
2. Contar con una estrategia de orientación amigable basada en los Cinco Pasos de la Orientación que simplifica sistemáticamente el proceso decisional para la/el usuaria/o, fundamentado en técnicas y habilidades de la comunicación y la calidad de la atención.
3. Proveer una estrategia educativa de carácter grupal, con el fin de mejorar y ampliar el conocimiento y estimular la búsqueda de orientación para la elección de un método anticonceptivo. Estas acciones están fundamentadas en metodologías participativas que inciden en el cambio de comportamiento.
4. Implementar una estrategia participativa basada en el diálogo intercultural para identificar conjuntamente barreras a la anticoncepción y determinar cómo trabajar en las soluciones o adecuaciones a los programas de salud y los servicios.

IV. Antecedentes

El establecimiento de un modelo de orientación/consejería en anticoncepción es una acción pertinente para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), específicamente porque la anticoncepción es considerada una estrategia importante para la reducción de la mortalidad materna. Sobre la base de una amplia evidencia, existe consenso respecto del hecho a que la anticoncepción redunde en beneficio de la salud de las mujeres, hijos y familias, principalmente porque ofrece la posibilidad de espaciar los nacimientos y de elegir entre métodos anticonceptivos variados (Maine *et.al.* 1997; PAHO 2004).

Además, la utilización de anticonceptivos contribuye a mejorar la salud de las mujeres, a prevenir embarazos no deseados, de alto riesgo y a reducir la práctica de los abortos inseguros. Adicionalmente, algunos anticonceptivos mejoran la salud de las mujeres porque disminuyen las probabilidades de transmisión de enfermedades y las protegen contra algunas formas de cáncer y otros problemas de salud. Por lo tanto, la incapacidad de satisfacer las demandas de la población en materia de anticoncepción significa privar a las mujeres de ejercer el derecho a la salud y, directa o indirectamente, limita el ejercicio de otros derechos económicos y sociales (CELADE/CEPAL 2013).

A través del tiempo se han realizado convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer en las que se ha ratificado el derecho a la planificación familiar, a la salud, al bienestar relacionado con la reproducción y se han planteado metas que garanticen el acceso a los servicios de planificación a toda mujer u hombre que los solicite.²

Para responder a las necesidades de la población panameña en cuanto a la anticoncepción y a la salud sexual y reproductiva (SSSR), el país ha venido planteando políticas y desarrollando planes estratégicos para mejorar la atención y el acceso a los servicios de SSSR. El gobierno de Panamá cuenta con una política y normativas de anticoncepción que hacen parte del Programa Nacional de Salud Sexual y de la Norma Nacional de Salud Integral a la Mujer (MINSA 2007).

Respecto a las áreas indígenas, el programa de SSSR está contemplado en el Programa de Fortalecimiento de la Cobertura de Atención Primaria en Salud, con el propósito de incrementar el acceso, uso y calidad de los servicios de salud en las comarcas indígenas. Esta Estrategia se desarrolla bajo un modelo de gestión por resultados, financiamiento capitado, atención nominalizada y están unificadas bajo el concepto de Unidad Básica de Atención en Salud (UBAS), equipo de profesionales de salud extra-institucional o institucional.

En cada Dirección Regional de Salud existe un coordinador regional de SSSR encargado de supervisar y monitorear todas las actividades sobre el tema (MINSA, 2013).

² Desde 1974 las conferencias y convenciones mundiales sobre población, derechos humanos y derechos de la mujer han declarado que “Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos”.

Algunas iniciativas y experiencias relevantes apoyadas por organizaciones locales e internacionales, también han contribuido a la reducción de la mortalidad materna, a mejorar la salud sexual y reproductiva y la oferta de la planificación familiar en servicios de salud.³

No obstante los esfuerzos, en el país la situación de la salud sexual y reproductiva presenta brechas de acceso, información y calidad de atención, afectando a mujeres, hombres, jóvenes y adolescentes que viven en condiciones de extrema pobreza. Estas brechas se expresan en altas tasas de mortalidad materna e infantil, menor porcentaje al acceso de métodos anticonceptivos y mayor demanda insatisfecha, principalmente en las comarcas indígenas.⁴

El establecimiento de un modelo de orientación/consejería en anticoncepción con pertinencia cultural es una de las estrategias para fortalecer el acceso y la demanda de métodos anticonceptivos modernos. Para el desarrollo de este modelo, en el 2013 se llevó a cabo una revisión exhaustiva del modelo institucional nacional y se realizaron diagnósticos complementarios en las tres áreas comarcales.⁵ En esta revisión se identificaron las principales brechas en la orientación/consejería tomando como referencia estándares y buenas prácticas internacionales. Entre los resultados sobresalen:

- En las últimas dos décadas, la razón de mortalidad materna en Panamá ha incrementado. Para el 2012, la tasa de mortalidad materna llegó a estimarse en 64.9/100.000 nacidos vivos, cifra que no permitirá al país llegar a la meta del milenio de 13.4 /100,000 nacidos vivos (MINSa, 2014).⁶
- La Tasa Global de Fecundidad (TGF) en pueblos indígenas es de 5.0 frente a la nacional que es de 2.3.⁷ Esta diferencia refleja que las mujeres indígenas están expuestas a mayor morbi-mortalidad y están en desventaja de gozar de mejores condiciones sociales y económicas con sus familias.
- La tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos modernos a nivel nacional es de 60.1 por ciento de mujeres en edad fértil en unión y el uso de cualquier método (incluyendo tradicionales) es solo del 62.8 por ciento. ⁸ Este porcentaje es bajo en relación a otros países vecinos como Colombia

³ Por ejemplo, el *Programa de Reducción de la Mortalidad Materna Comarca Ngäbe Bugle (PRMM-NB)* que con el apoyo del UNFPA, desde el 2001 desarrolla estrategias participativas para mejorar la prevención, los cuidados y la atención de la salud materna de mujeres indígenas y sus familias en la Comarca Ngäbe Bugle. La *Asociación de Planificación Familiar de Panamá (APLAFa)*, que promueve el acceso a servicios de anticoncepción y el ejercicio de los DSDR. La incorporación de la herramienta *Toma de Decisiones para Clientes y Proveedores de Planificación Familiar* en servicios públicos de salud, una guía de la OMS para mejorar la información y orientación en anticoncepción.

⁴ Salud Mesoamérica 2015 (2011) Panamá Salud Mesoamérica 2015 PN-G100. Descripción del Proyecto y Esquema de Implementación y Gestión. ENASSER (2009). Ministerio de Salud de Panamá (2014a): “Revisión del Modelo Institucional y Análisis de Brechas del Modelo de Orientación/Consejería en Anticoncepción con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, Diferenciado para Adolescentes Operando en los Servicios De Las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas”. Documento de Informe final.

⁵ Ministerio de Salud de Panamá (2014a) Revisión del Modelo Institucional y Análisis de Brechas del *Modelo de Orientación/Consejería en Anticoncepción con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, Diferenciado para Adolescentes Operando en los Servicios De Las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas*. Informe final.

⁶ Las tasas de mortalidad materna más altas se presentó en la Comarca Ngäbe- Bugle (274.3).(MINSa, 2014).

⁷ En la CNB es 5.0 y en la CEW es de 4.5. No se cuenta con información de la CGY por que la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER, 2009) no se llevó a cabo en esta comarca debido a la oposición del Congreso General para que tocara estos temas.

⁸ Contraloría de la República. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado. 2013. http://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/MICS_FINAL.pdf

(77%), Costa Rica (79%) y Nicaragua (77%).⁹ La Encuesta de Hogares de la Línea de Base de Salud Mesoamérica 2015 refiere que el uso de algún método anticonceptivo cualquiera para el 2013 era de 21% en las comarcas Emberá y Guna Yala.¹⁰

- La Encuesta de Múltiples Indicadores por Conglomerados (MICS) de 2013 encontró una necesidad insatisfecha de 16.4 entre mujeres de 15-49 casadas o unidas. Esta cifra esconde grandes discrepancias ya que la población indígena demuestra un 36.2 por ciento de necesidad insatisfecha en comparación con 15.4 por ciento para la población afro-descendientes y 13.1 por ciento para todos los otros. La Comarca Guna Yala demuestra la necesidad insatisfecha de anticonceptivos más alta (42.5 por ciento), seguido por Ngäbe-Bugle con 36.8 por ciento y Emberá- Wounnan con 36.8 por ciento (Contraloría, 2014).
- Se identifican barreras de la oferta y la demanda para acceder a los servicios y a los métodos anticonceptivos (desabastecimiento de métodos, insuficientes recursos humanos, sesgos o preferencias de los/as proveedores por algunos métodos, desconocimiento del idioma del lugar, la mayoría de las personas no cuentan con información correcta y completa de los métodos anticonceptivos, lo que redundará en temores y creencias erróneas por parte de la población, restricciones médicas a la entrega de métodos, restricciones culturales al uso de métodos). Si bien, hay diferencias culturales en las comarcas, en lo que respecta a la anticoncepción estas barreras son generalizadas con escasas variaciones incluso en cada comarca.
- Investigaciones nacionales revelan la situación de desventaja en la que se encuentran las mujeres por las normativas sociales, culturales e influencias religiosas. Se alude a la oposición al uso de los métodos por parte de hombres, madres y abuelas, considerando que estos son dañinos, siendo los métodos naturales los más aceptados.
- Hay ausencia de enfoques de derechos sexuales y derechos reproductivos, así como de la igualdad de género e interculturalidad.
- El abordaje integral de la orientación en anticoncepción y, en un marco más amplio, de la salud sexual y salud reproductiva es aún limitado. El programa de planificación familiar no está integrado con otros servicios de la SSySR como es la salud materna, cáncer cérvico uterino, programas de VIH.
- En las comarcas indígenas se identificaron elementos facilitadores para fortalecer el vínculo entre la comunidad y los establecimientos de salud, así hay un alto grado de organización social, el rol de actores tradicionales (parteras y médicos tradicionales) es importante en los cuidados de la salud. Sin embargo, estos elementos también pueden actuar como barreras, ya que la coordinación de actividades en salud tiende a ser muy débil, y en algunos casos se presenta mutua desconfianza.
- En el estudio de Salud Mesoamérica 2015-BID: “Análisis de Redes Sociales para Comprender la Toma de Decisiones para la Atención Materna en Panamá en las Comarcas EW y GY” (2013), se destaca los grados de influencia variable que tienen los/as especialistas de la medicina tradicional. Esta variación depende del contexto local, del rol que ellos/as cumplen en la estructura social y familiar, y de la distancia o cercanía a un centro de salud. El factor económico es importante para que las mujeres o sus familias decidan acudir o no a un servicio de salud o a un/a especialista tradicional.

⁹ Datos de Colombia, Costa Rica y Nicaragua de sus encuestas nacionales accesibles en: <http://www.prb.org/DataFinder.aspx>

¹⁰ Salud Mesoamérica 2015 (2014b).

La recomendación principal de la revisión del modelo institucional nacional en las tres áreas comarcales, es el desarrollo de un modelo de orientación/consejería en anticoncepción para las tres comarcas indígenas y áreas rurales dispersas que contemple: estrategias para el desarrollo de competencias técnicas de los/as proveedores, relaciones interpersonales adecuadas; estrategias educativas con el fin de mejorar y ampliar el conocimiento, y estimular la búsqueda de orientación para la elección de un método anticonceptivo, el ejercicio de los DSDR y la igualdad de género y estrategias participativas entre el personal de salud y líderes clave de las comunidades para identificar conjuntamente barreras y determinar cómo trabajar en las soluciones o adecuaciones a los programas de salud y los servicios.

En relación a la atención diferenciada para adolescentes, el MINSa con el apoyo de otras instituciones como UNFPA y APLAFA lleva a cabo el fortalecimiento de los Servicios Amigables en Salud Sexual y Reproductiva para Jóvenes y Adolescentes y Prevención del VIH, incluyendo la anticoncepción.¹¹ Los servicios amigables están funcionando en las Regiones de Salud de: Panamá Metro-Panamá Oeste- San Miguelito-Colón- Chiriquí-Ngäbe Bugle (población indígena). En este proceso se han desarrollado un programa de servicios amigables para jóvenes que incluye materiales educativos consistentes en una guía de atención integral para Adolescentes, una guía de gestión para la provisión de servicios amigables y un Rotafolio y tres juegos de mesa para trabajar con los/as adolescentes.¹²

De acuerdo a la revisión de estándares internacionales y buenas prácticas¹³, se recomienda que un modelo de orientación/consejería en anticoncepción debiera contar con las siguientes características y/o elementos:

1. Disponibilidad de un marco legal enmarcado en convenios y acuerdos internacionales, y exigencias locales.
2. Servicios de orientación/consejería en anticoncepción, enmarcados en un contexto de calidad de la atención.
3. Servicios de orientación y consejería en anticoncepción que promueven los derechos sexuales y derechos reproductivos y la igualdad de género.
4. Servicios de salud sexual y salud reproductiva integrales.
5. Estrategias continuas de información y educación en anticoncepción, que son integrales, participativas, accesibles y responden a las necesidades de las personas y su contexto cultural (interculturalidad).

¹¹ MINSa (2012): Guías de Gestión de Servicios Amigable para Adolescentes.

¹² El Manual es para facilitadores/as adolescentes pero también de uso para el personal de Salud. Comprende 5 módulos y varias sesiones. Entre estos módulos están: 1. El Proyecto de Vida. 2. Adolescencia-Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos e interculturalidad. 3. Prevención de Violencia Contra las Mujeres. 4. Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo anticoncepción y 5. Amigabilidad de los Servicios para Adolescentes. El rotafolio para adolescentes incluye todos los temas de SSSR y habilidades para la vida.

¹³ (OMS 2013, REPROLATINA 2001, Judith Bruce, 1989, AVSC Internacional 1989), (Normas nacionales de Perú, 2006), (Apuntar al 5: La Salud de las Mujeres y los ODM; Maine et al 1997; La Iniciativa “Maternidad Segura” OMS, UNICEF, UNFPA, BM y FCI, 1987), (Experiencias de adecuación intercultural en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Perú. FCI y UNFPA, 2013), (Proyecto Cuidate: Una guía de salud y bienestar para pueblos indígenas”. Family Care International, 2001), (Normas Nacionales de Anticoncepción Bolivia, 2010), (Lecciones aprendidas sobre el estado de investigaciones holísticas e intersectoriales para jóvenes, USAID, 2013), (Johns Hopkins Bloomberg y Centro de Programas de Comunicación, Boletín Info Report # 10- 2007), (Proyecto para Adolescentes: Brasil, Municipalidad de Santa Bárbara de Oeste), (Proyectos con jóvenes y adolescentes MINSa/GTZ, Perú), (Un Modelo para Des-armar: OPS, Johns Hopkins, UNFPA).

Este modelo complementa la Estrategia de CONE fundamentado en el continuo de la atención a partir de los cuatro pilares de la maternidad segura en donde la base es la participación comunitaria con una estrategia de comunicación y acción para la planificación familiar como eje preventivo.¹⁴ Además, se complementa con sub-estrategias de CONE dirigidas principalmente a fortalecer aspectos relacionados a la demanda, con un importante énfasis en la comunidad y sus actores: Lineamientos Operativos para el Plan de Parto.¹⁵ y Estrategia de Cambio de Comportamiento para las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas.¹⁶

¹⁴ Ministerio de Salud de Panamá (2014b): “Estrategia CONE adecuada a las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas” (en proceso de revisión).

¹⁵ Ministerio de Salud Panamá (2014c): “Lineamientos Operativos para el Plan de Parto. Panamá” (en proceso de revisión).

¹⁶ Ministerio de Salud Panamá (2014d): “Estrategia de Cambio de Comportamiento para las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas” (en proceso de revisión).

V. Modelo de orientación/consejería

A. Estructura del modelo

El Modelo constituye una estructura de partes interrelacionadas entre sí. Está diseñado como un modelo lógico en el que se vinculan sus marcos y características con las estrategias y los componentes operativos. Este Modelo es adecuado para los diferentes contextos comarcales y áreas rurales dispersas (Ver Anexo 1: Mapa del Modelo).

El Modelo de Orientación/Consejería se define como: *El conjunto de lineamientos conceptuales y de principios rectores, que determinan la manera de implementar y poner en funcionamiento la operación de la prestación de servicios de orientación/consejería en anticoncepción, buscando un acceso adecuado a los servicios, calidad en la atención y eficiencia en el uso de recursos, de acuerdo con las necesidades identificadas de la población y las normas y políticas de prestación de servicio vigentes en el sistema de salud.* (Orozco 2006)

El Modelo está conformado por las siguientes partes:

1. Marcos: de acuerdo con los estándares internacionales es importante que el Modelo esté respaldado por un marco legal y un marco conceptual acordes con los convenios y acuerdos suscritos por el país para cumplir con los compromisos internacionales, nacionales y locales.

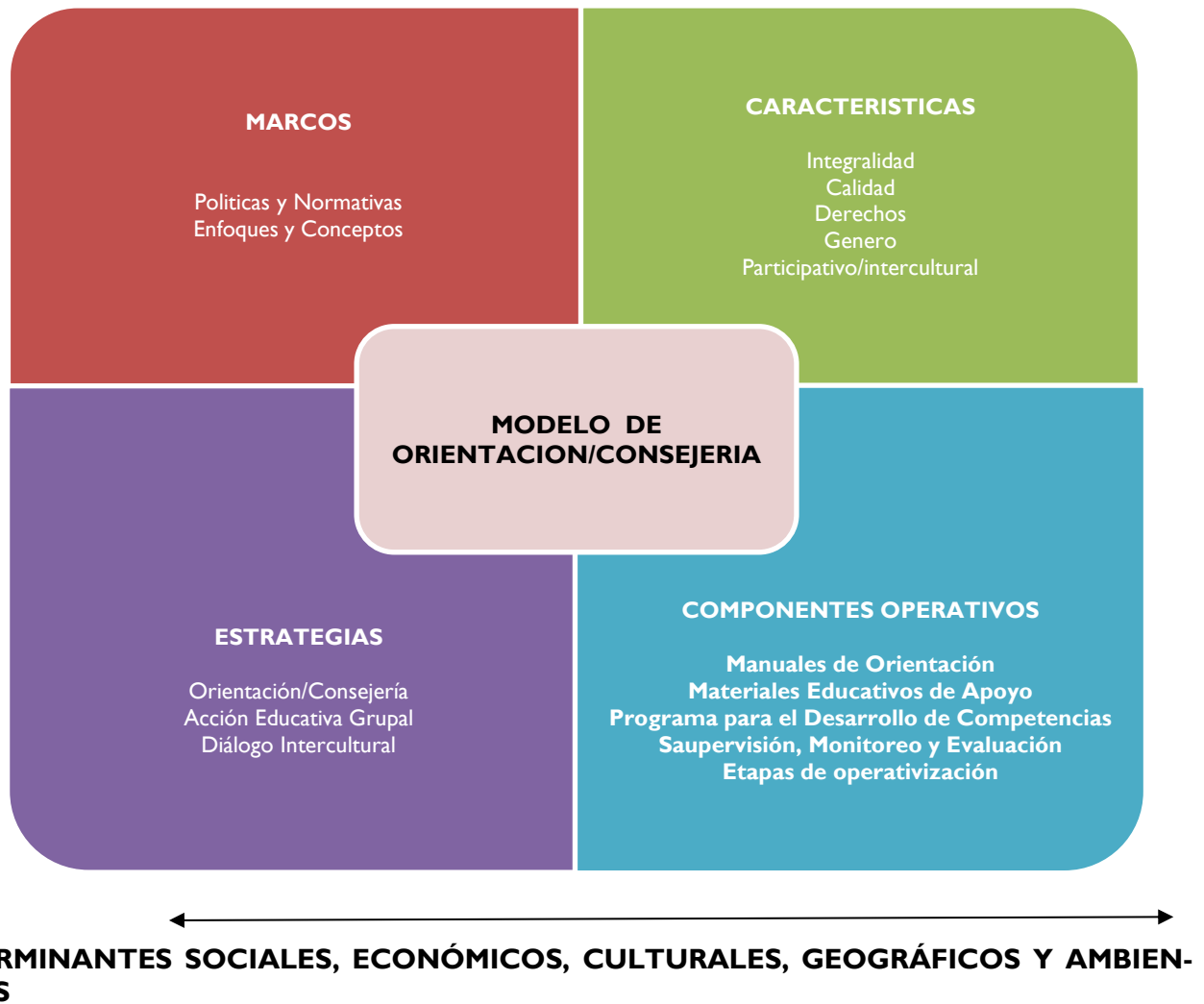
2. Características: los servicios de orientación/consejería en anticoncepción deben enmarcarse en un contexto de calidad de la atención, promover los DSDR y la igualdad de género. Estas características que también pueden ser consideradas “principios” deben estar en concordancia con la cosmovisión de salud de los pueblos indígenas.

3. Estrategias: la orientación en anticoncepción es la estrategia central, la cual tiene que complementarse con estrategias de información y educación (Acción educativa grupal) así como de participación social (Diálogos interculturales). Estas estrategias

deben ser continuas, integrales y participativas, y deben responder a las necesidades de las personas y su contexto cultural.

Componentes operativos: se refiere al conjunto de elementos e instrumentos que permiten la operativización del Modelo. Estos comprenden: manuales de orientación/consejería, materiales educativos de apoyo, programa para el desarrollo de competencias y supervisión, monitoreo y evaluación. Para este fin, el/la responsable de supervisión cuenta con una guía de observación que consiste en una lista de chequeo para la orientación y acción educativa. La operativización del Modelo se organiza en 4 etapas identificando en cada una de ellas las principales actividades. Por cada actividad se identifica a las unidades responsables, los actores/as, las funciones, la periodicidad y resultados esperados, actividades, responsables, cronograma y medios de verificación.

Gráfico I
Estructura del Modelo de Orientación/Consejería



B. Marcos del modelo

I. Marco Legal: Políticas y Normativas

El cuadro siguiente resume las principales políticas y normativas nacionales vigentes y disponibles que respaldan las acciones sobre orientación/consejería en anticoncepción, derechos, género e interculturalidad.

Tabla I
Marco Legal: Políticas y Normativas

Área	Marco legal
<p>Interculturalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de las comunidades campesinas e indígenas. • Reconocimiento de la medicina tradicional. • Congresos indígenas han creado comisiones de salud, a fin de coordinar actividades con el MIN-SA y en diferentes artículos incorporan la protección y vigilancia de la salud de sus pueblos. • Panamá suscribe convenios y declaraciones internacionales en relación a salud e interculturalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Nacional de Panamá (2004). • Código Sanitario de la República de Panamá¹⁷. • Instancia de Medicina Tradicional (1999). • Leyes de creación de las Comarcas (CGY 1953, CEW 1983, CNB 1997). • Derecho a la Consulta (Ley 72). • Convenios, declaraciones e iniciativas internacionales: la Declaración de las NNUU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007); la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas WHO/PAHO (1993) y el Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
<p>Igualdad de género integrando derechos de las mujeres indígenas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protección de los derechos humanos de las mujeres, incluyendo la eliminación de la discriminación hacia las mujeres indígenas. • Asistencia sanitaria de calidad a la mujer indígena, incluida la atención obstétrica de emergencia, una planificación voluntaria de la familia y una asistencia cualificada en el parto. • Recomendaciones internacionales respecto a la SSSR, incluyendo la revisión de las funciones de las parteras tradicionales para que puedan asistir a las mujeres durante sus eventos de salud reproductiva y actuar como intermediarias culturales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia (Ley Núm. 42 de 1997). • Ley de Igualdad de Oportunidades (Ley Núm. 4, del 29 de enero de 1999). • Ministerio de Salud, Dirección de Promoción de la Salud: Manual Promotores(as) Comunitarios. • Ley de Femicidio¹⁸. • Manual de Parteras Tradicionales. 2013. Programa de Salud Sexual y Reproductiva. MINS/UNFPA. • Convenios, declaraciones e iniciativas internacionales: Quinto Informe de Sesiones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas (2007), CE-DAW (2008).
<p>Salud sexual y reproductiva y un enfoque de derechos y derechos reproductivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de la SSSR como política prioritaria en el País. • Atención integral, educación e investigación en SSSR, incluido el VIH/SIDA y las ITS. • Panamá ha ratificado los principales pactos y conferencias internacionales sobre derechos se- 	<ul style="list-style-type: none"> • Normas técnico-administrativas y Manual de Procedimientos del Programa de Salud Integral de la Mujer (2014).¹⁹ • Normas Técnicas Norma Nacional de Salud Integral de la Mujer, que incluye el componente de Planificación Familiar (SAIM 2007). • Pactos y conferencias internacionales sobre derechos sexuales y derechos reproductivos: Pacto In-

¹⁷ Código de 1947 en revisión.

¹⁸ Ley 82 de 24 de octubre de 2013 que adopta medidas de prevención contra la violencia en las mujeres y reforma el Código Penal para tipificar el femicidio y sancionar los hechos de violencia contra la mujer.

¹⁹ Versión en revisión

Área	Marco legal
<p>xuales y derechos reproductivos.</p>	<p>ternacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP); CIPD, incluyendo la CIPD +20, Declaración del Milenio del 2000, donde se incluyen los ODM.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 3 de 5 de enero de 2000 sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de la Inmuno Deficiencia y el SIDA.
<p>Protección y atención a los y las adolescentes, incluyendo derechos sexuales y derechos reproductivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protección especial a la infancia y la adolescencia en el marco internacional de los derechos humanos. • Reconocimiento de la SSSR de las y los adolescentes con un eje en educación sexual, con enfoque de prevención de ITS, VIH y embarazo adolescente no deseado. • La atención integral de los y las adolescentes, incluyen la noción de “servicios amigables”: promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, con énfasis en la SSSR, transversalizando la perspectiva de género, discapacidad y de derechos humanos. • Se norma la atención de la consulta sobre anticoncepción y planificación familiar a todo y toda adolescente que lo solicite. • Se garantiza la salud y educación de la adolescente embarazada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes (2006). • Plan Nacional de la Niñez y la Adolescencia 2008 – 2012. • Ley de Igualdad de Oportunidades que incluye niñas y adolescentes (Art. 21). • Convenios, declaraciones e iniciativas internacionales: Convención de los Derechos del Niño mediante la Ley Núm. 15, del 6 de noviembre de 1990, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -PIDESC). En la CIPD CAIRO + 20 se ratifican los derechos de los/as adolescentes.
<p>Componente de Planificación Familiar promueve un enfoque de derechos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en lineamientos que garantizan los deberes y derechos de los/as usuarios para recibir servicios de calidad en salud reproductiva. Incluye una amplia gama de métodos anticonceptivos entre ellos la anticoncepción de emergencia. • La orientación/consejería de planificación familiar está incluida dentro del servicio de Prevención de Salud. • Las funciones de este servicio son la promoción, difusión del programa de planificación familiar, in- 	<ul style="list-style-type: none"> • Componente de Planificación Familiar en Normas técnico-administrativas y Manual de Procedimientos del Programa de Salud Integral de la Mujer (2014).²⁰ • Norma Nacional de Salud Integral de la Mujer, que incluye el componente de Planificación Familiar (SAIM 2007). • Provisión del PAISS+N y PSPV a través de Unidades Básicas de Atención Institucionales de la Red Itinerante y Red Fija. Reglamento Operativo Versión 1.0. Octubre, 2012. • Normas Técnicas y Administrativas del Programa

²⁰ Versión en revisión

Área	Marco legal
<p>formación y educación individual y grupal, la consejería, selección, prescripción y aplicación del método según disponibilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se incluye la promoción de programas comunitarios de PF con apoyo de los ayudantes de salud y la colaboración de proveedores comunitarios. • Se incluye la orientación en PF por parte del equipo de salud para otros eventos de SSSR como son el parto, postparto y prenatal. 	<p>Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes (2006).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley de Esterilización²¹. • Ley de Medicamentos²².

Fuente: Elaboración propia con base a la revisión de normativas nacionales en el país.

2. Marco Conceptual: Enfoques y Conceptos

Un enfoque de derechos

El enfoque de derechos es un marco que integra las normas, estándares y principios – igualdad, equidad, rendición de cuentas y transparencia, empoderamiento y participación del sistema internacional de derechos humanos. Implica la no-discriminación (por acción u omisión) y la atención de los grupos considerados vulnerables, tomando en cuenta que no existe una definición única y universal de quiénes son vulnerables, por lo que un requerimiento básico es disponer de información desagregada que permita visibilizarlos en cada contexto específico (Salinas, *et. al.* 2010).

El desarrollo de un modelo que incorpore el enfoque de derechos, implica entonces, que buscará minimizar y en lo posible eliminar las brechas de capacidades de los titulares para ejercer sus derechos, así como las brechas de los portadores de obligaciones para cumplir con éstas. Asimismo, implica erradicar los obstáculos de carácter legal, institucional y de políticas, para que tanto titulares como portadores puedan ejercer sus derechos y cumplir con sus obligaciones. Estas consideraciones se aplican a la anticoncepción como un derecho y por ende la orientación/consejería es un proceso encaminado a posibilitar el ejercicio de los mismos.

Los derechos sexuales y derechos reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las normas nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. (Parágrafo 7.3 del Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo–CIPD 1994)²³.

Respecto a la anticoncepción, el Plan de Acción de la CIPD reconoció el derecho de individuos y parejas a elegir por sí mismos, cuándo y con qué frecuencia quieren tener hijos. La definición también abarca el derecho de

²¹ Ley N° 7. 5 de marzo de 2013. Establece el marco regulatorio para la esterilización femenina.

²² Decreto Ejecutivo 178 de 12 de julio de 2001. "Que reglamenta la Ley 1 de 10 de enero de 2001. Sobre Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana". Ministerio de Salud. (G.O. 24344 de 13 de julio de 2001).

²³ Véase: https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/.../icpd_spa.pdf

las personas a tener acceso a “servicios de salud reproductiva”, incluidos métodos de regulación de la fertilidad allí donde éstos no vayan contra la ley. Esta definición fue reafirmada en la CIPD+5, en la que se acordó que la salud reproductiva no se puede medir únicamente en función de cuántas personas usan anticonceptivos y que factores como el VIH/sida, las ITS y la mortalidad materna también han de ser tomados en consideración. En la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres en 1995, 189 países reafirmaron esta amplia definición de salud reproductiva y ampliaron este concepto incluyendo la salud sexual y los derechos sexuales.

Erdman and Cook (2008: 535)²⁴ enumeran tres amplias categorías de derechos reproductivos que incluyen la planificación familiar:

- Derechos a la autodeterminación en materia reproductiva (derecho a la integridad corporal y a la seguridad de las personas y los derechos de las parejas y los individuos a decidir libre y responsablemente cuántos hijos tener y cuándo)
- Derechos a los servicios, información y educación de salud sexual y reproductiva (incluso el derecho al máximo nivel posible de salud)
- Derechos a la igualdad y a la no discriminación (derecho a tomar decisiones con respecto a la reproducción sin discriminación, coacción ni violencia)

En el Modelo y sus guías de apoyo se resaltan los siguientes DSDR:

- ✓ Derecho a tener relaciones sexuales sin violencia ni maltrato.
- ✓ Derecho a disfrutar de las relaciones sexuales sin temor al embarazo, y/o a contraer una infección de transmisión sexual.
- ✓ Derecho a conocer, gustar y cuidar de su cuerpo y de sus órganos sexuales.
- ✓ Derecho a tener información y acceso a los métodos anticonceptivos.
- ✓ Derecho a decidir cuándo y cuántos hijos/as tener.
- ✓ Derecho a acceder a una atención de calidad en el embarazo, parto y postparto.
- ✓ A la prevención y atención de las ITS, incluido el VIH/SIDA.

Los derechos de los y las adolescentes

“Reconociendo los derechos y responsabilidades de los padres y otras personas legalmente responsables de los/as adolescentes de dar a éstos, de una manera coherente con la capacidad en evolución de los/as adolescentes, orientación y guía apropiadas en cuestiones sexuales y reproductivas, los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los/as proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales. Al hacerlo, y con el fin de hacer frente, entre otras cosas, a los abusos sexuales, esos servicios deben salvaguardar los derechos de los/as adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas. En este contexto, los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurí-

²⁴ Citado en: Hardee, K., K. Newman, L. Bakamjian, J. Kumar, S. Harris, M. Rodríguez, y K. Willson (traducido por Doris Sepliansky). 2014. *Programas de Planificación Familiar Voluntaria que Respetan, Protegen y Cumplen con los Derechos Humanos: Un Marco Conceptual*. Washington, DC: Futures Group.

dicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los/as adolescentes.” (Parágrafo 7.45 del Plan de Acción de la CIPD).²⁵

La Observación General No. 4 del Comité de los Derechos del Niño se centra en la plena satisfacción del derecho a la salud y al desarrollo de los y las adolescentes. El Comité sostiene que los Estados Parte deben garantizar el acceso a información sobre salud reproductiva y planificación familiar independientemente del consentimiento de los padres, y que la información entregada debe ser “apropiada y tener en cuenta las particularidades y derechos específicos de las y los adolescentes”. Además, el Comité relaciona el embarazo adolescente y el aborto en condiciones de riesgo con la mortalidad y morbilidad materna en adolescentes, y exhorta a los Estados Parte a desarrollar programas que provean servicios de salud sexual y reproductiva que incluyan la planificación familiar y la anticoncepción.²⁶

Los derechos culturales

Derechos culturales se refieren al derecho de los individuos y los colectivos a mantener, proteger y ejercer su propia cultura siempre cuando esas costumbres no entren en conflicto con las ideas fundamentales de los derechos humanos universales. Los derechos culturales son importantes porque protegen a los pueblos y miembros de una comunidad cultural en su relación con el estado, pero también para las personas en general, para poder escoger la manera de vivir de su propia elección (Fundación Interats, FCI Bolivia 2007).

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2008) encargado de examinar la aplicación de las disposiciones de la CEDAW 1979, urge a cada Estado Parte a que asegure la conformidad de los conceptos y las prácticas indígenas tradicionales con el marco jurídico de la Convención y a que cree las condiciones para un amplio diálogo intercultural que, respetando la diversidad, garantice la vigencia plena de los principios, valores y normas de protección, internacionales de los derechos humanos, en especial de las mujeres. Asimismo, recomienda que se integre una perspectiva de género en su política nacional de salud, en consonancia con la recomendación general 24 y mejore el acceso a los servicios de salud para los grupos más vulnerables de mujeres, especialmente las de zonas rurales y las indígenas. [...] (FCI 2012)

Un enfoque de interculturalidad y pertinencia cultural

Se entiende por *interculturalidad* el proceso social de interacción, basado en el reconocimiento, validez intrínseca, respeto de las diferencias culturales y la posibilidad de intercambio entre sujetos de contextos socioculturales diversos. La interculturalidad supone el reconocimiento de la diversidad, pero la trasciende al concebir la construcción conjunta por un cambio que beneficia a una colectividad en común (Bant Haver 2001).

La *pertinencia intercultural* remite al hecho de “establecer una vinculación concreta en armonía, encuentro con el entorno” (Cueva 2010), lo que se logra no de manera unilateral sino a través de acuerdos o consensos, estableciendo un vínculo entre lo abstracto del conocimiento con la contextualización en que se aplica. No se trata de fijar normas, sino de desencadenar procesos, propuestas técnicas de la institución y expectativas de la población y viceversa. Por ejemplo, en salud, el sistema de información aún no es pertinente culturalmente, se pueden considerar indicadores simples (como las coberturas o tasas diferenciadas de morbimortalidad por

²⁵ Véase: www.rfsu.se/Bildbank/Dokument/.../abriendo-espacios-breaking-.pdf

²⁶ Citado en: Comité de los Derechos del Niño, *Observación General 4: Salud y desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, 31, Doc. de la ONU CRC/GC/2003/4 (2003).

etnia, idioma) y complejos (como la calidad humana del servicio percibido desde la cosmovisión y expectativas de usuarias/os).

Un enfoque de género

El *género* alude a la construcción sociocultural e histórica de la feminidad y masculinidad; es uno de los aprendizajes culturales determinantes en la vida de las personas. Se refiere a los significados, valores sociales y culturales otorgados a las diferencias biológicas empíricamente observables entre los sexos. Cuando hablamos de las relaciones de género nos referimos a las maneras cómo las sociedades y culturas estructuran la interacción entre las categorías sociales de “hombre” y “mujer” en un marco de distribución de poder, prestigio, responsabilidades, tareas y beneficios (Bant Haver 2001).

Si bien la feminidad y masculinidad son construcciones culturalmente específicas, las desigualdades de género, las relaciones de dominación-subordinación y la violencia en razón de género son fenómenos transculturales. “Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo.” En este sentido es fundamental incorporar a los hombres en los programas. (Principio 4 del Plan de Acción de la CIPD).²⁷

La planificación familiar y la anticoncepción

La *planificación familiar* implica el acceso de las personas a información y métodos anticonceptivos para decidir sobre el número de hijos/as y el espaciamiento entre ellos/as. No obstante, el término ha sido cuestionado porque excluye los problemas de sexo seguro, sexualidad y personas que no planifican la familia -adolescentes, las personas sin hijos/as- (Asociación Sueca para la Educación Sexual 2005). Por lo tanto, es mejor hablar de servicios amigables con la juventud y de servicios de salud sexual y salud reproductiva. Estos términos conciben que las relaciones sexuales deben ser seguras y disfrutarse, y no sólo generar preocupación por la planeación de la familia.

En el contexto del VIH/sida, es importante tener una perspectiva más amplia que la de la simple planificación de una familia, y debería incluir también servicios preventivos de anticonceptivos, asesoría y servicio para embarazos no deseados así como para las ITS (Ibídem).

Por otra parte, la *anticoncepción* se refiere al conjunto de métodos u opciones que permite a las parejas y/o individuos ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos, y regular su fecundidad cuando así lo deseen. Actualmente la anticoncepción es un componente de la SSSR, lo que implica que debe abordarse desde un marco integral y regirse por la estructura legal normativa que atañe a la misma. Por tratarse la anticoncepción de un derecho que tienen las personas, los sistemas legales y administrativos deben estar lo suficientemente organizados para posibilitar el ejercicio de este derecho tanto en los servicios a los que acceden las personas como en el ámbito familiar y comunitario (Rodríguez, Say, y Temmerman 2014).

Por lo tanto, el Modelo utiliza el concepto de anticoncepción.

²⁷ Véase: www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html

Anticoncepción en contextos culturales

La anticoncepción no es un tema extraño en los pueblos indígenas, la evidencia etnográfica muestra que históricamente los pueblos indígenas se han preocupado por la regulación de la fecundidad, acudiendo a su medicina tradicional (hierbas, emplastos y otros) y sustentando sus prácticas regulatorias mediante rituales o símbolos vinculados con la sexualidad y el cuerpo (UNFPA 2007; OPS 2010). Los procesos de evangelización y aculturación urbano-occidental en la mayoría de los pueblos indígenas han influido en la incorporación de significaciones negativas sobre la anticoncepción con contenidos religiosos, moralistas y patriarcales (“tener los hijos/as que Dios mande”, “causan enfermedades”, las “mujeres se vuelven locas”).

La información adecuada y correcta así como la promoción de la anticoncepción como parte de los derechos de las personas se constituyen en estrategias fundamentales en los contextos indígenas.

Calidad de atención en anticoncepción

No hay una definición única de *calidad*; existen diversas acepciones. Un producto o servicio es de calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades y expectativas de sus usuarios/as. (REPROLATINA 2004). De manera tal que, la *calidad de atención* es entendida como el modo en que “los servicios o sistemas de salud atienden/tratan a las personas” (Jain 1999).

El Marco Fundamental para Ofrecer Servicios de Calidad en Anticoncepción, elaborado por Judice Bruce (1989) es conocido y ha sido incluido en buena parte de las normativas en SSSR en América Latina. Este marco comprende seis pasos fundamentales para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud. Estos elementos son:

Elementos Fundamentales de la Calidad de Atención

- 1) Selección de la mejor opción para cada mujer: de acuerdo a las características socioculturales y las condiciones de salud de la mujer el profesional de salud debe valorar y ayudar a seleccionar la mejor opción para cada mujer.
- 2) Adecuado intercambio de información: entre la/el usuaria/o y el/la proveedor de servicios. La mujer y eventualmente su pareja, deben recibir completa y clara información sobre el problema que los llevó a la consulta, los diferentes esquemas para el diagnóstico y tratamiento, las eventuales complicaciones que pueden presentarse, así como las contraindicaciones de cada tratamiento.
- 3) Competencia técnica de los/as proveedores: la capacidad de resolución de los problemas desde el punto de vista de las relaciones interpersonales y desde la capacidad técnica para resolver u orientar el problema. En este sentido los/as proveedores deben estar capacitados en aspectos de comunicación, trato, enfoque de derechos, genero. Además del manejo de normas y protocolos actualizados en salud.
- 4) Relaciones interpersonales entre usuarias/os y proveedores/as: relacionado con el trato digno que incluya respeto, amabilidad, lapsos razonables de espera, costos accesibles, tiempo suficiente en la consulta, entre otros.
- 5) Continuidad y seguimiento: esfuerzos encaminados para asegurar que las/os usuarias/os no interrumpan su asistencia y ofrecer continuidad en su atención sea en el servicio, domicilio o comunidad.
- 6) Constelación o integralidad de servicios: se debe aprovechar la oportunidad para ofrecer otros servicios relacionados con SSSR, por ejemplo una consulta sobre planificación familiar puede aprovecharse también para hablar sobre servicios de Papanicolaou, una consulta post aborto o post parto debe aprovecharse para ofrecer servicios y orientar en anticoncepción.

(Bruce 1989, Langer 1995, REPROLATINA 2004)

Orientación/consejería en anticoncepción

La palabra **consejería** corresponde a una traducción de “counselling”, que se utiliza para “designar un conjunto de prácticas tan variadas como las que consisten en orientar, ayudar, informar, apoyar y tratar” (Tourette-Turgis, 1996, citado en CONASIDA Chile 2002). Hay tendencia a utilizar “consejería” en buena parte de la literatura revisada. Sin embargo, en español consejería está relacionado con la acción de otorgar o brindar consejos. La persona que recibe consejería depende de la información o “consejos” que reciba.

Dado que la anticoncepción implica un proceso de toma de decisiones para elegir un método anticonceptivo acorde a las necesidades de la persona, sus condiciones de salud y características del método, este proceso requiere de un enfoque de facilitación y de comunicación para la toma de decisiones. En ese sentido, diferentes instituciones y organizaciones usan el concepto de **orientación**, refiriendo al mismo como una “interacción de persona a persona, a través de la cual el proveedor y/o la proveedora de salud (orientador u orientadora) facilita información a la mujer, al hombre o a la pareja, para elegir el método anticonceptivo más adecuado y de acuerdo con las características de la persona y del método. Esta ayuda implica respetar el derecho a la libertad de elección y a la capacidad de la persona para tomar decisiones” (Díaz y Cabral 2001; AVSC Internacional 1998).

De acuerdo a lo anterior la orientación vendría a ser un proceso integral que en contextos interculturales coadyuva con la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR) la equidad y la igualdad de género y trabaja con los valores culturales para generar un cambio adecuado a las necesidades de la persona. Al igual que la anticoncepción, la orientación requiere el desarrollo de un modelo integral basado en el mejoramiento de los servicios de salud y en el fortalecimiento de las estrategias de empoderamiento comunitario.

En este contexto, se utiliza ambos términos orientación/consejería.

Tipos de orientación

De acuerdo con la revisión de la literatura, se distinguen diferentes tipos de orientación, los tipos de orientación más utilizados y conocidos son:

Tabla 2
Tipos de Orientación/Consejería en Anticoncepción

Cara a cara	Pares	Pareja	Grupal
Ha constituido la modalidad más ampliamente desarrollada. Permite establecer un vínculo directo y personal con el/la consultante y desarrollar diversas actividades que son posibles desde lo pre-	Dos o más personas comparten características similares (sexo, edad, preferencias, intereses) y generan empatía y confianza en los procesos de orientación. <u>Ventajas:</u>	Cuando los dos miembros acuerdan asistir juntos para tomar decisiones conjuntas. <u>Ventajas:</u> <ul style="list-style-type: none"> Se pueden ofrecer apoyo mutuo. Si ambos eligen un método en forma conjunta, hay más 	Se ha optado por esta modalidad en situaciones con recursos limitados y pocos/as orientadores/as, para aumentar el acceso a la orientación/consejería. Las limitaciones de esta modalidad de trabajo son amplias en el contexto de la orientación como un espacio personalizado para la información, gestión de riesgo y apoyo emocional. Las personas pueden tener dificultades para conversar

Cara a cara	Pares	Pareja	Grupal
<p>sencial.</p> <p><u>Ventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar y entregar material de apoyo audiovisual • Contacto visual y físico • Asegura la privacidad y confidencialidad. • Promueve las decisiones autónomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genera una corriente de aceptación y mayor identificación entre orientador/a y consultante. • Facilita el vínculo y la confianza con el orientador/a y genera una percepción de mayor cercanía. • Muy apropiado principalmente para adolescentes y otras personas que por sus condiciones de vulnerabilidad prefieren la interacción con pares. 	<p>probabilidad de que se apoyen en el uso de dicho método.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la responsabilidad compartida • Involucramiento del hombre y oportunidad de contacto con la SSSR. 	<p>sobre situaciones personales en grupo, así como verse influidas por la opinión del resto. Por ello, este modelo es más adecuado en el contexto de una línea de “educación grupal”, con énfasis en la entrega de información.²⁸</p> <p><u>Ventajas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando las mujeres/adolescentes se ven limitadas a una orientación individual por razones de acceso o normas sociales. • Mayor aceptación cultural de reuniones comunitarias.

Fuente: Elaboración propia

Competencias para la orientación/consejería

De acuerdo con Gutiérrez Martí *et al (sf)* El concepto de “competencia” tiene una larga historia en la Psicología Social desde que MacGregor acuñara el término en los años 70, en la actualidad y en el contexto organizacional tiene tres representantes claros:

- Perrenoud define las competencias como: una capacidad de movilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar un cierto tipo de situaciones.
- Boyatzis había definido las competencias como: una característica subyacente de una persona la cual puede ser un motivo, un rasgo, una habilidad, un aspecto de su imagen personal o de su rol social o un cuerpo de conocimientos el cual, él o ella usa.
- Y para Le Boterf es el resultado de una combinación pertinente de varios recursos (conocimientos, redes de información, redes de relación, saber hacer).

²⁸ *Ibíd*em

La primera definición pone el acento en la capacidad para poner en marcha los recursos y capacidades que permiten a un buen profesional “salir” de las situaciones complejas en las que se mueve, y hacerlo de forma adecuada. En la segunda definición se acentúa la capacidad de la persona para optimizar sus propios recursos y resolver. Finalmente, la tercera definición apunta a que las competencias son el resultado de combinar motivos, conocimientos y valores que hacen que una persona actúe de una manera determinada y sea valorada como tal.

Se puede, por tanto, afirmar que las competencias son las capacidades humanas susceptibles de ser medidas y que se necesitan para satisfacer con eficacia los niveles de rendimiento exigidos en el lugar de trabajo.

Para el presente Modelo, las competencias se definen como una serie de motivaciones, conocimientos y habilidades determinantes para la realización de tareas de los/as orientadores/as a fin de brindar la orientación/consejería en anticoncepción con eficiencia y buen trato.

C. Características del modelo

Las siguientes características del Modelo son principios básicos reconocidos internacionalmente para que funcionen los servicios de anticoncepción con calidad y en un marco de respeto por los derechos humanos, igualdad de género y diversidad cultural. Estas características tienen que estar reflejadas en la implementación del Modelo. Éstas son:

- **Un modelo integral.** La orientación en anticoncepción es parte de la oferta de salud integral y específicamente de SSSR. Tal como lo plantea el elemento de Constelación de servicios o integralidad de la Calidad de Atención. Una persona que asista a un servicio de salud para una atención determinada, debe contar con la opción de ser referida o ser informada sobre el servicio de orientación en anticoncepción cuando así lo requiera o viceversa. Además, la noción de salud integral concuerda con la cosmovisión indígena, en las tres comarcas, que la salud es un proceso holístico²⁹.
- **Un modelo que fomenta la calidad.** Para las personas de las comarcas indígenas, el buen trato y otros elementos de la calidad mencionados en el marco conceptual, son importantes para la accesibilidad y satisfacción con los servicios. Además, que tome en cuenta las necesidades de las personas considerando sus características individuales (sexo, edad, identidad étnica, sexual y genérica).
- **Un modelo que promueve los derechos.** El respeto por las decisiones autónomas y responsables de las personas, conlleva a una elección libre e informada de métodos anticonceptivos. La capacitación de los/as orientadores/as de salud y personal comunitario refleja el compromiso con el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos.

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

Integralidad
Calidad
Derechos
Genero

Participativo e intercultural

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

²⁹ En los pueblos indígenas, el concepto de salud está vinculado a la armonía y al equilibrio interno de una persona (no individuo aislado) en la familia, la comunidad, la naturaleza, el cosmos y el más allá” (Conejo, M., 2006, citado en Cabrero, 2010).

- **Un modelo que incluye una perspectiva de género.** La incorporación de un enfoque de género en el desarrollo de competencias y en las estrategias permite tomar en cuenta las necesidades de las mujeres, fortalecer las decisiones de las mujeres, promover la participación de los hombres y las decisiones compartidas en la anticoncepción.
- **Un modelo participativo e intercultural.** La participación efectiva de los/as distintos actores para fortalecer los vínculos entre servicios de salud y la comunidad. Está basado en el diálogo y la pertinencia intercultural, considerando a la persona en relación con su familia, la comunidad, la naturaleza y su cosmovisión.

D. Estrategias del modelo

El Modelo comprende tres estrategias: 1. La orientación/consejería. 2. La acción educativa grupal y 3. El diálogo intercultural. La orientación/consejería como tal es la principal estrategia que permite cumplir con los objetivos dado que asegura las decisiones informadas, libres y voluntarias para la elección de métodos anticonceptivos, respetando las diferencias culturales, la igualdad de género y los derechos de las/os usuarios/as. Las otras dos estrategias apoyan a la orientación/consejería.

Estas estrategias fueron seleccionadas a partir del diagnóstico institucional³⁰ de la orientación/consejería en las comarcas realizado en el 2013 que identificó brechas en la oferta y la demanda de métodos anticonceptivos. La conclusión principal de este diagnóstico fue la necesidad de desarrollar un modelo que contemple:

1. **Una estrategia de orientación amigable que permita generar confianza entre el/la orientador/a y el/la usuario/a.** Ésta debe basarse en el desarrollo de competencias técnicas, relaciones interpersonales adecuadas, habilidades de escucha activa e incorporación de los principios de la elección informada, además de asegurar la privacidad y la confidencialidad. Teniendo en cuenta estas características, se definió implementar el Modelo de los Cinco Pasos de la Orientación, probado en diferentes contextos sociales y culturales de América Latina.³¹
2. **La acción educativa de carácter grupal,** estrategia que tiene el fin de mejorar y ampliar el conocimiento, y estimular la orientación para la elección de un método anticonceptivo. Las acciones educativas basadas en una metodología participativa y constructiva han demostrado incidir en el cambio de actitudes hacia la anticoncepción. Las acciones educativas llegan a diversas audiencias, pudiendo abarcar a aquéllas que se oponen a la anticoncepción y tienen alta influencia en la toma de decisiones.³²

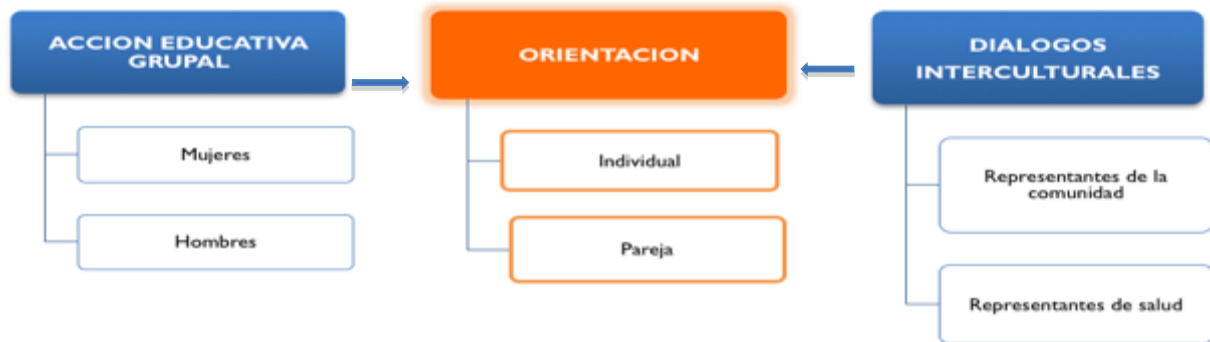
³⁰Ministerio de Salud de Panamá (2014a) Revisión del Modelo Institucional y Análisis de Brechas del *Modelo de Orientación/Consejería en Anticoncepción con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, Diferenciado para Adolescentes Operando en los Servicios De Las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas*. Informe final.

³¹Díaz M y Thompson D (2001): Cinco Pasos de un Modelo de Orientación. Ministerio de Salud de Perú (2008): Adecuación Cultural de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Perú. Ministerio de Salud Bolivia (2010): Normas Nacionales de Anticoncepción.

³² Ibídem

3. **Diálogos interculturales** como estrategia adecuada para estrechar vínculos entre el personal y las autoridades de salud con los líderes y otros/as representantes clave de las comunidades. De acuerdo con los estándares internacionales, se recomienda el uso de estrategias participativas para identificar conjuntamente barreras y determinar cómo trabajar en las soluciones o adecuaciones a los programas de salud y los servicios.³³

Gráfico 2
Estrategias del Modelo de Orientación/Consejería



I. Estrategia de Orientación/Consejería

¿Cuál es el propósito?

Tal y como ha sido definido en el marco conceptual, la orientación/consejería en anticoncepción tiene el propósito de lograr que las personas tomen sus propias decisiones con base a sus necesidades, características personales e información adecuada. Además:

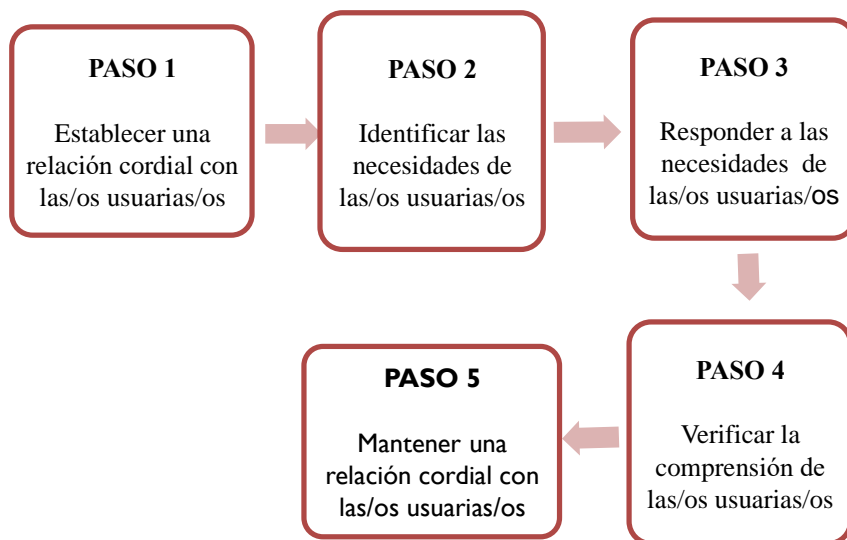
- Mejora la confianza de el/la usuario/a en el proveedor o proveedora.
- Facilita la participación de la usuaria y/o usuario en el autocuidado.
- Mejora la satisfacción con el método (aceptación de los posibles efectos secundarios).
- Mejora el modo de uso del método anticonceptivo (instrucciones y seguimiento).
- Mejora la satisfacción con el servicio.
- Posterga el embarazo evitando que las/los adolescentes y jóvenes abandonen la escuela.
- Fortalece el conocimiento y actitudes de los prestadores.

³³OMS (2014): *Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: orientación y recomendaciones*. WHO/RHR/14.03. Ginebra.

¿Cuál es la metodología?

Para la orientación/consejería se aplica la guía conocida como “Cinco Pasos de la Orientación” (Díaz y Thompson 2001) una guía amigable que se adecúa a los contextos de cada una de las comarcas y áreas rurales dispersas de Panamá. Este modelo ha sido ampliamente aceptado y utilizado en varios países de América Latina con poblaciones indígenas (Bolivia, Ecuador, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Perú). Estos pasos son:

Gráfico 3 Cinco Pasos de la Orientación



Fuente: Díaz y Thompson 2001

Contrario a modelos anteriores basados en una cantidad de información inmanejable para la usuaria y lejos de ser interactivos con las necesidades de la usuaria (León 2002), los Cinco Pasos de la Orientación simplifica sistemáticamente el proceso decisional para la/el usuaria/o, evitando el problema de la sobrecarga informacional mediante una toma de decisiones secuencial que tendría que ser eficiente y estándar a través de proveedores/as y usuarias. El modelo está fundamentado en técnicas y habilidades de la comunicación y la calidad de la atención, requiriendo que el proveedor/a realmente interactúe con el/la usuario/a y sea exhaustivo en cada paso tal y como se describe a continuación.

Según la literatura³⁴, en la medida en que el/la orientador/a adquiera las competencias para la implementación de estos 5 pasos, una sesión de orientación no debería tomar más de 15 a 20 minutos. Este tiempo puede ser menor en las consultas posteriores de seguimiento o cambio de método.

³⁴Díaz M y León 2002

PASO 1: Establecer una relación cordial

Objetivo: Crear el ambiente para establecer una comunicación interpersonal adecuada.

Desde el primer contacto que el/la orientador establece con el/la usuario/a debe brindar un momento agradable, dar confianza y establecer una relación de mutuo respeto, que facilite el proceso de comunicación; además deberá asegurar privacidad durante la atención y confidencialidad de lo conversado.

Nota: Todo/a orientador/a debe tener en cuenta que para establecer una relación cordial se requiere de habilidades de comunicación adecuadas (idioma del lugar), comprensión y respeto de las diferencias socio/culturales, de género que debe conocer y aplicar. Técnicas y habilidades que están incorporadas en el desarrollo de competencias y reforzadas durante la supervisión capacitante.

PASO 2: Identificar las necesidades

Objetivo: Determinar las características y necesidades de las/os usuarias/os.

Este es probablemente el paso más importante en el proceso de orientación/consejería. El lenguaje e idioma es de especial importancia. Si el/la orientador/a no entiende lo que la/el usuaria/o necesita o desea, el tiempo y esfuerzos invertidos en la sesión no tendrá ningún éxito. Por lo tanto es muy importante, para el caso que el/la usuario/a no hable el mismo idioma, identificar alguien que sirva de intérprete (puede ser un familiar o algún funcionario/a del establecimiento).

El/la orientador/a deber alentar a la/el usuaria/o para que comente sus necesidades, deseos y cualquier inquietud o interrogante sobre su salud o sobre la planificación familiar. Es importante que sea sensible a la situación de las mujeres en relación con sus roles, decisiones y preferencias culturales. En base a este momento se determinan las opciones a ofrecer según cada caso.

Nota: El conocer las necesidades y características de las personas facilita la elección del método anticonceptivo que mejor se adecue a sus requerimientos.

PASO 3: Responder a las necesidades

Objetivo: Dar respuesta a las necesidades de las/os usuarias/os.

Después que el/la orientador/a ha establecido una relación cordial y ha identificado correctamente las necesidades de la/el usuaria/o, debe proceder a responder adecuadamente a esas necesidades ofreciéndole información actualizada, clara y precisa acerca de los temas requeridos.

En este momento se ofrecen las opciones de anticonceptivos que pueden satisfacer sus necesidades. Es el momento de facilitar el proceso de decisión (reflexionando y discutiendo las características del método y de la vida de la persona). Durante este paso se aclaran las dudas y conceptos erróneos usando el material educativo de apoyo.

Nota: El/la orientador/a deberá tener una postura ética en todo el proceso. Respetar la decisión de la persona y no influenciar su decisión.

PASO 4: Verificar la comprensión

Objetivo: Comprobar que el/la usuario/a tiene la información adecuada.

El/la orientador/a debe asegurarse que el/la usuario/a ha comprendido la información brindada durante la sesión sobre el método anticonceptivo elegido y que entiende las implicancias de la toma de decisión.

El/la orientador/a nunca debe suponer que el/la usuario/a entendió, debe recordar que todos los individuos son diferentes. Cada usuaria/o tiene sus propias historias personales, antecedentes, creencias y preocupaciones.

El/la orientador/a no debe condicionar la decisión de la mujer a la presencia o autorización de su pareja.

Nota: La habilidad de escuchar es fundamental para verificar la comprensión del/la usuario/a. Un/a orientador/a que interrumpe a un/a usuario/a durante este paso no sabrá si se le entendió y pierde una oportunidad valiosa para aclarar alguna información y esto puede tener serios resultados para el/la usuario/a.

PASO 5: Mantener la relación cordial

Objetivo: Establecer los mecanismos apropiados para el seguimiento.

Este paso permitirá que los/las usuarios/as sientan que el/la orientador/a estará disponible cada vez que sea necesario para alguna información. Además, debe asegurarse que el/la usuario/a va a continuar asistiendo a los servicios; para lo cual se debe recurrir a los diferentes mecanismos de seguimiento.

La cordialidad es un aspecto clave en la percepción de calidad del/la usuario/a, ya que fortalece su confianza y favorece su continuidad con el uso del servicio.

Nota: Tomará unos pocos minutos para hacer esto al final de cada sesión de orientación/consejería, le ayudará a mantener la relación que estableció al comienzo de esta interacción.

¿Cuál es el perfil del orientador/a?

Los perfiles, actividades y responsabilidades en la orientación/consejería se definen de acuerdo con las normas nacionales.

De acuerdo con la regionalización y sectorización de los servicios de salud, en el nivel primario que corresponde a las comarcas indígenas, se cuenta con las Unidades Básicas de Atención en Salud (UBAS) constituidas por: (i) equipos itinerantes (institucionales o extra institucionales); (ii) establecimientos de salud fijos (centros de salud, subcentros de salud y puestos de salud); o (iii) una combinación de las dos anteriores.³⁵

En las UBAS el equipo básico de salud está conformado por un/a médico/a general, un/a enfermera/o, un/a técnica/o en enfermería, un/a técnica/o en ciencias de la salud (salud ambiental o educación para la salud), un/a

³⁵Ministerio de Salud de Panamá (2013): Reglamentos Operativos de la Estrategia de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud y Nutrición (EEC) y de la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura de Atención Primaria en Salud (EFC) (2013). De acuerdo con este Reglamento, el recurso humano de la UBAS está determinado por el equipo básico de salud, el equipo comunitario y el equipo de gestión.

nutricionista y un/a conductor/a o motorista que incluye a un palanquero. El equipo comunitario está conformado por promotores/as de salud, parteras comunitarias, monitoras/es, auditores/as sociales y otros actores, entre ellos, los/as líderes de los comités de salud, líderes de juntas de acueductos rurales (JAARs).³⁶

De acuerdo con los Reglamentos Operativos de la Estrategia de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud y Nutrición (EEC) y de la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura de Atención Primaria en Salud (EFC) (2013) el equipo básico de salud tiene funciones además de clínicas, educativas y de promoción y el equipo comunitario tiene funciones de atención primaria en la comunidad.

En lo que respecta al equipo básico de salud, si bien la orientación/consejería en anticoncepción puede ser otorgada por cualquier proveedor/a que esté capacitado/a. El personal responsable de brindar la orientación/consejería es:

1. El/la médico general
2. La/el enfermera/o
3. Técnico/a en salud

El/la orientador/a debe estar capacitado/a en las estrategias del modelo (orientación, acciones educativas y diálogos interculturales), en las competencias requeridas para los/as proveedores de salud y estar motivado/a para hacerlo. Son responsabilidades del orientador/a:

- Aplicar los Cinco Pasos de la Orientación en cada sesión de orientación individual o en pareja.
- Promover e informar sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- Alentar la igualdad de género, respondiendo a las necesidades de las mujeres, estimulando las decisiones autónomas de las mujeres y la responsabilidad y participación de los hombres.
- Brindar información correcta y actualizada sobre los métodos anticonceptivos: características, efectividad, modo de acción, modo de uso, criterios médicos de elegibilidad, efectos secundarios, señales de alarma y seguimiento.
- Utilizar los manuales y materiales educativos: rotafolio, muestrario de métodos anticonceptivos.
- Mantener actualizados los registros de las orientaciones en los servicios y en la comunidad.

En lo que respecta al equipo comunitario, los responsables de brindar orientación/consejería, en los lugares donde existan son:

1. Los/as promotores/as
2. Los/as asistentes de salud³⁷

El/la orientador/a comunitario debe estar capacitado/a en las estrategias del modelo (orientación, acciones educativas y diálogos interculturales), en las competencias requeridas para los/as prestadores comunitarios y estar motivado/a para hacerlo. Son responsabilidades del orientador/a comunitario:

³⁶ Ibídem

³⁷ De acuerdo con la Norma de Salud Integral del MINSA (2014), el ayudante de salud es ahora llamado asistente de salud. En la misma Norma se menciona que este asistente en las áreas de difícil acceso junto a los promotores de salud podrán realizar las actividades de PF que incluyen la entrega o aplicación del método anticonceptivo.

- Aplicar los Cinco Pasos de la Orientación en cada sesión de orientación individual o en pareja.
- Promover e informar sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- Alentar la igualdad de género, respondiendo a las necesidades de las mujeres, estimulando las decisiones autónomas de las mujeres y la responsabilidad y participación de los hombres.
- Brindar información correcta y actualizada sobre los métodos anticonceptivos: Qué es, cómo actúa, cómo se usa, efectos secundarios, señales de alarma y seguimiento.
- Utilizar los manuales y materiales educativos: rotafolio, muestrario de métodos anticonceptivos.
- Referir a un establecimiento de salud cuando sea necesario.

¿Cuáles son las audiencias y momentos de la orientación?

De acuerdo con la Norma de Salud Integral de la Mujer (2014) la prestación de servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios. En este sentido, la orientación/consejería se brinda en todos los contactos que tiene la mujer, hombre o pareja con el servicio de salud que no sean de carácter de urgencia o morbilidades agudas. En las comunidades la orientación/consejería debe ofrecerse en las giras itinerantes y visitas domiciliarias (Anexo 2: Flujos de la orientación/consejería en las UBAS y espacios comunitarios).

Tabla 3
Audiencias y Momentos de la Orientación

Audiencias	Momentos clave de orientación en las instalaciones de salud (intra-muro)	Momentos clave de orientación en las comunidades (extra-muro)
Mujeres en edad fértil solas o en pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando requieran atención en servicios de promoción, prevención, especialmente en salud sexual y salud reproductiva. • Cuando requieran utilizar un método anticonceptivo por primera vez. • Cuando requieran seguimiento o cambio al método anticonceptivo que están utilizando. • Cuando se identificara un factor de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante las giras itinerantes. • Durante la época de migración. • Después de las acciones educativas. • En las visitas domiciliarias. • A solicitud de la/el interesada/o
Mujeres embarazadas solas o en pareja	<ul style="list-style-type: none"> • En todos los controles prenatales, especialmente en el último, a fin de evitar las oportunidades perdidas y darle tiempo suficiente para que tome su decisión. • Durante los controles de niño/a sano. • Durante su estancia en los albergues maternos. • Durante las actividades de Plan de Parto (Servicios ambulatorios en el CONE Básico y en el CONE Ambulatorio). 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliarias a mujeres identificadas previamente por los promotores/as • Durante la gira itinerante • Después de acciones educativas • Durante las épocas de migración. • Durante los controles de niño/a sano. • Durante las actividades de Plan de Parto (Servicios ambulatorios en el CONE Ambulatorio).

Audiencias	Momentos clave de orientación en las instalaciones de salud (intra-muro)	Momentos clave de orientación en las comunidades (extra-muro)
Mujeres en el postparto y Mujeres con lactancia solas o en pareja	<ul style="list-style-type: none"> • En los controles postparto • En los controles del niño/a sano 	<ul style="list-style-type: none"> • A solicitud de la/el interesada/o • Durante las visitas domiciliarias. • Durante la gira itinerante. • Durante las épocas de migración. • Durante los controles de niño/a sano. • A solicitud de la/el interesada/o
Mujeres en el postaborto solas o en pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la consulta por post aborto. • En los controles después del AMEU o LUI o el momento en que la mujer esté más receptiva.³⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> • En visitas domiciliarias cuando hay aceptación por parte de la mujer interesada. • Durante la gira itinerante.
Hombres	<ul style="list-style-type: none"> • En cualquier momento que un hombre asista al servicio buscando atención. • Cuando acompañen a sus esposas o parejas en los controles prenatales y en la atención de los/as niños/as. • Cuando asistan al Programa de Atención para el Adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la gira itinerante. • Después de una acción educativa. • En cualquier momento que lo solicite, aunque haya que acomodar un espacio y horario especial. • Durante la época de migración.
Personas que viven con VIH solas o pareja	<ul style="list-style-type: none"> • En cualquier contacto que tengan con el servicio de SSSR o de otro servicio de salud. • Cuando asistan específicamente para solicitar orientación en anticoncepción. 	<ul style="list-style-type: none"> • En las giras itinerantes. • En visitas domiciliarias siempre y cuando la persona de su consentimiento. • Cuando los grupos de apoyo³⁹ intervengan o realicen sus actividades comunitarias. • Durante la época de migración.
Jóvenes y adolescentes /no unidos ⁴⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Durante las consultas por motivos de vacunación y/o morbilidades leves • Cuando asisten específicamente para solicitar consulta en temas relacionados a salud sexual y reproductiva 	<ul style="list-style-type: none"> • En todos los momentos descritos arriba • En ambientes escolares

³⁸ Es importante tomar en cuenta que muchas veces estas mujeres solo toman contacto con las instalaciones de salud en estas circunstancias.

³⁹ Por ejemplo las actividades realizadas por la Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá/ AHMNP en la cual también participan los Gunas. En actividades de información, prevención y tratamiento integral.

⁴⁰ Los/las jóvenes en unión y que son madres o padres se atienden más bien utilizando las herramientas del modelo general de orientación/consejería, aunque la Guía de Atención Integral de Adolescentes si es apropiado utilizar en la atención en si por tratar de aspectos netamente biológicos.

¿Dónde se realiza la orientación?

La orientación/consejería debe ser brindada en un ambiente específico o en el consultorio médico y/o en el área de enfermería de las UBAS. En las giras itinerantes se adecua un ambiente en la base de la gira y/o en las visitas domiciliarias⁴¹. En cualquiera de estos ambientes, los requerimientos son:

- Que tenga privacidad (puerta cerrada, biombo o cortina).
- Que esté adecuado para asegurar un ambiente de cordialidad y que contemple algún mobiliario básico (mesa o escritorio y sillas).
- Que estén disponibles el manual del orientador/a, el rotafolio y el muestrario de métodos anticonceptivos.

En las áreas postergadas o dispersas puede haber limitaciones de infraestructura y no reunir las condiciones de privacidad, por ejemplo, que no haya paredes. Por tanto esta situación hay que tomarla en cuenta asegurando en lo posible la privacidad mediante la colocación de un biombo o separador, buscando horarios para ofrecer la orientación cuando no haya mucha afluencia de personas. El Diálogo Intercultural es una oportunidad para que tanto los/as líderes de la comunidad y representantes de salud encuentren alternativas que aseguren la privacidad.

2. Estrategia de Acción Educativa Grupal

¿En qué consiste?

Es una estrategia educativa de participación-acción que mejora el acceso a la anticoncepción y coadyuva a la orientación. Es un proceso dinámico de construcción del conocimiento que, en el caso de la anticoncepción, ayuda a las personas a tomar decisiones informadas. Una premisa básica del aprendizaje basado en la acción es que no existe aprendizaje sin acción, ni acción sin aprendizaje.⁴²

Resulta necesario distinguir los ámbitos de acción de la orientación/consejería y de la educación ya que poseen elementos comunes y a menudo se confunden. Aunque la información y educación son formas importantes de comunicación, solo la orientación/consejería permite la consideración de las circunstancias individuales, los intereses personales, los sentimientos de la persona para la elección de un método anticonceptivo.

¿Cuál es el propósito?

El propósito de la acción educativa grupal en anticoncepción es lograr, mediante un proceso participativo y reflexivo (partiendo de su conocimiento), que las personas mejoren o adquieran nuevos conocimientos sobre salud sexual y salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, igualdad de género adecuado a su contexto y perspectiva cultural. Así mismo, que aclaren dudas y rumores, despejen temores e informaciones erradas en relación con los métodos anticonceptivos. Además, motiva a las personas a buscar mayor información y

⁴¹ Los detalles de los flujogramas para estas atenciones específicas en redes fijas o itinerantes se encuentran detallados en el Anexo 2 del presente documento y en el Manual de Orientación Consejería para proveedores y personal comunitario en su Guía de Apoyo Nro. 2.

⁴² Freire P (1975): La Pedagogía del Oprimido.

a solicitar una orientación/consejería individual porque, la mayoría de las veces, no se animan a preguntar qué método pueden usar cuando están en grupo.

De acuerdo con el Estudio de Redes Sociales (Salud Mesoamérica – BID 2013) en las Comarcas indígenas la diversidad de distintos actores y redes sociales que influyen a las mujeres y sus familias para las decisiones en anticoncepción son fundamentales para tomarlas en cuenta en las acciones educativas y participativas comunitarias. Entre ellos, están las autoridades comarcales, los agentes de salud y otros actores de redes familiares e institucionales. Estos se describen en la sección de Operativización.

¿Cuál es el perfil del facilitador/a?

En lo que respecta al equipo básico de salud, la acción educativa grupal puede ser realizada por cualquier proveedor/a de salud que esté capacitado/a. Sin embargo, el personal responsable de brindar la acción educativa es:

1. La/el enfermera/o
2. Técnico/a en enfermería
3. Técnico/a en salud
4. Las asistentes de salud
5. Los/las promotores de salud

En lo que respecta al equipo comunitario, los responsables son:

1. Los/as promotores/as comunitarios
2. Las parteras
3. Otros/as líderes comunitarios (incluyendo los miembros del Comité Comunitario de Plan de Parto y Traslado)

Es importante tomar en cuenta que hay escaso personal comunitario (asistentes de salud). Es necesario desarrollar capacidades para fortalecer el equipo comunitario e identificar otros actores comunitarios que puedan ser involucrados por ejemplo las parteras, multiplicadores/as comunitarios, entre otros.

El/la facilitador/a de una acción educativa grupal requiere el siguiente perfil:

- Preparación técnica en metodologías y técnicas participativas.
- Preparación técnica en el manejo de métodos anticonceptivos y otros contenidos de SSSR.
- Sensibilidad y habilidades en los enfoques DSDR, género, interculturalidad y participación.
- Conocimiento de las características de las personas del lugar: idioma, cosmovisión, simbología e intereses y necesidades.
- Manejo de los materiales educativos de apoyo.

¿Cuál es la metodología?

La acción educativa grupal consiste en sesiones educativas programadas⁴³. Éstas se planifican de acuerdo con las necesidades y las características de los grupos de mujeres y hombres o grupos mixtos (audiencias) teniendo en cuenta el horario, los días y el lugar que más se adecúe a sus necesidades.

La acción educativa grupal tiene que ser facilitada por personas capacitadas, de acuerdo con el perfil de el/la facilitador que se describe más abajo. El tiempo estimado para una acción educativa es de 1:00 a 1:30 horas aproximadamente, sin embargo, esto depende de la dinámica del grupo y de los acuerdos establecidos con anterioridad por el/la facilitador/a.

⁴³ Acciones educativas grupales para adolescentes no unidos deben de realizarse utilizando las pautas incluidas en la **Guía de Gestión para la Provisión de Servicios Integrales de Salud a los Adolescentes y Jóvenes** por personal capacitada en las metodologías para trabajar con jóvenes.

Pasos de la acción educativa:

PASO 1: Organizar la acción educativa

Esta organización implica:

a) Programar la acción educativa con anticipación:

- Esta programación debe ser parte de las actividades rutinarias del establecimiento de salud dentro de las responsabilidades educativas y de promoción del equipo básico de salud.⁴⁴ También la acción educativa debe ser programada y consensuada con las autoridades de los congresos locales, utilizando los mecanismos establecidos en cada comarca.

Es fundamental que los temas sobre anticoncepción a desarrollarse sean concertados anticipadamente con los grupos a quienes se dirigen.

b) Definir los objetivos de la acción educativa:

Éstos se plantean de acuerdo con el o los temas seleccionados. Contar con dos objetivos como máximo ayuda a que la acción educativa se cumpla y sea ágil.

c) Preparar los contenidos de la acción educativa:

Tomar en cuenta las características de las personas que participarán en la acción educativa. Tomar en cuenta las características del Modelo para transmitir mensajes claves sobre género, derechos y calidad de la atención.

d) Preparar los materiales educativos de apoyo (láminas, muestrarios de métodos anticonceptivos).

e) Adecuar el ambiente seleccionado para el número de participantes (entre 7 a 15 personas).

Utilizar sillas, bancos u otros elementos para sentarse, dispóngalos en semicírculo, de manera que faciliten la interacción.

PASO 2: Desarrollar la acción educativa

a) Establecer una buena interacción con el grupo:

- ✓ Realizar una técnica de presentación.
- ✓ Establecer las reglas de la acción educativa (tiempo, participación, confidencialidad).
- ✓ Mantener la integración y la relación cordial con el grupo.

b) Partir del conocimiento del grupo:

- ✓ Identificar la información que tienen sobre los métodos anticonceptivos y/o del tema a tratarse.
- ✓ Escuchar con atención.
- ✓ Identificar rumores o creencias sobre los métodos.
- ✓ Indagar sobre el origen de estos rumores o creencias.

⁴⁴ Ministerio de Salud de Panamá (2013): Reglamentos Operativos de la Estrategia de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud y Nutrición (EEC) y de la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura de Atención Primaria en Salud (EFC).

c) Deconstruir la información no adecuada (creencias y rumores):

- ✓ Responder en forma directa, enfocándose en las dudas de las personas.

d) Brindar información correcta, clara y objetiva:

- ✓ Profundizar las informaciones.
- ✓ Usar apoyo visual.
- ✓ Usar técnicas de comunicación verbal y no verbal.
- ✓ Elogiar e incentivar la participación.
- ✓ Transmitir mensajes clave sobre derechos e igualdad de género.
- ✓ Verificar la comprensión.

PASO 3: Finalizar la acción educativa

- ✓ Agradecer la participación.
- ✓ Colocarse a disposición de quien lo necesite.
- ✓ Estimular la búsqueda de una orientación/consejería en anticoncepción individual o en pareja.
- ✓ Tomar en cuenta otros temas de interés del grupo para próximas acciones educativas.
- ✓ Registrar la acción educativa en el Registro, Diario y Actividades.

¿Cuáles son las audiencias y momentos de la acción educativa?

En los establecimientos de salud, la acción educativa grupal está dirigida a mujeres que asisten a los servicios de salud. Sin embargo, si hay hombres acompañantes pueden ser integrados en grupos mixtos, si ello fuera aceptable dentro de los usos y costumbres para este tipo de actividades (analizar localmente en cada caso la pertinencia de hacerlo).

En la comunidad, las acciones educativas grupales están dirigidas a grupos organizados de mujeres, hombres y también pueden conformarse grupos mixtos, valorando la oportunidad, pertinencia y aceptabilidad de hacerlo con la finalidad de promover la igualdad de género. Estos grupos varían en cada comarca y los mismos se encuentran mencionados en la Tabla 10.

Tanto en las instalaciones de salud como en las comunidades la acción educativa tiene que ser un proceso de educación continuo, al menos se deben programar 4 acciones educativas al mes. Estas actividades tienen que coordinarse entre los equipos de salud de la UBAS, la Gira Itinerante y los representantes de las comunidades. Los temas de las acciones educativas deben ser concertados con anticipación con los grupos a quienes se dirigen.

¿Dónde se realiza la acción educativa?

La acción educativa grupal se realiza en las salas de espera u otros ambientes adecuados de las UBAS y en espacios comunitarios (congresos locales, escuelas) así como también en los puestos o bases de las giras itinerantes. Estos lugares deben asegurar la privacidad y contar con condiciones básicas para que tanto los/as participantes como los/as facilitadores puedan estar cómodos (sillas o bancos, ambientes ventilados).

Las instalaciones de salud que son pequeñas y no disponen de espacios para actividades comunitarias, es muy importante la coordinación con los/as líderes comunitarios para identificar espacios disponibles en las comunidades.

En el caso de acciones educativas con jóvenes y adolescentes estas actividades se pueden realizar en los ambientes escolares y en otros espacios donde los jóvenes se concentran. Si es factible se puede utilizar un espacio adecuado de la instalación de salud donde existen estos espacios.

3. Estrategia de Diálogo Intercultural

¿En qué consiste?

El diálogo intercultural constituye una estrategia de participación-acción que tiende hacia un proceso integral del mejoramiento de la calidad de atención tanto de la oferta como de la demanda en salud.⁴⁵

Son espacios de encuentro específicos, por ejemplo, reuniones periódicas, entre miembros de la comunidad y representantes del sistema de servicios de salud. Se cuenta con la ayuda de un facilitador/a del establecimiento de salud o de la comunidad. Responde a las características de participación del Modelo involucrando a miembros de la comunidad en la definición de los problemas de provisión de servicios que deben ser resueltos y participando en la búsqueda de soluciones.⁴⁶

La metodología para su implementación es sencilla, de fácil acceso y de bajo costo.

¿Cuál es el propósito?

El diálogo intercultural es una estrategia que tiene como objetivo fundamental ayudar a cerrar la brecha que existe entre los servicios de salud y los/as líderes o representantes comunitarios.

Su principal propósito es proporcionar oportunidades a los representantes de los servicios de salud y de la comunidad para: escuchar las necesidades comunitarias, especialmente en relación con la salud, los servicios de salud y la educación en salud; conocer la experiencia comunitaria con los servicios de salud; identificar maneras por las cuales el servicio de salud responde a las necesidades identificadas o resolver problemas a través de otros mecanismos/agencias; y proveer información acerca de los servicios y su disponibilidad.

El diálogo intercultural resulta pertinente en las comarcas indígenas por la importancia que tienen las autoridades locales y tradicionales y su influencia en las decisiones de las personas sobre su salud, es trascendental interactuar con ellos/as para generar confianza, aminorar dudas, temores y desinformación sobre la SSSR, princi-

⁴⁵ Uno de los principios básicos de los Lineamientos del Plan de Parto y de CONE es el diálogo entre la comunidad organizada y el servicio de salud.

⁴⁶ Experiencias provenientes de los Diálogos Comunitarios, un Instrumento para la participación comunitaria en Salud. PROCOSI, 2001.

palmente la anticoncepción y realizar las adecuaciones culturales necesarias en los servicios de salud.⁴⁷ Además ayuda a:

- Decisiones compartidas sobre acciones para el mejoramiento de los servicios en cuanto a adecuación de los servicios, y calidad de atención.
- Espacios de participación y conocimiento mutuo: El reconocimiento de las diferencias, los grupos pueden criticarse unos a otros, complementar sus puntos de vista, enseñarse cosas mutuamente y buscar las mejores condiciones de su propio desarrollo.

¿Cuál es la metodología?

El diálogo intercultural está basado en el Diálogo de Saberes⁴⁸ y la Comunicación Intercultural,⁴⁹ es una estrategia útil al personal de salud y a las autoridades comunitarias para dialogar y llegar a acuerdos.

Pasos del diálogo intercultural

PASO 1: Organizar el diálogo intercultural

El establecimiento de salud, anticipadamente, programa y concreta con los/as líderes comunitarios el encuentro, el tema a tratar (calidad de la atención, insumos, horarios, información sobre programas de salud y otros) y quien será el/la facilitador/a

El diálogo debe ser guiado por “un/a facilitador/a” capacitado ya sea del establecimiento de salud o de la comunidad. Su rol es asegurar un diálogo efectivo, generar confianza para asegurar que los/as representantes de la comunidad puedan expresar y compartir su punto de vista, estimular tanto la comunicación como la escucha, registrar los principales acuerdos en un plan de mejoras con compromisos, plazos y responsables.

PASO 2: Desarrollar el diálogo intercultural

El/la facilitador/a:

- Prepara una guía sencilla y orientadora del diálogo.
- Realiza una dinámica de presentación.
- Establece acuerdos de manera participativa sobre el tiempo o duración del diálogo.
- Presenta el tema para la discusión, dando la posibilidad de incluir otros temas no previstos.
- Invita a los/as representantes de la comunidad a expresar su opinión sobre el tema que se discute.
- Escucha la visión comunitaria sin interrupciones.

PASO 3: Finalizar el diálogo intercultural

El/la facilitador/a:

- Invita a los/as representantes de salud a responder sobre las opiniones de la comunidad, brindando información detallada sobre el tema de discusión.
- Facilita un intercambio entre los/as participantes de ambos grupos, para despejar dudas, aclarar informa-

⁴⁷ Sobre la importancia de la participación comunitaria en salud también puede verse: Díaz, M. y Simmons, R. (1999) “When is Research Participatory? Reflection on a Reproductive Health Project in Brazil” en: *Journal of Women’s Health*. Vol. 8 Number 2.

⁴⁸ Bastida et al (2009): “El Dialogo de Saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación en salud. *Invest. Educ Enferm*. 2009;27(1):104-111

⁴⁹ Alsina, R (1995): “Los estudios de comunicación intercultural”. Universidad Autónoma de Barcelona.

ción y llegar a acuerdos para la implementación de acciones o mejoras a la oferta y la demanda.

- Se elabora un pequeño plan de mejoras, con responsables de salud y de la comunidad y fechas de cumplimiento.
- Acuerda con los/as participantes la fecha del próximo diálogo, para dar seguimiento al plan de acción y al cumplimiento de los acuerdos.

Ejemplo de guía para el plan de mejora: Se utiliza el siguiente formato, el cual puede ser modificado de acuerdo a las sugerencias de los/as participantes.

Problemas	Determinantes/Causas	Soluciones			
		Qué haremos	Con qué recursos lo haremos	Cuándo lo haremos (relativo al plazo de su conclusión)	Quiénes serán los responsables

¿Cuáles son las audiencias y momentos?

Se lleva a cabo con 10 a 15 personas, asegurando la más diversa representación. Puede realizarse con las mismas o diferentes personas a lo largo del tiempo. Sin embargo, cabe notar que si cambian constantemente será difícil establecer continuidad y consenso. Es recomendable que se lleve a cabo con distintas personas de la comunidad, siendo muy importante la participación de líderes comunitarios (caciques, saihlas, parteras, sanadores o especialistas tradicionales). Participan representantes del personal de salud de diferentes niveles de posición y decisión (directores/as, médicos/as, enfermeras, promotores).

El diálogo se realiza al menos una vez al mes para dar seguimiento al plan de mejoras y/o de acuerdo a los plazos establecidos en este plan.

¿Dónde se realiza?

El diálogo se realiza de preferencia en espacios comunitarios (salas del Congreso Local, salones comunales, escuelas, entre otros). La elección del espacio depende de las condiciones y el lugar donde los/as participantes piensen que funciona mejor y previa solicitud a las autoridades correspondientes.

VI. Componentes operativos del modelo

Los siguientes componentes operativos son elementos e instrumentos que permiten la implementación del Modelo. En cada uno se describen los conceptos, procedimientos y guías para su aplicación. Algunos de estos componentes conforman la caja de herramientas que acompañan al Modelo. La sexta sección de este capítulo describe las herramientas a utilizar para establecer un servicio diferenciado para adolescentes y para servir a los adolescentes con servicios individualizados de orientación y consejería.

- Manuales de orientación
- Materiales educativos de apoyo
- Programa y metodología para el desarrollo de competencias
- Supervisión monitoreo y evaluación
- Operativización del Modelo de Orientación/Consejería
- Herramientas para los servicios amigables para adolescentes

A. Manuales de orientación

Los manuales de orientación son una herramienta que conduce a los/as orientadores/as para realizar la orientación/consejería, las acciones educativas y los diálogos interculturales. Éstos presentan una estructura general, acompañados por guías de apoyo. Los mensajes clave sobre los métodos anticonceptivos, igualdad de género y promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos e ilustraciones se adecúan a cada comarca.⁵⁰

Se cuenta con dos tipos de manuales de orientación:

1. Manual de orientación/consejería en anticoncepción para proveedores/as de establecimientos de salud y giras itinerantes.
2. Manual de orientación/consejería en anticoncepción para personal comunitario de salud.

Manual de orientación/consejería en anticoncepción para proveedores/as de establecimientos de salud y giras itinerantes.

El manual está dirigido a orientadores/as (médico/a general, enfermera/o y técnico/a en salud) de servicios de salud y tiene los siguientes objetivos:

1. Incorporar el modelo institucional de orientación/consejería en las prácticas rutinarias de los servicios de salud.
2. Aplicar los Cinco Pasos de la Orientación.
3. Promover la elección informada de un método anticonceptivo, el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos, la igualdad de género y el respeto por la diversidad cultural.
4. Realizar acciones educativas para mujeres y hombres de los establecimientos de salud y de la comunidad y sus redes sociales.
5. Llevar a cabo diálogos interculturales entre representantes de servicios de salud y de las comunidades de las comarcas y áreas rurales dispersas.

⁵⁰ La versión completa de los manuales y sus guías se encuentran disponibles para los servicios de salud.

Además de una presentación e introducción, el manual desarrolla los siguientes contenidos:

1. Glosario de términos en idioma español e idioma indígena relacionados con la anticoncepción.
2. Objetivos.
3. El modelo de orientación: describe la estructura, características, marcos, estrategias y componentes.
4. La orientación/consejería en anticoncepción: presenta el concepto, el propósito, la metodología de la orientación (los Cinco Pasos y los flujos de atención), el perfil del orientador/a, los momentos de la orientación, las audiencias, las competencias. Incluye un ejemplo de una orientación cumpliendo todos los pasos.
5. La acción educativa: presenta el concepto, el propósito, guía de la acción educativa, perfil del facilitador/a, momentos y audiencias. Incluye un ejemplo de una acción educativa cumpliendo todos los pasos.
6. El dialogo intercultural: presenta el concepto, el propósito, guía del diálogo intercultural, guía del plan de acción. Incluye un ejemplo de un diálogo intercultural cumpliendo todos los pasos.
7. Guías de apoyo: son guías didácticas que complementan los temas contenidos en los manuales: La salud, la cosmovisión y las redes sociales (Guna, Emberá, Ngäbe); los métodos anticonceptivos, sus características y criterios médicos de elegibilidad; derechos sexuales y derechos reproductivos; igualdad de género.

Manual de orientación/consejería en anticoncepción para personal comunitario de salud.

El manual está dirigido a personal comunitario. Para la orientación/consejería en la comunidad a promotores/as y asistentes de salud. Para las acciones educativas incluir a las parteras y otros líderes de la comunidad.

El manual tiene los siguientes objetivos:

1. Conocer e incorporar el modelo institucional de orientación/consejería en las actividades comunitarias establecidas en la estrategia CONE.
2. Incorporar una guía de Cinco Pasos para ofrecer orientación/consejería en anticoncepción a mujeres y hombres de la comunidad.
3. Promover en sus visitas domiciliarias la elección informada de un método anticonceptivo, la referencia al establecimiento de salud para la entrega del método cuando corresponda y el seguimiento al mismo.
4. Conocer y aplicar acciones educativas para mujeres y hombres de las comunidades, estimulando la búsqueda de la orientación.
5. Fomentar la participación del personal comunitario en diálogos interculturales, promoviendo y coordinando con el personal de salud, la participación de los líderes tradicionales (hombres y mujeres), las parteras, especialistas tradicionales, profesores/as y otros representantes institucionales para fortalecer el vínculo entre servicios y comunidad.

Además de una presentación e introducción, el manual desarrolla los siguientes contenidos:

1. Glosario de términos en idioma español e idioma indígena relacionados con los contenidos que transmite el/la promotor/a tanto en idioma español como en el idioma indígena.
2. Objetivos.
3. La orientación/consejería en anticoncepción: qué es, para qué se utiliza, cómo orientar (Cinco Pasos), quién orienta, dónde y cuándo, qué material se usa y cómo se usa. Ejemplo de una orientación.

4. La acción educativa: qué es, para qué es, cómo se realiza (Guía de la Acción Educativa), quién la realiza, dónde y cuándo. Ejemplo de una acción educativa.
5. Diálogo intercultural: qué es, para qué, cómo se realiza (Guía del Diálogo Intercultural), quién lo realiza, dónde y cuándo. Ejemplo de un diálogo intercultural.
6. Guías de apoyo: son guías didácticas que complementan los temas contenidos en los manuales: La salud y la cosmovisión Guna, Emberá, Ngäbe (valores, espiritualidad, conocimientos y redes sociales). Descripción y función del cuerpo y de los órganos reproductivos (conocer el cuerpo de las mujeres y las etapas de la vida de las mujeres; cómo funcionan los órganos reproductivos de la mujer; conocer el cuerpo de los hombres y las etapas de la vida de los hombres; cómo funcionan los órganos reproductivos del hombre). El embarazo (cómo se embaraza una mujer). Derechos sexuales y derechos reproductivos (conociendo y ejerciendo nuestros derechos en salud). Igualdad de género (las desigualdades entre hombres y mujeres, comunicación entre el hombre y mujer sobre las relaciones sexuales, prevenir la violencia en la familia, una familia donde se comparten las tareas). Métodos anticonceptivos para cuidarnos mejor: naturales, modernos y permanentes, descritos de la siguiente manera: qué es, cómo evita el embarazo, cómo se usa, se puede quedar embarazada usando el método, qué molestias pueden presentarse al usar el método y señales de peligro.

B. Materiales educativos de apoyo

Los materiales educativos de apoyo son recursos visuales que ayudan al orientador/a a transmitir información y mensajes de manera clara, ilustrativa, comprensible e interactiva en las sesiones de orientación/consejería y las acciones educativas grupales. Estos materiales son imprescindibles y deben estar disponibles y en la cantidad suficiente.

Para las sesiones de orientación/consejería, se cuenta con:

1. **Rotafolios:** para consultorios y visitas domiciliarias. Son materiales adecuados para las comarcas (colores, simbología, diseños y mensajes) para los establecimientos de salud y las visitas domiciliarias. El rotafolio consta de 19 láminas anverso y reverso. En el anverso se coloca la ilustración (dibujo) del método anticonceptivo o tema y en el reverso se describen las características del método y mensajes clave sobre derechos y género cuando corresponda. Las informaciones básicas e ilustraciones son:
 - El cuerpo de la mujer y el hombre
 - La menstruación
 - La ovulación
 - La fecundación
 - Métodos anticonceptivos: Los métodos que oferta el MINSA y sus características.
2. **Muestrario de métodos anticonceptivos:** para los servicios de salud y las visitas domiciliarias. Los muestrarios contienen los métodos anticonceptivos verdaderos (condón, píldoras, DIU, implante, inyectables) para que las personas los puedan tocar y apreciar y dibujos para los otros métodos (vasectomía, salpinguectomía, y naturales). Detrás de cada método se detallan mensajes clave.
3. **Modelos anatómicos:** para la demostración de la colocación del condón masculino y DIU.

4. **Discos con los Criterios Médicos de Elegibilidad:** para que el/la orientador/a pueda definir si determinado método es apropiado para el/la usuario/a.

Para las **acciones educativas** grupales se cuenta con:

1. **Rotafolios:** Contiene láminas desprendibles de un tamaño que pueda ser visto a la distancia. Los temas e ilustraciones son los mismos que los rotafolios del consultorio y las visitas domiciliarias.
2. **Bolsas de materiales artesanales de las comarcas:** contienen métodos anticonceptivos para demostración
3. **Modelos anatómicos:** para la demostración de la colocación del condón masculino y DIU.

Para el uso correcto y efectivo del material de apoyo, los/as orientadores/as deben:

- Conocer el material
- Haber sido capacitado/as para usarlo
- Conocer especificidades de uso de cada material

C. Programa y metodología para el desarrollo de competencias

La implementación del Modelo y sus estrategias requiere que los/a orientadores adquieran determinadas competencias transversales y técnicas de acuerdo con su perfil y audiencias.

Las competencias transversales son las que preparan a los/as orientadores para que puedan promover y ejercer la participación, la igualdad de género, los derechos sexuales y reproductivos y la interculturalidad. Estas competencias son:

Tabla 4
Competencias Transversales

Pertinencia cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Habla el idioma del lugar. • Conoce y comprende la cosmovisión relacionada con salud sexual y reproductiva (partes del cuerpo, órganos reproductivos, fertilidad, reproducción y sexualidad). • Respeta actores, conocimientos y prácticas de la medicina tradicional.
Participación	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce y aplica metodologías participativas para facilitar una acción educativa. • Tiene habilidades para promover y facilitar el diálogo intercultural (implica coordinación con autoridades tradicionales, responsables de salud y otros actores organizados de la comunidad).
Derechos sexuales y derechos reproductivos	<ul style="list-style-type: none"> • Da a conocer información sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos. • Facilita, maneja y respeta la toma de decisiones y el consentimiento responsa-

	<p>ble e informado de las personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantiza la privacidad y confidencialidad de la información.
Igualdad de género	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce los roles de las mujeres y los hombres de la comunidad. • Está sensibilizado para responder a las necesidades y decisiones de las mujeres. • Tiene habilidades para promover la participación y responsabilidad de los hombres en la anticoncepción.
Comunicación interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> • Transmite información en lenguaje sencillo y adecuado al contexto local. • Utiliza las herramientas y canales adecuados para transmitir la información. • Conoce y se basa en las necesidades de la persona. • Tiene habilidades de escucha activa utilizando la comunicación verbal y no verbal.

Las competencias técnicas son las que preparan a los/as orientadores para que puedan aplicar los Cinco Pasos de la Orientación que conllevan a la elección de un método anticonceptivo. Estas competencias presentan algunas diferencias de acuerdo con las audiencias y momentos de la orientación/consejería. Estas competencias son:

Tabla 5
Competencias técnicas para orientadores/as en establecimientos de salud y giras itinerantes

Pasos de la orientación	Competencias
1. Establece una relación cordial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibe amablemente a la persona siguiendo normas de cortesía del lugar. ▪ Se presenta y se identifica. ▪ Pregunta/llama por su nombre. ▪ Presta toda su atención, crea un ambiente confortable y adecuado a las costumbres del lugar. ▪ Establece un ambiente de confianza y privacidad. ▪ Habla de la confidencialidad.
2. Identifica las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pregunta el motivo de la consulta o visita. ▪ Profundiza las informaciones (Por ejemplo: preguntar por su salud en general, intenciones reproductivas, actitud de la pareja, experiencias con medicamentos, uso de métodos anticonceptivos). ▪ Escucha con atención y empatía. ▪ Aclara y repite para verificar si ha comprendido bien la información que la persona da. ▪ Anima a la persona a que exprese sus necesidades y deseos con preguntas sencillas. ▪ Practica la escucha activa. ▪ Muestra interés por lo que la persona dice.
3. Responde a las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se expresa en un lenguaje sencillo. ▪ Da información sobre el funcionamiento de los órganos reproductores, el embarazo y otra necesaria. ▪ Da información clara sobre el método que la persona tiene en mente o que sea de su preferencia y/o sobre los otros métodos disponibles en ca-

Pasos de la orientación	Competencias
	<p>so necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descripción del método ▪ Mecanismo de acción ▪ Efectividad/Tasa de falla ▪ Verifica criterios médicos de elegibilidad ▪ Modo de uso ▪ Efectos secundarios ▪ Señales de peligro y su manejo ▪ Prevención contra ITS/VIH ▪ Procedimiento de aplicación si fuera necesario ▪ Consentimiento informado si fuera necesario ▪ Escucha con atención las preguntas. ▪ Aclara ideas. ▪ Aclara informaciones erróneas y rumores. ▪ Habla de la libertad de cambio/discontinuación del método. ▪ Usa el material educativo de apoyo (rotafolio, muestrario de métodos anticonceptivos). <p>Entrega el método elegido o hace la referencia.</p> <p>Si la persona decide no practicar la anticoncepción:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegúrese que la persona comprenda las consecuencias de un embarazo no deseado, de contraer ITS incluyendo VIH de no estar protegida. Hable sobre la doble protección. ▪ Revise con la persona los factores de riesgo para contraer el cáncer ginecológico y la manera de prevenirlo. Hable sobre la vacuna contra el Papi-loma Virus. ▪ Solicite a la usuaria que regrese sí cambió de parecer.
4. Verifica la comprensión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pide que la persona repita la información dada. Para el método elegido, verifique el modo de uso, los posibles efectos colaterales y cómo manejarlos. ▪ Solicita la demostración de cualquier habilidad o procedimiento que se le haya enseñado. ▪ Aclara dudas con ejemplos sencillos.
5. Mantiene una relación cordial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se coloca a disposición. ▪ Programa el seguimiento. ▪ Establece fechas para la visita de control, o de reabastecimiento. ▪ Asegura la disponibilidad de proveedores/as en caso que presente efectos secundarios o señales de alarma. ▪ Refiere para otros servicios o profesionales en caso necesario. ▪ Registra la orientación/consejería en la hoja de Registro Diario y Actividades.

Tabla 6
Competencias técnicas para orientadores/as comunitarios/as

Pasos de la orientación	Competencias
1. Establece una relación cordial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saluda amablemente a la persona siguiendo las costumbres del lugar. ▪ Establece un ambiente de confianza y privacidad basado en el respeto. ▪ Habla de la confidencialidad.
2. Identifica las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anima a la persona a que exprese sus necesidades y deseos con preguntas sencillas. ▪ Practica la escucha con respeto. ▪ Muestra interés por lo que la persona dice.
3. Responde a las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informa sobre cómo funciona el cuerpo del hombre y el cuerpo de la mujer ▪ Informa sobre cómo sucede un embarazo. ▪ Da información necesaria y clara sobre el método que la persona tiene en mente o que sea de su preferencia y/o sobre los otros métodos disponibles en caso necesario: <ul style="list-style-type: none"> – ¿Qué es el método? – ¿Cómo actúa en el cuerpo? – ¿Cómo evita el embarazo? – ¿Cómo se usa? – ¿Quiénes lo pueden usar? – ¿Quiénes lo no pueden usar? – ¿Se puede quedar embarazada usando el método? – ¿Qué molestias puede presentarse usando el método? – ¿Cuándo debe ir al centro de salud? – Prevención contra ITS/VIH. Doble protección ▪ Analiza las necesidades, deseos, características de la persona para ayudarla en la toma de una decisión o confirmación de la decisión que ya tenía. ▪ Utiliza material de apoyo (rotafolio, muestrario de métodos anticonceptivos). ▪ Hace la referencia para la entrega del método elegido por la persona.
4. Verifica la comprensión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pide que la persona repita la información recibida. ▪ Solicita la demostración de cualquier habilidad o procedimiento que se le haya enseñado.
5. Mantiene una relación cordial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se coloca a disposición de la persona. ▪ Establece fechas para la visita de control. ▪ Refiere en caso necesario.

Metodología de Capacitación

Para el desarrollo de competencias se cuenta con un programa de desarrollo de competencias diferenciada para orientadores/as de los servicios y de la comunidad. Las capacitaciones están estructuradas de acuerdo con las normativas del país respecto a la formación de recursos humanos y acreditación académica (carga horaria, disponibilidad, modalidades, entre otras).

El referencial teórico está basado en un enfoque de la educación popular del educador brasileño Paulo Freire (1975) con una propuesta que se traduzca en cambio y que considera a la persona como “sujeto”. Una educación que reconoce el saber que cada persona tiene, en el que el educador aprende al enseñar y el educando enseña al aprender, en este tipo de educación el educador/a es un/a facilitador/a del proceso mutuo de aprendizaje.

La metodología tiene la modalidad de un curso/taller, basada en el aprender-haciendo. El programa combina técnicas participativas (de integración, rompe hielo, participación, reflexión y prácticas de cada módulo) con desarrollo de conceptos y teorías, por lo que conduce a los/as participantes a actitudes reflexivas y críticas de su propio rol y a un compromiso para mejorar la salud sexual y salud reproductiva de mujeres y hombres de las comunidades.

El seguimiento a las capacitaciones está a cargo del responsable regional de salud sexual y reproductiva de cada comarca para garantizar la aplicación de las competencias adquiridas. Para este fin, el/la responsable cuenta con una guía de observación que consiste en una lista chequeo que forma parte de la supervisión, monitoreo y evaluación (Anexo 4: Guía de Supervisión para Orientación/Consejería). Esta persona tiene que haber participado en el taller de capacitación de la Implementación del Modelo. Esta capacitación está a cargo de la Dirección General de Salud (DIGESA) del MINSA.

Currículo de capacitación para orientadores/as de establecimientos y giras itinerantes

La capacitación tiene una carga horaria de 24 horas divididas en 8 horas diarias. Este número de horas es importante para el reconocimiento académico o curricular por parte del MINSA que estimula la participación de los/as proveedores/as de salud.

El programa de la capacitación está dividido en 14 módulos. Cada módulo especifica sus objetivos, describe las actividades a realizar, el material requerido y el tiempo destinado a cada actividad. Finalizando el curso/taller, se trabajan planes de acción que devienen de los compromisos y cambios asumidos durante el curso. Esta dinámica permite socializar la información e involucrar al resto del personal de salud u otros actores de cada localidad y comunidad, para coadyuvar con las acciones requeridas identificadas.

Los siguientes módulos están dirigidos para el cumplimiento de las competencias:

Tabla 7
Módulos de Capacitación para las Competencias de orientadores/as de establecimientos de salud

Competencias	Módulos
Introducción	Módulo 1: introducción al curso/taller
Competencias transversales	Módulo 2: revisando conceptos de salud en contextos interculturales. Módulo 4: reconociendo y promoviendo los derechos culturales, derechos sexuales culturales y derechos reproductivos. Módulo 5: cuerpo, sexualidad y género. Módulo 7: el proceso de comunicación.
Competencias técnicas	Módulo 3: identificando actitudes y valores. Módulo 6: la calidad de la atención en los servicios de planificación familiar. Módulo 8: orientación/consejería en anticoncepción. Módulo 9: acción educativa y diálogo intercultural. Módulo 10: el proceso de toma de decisiones. Módulo 11: métodos anticonceptivos. Módulo 12: practicando las competencias. Módulo 13: planificando las acciones.
Evaluación	Módulo 14: evaluación

Currículo de capacitación para el personal comunitario

La capacitación tiene una carga horaria de 24 horas divididas en 8 horas diarias. Este número de horas es importante para el reconocimiento académico o curricular por parte del MINSA que estimula y compromete la participación de los/as proveedores/as de salud.

El programa de la capacitación está dividido en 10 módulos. Cada módulo especifica sus objetivos, describe las actividades a realizar, el material requerido y el tiempo destinado a cada actividad. Finalizando el curso/taller, se trabajan planes de acción que devienen de los compromisos y cambios asumidos durante el curso. Esta dinámica permite socializar la información e involucrar a otros actores de cada localidad y comunidad, para coadyuvar con las acciones requeridas identificadas.

Los siguientes módulos están dirigidos para el cumplimiento de las competencias:

Tabla 8
Módulos de Capacitación para las Competencias de Orientadores/as Comunitarios

Competencias	Módulos
Introducción	Módulo 1: introducción al curso/taller
Competencias transversales	Módulo 2: el papel de la comunidad en los cuidados de la salud. Módulo 4: reconociendo y promoviendo los derechos culturales, los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Competencias	Módulos
	Módulo 5: identificando los roles y las desigualdades de género. Módulo 6: conociendo técnicas y habilidades de comunicación.
Competencias técnicas	Módulo 3: reconociendo el cuerpo y los órganos sexuales y reproductores de mujeres y hombres. Módulo 7: orientación/consejería en anticoncepción: aplicando los Cinco Pasos de la Orientación. Módulo 8: acción educativa y diálogo intercultural. Módulo 9: métodos anticonceptivos.
Evaluación	Módulo 10: evaluación

D. Supervisión, monitoreo y evaluación

La supervisión, el monitoreo y la evaluación son elementos fundamentales de la gestión de un programa de anticoncepción. Se utilizan, para conocer la eficacia en el desempeño de los/as proveedores/as, la satisfacción de las/os usuarios/as con los servicios recibidos, los problemas o dificultades que existen y si se están logrando los objetivos planteados por el Modelo.

Permite dar seguimiento y apoyo al desempeño de los/as proveedores/as, conocer los problemas o dificultades que existen y si se están logrando los objetivos planteados en el Modelo. Lo dicho implica:

- Recolectar información mediante el uso de la Hoja de Registro Diario de Consulta y Actividades.
- Anotar en el Registro Diario de Consulta y Actividades la atención de planificación familiar y el registro del método, las orientaciones/consejerías realizadas, las acciones educativas y los diálogos interculturales.
- Enviar la información consolidada del mes vencido desde los establecimientos que brindan servicios de planificación familiar a los Registros Médicos y Estadísticos Regionales, durante los primeros 7 días del mes. Éstos a su vez envían la información consolidada de la región a Registros Médicos y Estadísticos del Nivel Central. Los/as coordinadores/as del programa regional y nacional deben solicitar la información para el monitoreo y la evaluación.

Es importante recordar que, la supervisión se realiza semestralmente del nivel superior a las/os proveedores/as, observando:

- La aplicación de las competencias (los 5 pasos de la Orientación/Consejería en Anticoncepción) para lograr los objetivos planteados,
- En lo posible, el desarrollo de una acción educativa y de un diálogo intercultural.
- La existencia o no de materiales suficientes para realizar las actividades.
- Los registros diarios y su concordancia con los expedientes clínicos.

Además, se realizan sesiones de retroalimentación y se definen acciones conjuntas para un proceso continuo de mejoras.

La evaluación se realiza anualmente tomando en cuenta los siguientes indicadores:

- Porcentaje de usuarios/as de anticonceptivos por tipo de método.
- Número de orientaciones realizadas en los servicios de salud.
- Número de acciones educativas que brinda el servicio de salud.
- Número de diálogos interculturales que brinda el servicio de salud.
- Porcentaje de material disponible en el servicio de salud (Norma de Anticoncepción, Manuales, Rotafolio, Muestrario de métodos anticonceptivos y Discos de Criterios Médicos de Elegibilidad).

E. Operativización del modelo de orientación consejería

La operativización del Modelo se basa en los niveles de gestión nacional, regional y local y las especificidades de las Comarcas y Áreas Rurales Dispersas. La operativización se realiza en cuatro grandes etapas que se describen más abajo.

Nivel de gestión nacional, regional y local

Estos niveles constituyen el marco de referencia que ofrece los lineamientos para planificar, organizar, administrar, conducir y verificar la provisión de servicios de salud, para la adquisición, uso y control apropiado, eficiente y transparente de los recursos que permitan el logro de los objetivos del Modelo.⁵¹

Dentro de las funciones asignadas por el MINSA, se identifican las que les corresponden para la Orientación/Consejería en anticoncepción. Estas funciones están descritas en el Componente Administrativo de Planificación Familiar de las Normas-Técnico- administrativas y Manual de Procedimientos del Programa de Salud Integral de la Mujer (2014). Estas son tomadas en cuenta para el plan de implementación del Modelo.

La tabla siguiente muestra los niveles y sus respectivas funciones:

Tabla 9
Niveles de Gestión y Funciones del MINSA

Nivel de gestión		Funciones
Nivel Central	Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Salud, (DIGESA).	Planificar, organizar, dirigir, supervisar, monitorear y evaluar las actividades del Programa de Planificación Familiar.
	Dirección Nacional de Provisión de Servicios (DPSS).	Planificar, distribuir y proveer a los/as usuarios el servicio de Planificación Familiar de acuerdo a la norma establecida, supervisar y evaluar la calidad de la entrega de los servicios.

⁵¹ Descrito en: Ministerio de Salud de Panamá (2014b): “Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales - CONE adecuada a las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas” (en proceso de revisión).

Nivel de gestión		Funciones
	Dirección Nacional de Promoción de la Salud (DIPROM).	Responsable de los aspectos de Información, Comunicación y Educación sobre la salud sexual y reproductiva y de la participación social.
	Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas (DASI)	Desarrollar políticas, marcos legales para los derechos en salud de la población indígena. Promoción de la salud y la prevención de enfermedades con participación social. Impulsar acciones tendientes a disminuir la morbi-mortalidad general y materno infantil de las poblaciones indígenas. Coordinación con autoridades del Congreso General de las Comarcas Indígenas.
Nivel Regional	Dirección Regional de Salud.	Conducción, supervisión y evaluación de las actividades de planificación familiar.
	Programa de Salud Sexual y Reproductiva	Organización, supervisión, monitoreo, vigilancia del cumplimiento de las actividades en el nivel regional y en los establecimientos de salud.
	Promoción de servicios	Coordinación de actividades con el Congreso local y otros actores clave de la comunidad.
Nivel Local	UBAS (Red fija o itinerante): Equipo de Gestión, Equipo Básico y Equipo Comunitario de Salud	Monitoreo de las acciones del Programa de Planificación Familiar de acuerdo a las normas establecidas y su nivel de complejidad. Proveedores/a de servicios de este nivel tienen la responsabilidad de actuar de acuerdo a su competencia técnica. Equipo comunitario tienen la responsabilidad de la promoción y difusión del Programa de Planificación Familiar.

Fuente: Elaboración propia con base en Norma De Salud Integral de la Mujer 2014 (en revisión) y Reglamentos Operativos de la Estrategia de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud y Nutrición (EEC) y de la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura de Atención Primaria en Salud (EFC) (2013).

Especificidades de las Comarcas y Áreas Rurales Dispersas

Para la planificación se debe tomar en cuenta las principales especificidades o diferencias en relación con la percepción de demanda de anticoncepción y la influencia de las redes sociales en la toma de decisiones en las tres Comarcas indígenas y áreas rurales dispersas, factores que influyen en el plan de acción de la implementación del Modelo.⁵²

La siguiente tabla resume las principales especificidades:

⁵² Información más detallada puede verse en: Ministerio de Salud de Panamá (2014a): “Revisión del Modelo Institucional y Análisis de Brechas del Modelo de Orientación/Consejería en Anticoncepción con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, Diferenciado para Adolescentes Operando en los Servicios De Las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas”. Documento de Informe final.

Tabla 10
Especificidades de las Comarcas Indígenas en relación con anticoncepción

	Guna Yala	Emberá Wounnan	Ngäbe Buglé
Demanda de anticoncepción	<p>Baja demanda de métodos anticonceptivos.</p> <p>Mayor rechazo y temor al uso de métodos anticonceptivos.</p> <p>Entre los métodos más utilizados se encuentra el inyectable trimestral.</p> <p>Se observa un débil vínculo/diálogo entre el personal médico con autoridades locales.</p> <p>Se destaca el buen relacionamiento de las enfermeras y promotores, quienes se acercan más a las familias.</p> <p>Los horarios de atención para el acceso a servicios son adecuados para las mujeres que viven cerca de las UBAS, pero se presentan dificultades para las mujeres de comunidades más lejanas.</p>	<p>Mayor conocimiento y aceptación de métodos anticonceptivos pero no se refleja en su uso.</p> <p>Métodos más usados son los inyectables, condones masculinos y salpinguectomía.</p> <p>Además de las madres adultas, una audiencia importante para anticoncepción son las madres adolescentes.</p> <p>Se cuenta con experiencia de charlas informativas por el técnico de salud ambiental en algunas comunidades.</p> <p>Buena coordinación entre personal de salud y autoridades de la comunidad en algunas comunidades.</p>	<p>Mayor necesidad insatisfecha en PF.</p> <p>Además de los inyectables, hay usuarias de DIU e implante hormonal.</p> <p>Aunque mujeres lo solicitan, proveedores/as aducen que no colocan DIU por alta presencia de ITS.</p> <p>Se cuenta con enfermeras capacitadas para la inserción del DIU (Hato Chami).</p> <p>Se cuenta con experiencia en actividades educativas e información sobre PF en visitas domiciliarias por multiplicadores/as comunitarios capacitados/as.</p> <p>Disponibilidad de videos y otro material educativo en idioma ngäbere.</p> <p>Vínculo de salud con las autoridades locales depende de cada contexto.</p>
Actores/redes sociales	<p><u>Autoridades Comarcales:</u> Saihlas: autoridad máxima en la comunidad. Es el que comunica e informa a la comunidad</p> <p>Las decisiones del Saihla pasan por sus ministros y las mujeres mayores, incluso</p>	<p><u>Autoridades Comarcales:</u> Nocóó: autoridad máxima. Es el que comunica e informa a la comunidad</p> <p>Autoridades locales: presidente, vicepresidente, vocales y tesoreros.</p>	<p><u>Autoridades Comarcales:</u> Cacique: autoridad local es el que comunica e informa a la comunidad</p> <p><u>Agentes de salud:</u> KragäBianga: médico tradicional que actúa como sanador y consejero en</p>

	Guna Yala	Emberá Wounnan	Ngäbe Buglé
	<p>éstas pueden llegar a tener más influencia que las autoridades.</p> <p>Alta influencia de las autoridades locales en los asuntos que tienen que ver con el bienestar social y económico de las familias.</p> <p>Las mujeres adultas mayores son tomadoras de decisiones.</p> <p><u>Agentes de salud</u> Inadule: médico tradicional que actúa como sanador y consejero en salud y PF.</p> <p>Nele: Médico espiritual</p> <p>Muu: partera tradicional, cumple un rol importante para las atenciones de SSSR.</p> <p>Promotores de salud: promoción y educación en salud</p> <p><u>Otros actores</u> Redes familiares: principalmente abuelas y madres.</p> <p>Mujeres organizadas alrededor del ornato e higiene públicos: desarrollo de actividades conjuntas.</p>	<p>Proceso de decisiones pasa por todo el Congreso y la comunidad.</p> <p>El espacio del Congreso local es importante, porque ahí se realizan acciones educativas grupales sobre salud.</p> <p>Para temas de SSSR, las autoridades sugieren actividades educativas con menos personas para mayor privacidad.</p> <p><u>Agentes de salud</u> Medico Botánico: que actúa como sanador y consejero en salud y PF.</p> <p>Brujo: Médico espiritual</p> <p>Partera y partero: actores clave para brindar información sobre los métodos de PF modernos, naturales y botánicos (hierbas) y en dónde los pueden conseguir.</p> <p>Comité de Salud: apoyan actividades comunitarias en salud. Son presididos por mujeres.</p> <p><u>Otros actores</u> Redes familiares: principalmente el cónyuge, la madre y la abuela.</p> <p>Presencia de organizaciones sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Junta de Acueducto 	<p>salud y PF.</p> <p>Sukia: Médico espiritual.</p> <p>Ngibiaga: Partera tradicional tiene capacidad de decisión en la referencia al centro de salud.</p> <p>Promotores y multiplicadores comunitarios: son agentes claves para trabajar con las familias en temas de anticoncepción.</p> <p>Comité de Salud y de Agua apoyan actividades comunitarias en salud</p> <p><u>Otros actores</u> Redes familiares: principalmente los hombres influyen en las decisiones de planificación familiar.</p> <p>La familia es una instancia de decisiones clave para los Ngäbe.</p> <p>Asociación de Mujeres Ngäbe Bugle: que tiene un amplio liderazgo en la defensa de los derechos de las mujeres y en la promoción de la SSSR.</p>

	Guna Yala	Emberá Wounnan	Ngäbe Buglé
		<p>Rural: agua y saneamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto control de la policía de SENAFRONT. • Asociaciones de comercio y artesanía donde desarrollan varias actividades para la comunidad. 	

Fuente: Elaboración propia con base en Salud Mesoamérica 2015-BID: “Análisis de Redes Sociales para Comprender la Toma de Decisiones para la Atención Materna en Panamá en las Comarcas EW y GY” (2013).

Etapas de operativización del Modelo

La operativización del Modelo se organiza en 4 etapas identificando en cada una de ellas las principales actividades. Por cada actividad se identifica a las unidades responsables, los actores/as, las funciones, la periodicidad y resultados esperados, actividades, responsables, cronograma y medios de verificación, como se observa en la Tabla II.

En la primera etapa de coordinación y preparación, se incorpora el Modelo a la norma nacional de anticoncepción, se socializa el mismo hacia las direcciones regionales y las autoridades de los Congresos Generales comarcales para su conocimiento, consenso, aprobación y participación. Una vez consensuado con este nivel de autoridades de salud y comunitarias, el Modelo es presentado y difundido a las UBAS y sus respectivas comunidades. En esta etapa también se asegura la disponibilidad de normas, manuales de orientación, materiales educativos de apoyo y hojas de registros diarios: para garantizar que los/as orientadores/a cuenten con los materiales para sus actividades y registren sus actividades de orientación y educación.

La segunda etapa de capacitación asegura la sostenibilidad de las acciones al conformarse un equipo de facilitadores/as del MINSA. Esta etapa se encuentra apoyada inicialmente por una institución formadora que será responsable del desarrollo de competencias de proveedores de salud y personal comunitario para la implementación del Modelo.

La tercera etapa referida a la implementación del Modelo, se basa en planes de acciones elaborados por cada UBAS durante las capacitaciones. Estos planes de acción incluyen la organización de los servicios para implementar la orientación/consejería, las acciones educativas grupales y el diálogo intercultural. Es importante mencionar que la implementación de las estrategias se inicia con el diálogo intercultural que busca la participación comunitaria, el consenso y el acuerdo entre los/as proveedores de salud y las comunidades.

La cuarta etapa es de supervisión, monitoreo y evaluación, a través de ello se comprueba que se estén cumpliendo la orientación, las acciones educativas y los diálogos interculturales. Se supervisa la aplicación de las competencias para lograr los objetivos de la orientación/consejería. Igualmente la existencia o no de materiales suficientes para realizar estas actividades, entre otros aspectos.

Se revisan los registros diarios, y su concordancia con los expedientes clínicos y se realizan sesiones de retroalimentación. Se definen acciones para un proceso continuo de mejoras. Para la evaluación se toma en cuenta los indicadores de proceso y resultado, analizando su nivel de cumplimiento. Esta evaluación se inicia en las UBAS, se consolida a nivel regional y luego a nivel nacional. Contempla también la presentación de los resultados de la evaluación a las comunidades y diferentes instancias institucionales para la toma de decisiones.

Tabla II
Implementación del modelo de orientación/consejería

Unidad organizativa	Actores	Funciones	Requerimientos	Periodicidad	Resultados esperados
Iª ETAPA DE COORDINACIÓN Y PREPARACIÓN					
ACTIVIDAD I: Aprobación del Modelo e incorporación a la Norma Nacional de Anticoncepción					
DIGESA DPSS	Director/a General de Salud. Director/a de Provisión de Servicios de Salud. Coordinador/a nacional de SSSR.	Revisión técnica del Modelo. Aprobación del Modelo. Disposición de incorporación a la Norma Nacional.	Reuniones técnicas. Documento del Modelo Impreso. Manuales de orientación/consejería para personal de salud y personal comunitario impresos (un ejemplar de cada manual por Comarca indígena.). Rotafolios para personal de salud y personal comunitario (un ejemplar de cada rotafolio por Comarca indígena). Muestrario de métodos anticonceptivos (un ejemplar). Disco de Criterios Médicos de Elegibilidad (un ejemplar) Currícula de capaci-	Por única vez.	El Modelo de orientación/consejería está incorporado a la norma de anticoncepción del MINSA Se cuenta con fondos necesarios para las actividades.

Unidad organizativa	Actores	Funciones	Requerimientos	Periodicidad	Resultados esperados
			<p>tación para el desarrollo de competencias de proveedores de salud y personal comunitario (un ejemplar de cada uno).</p> <p>Bolsas de material artesanal conteniendo métodos anticonceptivos para demostración.⁵³ (Una por comarca).</p> <p>Solicitud de fondos a las instancias correspondientes para llevar a cabo las reuniones y asegurar la impresión de los materiales descritos para su revisión y aprobación.</p>		
ACTIVIDAD 2: Presentación del Modelo a las Direcciones Regionales					
DIGESA	Director/a General de Salud.	Convocatoria a las Direcciones Regionales.	Una reunión para las tres comarcas.	Por única vez.	El Modelo ha sido difundido a las coordinaciones regionales.
DPSS	Director/a de Provisión de Servicios de Salud.	Presentación del Modelo a las Direcciones Regionales.	Documento del Modelo y materiales descritos arriba en impresos (tres ejemplares para cada comarca).		Se cuenta con un plan para la implementación del Modelo por comarca.
	Coordinador/a nacional de	Planificación para la implementación del Modelo en las	Solicitud de fondos a las instancias correspondientes para		Se cuenta con fondos necesarios para las actividades.

⁵³Los métodos anticonceptivos que contienen las bolsas son: anticonceptivos orales combinados, píldoras de progestágeno solo, píldoras de anticoncepción de emergencia, inyectable trimestral y mensual, dispositivo intrauterino, implante, condón masculino y femenino.

Unidad organizativa	Actores	Funciones	Requerimientos	Periodicidad	Resultados esperados
	SSSR. Directores Regionales de Salud. Equipos del MINSA Regional.	UBAS por comarca (Actividades, responsables, cronograma, y personal a capacitarse).	llevar a cabo las reuniones y asegurar la impresión de los materiales descritos para su revisión y aprobación.		
ACTIVIDAD 3: Presentación del Modelo a las autoridades del Congreso General de las comarca indígenas					
DIGESA	Director/a Nacional de Salud.	Convocatoria a las diferentes autoridades del Congreso General de cada comarca indígena.	Una reunión para las tres comarcas. Documento del Modelo y materiales descritos arriba en impresos (tres ejemplares, uno por comarca).	Por única vez y/o a solicitud de ambas partes en caso necesario.	El Modelo y el plan de acción han sido aprobados por las autoridades comarcales en las tres comarcas indígenas.
DASI	Coordinador/a de Asuntos indígenas.	Presentación del Modelo a las autoridades del Congreso General de cada comarca indígena.	Solicitud de fondos a las instancias correspondientes para llevar a cabo las reuniones y asegurar la impresión de los materiales descritos para su revisión y aprobación.		Tres actas de conformidad.
DIPROM	Coordinador de DIPROM. Autoridades de los Congresos Generales.	Consenso para la implementación del Modelo en las tres comarcas y la participación de las autoridades comarcales y comunitarias en su implementación. Elaboración de un acta de conformidad entre las autoridades representantes del MINSA y autori-			

Unidad organizativa	Actores	Funciones	Requerimientos	Periodicidad	Resultados esperados
		dades de los Congresos Generales.			
ACTIVIDAD 4: Presentación del Modelo a las UBAS					
Dirección Regional de Salud	Director Regional de Salud. EBS, EGS y ESS.	Convocatoria a las direcciones de la UBAS de cada comarca indígena. Presentación del Modelo a los equipos de la UBAS de cada comarca indígena. Adecuación del plan de implementación en las UBAS.	Tres reuniones de presentación (una por cada Región de Salud Comarcal). Documento del Modelo y materiales descritos arriba en impresos (tres ejemplares para cada comarca). Planificaciones regionales de implementación del Modelo. Solicitud de fondos a las instancias correspondientes para llevar a cabo las reuniones y asegurar la impresión de los materiales descritos para su revisión y aprobación.	Por única vez.	El Modelo ha sido difundido a cada UBA. Se cuenta con un plan para la implementación del Modelo por cada UBAS (actividades específicas, cronogramas, responsables, medio de verificación). Se cuenta con fondos necesarios para las actividades.
ACTIVIDAD 5: Presentación del Modelo a las autoridades de los Congresos Locales de las comarca indígenas					
Dirección Regional de Salud.	Director Regional de Salud. Coordinador/a regional de Promoción de Servicios.	Convocatoria a las diferentes autoridades comarcales de cada comarca indígena Presentación del Modelo a las autoridades de los Congresos locales de cada comarca	Tres reuniones de presentación (una por comarca). Documento del Modelo y materiales descritos arriba en impresos (tres ejemplares para cada comarca).	Por única vez y/o a solicitud de ambas partes o en caso necesario.	Aprobación del Modelo y de su implementación en las comunidades.

Unidad organizativa	Actores	Funciones	Requerimientos	Periodicidad	Resultados esperados
Congresos Generales Comarcales.	<p>Coordinador/a regional de SSSR.</p> <p>Autoridades del Congreso General Comarcal.</p> <p>Autoridades de los Congresos locales comarcales.</p>	<p>indígena</p> <p>Consenso para la implementación del Modelo en las tres comarcas y la participación de las autoridades comarcales y comunitarias en su implementación</p> <p>Elaboración de un acta de conformidad entre las autoridades representantes del MINSA y autoridades los Congresos Locales.</p>	<p>Solicitud de fondos a las instancias correspondientes para llevar a cabo las reuniones y asegurar la impresión de los materiales descritos para su revisión y aprobación.</p>		
ACTIVIDAD 6: Asegurar una gama completa de métodos anticonceptivos en las UBAS seleccionadas					
<p>DPSS</p> <p>DIGESA</p> <p>DRSS</p>	<p>Director/a de Provisión de Servicios de Salud.</p> <p>Coordinador/a nacional de SSSR.</p> <p>Responsable nacional del sistema logístico.</p> <p>Director/a Regional de Salud.</p>	<p>Adquisición y distribución de una gama completa de métodos anticonceptivos en las UBAS de acuerdo con la Norma de Anticoncepción.</p>	<p>Sistema logístico en funcionamiento.</p> <p>Kárdex de existencia de métodos anticonceptivos en los almacenes regionales y en las UBAS.</p>	<p>Recurrente (se hace periódicamente de acuerdo con la norma del sistema logístico)</p>	<p>Gama de métodos anticonceptivos disponibles en las UBAS.</p> <p>Kárdex de existencia de métodos anticonceptivos actualizados.</p>

Unidad organizativa	Actores	Funciones	Requerimientos	Periodicidad	Resultados esperados
	<p>Coordinador/a regional de SSSR.</p> <p>Responsable regional del sistema logístico.</p> <p>Directores/as de las UBAS.</p>				
<p>ACTIVIDAD 7: Disponibilidad en todas las UBAS de: Norma de anticoncepción, manuales de orientación y rotafolios para personal de salud y personal comunitario, muestrario de métodos anticonceptivos, Discos de Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos y Hojas de Registro Diario, guía de supervisión para orientación/consejería.</p>					
DIGESA	Director/a General de Salud.	Adquisición y distribución de normas, manuales y materiales de apoyo para la orientación/consejería en anticoncepción.	Reproducción del material descrito en cantidades suficientes.	Una sola dotación y reposición de acuerdo con necesidades de la UBA (personal nuevo, deterioro o pérdida de material).	Material disponible en las UBAS.
DPSS	Director/a Provisión de Servicios de Salud.				
DIPROM	Director/a regional de salud.				
Dirección Regional de Salud	<p>Coordinador/a regional de SSSR.</p> <p>Coordinador/a de promoción de la salud.</p>				

Unidad organizativa	Actores	Funciones	Requerimientos	Periodicidad	Resultados esperados
	Directores/as de las UBAS				
2ª ETAPA DE CAPACITACIÓN					
ACTIVIDAD 1: Aprobación de la currícula de capacitación en el Modelo para proveedores de salud y personal comunitario					
DIGESA	Director/a General de Salud. Coordinador/a nacional de SSSR.	Revisión, ajustes y aprobación de la currícula de capacitación.	Currícula impresa.	Por única vez.	Currícula de capacitación aprobada.
ACTIVIDAD 2: Selección de una entidad formadora para la capacitación					
DIGESA DPSS	Director/a General de Salud. Director/a de Provisión de Servicios de Salud.	Elaboración de términos de referencia para la entidad formadora. Convocatoria y selección de la entidad formadora. Entrega de currícula de capacitación a la entidad formada seleccionada.	Términos de Referencia. Currícula de capacitación del Modelo.	Por única vez.	Entidad formadora seleccionada conoce y tiene manejo de la currícula de capacitación.
ACTIVIDAD 3: Talleres de capacitación a capacitadores/as y a personal de salud					
Dirección Regional de SSSR Entidad Formadora	Director/a Regional de Salud. Coordinador regional de SSSR. Responsa-	Elaboración de un plan de capacitación. Asegurar el componente logístico de la capacitación. Realización de un taller de capacita-	Perfil de los/as capacitadores/as del MINSAs. Locales adecuados para la capacitación. Equipos disponibles (computador, data show y pizarra).	Recurrente hasta concluir con la capacitación de todo el personal. Capacitación continua a cargo del equipo de	Plan de capacitación aprobado por DIGESA y la Dirección Regional de Salud. Equipo de capacitadores/as del MINSAs conformado. (cuatro capacitadores/as para las comarcas

Unidad organizativa	Actores	Funciones	Requerimientos	Periodicidad	Resultados esperados
	ble de la Entidad Formadora.	<p>ción para conformar un equipo de capacitadores/as para el personal de salud y personal comunitario.</p> <p>Realización de talleres de capacitación dirigidos a personal de salud de las UBAS y a personal comunitario.</p>	<p>Programa y materiales de apoyo a la currícula (papelografos, marcadores, fotocopias de las presentaciones, fotocopias de apoyo bibliográfico, manuales, rotafolios, muestrario de métodos anticonceptivos, discos de los criterios médicos de elegibilidad).</p> <p>Listas de personal a ser capacitado.</p> <p>Certificados de acreditación para los/as participantes.</p>	capacitadores/as del MINSA	EW y GY; 6 capacitadores/as para la comarca NB).

3ª ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

ACTIVIDAD 1: Organización de diálogos interculturales para la implementación de las estrategias del Modelo por cada comarca

Direcciones Regionales de Salud	Director Regional de Salud.	Organización y desarrollo de diálogos interculturales en las tres comarcas indígenas para consensuar las adecuaciones a los servicios de salud, la participación comunitaria en las acciones educativas, la inclusión de líderes de la medicina tradicional y el apoyo de las autoridades	Programación de los diálogos interculturales.	Al menos una vez por mes en cada UBA y sus respectivas comunidades y de acuerdo al seguimiento del plan de mejoras.	Diálogos interculturales desarrollados. Planes de mejoras implementados.
UBAS	Directores de UBAS-		Facilitador/a del diálogo.		
Congreso local	Autoridades comarcales.		Formato de plan de mejoras.		

Unidad organizativa	Actores	Funciones	Requerimientos	Periodicidad	Resultados esperados
		comarcales para las diferentes estrategias. Elaboración de planes de mejoras.			
ACTIVIDAD 2: Organización para la orientación/consejería en las UBAS y en la comunidad					
Direcciones Regionales de Salud	<p>Director/a regional de salud.</p> <p>Coordinador regional de SSSR.</p> <p>Directores médicos de las UBAS.</p>	<p>Organización de los servicios de salud para la orientación/consejería:</p> <p>→ Flujogramas para la orientación.</p> <p>→ Responsabilidades de acuerdo con funciones del personal de salud.</p> <p>Adecuaciones de los servicios o ambientes para la orientación/consejería.</p> <p>Realización de orientaciones individuales o en pareja.</p> <p>Orientación/consejería en la visita domiciliar por parte del personal comunitario y/o redes</p>	<p>Flujogramas de orientación/consejería.</p> <p>Cortinas o biombos para los consultorios o ambientes de enfermería.</p> <p>Manual de orientación, rotafolio, muestrario de métodos anticonceptivos, discos de criterios médicos de elegibilidad en cada ambiente en que se otorgue la orientación.</p> <p>Manual de orientación para promotores/as, rotafolio, muestrario de métodos anticonceptivos.</p> <p>Hojas de Registros Diarios.</p>	<p>Orientación/consejería en todos los contactos que tiene la mujer, hombre o pareja con el servicio de salud que no sean de carácter de urgencia o morbilidades agudas (Momentos y audiencias)</p> <p>Orientación/consejería durante las giras, durante la época de migración, después de acciones educativas, en las visitas domiciliarias (Momentos y audiencias)</p>	

Unidad organizati-va	Actores	Funciones	Requerimientos	Periodicidad	Resultados espe- rados
		itinerantes. Registro de la orientación			

ACTIVIDAD 3: Organización e implementación de acciones educativas grupales

Dirección General de Salud	<p>Director/a regional de salud.</p> <p>Coordinador regional de SSSR.</p> <p>Directores médicos de las UBAS.</p>	<p>Organización de los servicios de salud para la acción educativa grupal.</p> <p>Adecuación de un ambiente en la instalación de salud y en espacios comunitarios para la acción educativa grupal.</p> <p>Realización de las acciones educativas grupales en las instalaciones de salud y en la comunidad.</p> <p>Registro de la acción educativa.</p>	<p>Ambiente con mobiliario mínimo (mesa, sillas o bancas).</p> <p>Manual de orientación, rotafolio, láminas, bolsas con métodos anticonceptivos para demostración.</p> <p>Hojas de Registro Diario.</p>	Al menos cuatro veces por mes y de acuerdo con necesidades y requerimientos de las/os usuarios.	Grupos de mujeres, hombres y/o grupos mixtos que reciben educación en anti-concepción en servicios de salud y en la comunidad.
----------------------------	--	--	---	---	--

4ª ETAPA DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

ACTIVIDAD 1: Supervisión y Monitoreo por parte del MINSA regional de la implementación del Modelo en las UBAS y sus comunidades.

Dirección Regional de SSSR	Coordinador/a de SSSR.	Planificación de la supervisión y monitoreo de la implementación de las estrategias del Modelo.	Cronograma de supervisiones.	Dos veces al año.	Informes de supervisión.
UBAS	Coordinador/a de Monitoreo		Guía de supervisión de la orientación/consejería.		Hojas de registro diarios en consolidados y enviados a las instancias respecti-

Unidad organizativa	Actores	Funciones	Requerimientos	Periodicidad	Resultados esperados
	<p>y Evaluación.</p> <p>Directores/as de las UBAS.</p>	<p>Revisión de expedientes clínicos, registros diarios y su proceso de consolidación y envío a niveles regionales y central.</p> <p>Observación de sesiones de orientación/consejería, de acciones educativas y de un diálogo intercultural.</p> <p>Verificación de la disponibilidad de normas de anti-concepción, manuales de orientación y materiales de apoyo.</p> <p>Retroalimentación de los resultados de la supervisión con el equipo e identificación conjunta de áreas a mejorar.</p> <p>Reforzamiento de los conocimientos y habilidades que deben tener los/as orientadores/as para implementar el Mo-</p>	<p>Reunión con el equipo básico de salud para la retroalimentación.</p>		<p>vas.</p>

Unidad organizativa	Actores	Funciones	Requerimientos	Periodicidad	Resultados esperados
		delo de orientación/consejería.			
ACTIVIDAD 2: Evaluación de las estrategias que realizan las UBAS y el personal comunitario basada en los indicadores del Modelo					
Dirección Regional de Salud UBAS	Director/a regional de salud. Equipos de gestión de salud.	Revisión de los consolidados de los registros diarios para obtener la información de cada uno de los indicadores. Construcción de los indicadores con base a la información. Análisis de datos. Elaboración de un informe.	Informes consolidados. Indicadores de proceso y de resultado.	Una vez al año.	Informes consolidados de actividades diarias por región comarcal. Informe de evaluación y plan de acción.
ACTIVIDAD 3: Evaluación de los indicadores a nivel de la región comarcal					
DIGESA DPSS DIPLAN DASI DIPROM	Coordinador/a de SSSR Coordinador de Monitoreo y Evaluación. Responsable de la Dirección de Planificación. Coordinador/a de Asuntos	Consolidación de los informes de las regiones. Elaboración de un informe comparativo de los diferentes indicadores de las regiones y su grado de cumplimiento. Presentación de informe anual de evaluación a: Direcciones regionales de salud, autoridades del Congreso Gene-	Informes consolidados. Indicadores de proceso y de resultado.	Una vez al año.	Informe de evaluación y plan de acción.

Unidad organizativa	Actores	Funciones	Requerimientos	Periodicidad	Resultados esperados
	Indígenas Coordinador/a de DIPROM	ral.			
ACTIVIDAD 4: Presentación de los resultados de la evaluación a la comunidad					
UBA	EBS EGS ESS	Presentación de los resultados y los planes de acción en una reunión al Congreso Local.	Reunión participativa con autoridades comarcales y otros representantes clave de la comunidad y equipos de salud. Informe de evaluación y plan de acción. Solicitud de fondos para la reunión de presentación de resultados.	Una vez al año.	Autoridades locales y población conocen los avances del Modelo de orientación/consejería y proponen mejoras y acciones para el funcionamiento del Modelo.

F. Herramientas para los servicios amigables para adolescentes

Guía de atención de los y las adolescentes en el marco de la integración del manejo adolescente y sus necesidades (IMAN) en el nivel primario de atención. MINSA, 2012. Colaboradores: OPS, CSS, Gobierno Nacional, Embajada Noruega.

Tipo de herramienta: Esta herramienta es una Guía de Atención para los adolescentes que incluye protocolos de atención para la salud sexual y reproductiva (incluyendo anticoncepción) entre otros temas de salud.

Audiencia: El grupo objetivo para la herramienta son todos los proveedores de salud que pueden estar en contacto directo con adolescentes en el espacio de la atención.

Ámbito de aplicación: El ámbito de aplicación es en la atención, específicamente en la consulta. Incluye aspectos de orientación /consejería y de prestación de servicios clínicos de atención.

Descripción

Es una guía técnica para los proveedores de salud que sirve para orientar y ofrecer una información y atención de calidad y calidez a los y las adolescentes en Panamá. Esta guía lleva inserta una serie de herramientas para

diagnosticar posibles problemas en la salud del/a adolescente. La guía ofrece preguntas y un flujograma en materia de salud reproductiva dependiendo de las características de el/la adolescente.

En la sección de salud sexual y reproductiva se tratan los temas de Infecciones de transmisión sexual y VIH/sida, Prevención de embarazo (explicación de los métodos anticonceptivos temporales) y el maltrato o abuso sexual.

En el apartado o sección I sobre la adolescencia normal aparece la consejería para tratar temas de valores, identidad, emociones, etc. Existe en la guía una consejería paterna, es decir, ofrecer orientación y consejería a los padres que acuden a la consulta médica buscando información y explicaciones a ciertos comportamientos de sus hijos.

Rotafolio. Aprendiendo de Salud integral como Adolescente y Joven Panameño/a: Desarrollo de Habilidades para la vida. MINSA, 2015 (en etapa final de desarrollo). Colaboradores: ONUSIDA, OMS y UNFPA⁵⁴.

Tipo de herramienta: Esta herramienta es un Rotafolio de colores para el uso en acciones educativas grupales de la comunidad.

Audiencia: El grupo objetivo para la herramienta son los jóvenes.

Facilitadores: La herramienta está diseñada para ser usado por educadores en la salud y proveedores del sistema de salud. Es también de utilidad para jóvenes educadores pares previamente capacitados.

Ámbito de aplicación: El Rotafolio es idóneo para las acciones educativas (vea abajo más detalles)

Descripción del Rotafolio

Es una herramienta sencilla que pretende contribuir al pleno desarrollo de la personalidad de el/la adolescente. Este rotafolio viene acompañado del manual de facilitador “Aprendiendo de Salud integral como Adolescente y joven panameño/a”. El rotafolio contempla cinco módulos que se desarrollan en 33 sesiones y cada sesión dura unas 2 horas y 30 minutos. Todas las sesiones cuentan con 5 elementos básicos. a) Presentación, b) Recogiendo conocimientos previos, c) Construyendo nuevos aprendizajes, d) Llevando los conocimientos a la práctica, e) Seguimiento.

Los módulos de este rotafolio son:

1. El Proyecto de Vida
2. Adolescencia-Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos e Interculturalidad
3. Prevención de Violencia Contra las Mujeres
4. Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo anticoncepción
5. Amigabilidad de los Servicios para Adolescentes

Cada módulo tiene dinámicas y preguntas que ayudan a guiar al facilitador/a para buscar información sobre el/la adolescente y responder con pertinencia y calidad a sus dudas. Es una forma interactiva de comunicación

⁵⁴ El MINSA está usando una versión inicial de este Rotafolio elaborada en el 2013 de manera provisional en los proyectos en 6 provincias (incluyendo la Comarca Ngäbe-Bugle. La versión nueva que se publicara en 2015 esta fortalecida en los aspectos de anticoncepción, interculturalidad, entre otros.

que permite reconocer problemas o cuestiones que preocupan al adolescente, detectar posibles riesgos, de construir prejuicios y construir habilidades que proteja sus derechos como personas jóvenes y adultas en un futuro.

En materia de Derechos Sexuales y Reproductivos este rotafolio pretende empoderar a los/as adolescentes en sus derechos, que los conozcan y que soliciten transformaciones sociales y legislativas a favor de estos derechos como parte de su ciudadanía.

Ofrece información sobre sexualidad, fomentando un análisis interpretativo de los conceptos relacionados a la sexualidad y su importancia en el desarrollo biopsicosocial de la adolescencia. Aparece un muestrario de los métodos que previenen el embarazo, las ITS y VIH/SIDA.

Guías de Gestión para la Provisión de Servicios Integrales de Salud a los Adolescentes y Jóvenes en la República de Panamá. MINSA, 2012. Colaboradores: OPS, ASDI, Real Embajada de Noruega.

Tipo de herramienta: Es una guía para el diseño y la gestión de los servicios integrales de salud a los adolescentes y jóvenes dentro de las redes de servicio del Ministerio de Salud.

Audiencia: Esta herramienta está diseñado para apoyar los esfuerzos de los planificadores y proveedores de salud.

Facilitadores: La herramienta se introduce por facilitadores expertos en el tema en conjunto con funcionarios del nivel central del MINSA.

Ámbito de aplicación: El ámbito de aplicación son los niveles regionales y locales de la red de servicios del MINSA. Su aplicación se realiza mediante talleres de sensibilización, educación y planificación en los servicios amigables.

Descripción General de la Guía de Gestión para la Provisión de Servicios Integrales de Salud a los Adolescentes y Jóvenes

La guía de gestión para la provisión de servicios integrales de salud para los adolescentes y jóvenes de la república de Panamá nace de la importancia de mejorar la atención en salud diferenciada para adolescentes después de realizar el estudio de evaluación sobre el programa de servicios amigables que resultó deficiente en aspectos como la calidad, amigabilidad e inclusión a los servicios. La evaluación también demostró escasos conocimientos e información sobre los riesgos de salud de los/as adolescentes.

La guía se elaboró en el año 2012 con diferentes pasos para ofrecer herramientas técnicas a los proveedores de salud, la comunidad, instituciones del Estado y sociedad civil, con el fin de orientar y facilitar, la organización, el diseño y gestión de redes comunitarias de servicios integrales de salud para adolescentes y jóvenes en Panamá. Para eso se estableció diferentes funciones a nivel Nacional, Regional y Local para que el programa de servicios amigables se llevara a cabo.

El documento presenta cinco módulos para la implementación de la guía de gestión que permiten, la sensibilización al equipo de salud y los actores sociales en el tema, aplicar los derechos del adolescente, establecer mecanismos para la participación comunitaria y social en los procesos gerenciales de la salud del adolescente y ofrecer amigabilidad en los servicios de salud. Se incluyen los siguientes módulos:

Módulo básico: Sensibilizar a los participantes en el tema de salud y derechos de los/as adolescentes.

Módulo 1: Diagnosticar la situación de la demanda de adolescentes en salud. Caracterizar a la población adolescente del área de referencia de la instalación de salud y establecer las prioridades en la atención integral de los adolescentes.

Módulo 2: Analizar la oferta de los servicios para los adolescentes, que tendría el cometido de evaluar los servicios, establecer una oferta integrada.

Módulo 3: Rediseñar la oferta y reestructurar la oferta de servicios según las necesidades y expectativas de los adolescentes

Módulo 4: Evaluar y monitorear las acciones del plan operativo.

Desarrollo de la Guía de Gestión

Módulo Básico:

De estos módulos, cada uno de ellos tiene una función principal para el desarrollo de esta guía de gestión. El

Módulo básico hace referencia a una explicación y conocimiento de la cartera de servicios del MINSA que incluye un modelo de atención, promoción y provisión en salud. Los proveedores deben ser conocedores del sistema de salud y sus niveles de atención, como también reconocer la importancia de contribuir a la atención de los/as adolescentes y jóvenes como un elemento más dentro de su cartera de servicios.

En este módulo se desarrolla la importancia de tener en cuenta a la familia y comunidad y la relación que guardan con el sistema de salud para favorecer el acceso de el/la adolescente y contribuir a que se le brinde una buena atención. El objetivo principal de este módulo es detectar que los problemas en salud en los adolescentes en SSR son una consecuencia de la pobreza, marginación social y económica, deserción escolar, migración, códigos culturales y normas de poder que intervienen en la desigualdad de género, la desintegración familiar, entre otras. Los servicios de salud deben conocer las situaciones por las que pasan los y las adolescentes y tener herramientas y recursos para hacer frente a estas situaciones, mejorando su acceso a los servicios de salud e integrando en los servicios una atención de calidad. Este módulo ofrece información sobre qué son y qué características tienen los servicios de salud amigables.

Características de los servicios de salud amigables:

- Brindan atención oportuna con respeto, confidencialidad y privacidad
- Gerencia a nivel regional y local bajo la rectoría del programa de atención integral a los adolescentes.
- Todo el personal debe ser sensibilizado y capacitado en la atención del adolescente.
- Garantía de acceso a los servicios diferenciados para los adolescentes
- Brindan servicios de los cuatro componentes de la atención, siendo clave en este grupo de población la consejería.
- Consentimiento informado, en cumplimiento de la ley 68.

Características de los proveedores de salud:

- Personas capacitadas para trabajar con adolescentes y jóvenes
- Respeto hacia los/las adolescentes.
- Honrar la privacidad y confidencialidad
- Tiempo adecuado para la interacción entre el/la adolescente y el proveedor
- Disponibilidad de educadores de Pares

Características de las instalaciones de salud

- Espacios separados y horarios especiales
- Horarios convenientes
- Lugares de atención convenientes
- Ambiente confortable

Características del diseño del programa

- Adolescentes involucrados en el diseño
- Citas rápidas
- Tiempos de espera cortos
- Precios razonables
- Amplia gama de servicios disponibles
- Referencia a otros servicios
- En la guía aparecen dinámicas para que los proveedores aprendan a ofrecer una atención de calidad.

Módulo 1: Diagnóstico de la demanda:

Este módulo permite diagnosticar por parte de los proveedores de salud las fortalezas y amenazas de los servicios de salud amigables. También ofrece todo un listado de herramientas y técnicas que ayuden a levantar esa información. (Encuesta, entrevistas, grupos focales, observación y algunas cuantitativas, etc)

El Módulo 1 ofrece una metodología de construir desde el conocimiento de los beneficiarios, como también permite que los mismos beneficiarios detecten que es lo que quieren en un servicio de salud para ellos, y si es adecuado o no según su realidad.

Módulo 2: Análisis de la oferta de servicios:

Analizar la oferta de servicios, es decir, revisar qué existe en el servicio de atención para la salud del adolescente y estructurar una oferta integrada y adecuada para adolescentes.

Fases para el proceso de integración de la oferta de servicios:

1. Realizar un inventario de la oferta: identificar los establecimientos existentes. Clasificar por niveles de atención y sector al que pertenecen y quienes van a gerenciar el programa.
2. Motivar y sensibilizar a gerentes de establecimientos, equipos de los programas y a la comunidad.
3. Caracterizar los servicios, es decir, teniendo en cuenta su cartera de servicios, componentes de la atención integral, cómo se ofertan y quién los oferta, cuál es su población usuaria.
4. Diseñar de forma participativa una oferta integral.

El Servicio de SSR se caracterizará por: prevención de embarazo y planificación familiar (Consejería en: oferta de métodos de planificación, prevención de relaciones sexuales sin información, desarrollo psicosexual, con-

ducta sexual, orientación y rol de género); Detección y atención de morbilidad en SSR, Detección y atención de abuso sexual; atención del embarazo parto y puerperio; Detección y atención de ITS/VIH/SIDA.

Módulo 3. Rediseño de la oferta

La idea central de este módulo es integrar la oferta de servicios en un sistema en red, articulando la oferta de los establecimientos públicos, privados y comunitarios. Los proveedores de salud deben reconocer la necesidad de lograr la coordinación y complementariedad de los recursos.

Módulo 4: Monitoreo y evaluación

Los proveedores deben aprender a construir herramientas que les ayuden a visualizar si las actividades realizadas funcionan y cómo están funcionando. Lo principal de este módulo es mostrar resultados para que la experiencia de los servicios amigables para adolescentes se comparta y se fortalezca.

Conclusiones: esta guía es una metodología que sirve para generar un trabajo directo con los proveedores de salud y la población beneficiaria que son los y las adolescentes. Se trata de construir de manera conjunta un servicio de salud que sea amigable para los y las adolescentes contando con ellos como sujetos activos de la acción.

VII. Referencias bibliográficas

Alsina, R (1995): “Los estudios de comunicación intercultural”. Universidad Autónoma de Barcelona.

AVSC International (1989): *Elección Informada*.

Bant Haver (2001): “Salud, Cultura y Género: ¿Cómo mejorar la salud sexual y reproductiva en un país multi-cultural? Perú: REPROSALUD.

Bastida et al (2009) “El Dialogo de Saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación en salud. *Invest. Educ Enferm.* 2009; 27(1):104-111

Bruce, J (1989) *Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework*. New York: The Population Council.

Caballo, V (1999) *Manual de evaluación y tratamiento de las habilidades sociales*. México: SIGLO XXI. 1999.

Castro, MD, Camacho, V; Icaza, M; de Obaldía, A; Gaitán, Y; Silvera de la Cruz, R. (2012): “Programa de Reducción de las Muertes Maternas en la Comarca Ngäbe Buglé. Una Sistematización de las experiencias.” 2000-2010. Panamá: UNFPA.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población y División de Asuntos de Género de la CEPAL (2013): *Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos*

Comité de los Derechos del Niño, *Observación General 4: Salud y desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, 31, Doc. de la ONU CRC/GC/2003/4 (2003).

Contraloría de la Republica.(2013) Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado http://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/MICS_FINAL.pdf

Cueva, N (2010) *Cultura e interculturalidad*. Ponencia en el Taller Servicios de Salud con pertinencia intercultural para ciudadanas y ciudadanos indígenas. Ecuador: Iparía-Ucayali.

Díaz, M. y Cabral, F. (2001): *Optimizando la calidad y humanizando la atención en planificación familiar y otros componentes de la salud sexual y reproductiva*. Brasil: Reprolatina.

Díaz, M. y Simmons, R. (1999): “¿When is Research Participatory? Reflection on a Reproductive Meath Project in Brazil” en: *Journal of Women’s Meath*. Vol. 8 Number 2.

Familia Cara International - FCI BOLIVIA (2012): “Sistematización de Experiencias en Salud Materna Intercultural Bolivia”. Informe elaborado por Silvia Salinas y María Dolores Castro.

Freire P (1975): *La Pedagogía del Oprimido*.

Gutiérrez Martí et al (sf): *Mapa de Competencias de los Directivos de Atención Primaria*. Barcelona: UAB.

Hardee, K., K. Newman, L. Bakamjian, J. Kumar, S. Harris, M. Rodríguez, y K. Willson (2014) (traducido por Doris Sepliarsky). *Programas de Planificación Familiar Voluntaria que Respetan, Protegen y Cumplen con los Derechos Humanos: Un Marco Conceptual*. Washington, DC: Futures Group.

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud de Panama (2009): *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER)*.

Instituto Nacional de Estadística y Censo (2010) *Censo de Población y Vivienda*. Panamá.

Jain, AK (1999): "Definition and Impact of Quality". Jain A. K (Ed.) *Managing quality of care in population programs*. West Hartford: Kumarian Press.

Maine, D, et. Al. (1997): *Diseño y evaluación de programas para Mortalidad materna*. Centro para la población y salud familiar Facultad de Salud Pública Universidad de Columbia.

Ministerio de Salud de Chile (2002): *Consejería para VIH/SIDA*. Área de Prevención, Comisión Nacional del SIDA. Chile.

Ministerio de Salud de Panamá (2012): *Guías de Gestión de Servicios Amigable para Adolescentes*.

Ministerio de Salud de Panamá (2014a): "Revisión del Modelo Institucional y Análisis de Brechas del Modelo de Orientación/Consejería en Anticoncepción con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, Diferenciado para Adolescentes Operando en los Servicios De Las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas". Documento de Informe final.

Ministerio de Salud de Panamá (2014b): "Estrategia Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales - CONE adecuada a las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas" (en proceso de revisión).

Ministerio de Salud Panamá (2014c): "Lineamientos Operativos para el Plan de Parto. Panamá" (En proceso de revisión).

Ministerio de Salud Panamá (2014d): "Estrategia de Cambio de Comportamiento para las Comarcas Indígenas y Áreas Rurales Dispersas" (en proceso de revisión).

Ministerio de Salud de Panamá (2014e): "Normas técnico – administrativas y manual de procedimientos. Programa de Salud Integral de la Mujer: Atención del embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Planificación familiar Vigilancia de la mortalidad materna y perinatal. Panamá" (En producción).

Ministerio de Salud de Panamá (2013): "Manual de parteras tradicionales". Despacho de la Primera Dama.

Ministerio de Salud de Panamá (2013): *Reglamentos Operativos de la Estrategia de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud y Nutrición (EEC) y de la Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura de Atención Primaria en Salud (EFC)*.

Ministerio de Salud de Panamá (2011): “Normas para el Manejo terapéutico de las Personas con VIH en la República de Panamá”.

Ministerio de Salud de Panamá (2007): *Normas técnico – administrativas y manual de procedimientos. Programa de Salud Integral de la Mujer: Atención del embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Planificación familiar Vigilancia de la mortalidad materna y perinatal.* Panamá.

Ministerio de Salud de Panamá (2006): *Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes.* Panamá.

Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP) (2011): *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores.* Baltimore y Ginebra: CCP y OMS.

Organización Mundial de la Salud (2010): *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.* Cuarta edición.

Organización Mundial de la Salud (2008): *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos.* [2005]. Segunda edición.

Organización Mundial de la Salud (2008): *Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva*

Organización Mundial de la Salud (sf) *Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes.*

Organización Panamericana de la Salud (2010): *Salud sexual, reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú.* OPS: Washington, D.C.

Orozco, JM (2006): “Estudio de Factibilidad para la creación de una IPS privada de tercer nivel de atención en el Distrito de Barranquilla”.

Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo –CIPD (Principio 4 del Plan de Acción de la CIPD).

Política Nacional de Salud y Lineamientos estratégicos 2010- 2015. *Eje II: Mejorando la Calidad y el Acceso de la Población a los Servicios de Salud.* Política 3: Mejorar el acceso a los servicios integrales de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad. Panamá

REPROLATINA

— (2010): *Diagnóstico, implementación y evaluación de una Guía para certificar en atención a la salud sexual y reproductiva de adolescentes con foco en la calidad de atención y en los derechos sexuales y reproductivos.*

— (2004a): Módulo de Capacitación 2 y 6. Revisando Conceptos de Salud. La Calidad de la Atención.

— (2001a): “Una estrategia Participativa para Mejorar la Calidad de Atención para Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva”. Boletín Informativo N° 3. Campinas, Brasil

— (2001b): “Grupos de Apoyo para Adolescentes Embarazadas” Boletín Informativo N° 7. Campinas, Brasil

Rodríguez, M. Say, L y Temmerman, M (2014): “*Familia planning versus contraception: what’s in a name?*” in: *Lancet Glob Meath 2014* Published Online February 14, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70177-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70177-3)

Salinas, S et. al. (2010): *Análisis de los Cambios en la Equidad de Género en Bolivia en el período 2004 – 2007*. Ministerio de Justicia, Viceministerio de Igualdad de Oportunidades. Embajada de Holanda.
Salud Mesoamérica 2015 (2014a): *Encuesta de base de establecimientos de salud*. Panamá-SM2015. Informe final.

Salud Mesoamérica 2015 (2014b): *Censo y Encuesta de Base de los Hogares*. Panamá – SM2015. Informe final.

Salud Mesoamérica 2015 y Banco Interamericano de Desarrollo (2013): “*Análisis de redes sociales para comprender la toma de decisiones para la atención materna en Panamá. Comarcas Emberá-Wounnan y Guna Yala*”. Panamá: BID (Inédito).

Salud Mesoamérica 2015 (2011): *Panamá Salud Mesoamérica 2015 PN-G100. Descripción del Proyecto y Esquema de Implementación y Gestión*.

Salud Mesoamérica 2015 (2011): “*Panamá Salud Mesoamérica 2015 PN-G100. Descripción del Proyecto y Esquema de Implementación y Gestión*”.

Ward, V y Bill, D (2011): “*Estudio de Oferta y Demanda para Servicios de Salud en Poblaciones Indígenas de Panamá*”. Panamá: BID (Inédito).

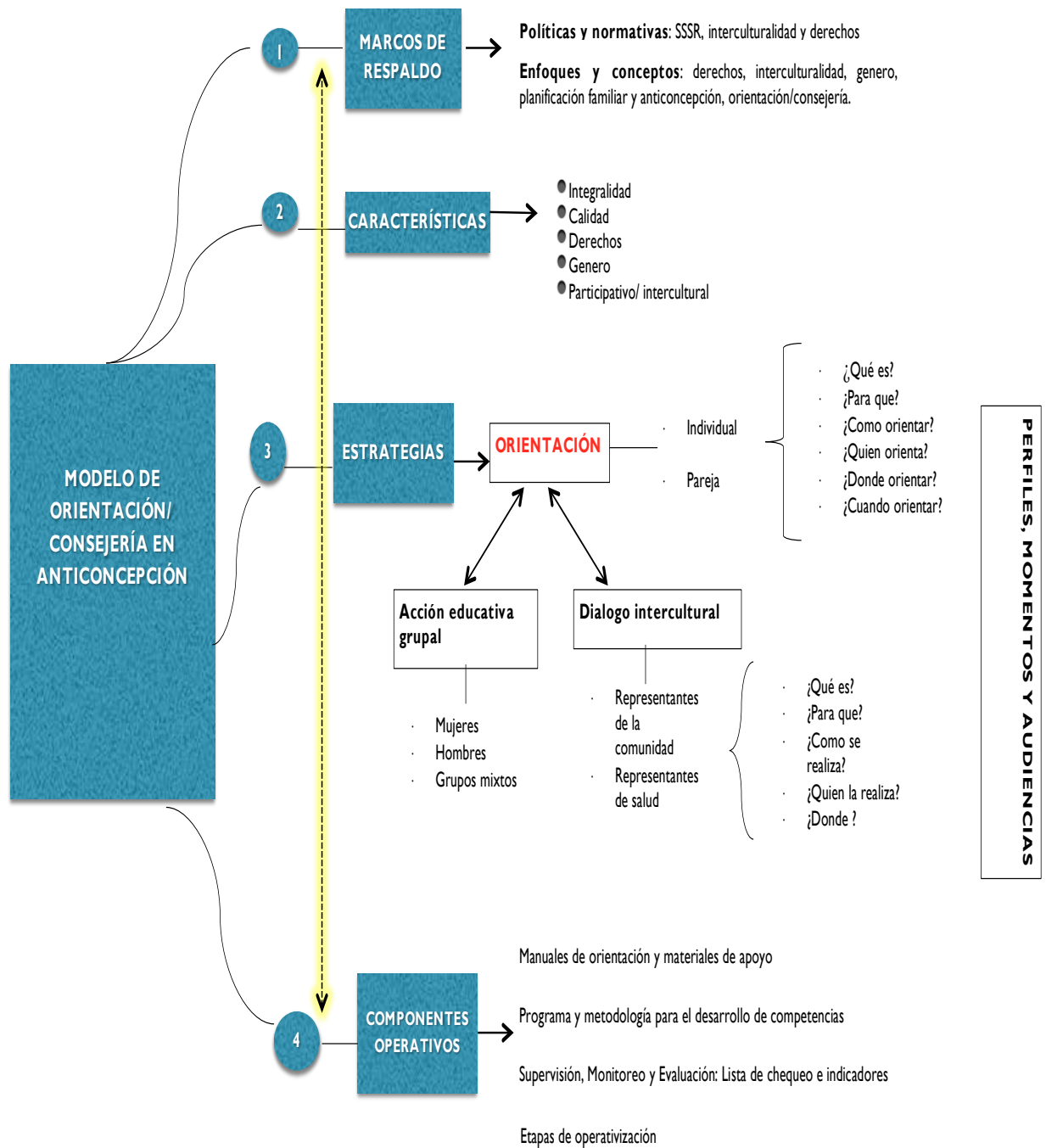
Waters, W (2011): “*Análisis cualitativo de las barreras a la demanda por servicios de salud en pueblos indígenas en panamá*”. Panamá: BID (Inédito).

Páginas Web:

- http://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/MICS_FINAL.pdf
- <http://www.prb.org/DataFinder.aspx>
- https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/.../icpd_spa.pdf
- www.rfsu.se/Bildbank/Dokument/.../abriendo-espacios-breaking-.pdf
- www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html

VIII. Anexos

ANEXO I: Mapa del Modelo

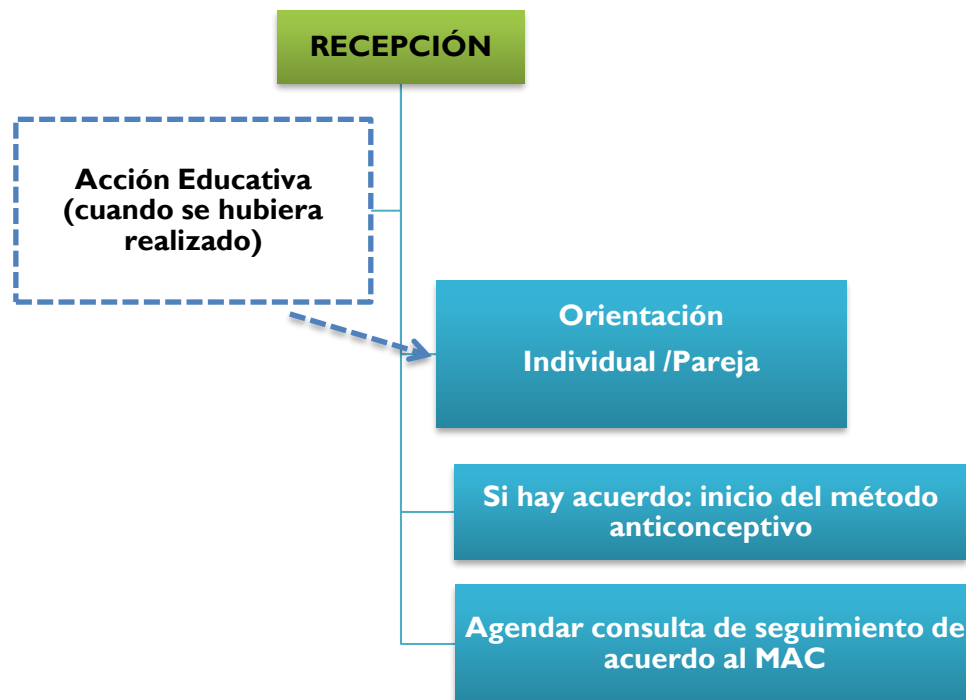


ANEXO 2: Flujos de la Orientación/Consejería en las UBAS y Espacios Comunitarios

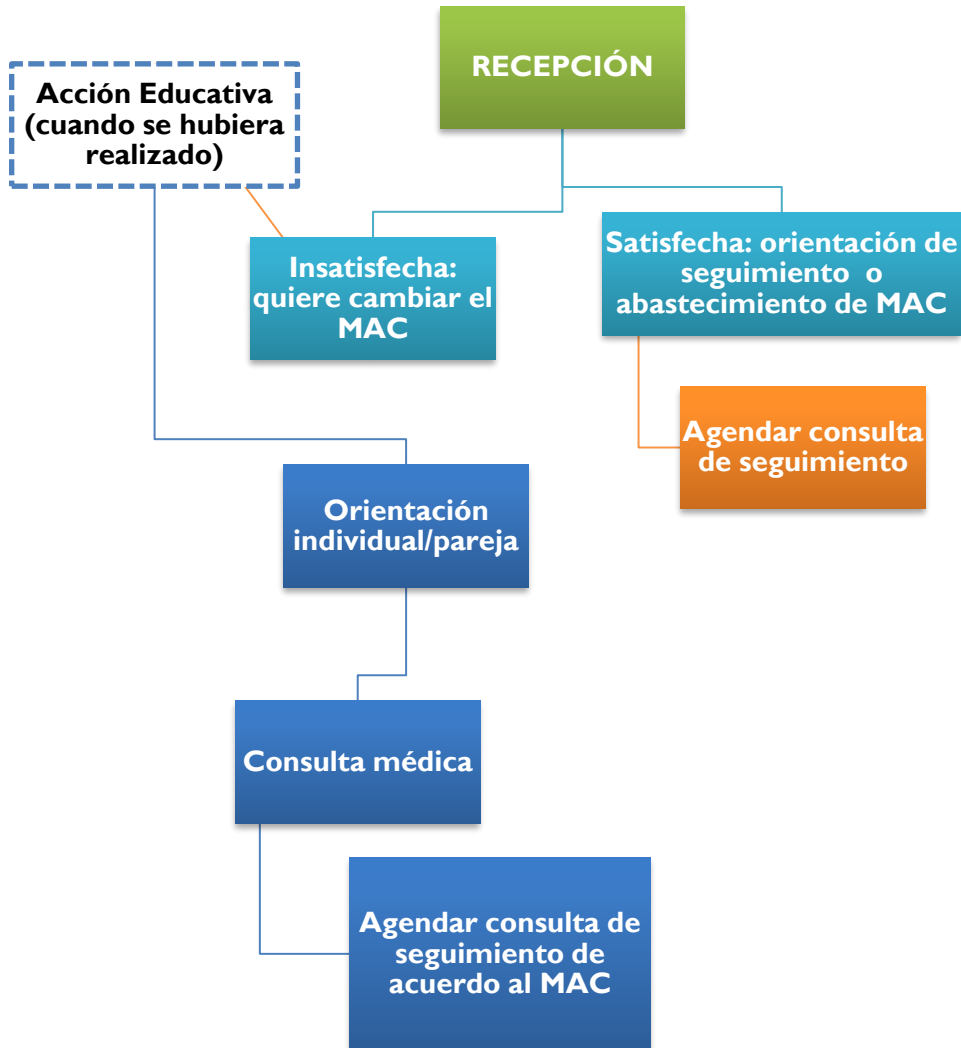
I. Flujos de la orientación/consejería en las UBAS

Es importante que el servicio de salud esté organizado para brindar la atención en anticoncepción, que establezca un flujo y una rutina para la atención de los/as usuarios de PF. Además, el servicio tiene que contar con los insumos de los métodos anticonceptivos, normas y manuales y todos los materiales educativos de apoyo. En los momentos de la orientación/consejería el/la orientador utilizará los 5 pasos del Modelo de Atención.

Flujo de los/as usuarios durante la primera consulta en anticoncepción



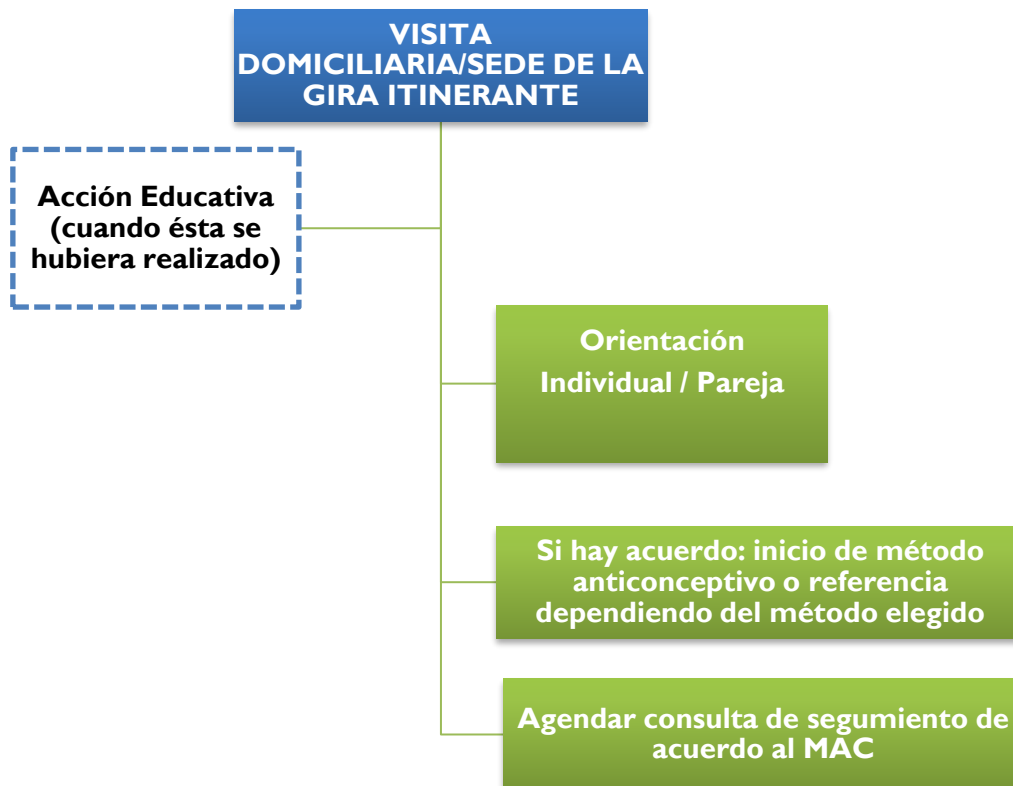
Flujo de los/as usuarios que usan un método anticonceptivo



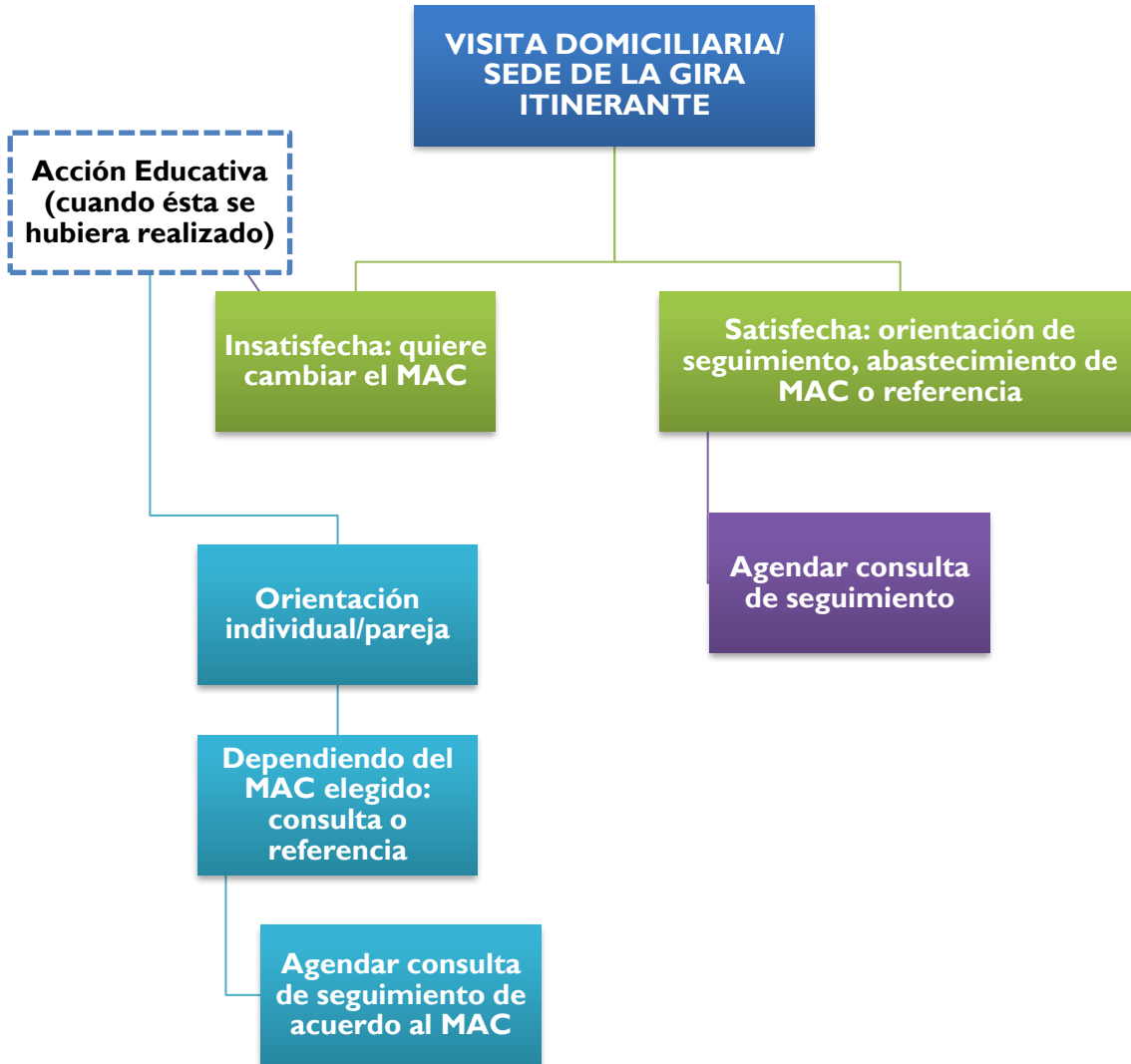
2. Flujos de la orientación/consejería en espacios comunitarios

Los/as orientadores comunitarios también incorporan el Modelo de Atención de los 5 pasos en la orientación que brindan en los espacios comunitarios, y cuentan con el material de apoyo necesario para promover el acceso a las UBAS.

Flujo de los/as usuarios durante la primera consulta en anticoncepción



Flujo de los/as usuarios que usan un método anticonceptivo



ANEXO 3: Construcción de Indicadores

N°	Indicador	Qué mide	Cómo se define (Cómo se construye)	Fuente de información
Resultado				
1	% de nuevas usuarias de anticoncepción por tipo de método.	Uso de anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años.	Numerador: N° de nuevas usuarias por tipo de método. Denominador: total de mujeres que optan por un método anticonceptivo.	Hojas de registro diario y de actividades. Expediente clínico.
Producción				
3	Número de sesiones de orientación/consejería brindadas por los servicios de salud.	Sesiones de orientación que brinda el servicio de salud.	Número de sesiones de orientación/consejería.	Hojas de registro diario y de actividades.
4	Número de acciones educativas brindadas por las instalaciones de salud.	Acciones educativas brindadas por el servicio de salud.	Número de acciones educativas.	Hojas de registro diario y de actividades.
5	Numero de diálogos interculturales entre servicio de salud y autoridades locales/comunidad.	Diálogos interculturales entre servicio de salud y las autoridades locales/comunidad.	Número de diálogos interculturales.	Hojas de registro diario y de actividades u otro instrumento oficial.
Proceso (Capacidad de los servicios)				
6	Paquete de material de apoyo para brindar orientación/consejería anticoncepción (Norma, manuales de orientación/consejería, discos sobre criterios de elegibilidad, muestrario de métodos, Rotafolio) disponible en el establecimiento de salud.	Mide la disponibilidad (o carencia) de materiales de apoyo en el establecimiento de salud.	Numero de paquetes disponibles.	Verificación in situ.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 4: Guía de Supervisión para Orientación/Consejería

GUÍA DE SUPERVISIÓN PARA ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA

MODELO DE ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA GUÍA DE SUPERVISIÓN MÉTODO DE VERIFICACIÓN: Observación directa en servicio								
NOMBRE DEL				ESTABLECIMIENTO				:
COMARCA:								
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				FECHA:				
PERSONAL SUPERVISADO:								
CINCO PASOS PARA LA ORIENTACIÓN								
CRITERIOS DE VERIFICACIÓN								
	1	2	3	4	5	5	Porcentaje de cumplimiento	
Paso 1: Establece una relación cordial								
1.1. Conoce el idioma del lugar o busca algún intérprete 1.2. Recibe amablemente a la persona o pareja 1.3. Pregunta por su nombre y los llama de esa manera 1.4. Establece un ambiente de confianza y privacidad								
Paso 2: Identifica las necesidades								
2.1. Pregunta el motivo de la consulta o visita. Anima a la persona a que exprese sus necesidades y deseos con preguntas sencillas. 2.2. Profundiza las informaciones (intenciones reproductivas, uso de métodos anticonceptivos.) 2.3. Escucha con atención, y empatía. Muestra interés por lo que la persona dice. 2.4. Aclara y repite para verificar si ha comprendido bien la información que la persona da.								
Paso 3: Responde a las necesidades								
3.1. Se expresa en un lenguaje sencillo. 3.2. Informa sobre derechos sexuales y reproductivos. 3.3. Da información sobre el funcionamiento de los órganos reproductores, el embarazo y otra necesaria. 3.4. Da información clara sobre el método que la persona tiene en mente o que sea de su preferencia y/o sobre los otros métodos disponibles en caso necesario: qué es, efectividad, modo de uso, efectos secundarios, señales de peligro, prevención contra ITS/VIH. 3.5. Aplica criterios médicos de elegibilidad. 3.6. Escucha con atención las preguntas y aclara ideas.								

3.7. Aclara informaciones erróneas y rumores.							
Paso 4: Verifica la comprensión							
4.1. Pide que la persona repita la información dada.							
4.2. Solicita la demostración de cualquier habilidad o procedimiento que se le haya enseñado.							
4.3. Aclara dudas con ejemplos sencillos.							
4.4. Facilita, maneja y respeta la toma de decisiones y el consentimiento responsable e informado de las personas.							
Paso 5: Mantiene una relación cordial							
5.1. Se coloca a disposición.							
5.2. Programa el seguimiento.							
5.3. Establece fechas para la visita de control, o de reabastecimiento.							
5.4. Refiere para otros servicios o profesionales en caso necesario.							
5.5. Registra la orientación/consejería en la hoja de Registro Diario y Actividades.							
CUMPLIMIENTO							

Fuente: Elaboración propia con base en: JHPIEGO (2007): Gestión y Reconocimiento Basado en Estándares. Una guía de campo

Instructivo Guía de supervisión a proveedores/as de los establecimientos

El presente instrumento es de utilidad para realizar supervisión capacitante a los/as proveedores de los establecimientos de salud.

Es una lista de chequeo que comprende los cinco pasos para la orientación y las competencias imprescindibles que deben cumplir las/os orientadores en cada uno de los pasos. Identifica el desempeño de cada orientador (es para cinco orientadores). Así también el desempeño en cuanto a orientación del establecimiento.

Para cada orientador se tiene un puntaje que se anota en la línea de “cumplimiento”.
Para el establecimiento se coloca un “porcentaje” en cada uno de los pasos de la orientación.

Nombre del establecimiento: escriba el nombre del establecimiento de salud.

Comarca: escriba el nombre de la comarca en la que se encuentra el establecimiento de salud.

Nombre dell/a supervisor: se registra el nombre completo.

Fecha: coloque la fecha en que se realiza la supervisión (día, mes y año).

Personal supervisado: Coloque los nombres completos de cada orientador supervisado, numerándolos. (Ej., 1 Juan Pérez, 2 Ana Duchén.)

Criterios de verificación: Lista los cinco pasos con sus respectivas competencias. A la derecha una columna para cada uno de los orientadores/as supervisados.

En la columna correspondiente a la persona supervisada, el supervisor/a coloca el número 1 si se cumplieron todas las competencias, o 0 si no se cumplieron todas las competencias.

Cumplimiento: Para cada persona supervisada en su respectiva columna. Si se apuntó el número 1 en todos los pasos, el cumplimiento es 1. Si existe algún 0, el cumplimiento es 0.

Porcentaje: A la derecha sacar el porcentaje en forma horizontal, en cada paso de la orientación. (Ej. Si se colocaron en el paso 2 en las 5 columnas el número 1, corresponde anotar 100%.

ANEXO 5: Guía de Supervisión para la Acción Educativa Grupal

GUÍA DE SUPERVISIÓN PARA LA ACCIÓN EDUCATIVA GRUPAL

ACCIÓN EDUCATIVA GRUPAL			
MÉTODO DE VERIFICACIÓN: Observación directa en servicio/comunidad			
NOMBRE DEL		ESTABLECIMIENTO :	
COMARCA:			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FECHA:	
PERSONAL SUPERVISADO:			
CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	SI	En Parte	No
Paso 1: Organización de la acción educativa			
1.1 Programa la acción educativa con anticipación			
1.2 Define los objetivos			
1.3 Prepara los contenidos			
1.4 Prepara los materiales educativos de apoyo			
1.5 Local/ambiente utilizado es adecuado			
1.6 Número de participantes es adecuado			
1.7 Sillas en posición y número adecuado			
1.8 Ambiente asegura la privacidad			
Paso 2: Desarrollo de la acción educativa			
2.1 Establece una buena interacción con el grupo: <ul style="list-style-type: none"> Realiza una técnica de presentación Establece acuerdos (tiempo, participación, confidencialidad) Establece la integración del grupo Establece un clima de confianza 			
2.2 Parte del conocimiento del grupo: <ul style="list-style-type: none"> Identifica la información que tienen Escucha con atención Identifica rumores o creencias Indaga sobre el origen de estos rumores o creencias 			
2.3 Deconstruye la información no adecuada antes de dar la nueva información			
2.4 Brindar información correcta, clara y objetiva: <ul style="list-style-type: none"> Profundiza las informaciones Usa apoyo visual Usa técnicas de comunicación verbal y no verbal Elogia e incentiva la participación Transmite mensajes clave sobre derechos e igualdad de género 			

<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la comprensión. 			
Paso 3: Finalización de la acción educativa			
3.1 Agradece la participación			
3.2 Se coloca a disposición			
3.3 Estimula la búsqueda de la orientación/consejería			
3.4 Toma en cuenta otros temas de interés para acciones educativas			
3.5 Registra la acción educativa			
Observaciones:			

Fuente: Elaboración propia con base en: REPROLATINA/Population Council (2001): Instrumentos de Evaluación de la Calidad de la Atención en Anticoncepción.

Instructivo Guía de supervisión de la Acción Educativa Grupal

El presente instrumento es de utilidad para realizar supervisión capacitante a los/as proveedores de los establecimientos de salud y personal comunitario que realizan una acción educativa grupal y que han sido capacitados/as en las mismas.

Es una lista de chequeo que comprende los pasos para la realización de la acción educativa grupal y las competencias imprescindibles que deben cumplir las/os facilitadores/as en cada uno de los pasos. Identifica el desempeño de cada facilitador/a.

Instrucciones:

1. Realice una observación en el ambiente donde se lleva a cabo la Acción Educativa, utilizando una lista de chequeo para cada facilitador/a.
2. Marque, en la columna correspondiente, las acciones realizadas por el (la) facilitador/al durante la sesión.
3. Diga al facilitador/a observado(a) que lo(a) presente al grupo.
4. Nombre del establecimiento: escriba el nombre del establecimiento de salud.
5. Comarca: escriba el nombre de la comarca en la que se encuentra el establecimiento de salud.
6. Nombre del/la supervisor: se registra el nombre completo.
7. Fecha: coloque la fecha en que se realiza la supervisión (día, mes y año).
8. Personal supervisado: Coloque los nombres completos de cada facilitador/a supervisado/a.

9. Criterios de verificación: Lista los pasos con sus respectivas competencias. A la derecha una columna para marcar con una cruz (x) las acciones supervisadas. En la columna correspondiente a la persona supervisada, el supervisor/a coloca el número (x) si se cumplieron, se cumplieron en parte o no se cumplieron todas las competencias.
10. En el espacio de Observaciones: coloque otra información que complemente la supervisión como por ejemplo, el tema de la acción educativa, el número de participantes, el género de los/as participantes (mujeres, hombres, mixto). Algunas reacciones del grupo y otras observaciones que el/la supervisor/a considera importante para hacer la retroalimentación y mejoras posteriores.