



PERÚ:

Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos

*Opinan tomadores de decisión, proveedores
de servicios de salud y usuarios/as*



PERÚ

Ministerio
de Salud



1994 - 2009
CAIRO/15
Conferencia Internacional
sobre Población y Desarrollo



PERÚ:

Análisis situacional y diagnóstico
de necesidades en torno al acceso a
condones masculinos y femeninos.

*Opinan tomadores de decisión, proveedores
de servicios de salud y usuarios/as*

PERÚ:

Análisis situacional y diagnóstico
de necesidades en torno al acceso a
condones masculinos y femeninos.

*Opinan tomadores de decisión, proveedores
de servicios de salud y usuarios/as*

PERÚ: Análisis situacional y diagnóstico de Necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos. *Opinan tomadores de decisión, proveedores de servicios de salud y usuarios/as*

© Ministerio de Salud - MINSa

© Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA
2009

Análisis Situacional y Diagnóstico de Necesidades
*Consultoras asociadas al Centro de Promoción y Defensa
de los Derechos Sexuales y Reproductivos - PROMSEX:
Susana Chávez A.
Delicia Ferrando R.*

Paneles de Prueba del Condón Femenino
*APROPO
Carola La Rosa de Luque
Teresa López*

Edición
Instituto de Educación y Salud

Corrección de estilo
Rosa Cisneros Canales

Cuidado de edición
Carol Briceño R.

Diseño y diagramación
Rodolfo Loyola

Impresión
Chataro Editores | Psje. Juan de Arona 151, Lima 39

Se imprimieron 1000 ejemplares

El contenido de esta publicación se desarrolló en el marco del Plan de trabajo 2008 acordado entre el Ministerio de Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2009-08371

Los contenidos de esta publicación no reflejan necesariamente el punto de vista oficial del Fondo de Población de Naciones Unidas ni del Instituto de Educación y Salud.

MINSa, UNFPA. PERÚ: Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos. *Opinan tomadores de decisiones, proveedores de servicios de salud y usuarios/as*. Lima, IES, 2009.

96pp.

Prevención ITS – VIH, salud sexual y reproductiva, programación de condones, doble protección, condón masculino, condón femenino.

Índice

Introducción	7
CAPÍTULO 1	
Marco explicativo para el análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones en el Perú	9
CAPÍTULO 2	
Aspectos metodológicos	13
2.1. Muestra	14
2.2. Instrumentos	17
CAPÍTULO 3	
Análisis situacional sobre la programación de condones	19
3.1. Percepción sobre la dimensión del problema de los embarazos no deseados o no planificados y el VIH y Sida desde la perspectiva de las y los informantes clave	19
3.2. La respuesta del Estado y de la sociedad civil a la epidemia del VIH y Sida y a los embarazos no deseados o no planificados	23
3.3. Desafíos en la respuesta nacional y regional	26
3.4. La programación de condones en el marco de las acciones de las Estrategias Sanitarias de SSR y VIH y Sida del Ministerio de Salud	31
CAPÍTULO 4	
La disponibilidad y el acceso a condones masculinos	35
4.1. Estudios sobre la disponibilidad, acceso y uso de condones masculinos	35
4.2. Percepciones de los funcionarios del sector salud, sociedad civil y usuarios de los servicios en torno a la disposición, accesibilidad y barreras para el uso del condón	39
4.3. Barreras específicas que enfrentan las y los adolescentes para acceder al condón	44

CAPÍTULO 5	
Percepciones, opiniones y actitudes en torno a la incorporación del condón femenino en el país	49
5.1. El condón femenino	49
5.2. Ventajas y desventajas del condón femenino desde la perspectiva de las y los informantes	55
5.3. Barreras que podrían afectar la introducción del condón femenino	58
5.4. Impacto que podría tener la introducción del condón femenino en el país desde la perspectiva de las autoridades y funcionarios del MINSA	59
5.5. Balance en torno a la incorporación del condón femenino en el país	
CAPÍTULO 6	
Paneles de prueba del condón femenino	69
6.1. Reacción espontánea frente al condón femenino	69
6.2. Reacciones frente a cada elemento vinculado al uso del condón	71
6.3. ¿Cómo se puede promover el condón femenino?	76
6.4. ¿Qué nombre ponerle al condón femenino?	78
Conclusiones	81
Recomendaciones	85
Bibliografía	87

Introducción



En el 2005, el UNFPA lanzó una Iniciativa Global en torno al condón femenino con el objetivo de integrar su programación como un componente esencial en los lineamientos de políticas de Salud Sexual y Reproductiva y VIH y Sida en los países. Para lograr este objetivo se requiere, en primer lugar, responder a las brechas en torno a la coordinación, abastecimiento, distribución y financiamiento del condón femenino, al mismo tiempo que se fortalece la programación conjunta de condones masculinos y femeninos. En segundo lugar, se requiere mejorar la capacidad nacional para crear demanda del condón, incluyendo acciones de abogacía, promoción del uso correcto y consistente del condón y acciones de comunicación para el cambio de comportamiento.

Considerando este contexto, así como el interés y compromiso del Ministerio de Salud del Perú por mejorar el acceso de la población al condón masculino y por incorporar nuevas tecnologías de prevención que ofrezcan doble protección —frente al embarazo no planificado y las ITS y el VIH—, tales como el condón femenino, el UNFPA y el MINSA acordaron en el marco del Plan de Trabajo 2008 emprender los primeros pasos para lograr dicho propósito.

El primer paso consistió en desarrollar un análisis situacional y diagnóstico de necesidades con la finalidad de generar evidencias en torno a la programación, promoción y uso de condones masculinos y femeninos en el país, considerando las necesidades, percepciones y desafíos de actores clave, que permita a las autoridades del sector salud orientar la toma de decisiones y el diseño de estrategias adecuadas. Cabe precisar que a la fecha, el Perú no tiene una provisión de condones femeninos, por lo tanto, para complementar el análisis se realizaron paneles de prueba del condón femenino. El diagnóstico situacional y de necesidades se llevó a cabo en cinco regiones del país: Lima, Callao, Junín, Loreto e Ica, mientras que los paneles de prueba se realizaron únicamente en las ciudades de Lima e Iquitos.

Las evidencias encontradas incluyen las percepciones, opiniones y representaciones de autoridades y profesionales de salud del sector público, representantes de ONGs y activistas por los derechos sexuales y derechos reproductivos así como de usuarios/as de los servicios de salud pública, incluyendo adolescentes, en torno a las ITS, la expansión del VIH y Sida, el embarazo no deseado o no planificado, los sectores vulnerables, la oferta y demanda de condones y la incorporación del condón femenino como un método que amplía la gama de opciones anticonceptivas disponibles en el país, así como también como una alternativa al alcance de la mujer para la prevención de ITS y del VIH y Sida.

Del mismo modo, el estudio provee información sobre la disposición de los tomadores de decisión, y en general de las autoridades del más alto nivel del MINSA y de las Direcciones Regionales de Salud en torno al tema. Además, brinda información relevante sobre las actitudes, opiniones y disposición de las y los proveedores de salud del sector público para ofertar el condón femenino en hospitales, centros y puestos de salud y, naturalmente, las opiniones y reacciones de las potenciales usuarias frente a este condón todavía desconocido en el medio.

Esperamos que esta publicación sea de utilidad y sirva como punto de partida para la planificación de acciones a corto y mediano plazo que permitan mejorar la programación de condones masculinos e incorporar el condón femenino en la oferta de métodos anticonceptivos y de prevención del VIH y Sida disponible en el sector privado y en los establecimientos públicos de salud.

Capítulo 1

Marco explicativo para el análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones en el Perú



En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en 1994 en El Cairo se hizo un llamado a una mayor disponibilidad de una variedad de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) para mujeres, hombres y jóvenes en todo el mundo, que en vez de enfocarse únicamente en la provisión de anticonceptivos para controlar el embarazo, considerasen un paradigma más amplio para entender la salud de las mujeres, incluyendo sus derechos, necesidades, preocupaciones y limitaciones.

Pasados quince años de la CIPD - Cairo/15, aún no se puede afirmar que el modelo limitado de provisión de servicios de planificación familiar haya sido superado para dar paso —en la práctica— a servicios más amplios de atención de la salud sexual y reproductiva que incorporen la prevención, la detección y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH y Sida dentro de los servicios de SSR. Por lo tanto, el hacer explícitos los vínculos que existen entre la sexualidad, la elección de anticonceptivos y la prevención de las ITS/VIH y Sida, y el aprovechar la sinergia intrínseca que existe entre la prevención de embarazos no deseados o no planificados y de las ITS, aún siguen siendo áreas fértiles de acción.

Las infecciones de transmisión sexual, las enfermedades reproductivas y el VIH y Sida tienen causas comunes tales como la pobreza, la inequidad de género y la marginación social de la mayor parte de las poblaciones vulnerables. De otro lado, la mayoría de las infecciones por VIH son transmitidas sexualmente o están asociadas con el embarazo, el parto y la lactancia.

Muchas mujeres con vida sexual activa y en edad reproductiva se ven amenazadas tanto por el embarazo no deseado como por las ITS, especialmente por el VIH y Sida. Ambas morbilidades se encuentran profundamente enlazadas, son interdependientes y comparten una base común, que es el sexo no protegido, definido no sólo como una

conducta de riesgo, sino como el resultado de una serie de factores que impiden a las mujeres prevenir de manera efectiva ambos problemas.

Estos factores están dados por:

- La condición biológica y la función reproductiva de la mujer, que determinan que se embarace y que se incremente su susceptibilidad de infección, debido a la forma que tienen sus órganos sexuales y a la constitución de la mucosa vaginal, que la hace ser receptora de fluidos.
- Aspectos sociales, como la inequidad de género, pobreza, violencia y discriminación, que desvalorizan a las mujeres como sujetos de derecho y limitan sus habilidades para el cuidado de su propia salud, así como su autonomía para tomar decisiones.
- Las prácticas sexuales, que son el resultado de las preferencias sexuales, pero también de la forma en que cada persona configura su propia sexualidad; su capacidad de negociación, su autocuidado, el cuidado del otro, así como el uso adecuado y oportuno de métodos de prevención.
- La organización del sistema de atención de salud y el acceso garantizado al mismo. Es decir, la manera como el Estado organiza su respuesta ante estos problemas; la priorización que hace, la eliminación de barreras, los recursos que brinda y las condiciones que genera para que todas las personas, sin distinción de ningún tipo, protejan su salud, controlen su reproducción y ejerzan su sexualidad sin riesgos.

Por tanto, se hacen evidentes las interacciones entre la salud sexual y reproductiva y la prevención de las ITS, VIH y Sida, así como la necesidad de impulsar políticas y acciones programáticas clave para fortalecer los vínculos entre los programas de SSR y de prevención de las ITS, VIH y Sida, para que redunden en beneficio de la población y de la salud pública.

Del mismo modo, se hace patente la necesidad de integrar los servicios de salud sexual y reproductiva como un paso necesario para la disminución de los embarazos no deseados o no planificados, así como de las ITS y el VIH y Sida. Ello supone que los servicios de salud sexual y reproductiva incluyan una gama de componentes e intervenciones orientadas a promover comportamientos sexuales protegidos, disminuir los riesgos de un embarazo no deseado o no planificado, así como la transmisión del VIH.

En este contexto, la programación integral de condones masculinos y femeninos se convierte en un componente esencial de los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a hombres y a mujeres, el cual complementa y refuerza la gama de intervenciones en SSR, incluyendo los servicios de prevención de las ITS, el VIH y Sida y la planificación familiar. Así, la programación integral de condones masculinos y femeninos resulta fundamental para mejorar el acceso a condones por parte de hombres y mujeres, contribuyendo a la adopción de comportamientos sexuales protegidos para evitar tanto embarazos no deseados o no planificados como las ITS y el VIH y Sida.

Se entiende por programación integral de condones la ruta de acceso de las y los usuarios al condón masculino y/o femenino, que incluye la cadena completa de pasos desde la estimación de la demanda, la compra y abastecimiento de condones, hasta la entrega del método a las usuarias y usuarios por medio de una oferta eficiente y satisfactoria. Este proceso incluye estrategias de abogacía y la difusión de materiales de información para promocionar el uso correcto y consistente del condón.

Cabe señalar que de todos los métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, sólo los condones masculinos y femeninos ofrecen protección contra las ITS y el VIH, al mismo tiempo que protegen de embarazos no deseados o no planificados. Por tanto, el condón tiene ventajas comparativas para cualquier persona que tenga relaciones sexuales (heterosexuales, homosexuales, bisexuales) y

también protege a las personas que viven con VIH de contraer otras ITS, o de reinfectarse, al mismo tiempo que protege a sus parejas sexuales.

Sin embargo, es claro también que existen una serie de limitantes y barreras, tanto para la provisión de los condones, la diseminación adecuada de información sobre su uso correcto, y su adopción en forma sostenida por parte de hombres y mujeres.

En Perú, el nivel de actividad sexual antes del matrimonio es relativamente alto y va en aumento. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud, la actividad sexual tanto premarital como dentro del matrimonio no ha sido acompañada por la adopción de comportamientos sexuales protegidos que eviten los embarazos no deseados o no planificados y las ITS y el VIH y Sida. Ello se refleja en las altas cifras de embarazos en adolescentes, así como en el incremento de casos de VIH y Sida tanto en poblaciones vulnerables (hombres que tienen sexo con otros hombres - HSH, trabajadoras sexuales, o personas privadas de libertad) como entre las mujeres y la población joven.

Las evidencias muestran que el uso o no de protección en los encuentros sexuales está influenciado por el tipo de relación que cada persona establece con la pareja. Las características y la dinámica de la relación entre parejas tienen un papel central en el sexo seguro (Bastard *et al.*, 1997). Tal como menciona Weeks (1998), esto nos remite al complejo tema de la “construcción social” de la sexualidad, la cual comprende múltiples e intrincados caminos en los que las emociones, los deseos y las relaciones están configurados en cada sociedad (Gayet *et al.*, 2001). De otro lado, el nivel de compromiso con la pareja y el balance de poder en la relación afectan el comportamiento sexual y el sexo protegido. El poder es inherente a todas las relaciones sexuales donde las parejas persiguen diferentes objetivos con recursos desiguales. Se trata de la dimensión que tiene más influencia por factores instituciona-

les y macrosociales tales como el papel que juegan el género y las relaciones de poder basadas en el género (Van Campenhoudt y Cohen, 1997), que consecuentemente, tienen un efecto fuerte en la adopción de comportamientos sexuales protegidos.

Como se desprende de lo expuesto, la programación integral de condones resulta clave en cualquier programa de salud sexual y reproductiva y de prevención de las ITS, VIH y Sida que busque disminuir los embarazos no deseados o no planificados, así como las infecciones de transmisión sexual y el VIH y Sida.

Se espera que los resultados del análisis situacional y diagnóstico de necesidades, en base tanto a fuentes primarias como secundarias —considerando la perspectiva de tomadores de decisiones, proveedores de servicios de salud y usuarios actuales o potenciales— arrojen información útil para estimar mejor la demanda de condones, mejorar los mecanismos para su abastecimiento y distribución, así como para fortalecer los servicios y las capacidades de los prestadores de salud para ofertar el método de manera eficaz y dando respuesta efectiva a las particulares necesidades de hombres y mujeres. El concepto de doble protección asociado a la programación de condones, así como las percepciones en torno al condón femenino, incluyendo paneles de prueba para testear su uso, constituyen variables importantes del estudio.

La información recolectada servirá de base para diseñar un plan nacional de acción para mejorar el acceso a los condones masculinos e introducir el condón femenino en la oferta de insumos de protección sexual frente a las ITS y VIH y los embarazos no deseados o no planificados que brinda el Ministerio de Salud. Del mismo modo, la información recolectada será valiosa para el diseño de estrategias de abogacía y de comunicación dirigidas a ampliar el acceso a los condones masculinos y a posicionar el condón femenino entre las potenciales usuarias.

Capítulo 2

Aspectos metodológicos



El estudio realizado planteó una metodología que recogió información tanto de fuentes secundarias como primarias, buscando obtener datos relevantes que aporten con evidencias a las estrategias y planes que el Ministerio de Salud implemente para mejorar la programación y el acceso de la población al condón masculino, e introducir el condón femenino en la oferta de métodos, contribuyendo, de este modo, a promover la doble protección.

El objetivo general del estudio fue:

- Generar evidencias que permitan a las autoridades del sector salud orientar la toma de decisiones y el diseño de estrategias adecuadas en la programación y promoción de condones masculinos; así como en la introducción del condón femenino en el país, para el ejercicio de la doble protección por parte de la pareja.

A partir de ello se plantearon dos objetivos específicos:

- Disponer de un análisis de situación sobre la programación y promoción de condones masculinos y femeninos en el país, que recoja los esfuerzos realizados desde el sector público, básicamente el MINSA, y desde otras instituciones públicas y no gubernamentales.
- Desarrollar un diagnóstico participativo que permita conocer las necesidades, percepciones y desafíos en torno a la promoción, provisión y uso de condones masculinos y femeninos, considerando la perspectiva de los proveedores de servicios de salud y de las y los usuarios actuales o potenciales.

Como ya se mencionó, de manera complementaria en la presente publicación también se presentan los resultados de los paneles de prueba del condón femenino, que tuvieron como objetivo *establecer los beneficios, percepciones, aceptación, actitudes, y recomendaciones relacionados a la aceptabilidad del condón femenino*.

El estudio se realizó en 5 regiones del país, específicamente en las ciudades de: Lima, Callao, Ica, Loreto y Junín. Las regiones fueron seleccionadas por la Dirección de Atención Integral de Salud del MINSA en coordinación con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Sida, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la Etapa de Vida Adolescente, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Tamaño de la población, en razón que la diseminación de las ITS y en particular del VIH y Sida se correlaciona con una mayor densidad poblacional, mayor actividad comercial y mayor flujo migratorio.
- Incremento de la prevalencia de ITS.
- Número de casos de VIH y Sida.
- Número de mujeres que viven con el VIH o Sida.
- Número de embarazos no deseados o no planificados.
- Número de hospitalizaciones por aborto.

La primera parte del estudio, correspondiente al *análisis de situación* de la programación y promoción de condones masculinos y femeninos, fue realizada tanto a partir de información secundaria disponible en publicaciones o en archivos magnéticos: informes y estadísticas contenidas en publicaciones oficiales (procedentes del MINSA y del INEI, principalmente) y de organizaciones no gubernamentales e instituciones que trabajan en el área de la salud sexual y reproductiva. Abarca también información primaria recogida mediante entrevistas a autoridades y profesionales del sector salud y de ONGs que trabajan en el área de la salud, así como a través de

grupos focales con funcionarios del sector salud y representantes de la sociedad civil.

La segunda parte, referida al *diagnóstico de necesidades en torno a la programación y promoción de condones masculinos y femeninos*, se basa íntegramente en información primaria recogida vía entrevistas directas a autoridades de las Direcciones Regionales de Salud y a operadores de servicios, así como a través de grupos focales con mujeres de 25 a 35 años y adolescentes de 15 a 20 años, dirigidos a conocer sus opiniones y actitudes frente a la doble protección como una práctica de prevención de las ITS y VIH y de los embarazos no deseados o no planificados.

Finalmente, los paneles de prueba se realizaron con mujeres entre 18 y 35 años de las ciudades de Lima e Iquitos. Esta prueba de producto permitió tener una aproximación a las percepciones, opiniones y valoraciones de un grupo de mujeres frente al uso del condón femenino, que es un método desconocido en el país. Para ello se introdujo en el conocimiento del condón femenino a las mujeres que voluntariamente decidieron participar, quienes recibieron un instructivo para su uso, así como un número de condones para ser utilizados con su pareja. Luego del periodo pactado fueron entrevistadas y aportaron información sustantiva sobre su experiencia en el uso del condón.

A continuación se presentará de manera sintética la información relevante sobre la muestra e instrumentos de recolección de información organizada, siempre de acuerdo al análisis situacional, diagnóstico de necesidades y paneles de prueba.

2.1. Muestra

2.1.1. Del análisis situacional

Se realizaron un total de 42 entrevistas con diversos grupos de informantes (Tabla 1) elegidos intencionalmente, con el propósito de obtener

la gama más amplia posible de percepciones y actitudes sobre las ITS en general, el VIH y Sida, los embarazos no deseados o no planificados y la doble protección, así como un panorama de cómo está el país en materia de programación y promoción de condones masculinos, y cuál sería la disposición del sector para la introducción del condón femenino en el mercado nacional.

Se realizaron de manera complementaria 3 grupos focales, también con los mismos actores, distribuidos como se presenta en la Tabla 2.

2.1.2. Del diagnóstico de necesidades

Se realizaron un total de 45 entrevistas a proveedores de salud de las 5 regiones establecidas. Estos proveedores prestaban servicios en 15 establecimientos de salud que fueron seleccionados en coordinación con la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA y con las autoridades de las DIRESAS y DISA. Se consideró dos criterios principales: la accesibilidad geográfica del establecimiento, y que en cada región se identificara un hospital, un centro de salud y un puesto de salud. Cabe mencionar que esto no se cumplió en la Diresa Callao, debido a que sus responsables solicitaron que, dada la afluencia de público en sus establecimientos, era mejor considerar dos centros de salud. De este modo, participaron en el estudio 5 hospitales, 6 establecimientos de salud y 4 puestos de salud. En la Tabla 3 (página siguiente) se presenta el detalle de los establecimientos de salud.

En cada establecimiento se hicieron en promedio 3 entrevistas, para lo cual, de acuerdo a la disponibilidad se seleccionó a: jefes de establecimiento o jefes de obstetricia y ginecología, profesionales responsables de la ESN PC ITS y VIH/Sida, de la ESN SSR y de la Etapa de Vida Adolescente.

Como parte del diagnóstico de necesidades se realizaron también 2 grupos focales en las ciu-

Tabla 1
Número de entrevistados para el análisis situacional

Tipo de Informante	Número de entrevistas
Funcionarios y profesionales de salud de las Direcciones Generales y Oficinas del MINSA encargadas de las Estrategias Sanitarias de Salud Sexual y Reproductiva y de ITS y VIH/Sida, así como de los procesos logísticos de distribución en los servicios públicos.	9
Responsables de las mismas instancias a nivel de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS) y Direcciones de Salud (DISAS) en el ámbito de la región Lima.	21
Profesionales de ONG, organismos de cooperación internacional e instituciones que trabajan en salud sexual y reproductiva.	12
Total	42

Tabla 2
Número de grupos focales realizados

Tipo de Informante	Núm. de GF
Directivos del MINSA y DISAS: incluyó a los representantes de las direcciones de de las diferentes instancias identificadas.	1
Coordinadores de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESN SSR) y de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (ESN PC ITS y VIH/Sida) y miembros de los equipos técnicos de Salud Sexual y Reproductiva de las DISAS de Lima y Callao.	1
Representantes de la sociedad civil, específicamente de ONG que trabajan en salud sexual y reproductiva y VIH.	1

dades de Pucallpa, Huancayo e Ica. De este modo, en cada ciudad hubo un grupo focal con mujeres de 25 a 40 años y otro con adolescentes varones y mujeres de 15 a 19 años. En total se hicieron 6 grupos focales. Es importante señalar que en todas las regiones, el personal de salud y las promotoras de salud fueron de suma importancia para convocar la participación de las mujeres y adolescentes a los grupos focales.

Tabla 3
Establecimientos visitados en cada región

Direcciones Regionales de Salud	Hospital	Centro de Salud	Puesto de Salud
DISA Lima Ciudad (Lima V)	Nacional Dos de Mayo	Juan Pablo II	Laura Caller
DIRESA Callao	Nacional Daniel A. Carrión	Acapulco CERITSS Alberto Barton	
DIRESA Ica	Regional de Ica	La Palma Grande	Señor de Luren
DIRESA Loreto	Regional de Loreto	Belén	II Masusa
DIRESA Junín	Daniel A. Carrión - Huancayo	La Libertad	Ocopilla

2.1.3. De los paneles de prueba

Se seleccionaron y entrevistaron 22 mujeres en Lima y 20 en Iquitos. Un total de 42 mujeres con las siguientes características: sexualmente activas y diferenciadas por edad y grupo socio económico, como se ilustra en el siguiente cuadro:

Tabla 4
Distribución de la muestra en Lima e Iquitos

Edades	Nivel socio económico	N° de entrevistas		
		Lima	Iquitos	Total
18 a 22 años	A- B	5	4	9
18 a 22 años	C - D	4	6	10
18 a 22 años	E	4	1	5
23 a 35 años	A - B	2	4	6
23 a 35 años	C - D	4	3	7
23 a 35 años	E	3	2	5
	Total	22	20	42

2.2. Instrumentos

Los instrumentos fueron desarrollados especialmente para este estudio por el equipo de investigadoras, en estrecha coordinación con funcionarios del MINSA y del UNFPA. Se tuvo en cuenta instrumentos utilizados en estudios similares sobre Programación Integral de Condomes (Comprehensive Condom Programming) realizados con asistencia técnica y financiera del UNFPA en otros países de América Latina. Se realizó también una aplicación piloto de los instrumentos mediante entrevistas simuladas entre miembros del equipo de campo y con profesionales de centros de salud de dos redes (Lima y Callao).

En concordancia con los objetivos del estudio se estableció que los contenidos más relevantes a ser explorados eran:

- Percepción sobre la prioridad epidemiológica y de salud pública del VIH y Sida y de los embarazos no deseados o no planificados.
- Respuesta del MINSA en el ámbito nacional y regional para incorporar el VIH y Sida, y los embarazos no deseados o no planificados en las políticas y programas nacionales.
- Percepción sobre el trabajo integrado (o no) de las Estrategias Nacionales de SSR y de Prevención y Control de ITS, VIH/Sida.
- Percepción y actitudes hacia el condón masculino.
- Programación de condones y población beneficiaria.
 - Disponibilidad de condones.
 - Políticas para la entrega de condones por tipo de población.
 - Adquisición, distribución y cadena de abastecimiento de condones, desde el almacén central hasta el establecimiento de salud de menor nivel.
- Actitudes respecto al condón femenino.
- Limitaciones, barreras y dificultades percibidas para la introducción del condón femenino como un método alternativo de doble protección en la población adolescente.
- Recomendaciones para la inclusión del condón femenino en el sistema sanitario.
- Dificultades de un trabajo articulado entre la ESN SRR y ESN PC ITS/VIH/Sida.
- Optimización de la prevención del embarazo no deseado o no planificado entre las mujeres que viven con VIH y optimización de la prevención del VIH entre las mujeres usuarias de planificación familiar.
- Doble protección y condón femenino.
 - Accesibilidad al condón.
 - Respuesta hacia el condón femenino.
 - Disposición al uso del condón femenino, qué se necesitaría hacer para una adecuada introducción del método.

Estos contenidos fueron incorporados en los cuestionarios que se utilizaron en las entrevistas, considerando un esquema básico, al cual se le agregaron algunos módulos en función de la especificidad de cada informante clave. A continuación, se mencionan los instrumentos utilizados.

2.2.1. Diagnóstico situacional

- Cuestionario de entrevista Forma 1: Dirigido a autoridades y profesionales del nivel central del MINSA y a profesionales de ONG.
- Cuestionario de entrevista Forma 2: Dirigido a autoridades y profesionales de las Direcciones Regionales de Salud.
- Guía temática para el grupo focal con directivos del MINSA y también para el grupo

focal con profesionales de ONG (Guía 1), que aborda:

- a. Percepción de prioridad epidemiológica y de salud pública del VIH y Sida y de los embarazos no deseados o no planificados.
- b. Cómo se incorpora esta prioridad en los planes y programas nacionales.
- c. Actitudes respecto al condón femenino.
- d. Recomendaciones para la inclusión del condón femenino en el sistema sanitario.

- Guía temática para el grupo focal con responsables de la ESN SSR y de la ESN PC ITS y VIH/Sida (Guía 2), que aborda:

- a. Dificultades de un trabajo articulado entre la ESN SSR y VIH.
- b. Optimización de la prevención del embarazo no deseado o no planificado entre las mujeres que viven con VIH y optimización de la prevención del VIH entre las mujeres usuarias de planificación familiar. Razones de esta segmentación.
- c. Inclusión de la doble protección y del condón femenino.

2.2.2. Diagnóstico de necesidades

- Cuestionario de entrevista Forma 3: Dirigido al proveedor de servicios de salud.

Asimismo, en este diagnóstico se utilizaron las guías temáticas para los grupos focales:

- Guía Temática para el grupo focal con Adolescentes y Mujeres (Guía 3), que aborda:

- a. Familiaridad y actitudes hacia el condón masculino.
- b. Accesibilidad del método.
- c. Respuesta hacia el condón femenino.
- d. Disposición de uso: qué se necesitaría hacer para una adecuada introducción.

2.2.3. Paneles de prueba

Para los paneles de prueba del condón femenino se utilizó la técnica de entrevista en profundidad con las mujeres informantes clave seleccionadas. Para este efecto se utilizó una guía temática de entrevista.

En cuanto al procedimiento, luego de realizarse el reclutamiento de las mujeres según los criterios establecidos, se les entregó el instructivo para el uso del condón femenino y se les explicó el objetivo de la prueba del producto. Luego de absolver todas las dudas e interrogantes que plantearon sobre el uso del condón femenino, se les pidió que firmen el consentimiento informado y se les entregó dos condones femeninos de prueba para ser utilizados en un plazo máximo de quince días. Simultáneamente se les indicó los temas sobre los cuales se les aplicaría un cuestionario, habilitándoles una hoja de instrucciones para la aplicación de la prueba.

Después de los quince días, tiempo en el que debían experimentar el uso del condón con sus parejas, se programó una cita con cada una de ellas para aplicarles una entrevista en profundidad.

Análisis situacional sobre la programación de condones



Los resultados vinculados al análisis situacional de la programación de condones fueron organizados en 3 acápite. En primer lugar, se presenta la percepción de las y los informantes entrevistados sobre el problema de los embarazos no deseados o no planificados y el VIH/Sida en el sector salud. En segundo lugar, se analiza la respuesta del Estado y de la sociedad civil frente a estos dos temas. Finalmente, se desarrolla la forma en que se viene dando la programación de condones masculinos.

3.1. Percepción sobre la dimensión del problema de los embarazos no deseados o no planificados y del VIH y Sida desde la perspectiva de las y los informantes clave

En general, hay una idea bastante compartida entre las autoridades y funcionarios del MINSA y los funcionarios de las ONG, respecto a que el VIH es uno de los problemas más importantes de la salud pública, y que su dimensión es mayor a como en realidad la epidemia está descrita en el país (concentrada y de baja prevalencia para la población general). Opinan también que la epidemia del VIH está en incremento, y fundamentan su opinión en que cada vez hay más reportes y fuentes de datos que se van acercando a las cifras. Hay quienes señalan que estas cifras no reflejan la realidad por los serios problemas de subregistro, o porque se construyen únicamente en base a las personas que acceden a los servicios.

Ha aumentado, aunque los datos no lo muestran. Hay un problema de registro. Ha aumentado, porque no es fácil detener la transmisión sexual (funcionario/a MINSA).

Entre las razones que aducen para explicar la presencia de casos de VIH identifican principalmente las prácticas sexuales de riesgo, (no uso del condón, inicio temprano de las relaciones sexuales) pero también reconocen ciertas condiciones de vulnerabilidad, por ejemplo la violación sexual o la presencia de hombres bisexuales que transmiten el virus a sus parejas mujeres heterosexuales monógamas.

Las y los informantes clave también señalan que la efectividad de los servicios de salud o de las estrategias de prevención en marcha, aún es limitada. Esto se expresa en la falta de acceso a servicios diferenciados, en particular para las y los adolescentes, la limitada información y el aún limitado acceso a insumos.

Hay una combinación de factores; no sólo es un problema de acceso a información. No hay formación en sexualidad, no hay educación sexual. Los chicos no conocen cómo funcionan sus órganos. Hay otra serie de barreras culturales, está el asunto de la equidad de género (profesional sector salud, regiones).

Es una enfermedad silenciosa, no se evidencia así nomás, no tiene un letrado que diga: yo soy portador de VIH o tengo Sida, eso se suma a que en el Perú no hay una cultura del cuidado (funcionario/a MINSa).

Los casos de VIH han aumentado, aunque los casos de Sida permanecen igual porque hay una mejor medicación y vigilancia por parte del MINSa. La población vulnerable está garantizada y las personas con recursos tienen mejores posibilidades aún (funcionario/a MINSa).

Muchas jóvenes continúan teniendo relaciones sexuales sin protección y ha aumentado en los grupos no vulnerables, en los heterosexuales y particularmente en mujeres (profesional sector salud, regiones).

Como se puede apreciar, los funcionarios del MINSa y los profesionales del sector salud en las regiones

consideran que el VIH y Sida es un problema de importancia para el sector. En el caso del embarazo no deseado o no planificado, si bien es considerado también como un problema, se percibe éste en menor magnitud que el VIH. Sobre el embarazo se plantean principalmente dos aspectos: que las más afectadas serían adolescentes y mujeres pobres, y que no hay un avance significativo en cuanto a la reducción de las tasas de embarazo no deseado o no planificado en estas poblaciones.

Las y los representantes de la sociedad civil manifestaron algunos reparos sobre las estadísticas referidas al VIH y Sida que se manejan en el país. Perciben que éstas no sólo estarían presentando una pequeña porción del problema, sino que también estarían orientando la interpretación como si se tratara fundamentalmente de un problema de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) o de trabajadoras sexuales (TS).

Fíjate, si me dicen que la prevalencia de las trabajadoras sexuales, que es de punto cinco, ni siquiera llega al uno, en los HSH es más alto, ya estamos planteándonos una situación difícil... ¿Entonces dónde es que estas poblaciones puentes están infectando y llevan la enfermedad a donde no había? ¿De dónde?... yo no creo que todos sean bisexuales (profesional de sociedad civil).

Pueden haber bastantes bisexuales... pero muchos que no son bisexuales, hay otros que van a la trabajadora (sexual), pero también hay muchos que no van a la trabajadora (sexual), pero allí no estamos mirando... (profesional de sociedad civil).

Asimismo, desde la sociedad civil se cuestiona el enfoque de la vigilancia epidemiológica vigente, que desde el punto de vista de las y los profesionales entrevistados estaría muy circunscrito a los servicios de salud, generando grandes inequidades no sólo en el acceso al diagnóstico temprano, sino también, al concentrar las intervenciones en

poblaciones cautivas que finalmente resultan muy reducidas, como es el caso de las gestantes, que corresponden al 5% de la población de mujeres en edad fértil.

Sí, pues, hay un tema, si efectivamente no nos estamos poniendo los lentes de una vigilancia epidemiológica desde la comunidad, y tenemos una vigilancia epidemiológica muy pensada desde el servicio (profesional de sociedad civil).

La percepción es que las mujeres identificadas no representan la situación de toda la población de mujeres... por ahí la estadística es engañosa. Las mujeres que estamos cubriendo son las gestantes, pero no a toda la población (profesional de sociedad civil).

Este grupo de informantes considera que la definición de epidemia concentrada que se asigna al VIH/Sida en nuestro país, no estaría respondiendo a la dinámica real que presenta la epidemia en el Perú, dado que esta visión es restringida y no permite reconocer la velocidad de su avance en el grupo de mujeres, y particularmente en adolescentes.

Hay una epidemia concentrada y la proporción hombre - mujer ha ido bajando... entonces este es un dato que definitivamente llama la atención (profesional de sociedad civil).

Otro tema fundamental es la complejidad del análisis de las diversas vulnerabilidades, que están presentes en muchos de los estudios acerca del tema, y desde el punto de vista del grupo, esta información no estaría siendo utilizada para examinar el impacto de la epidemia y cuáles serían los grupos más afectados.

Traía a mis recuerdos el último caso que hemos tenido en un colegio. Una niña adolescente de 14 años, evidencia su embarazo y a raíz de eso nos acercamos a conversar con ella. Eran sus primeras relaciones sexuales, pero el embarazo pasó a ser un segundo problema cuando descubrimos

que era Elisa positivo, pues además de embarazada, estaba infectada con VIH... (profesional de sociedad civil).

● **Priorización del VIH y Sida y el embarazo no planificado en la agenda**

● **En el ámbito nacional**

Desde el punto de vista de las autoridades del sector salud habría dos posiciones. Una de ellas considera que, efectivamente, el MINSa responde a estas problemáticas de manera prioritaria. Otro grupo de informantes señala que aunque ambos temas son importantes, el MINSa no les está dando suficiente prioridad debido a que hay otros asuntos a los que otorga mayor interés. Esta última opinión está referida principalmente al tema de reducción del embarazo no planificado, y no tanto al del VIH/Sida.

Según las y los informantes entrevistados el compromiso del MINSa se expresaría en el conjunto de acciones sanitarias que se han puesto en marcha para enfrentar tanto la epidemia del VIH como los embarazos no planificados, lo que una de las entrevistadas ha denominado “prioridad técnica”. Es decir, la provisión de métodos anticonceptivos, la entrega de medicamentos antirretrovirales, diversas actividades de prevención, entre otras, todas conducentes a disminuir la prevalencia de casos.

La Estrategia Sanitaria de VIH y Sida es una de las más importantes del sector porque su misión es prevenir. Porque el MINSa tiene diferentes niveles de intervención: IEC, mensajes en los medios, INFOSALUD por teléfono, consejería en los hospitales. Se viene una campaña “hazte la prueba” para población general (funcionario/a MINSa).

El MINSa tiene un programa para la Etapa de Vida Adolescente que incluye la prevención

del embarazo en este grupo, tienes la AOE en la gama de métodos que se distribuyen en los establecimientos de salud (funcionario/a MINSA).

En segunda instancia, reconocen que la existencia de las Estrategias Sanitarias Nacionales de SSR y VIH y Sida es otra señal de la prioridad que da el sector al VIH y Sida y a la prevención de los embarazos no deseados o no planificados, pues como órgano funcional, su labor es normar y conducir el desarrollo de acciones en estos temas.

Por la existencia de una Estrategia, el MINSA financia el TARGA, la prueba y el diagnóstico y las pruebas rápidas para las gestantes. El MINSA asume todo lo que es transmisión vertical. O sea, la parte de tratamiento está bien cubierta. Financia también la intervención de pares, lo que se hace a través de una partida especial (funcionario/a MINSA).

Igualmente hay una estrategia específica que tiene a su cargo el programa de planificación familiar (PF) en todo el país (funcionario/a MINSA).

Un tercer aspecto está dado por la existencia de documentos al más alto nivel referidos a la política sanitaria, tales como normativas, planes y guías, que son de mandato nacional.

Hay un plan estratégico multisectorial para la prevención y control del VIH y Sida que está siendo implementado por un equipo encargado de promover el uso de recursos del Fondo Global (funcionario/a MINSA).

En menor medida, aunque no por ello deja de tener importancia, los informantes señalan la demanda de la población como un elemento a tener en cuenta en el análisis sobre la prioridad que tienen los temas en cuestión en la agenda del MINSA.

No obstante, desde sociedad civil, las y los entrevistados señalaron también algunos indicadores que demuestran un limitado compromiso del MINSA con las temáticas en cuestión, como por ejemplo el hecho que las prioridades sean sólo declarativas y que éstas no se concretan en ningún apoyo sostenido, ya sea de carácter político y/o financiero, dado que muchos fondos provienen de la cooperación internacional. Según indican, en varias ocasiones no se cumple lo que se programa y mucho de lo que se planifica sólo se quedan en el papel.

En el discurso hay cierta preocupación, sin embargo, ese discurso no se traduce en campañas y acciones que contribuyan a prevenir y controlar la expansión de la enfermedad (profesional de sociedad civil).

Aunque en los documentos lo señalan, las medidas en salud sexual y reproductiva y específicamente en prevención de embarazos no deseados no reciben la prioridad política necesaria que se refleje en presupuesto, esto se puede observar en el poco peso político de la estrategia y el abandono de los servicios de planificación familiar que pasan por periodos serios de desabastecimiento de métodos anti-conceptivos (profesional de sociedad civil).

• En el ámbito regional

Todas y todos los entrevistados consideran que el VIH si es una prioridad en las regiones y que esto se puede ver reflejado en varios indicadores tales como: su inclusión en los planes regionales; el apoyo del gobierno regional no tanto financiero sino político; la preocupación del sector ante el avance de la epidemia; la demanda de servicios que origina; por que afecta a las y los adolescentes de manera particular así como la vulnerabilidad de la zona.

La tendencia de ITS, VIH/Sida es creciente. Se debe fortalecer las actividades de promoción

y prevención, pero este trabajo tiene sus limitaciones, como es la falta de personal en los establecimientos de salud (profesional sector salud, regiones).

Sabemos que es una prioridad por el aumento de demanda, pero no se ponen metas para la atención, como podría ser la prevención y control (profesional sector salud, regiones).

Por el crecimiento paulatino de la epidemia en las zonas periféricas motivada por el movimiento de una población flotante (profesional sector salud, regiones).

De otro lado, se considera que el embarazo no deseado o no planificado es también una prioridad en las regiones, señalándose factores tales como:

- **Las muertes maternas que se producen a causa de este problema.**

Es la tercera prioridad en la DISA. Tenemos registrados 24 casos de muertes maternas en lo que va del año, suponemos que muchos de estos casos se presentan por abortos, que el año pasado tuvimos 3,000 casos registrados. Esto es muy alto y urge la prevención y sensibilización de los proveedores (profesional sector salud, regiones).

- **La presencia de embarazos a temprana edad.**

El embarazo en adolescentes crea problemas sociales y no sólo médicos. Apunta a los adolescentes que no son informados ni por los padres de familia ni por los profesores. Y si lo hacen, les dan información muy limitada (profesional sector salud, regiones).

- **Debido al incremento de los embarazos no deseados o no planificados, especialmente en la población joven.**

Hay incremento de embarazos en adolescentes, muchos incurrir en problemas sociales como el aborto, abandono de los bebés, hasta a veces la muerte (profesional sector salud, regiones).

Según las estadísticas, Loreto, Ucayali y San Martín son los que tienen el más alto porcentaje de adolescentes embarazadas, por lo tanto urge un trabajo preventivo, en los centros educativos fundamentalmente (profesional sector salud, regiones).

De acuerdo a la percepción de las y los informantes entrevistados en las regiones, las razones que explican el alto número de embarazos no deseados o no planificados en población adolescente serían: el inicio temprano de las relaciones sexuales, la falta de información y educación sexual, limitado acceso a servicios de salud, limitado acceso a los métodos anticonceptivos, presencia de mitos asociados al uso del condón (“las parejas estables no deben usar condón”), uso inconsistente del condón y que son “irresponsables”.

3.2. La respuesta del Estado y de la sociedad civil a la epidemia del VIH y Sida y a los embarazos no deseados o no planificados

- **La perspectiva de las autoridades, funcionarios y profesionales de salud del MINSA**

Según las y los entrevistados, la respuesta del Estado ha estado focalizada en actividades de información, cambio de patrones de comportamiento, cambios en los servicios de salud y el impulso a un trabajo multisectorial.

Con referencia a las *actividades de información*, primer aspecto identificado, señalan que éstas no han sido suficientes para lograr cambios sustantivos en la adopción de prácticas preventivas. Indican que se requiere mejorar el enfoque y la metodología para hacer de la información un instrumento sustantivo que contribuya a lograr cambios favorables en los comportamientos. Proponen para ello, estrategias comunicacio-

nales como el mercadeo social, y metodologías educativas que aborden aspectos culturales que están a la base de la construcción social de la sexualidad y que respondan más a las prácticas sexuales que tiene la gente.

Realizar campañas mediáticas que permitan un mejor conocimiento de las principales vías de transmisión, de las formas de prevención, y por otro lado, mejorar el acceso a los preservativos, incluyendo en la oferta pública el condón femenino, acompañado de mensajes que permitan desestigmatizarlo. Generar un programa adecuado de educación sexual, que incluya temas como violencia, equidad de género y prevención, ya que especialmente las mujeres se infectan por sus propias parejas o por la incapacidad de negociar el preservativo, ya que se asocian mitos y estereotipos a su uso (funcionario/a MINSA).

El segundo aspecto, está relacionado al énfasis en el cambio de patrones de comportamiento y para ello se trabajan dos alternativas: la abstinencia o fidelidad, y el uso del condón. Sobre la primera, consideran que si bien lo deseable es que las y los adolescentes no tengan relaciones sexuales, están concientes de que esta práctica resulta muy difícil de aplicar para muchos de ellas y ellos.

Abstinencia, fidelidad y uso correcto de condones. La monogamia es indispensable, no cambiar de pareja. El asunto es cuán fácil es practicar todo esto, creo que es un tema de edad y cultura. Se observa una mayor libertad de mujeres jóvenes que se acuestan con sus parejas. Antes los hombres, si querían disfrutar del sexo, se iban a los prostíbulos, ahora esa práctica ha desaparecido en muchos sectores (funcionario/a MINSA).

El retraso en las relaciones sexuales, el uso de condón, ser asertivos, saber decir no, debe haber más información y estrategias como INFOSALUD (línea telefónica del

MINSA) pueden ser interesantes, por ejemplo (funcionario/a MINSA).

El tercer aspecto, aunque menos mencionado, se refiere a los cambios que se están tratando de operar en los servicios de salud. Al respecto plantean dos temas: el cambio de enfoque de los servicios, orientado a vincular la prevención y el tratamiento como parte de un proceso integral, y la articulación de las actividades de salud reproductiva con las intervenciones en VIH. Se considera que lograr dicha articulación permitirá superar varios obstáculos para la prevención derivados de la focalización de la atención.

Cabe mencionar que en la percepción sobre cómo deben operar los servicios también hay opiniones diferentes, por ejemplo uno de los informantes señaló, contrariamente a la opinión de la mayoría, que los servicios deberían focalizarse más aún y prestar mayor atención a quienes ya viven con el VIH, pues el control de su carga viral también sería una de las maneras de aportar en la prevención.

Finalmente, hay quienes mencionan la necesidad de seguir reforzando el trabajo multisectorial, que se ha venido realizando, incluyendo al gobierno local, la sociedad civil y otros sectores, aunando esfuerzos para promover medidas preventivas, especialmente el uso del condón.

● La percepción de los funcionarios en el ámbito regional

Varios informantes creen que se ha hecho muy poco para prevenir estos problemas y lo que se ha hecho no se refleja en las estadísticas. Mencionan que el problema se mantiene porque no hay suficiente conciencia sobre el mismo y por la interferencia de la iglesia en las políticas públicas de salud reproductiva.

Porque en el caso del VIH hay quienes piensan que se trata de temas de homosexuales por

el bajo nivel cultural de la gente (profesional sector salud, regiones).

Varones que son machistas, zonas alto andinas, rurales, nativos, son mujeres subordinadas que se hacen más proclives a las infecciones (profesional sector salud, regiones).

La población de periferia que es la más vulnerable. Los grupos étnicos rechazan el uso de condones... (profesional sector salud, regiones).

La vulnerabilidad de las mujeres es otro aspecto a considerar, ya que muchas piensan que sus parejas no les van a transmitir el virus, o también sucede que les impiden usar métodos anticonceptivos. Otro elemento a tener en cuenta es la existencia de barreras que los padres imponen a sus hijos e hijas, ya sea por falta de información o por la prohibición explícita, especialmente en el uso de anticonceptivos.

Los jóvenes... solamente cuando ya se da el embarazo (en los jóvenes) los padres se preocupan del problema (profesional sector salud, Regiones).

Los padres se resisten a que sus hijos sean informados sobre los métodos anticonceptivos (profesional sector salud, regiones).

Los que consideran que se ha avanzado bastante, señalan que los esfuerzos se han centrado en la información y en la facilitación del acceso a condones.

La información es considerada una de las estrategias más adecuadas para enfrentar la expansión de las ITS/VIH y el embarazo no deseado o no planificado en las regiones esto incluye, una mayor difusión de los mecanismos de prevención; la educación sexual en las escuelas, incluyendo estrategias educativas interculturales; la educación entre pares; la capacitación a maes-

tros y maestras; el acceso al condón así como a servicios diferenciados.

Información intercultural para que adopten estos conceptos a su vida cotidiana... (profesional sector salud, regiones).

Seguir a nivel de UGEL, de institutos, escuelas nocturnas. No hay mucha información en los medios de comunicación masiva (profesional sector salud, regiones).

Distribución de condones desde los establecimientos de salud, sensibilizar para el adecuado uso del condón, porque se les entrega y no hay una consejería adecuada (profesional sector salud, regiones).

Las y los informantes de las regiones señalan que hasta el momento las acciones que se han desarrollado en sus ámbitos con el fin de prevenir las ITS/VIH y los embarazos no deseados o no planificados han estado centradas en la provisión de atención integral en los hospitales, campañas con unidades móviles y actividades educativas coordinadas entre los sectores Salud y Educación.

● La perspectiva de la sociedad civil

Las y los informantes de sociedad civil señalan que la respuesta al VIH y Sida no está apuntando a detener la epidemia. Esto tiene que ver, según sus puntos de vista, con los enfoques que se estarían utilizando. Mencionan, por ejemplo, el hecho de estereotipar a las mujeres tan sólo como víctimas y no como sujetos activos que intervienen también en el círculo de la expansión de la enfermedad. También señalan que la preocupación en torno al VIH y al embarazo está disociada, y que eso también es consecuencia de intervenciones realizadas de manera fraccionada. Reconocen la enorme y particular importancia que tiene para las mujeres la planificación familiar, que constituye uno de los espacios

ganados en el cuidado de la salud, sin embargo, a pesar de ello, hay todavía una enorme brecha para dar respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva que plantean las mujeres.

Obviamente si tú vas a buscar como proteger de un embarazo, tienes un abanico de métodos, puedes usar un condón y usar un inyectable. Muchas seguramente irán por el inyectable, por costos o por lo que sea... pero no por el condón... Lo que pasa es que ahí aún falta posicionar el condón en el sentido de que también te pueda afectar una ITS, todavía vemos las ITS muy lejanas a la realidad, entonces lo primero que te preguntan es por la anticoncepción (profesional de sociedad civil).

A pesar que el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del MINSA ofrece potencialmente la posibilidad de articular las necesidades de las mujeres, las limitaciones en su comprensión y operatividad no estarían ayudando en el abordaje de la epidemia, como tampoco en la prevención del embarazo no deseado o no planificado.

A mí me parece que el modelo de atención integral, tiene ciertas limitaciones para temas como el VIH. Muchas veces sólo están pensando en el tema de planificación familiar y prevención del embarazo, o en VIH... pero eso lo haces porque estás pensando más en tus intereses, en tu programa... Allí se tiene que hacer una alianza obligatoria donde PF tiene que hablar de ITS, y si alguien llega a ITS, obviamente deben hablar de PF... y en ambos casos, ver el derecho de las mujeres (profesional de sociedad civil).

Desde el punto de vista de estos informantes, el Modelo de Atención Integral tampoco está aportando mucho para que se amplíe la red de influencia, ya que, como se mencionó anteriormente, focaliza su atención en las personas que acuden a los servicios.

Sí, pero ¿quiénes son las que reciben? son las gestantes... ¿qué pasa con la mujer en otra etapa? Las gestantes en todo caso son pocas y no representan a todas las mujeres. Sí pues... el problema es que no se están haciendo acciones de promoción, sólo se espera que la mujer llegue, para que se le haga la prueba (profesional de sociedad civil).

Finalmente, un aspecto crítico del abordaje de la epidemia y del embarazo no deseado o no planificado es la focalización, no sólo de intervenciones, sino de grupos poblacionales. Las y los informantes consideran que con esta práctica, además de limitarse el abordaje del problema, también se genera la pérdida de oportunidades. Por ello, manifiestan que se debería generar alianzas clave con sectores que muy pocas veces han sido involucrados en las políticas sanitarias, a pesar de ser conocido el gran potencial que ofrece la suma de esfuerzos del ámbito público y privado.

A veces no nos damos cuenta de la importancia de la planificación familiar y de cómo para otros sectores es clave... el otro día, nos llamó el gerente de una empresa textil para decirnos... "Señora. No me va creer usted, el año pasado celebramos el aniversario, a los 9 meses nacieron ocho niños" (risas) (profesional de sociedad civil).

3.3 Desafíos en la respuesta nacional y regional

● La adopción de comportamientos de prevención de las ITS, VIH y embarazo no deseado o no planificado

Para la mayoría de las y los entrevistados, la población ha incorporado poco o nada la prevención de las ITS y del VIH en sus vidas y los que lo hacen, son aquellos que se reconocen a sí mismos como parte de la población en mayor

riesgo (HSH, TS). Las personas con mayor nivel de instrucción o con mayores ingresos parecerían haber incorporado en mayor grado prácticas de protección sexual. Los que se sienten menos vulnerables según la percepción de las y los informantes serían las mujeres y las y los adolescentes quienes “creen que nada les puede pasar”.

Mencionan también que si bien hay un avance sustantivo en la información sobre el tema (así lo demuestra también la ENDES Continua 2004-2006) y la población conoce los aspectos principales que les permitiría prevenir un embarazo no deseado o no planificado o el VIH y Sida, esta información no se traslada a comportamientos preventivos ya que según sus percepciones la información no es suficiente para cambiar prácticas.

Hay conciencia pública que existe un riesgo de contagiarse (sic) de alguna ITS y eventualmente del VIH, sabe que tiene que protegerse y cuidarse pero en la práctica la gente no lo hace o lo hace muy poco. Últimamente eso ha mejorado pero la proporción de gente que se protege sólo debe llegar al 30% (profesional de sociedad civil).

En cuanto al condón, si bien es cierto las y los informantes coinciden en que su uso se ha incrementado, manifiestan que no se estaría empleando de manera consistente, lo que coloca a la población en alto riesgo de adquirir ITS, VIH, o tener un embarazo no deseado o no planificado.

Finalmente, hay quienes consideran que el conocimiento de la existencia de los antirretrovirales habría disminuido la actitud de alerta y de cuidado de la población, o habría hecho que el interés se centre en acceder al diagnóstico temprano más que en la propia prevención.

En cuanto al embarazo no deseado o no planificado, la mayor parte de las y los entrevistados hacen referencia al aspecto educativo, pero enfatizan que la educación sexual debe ser inte-

gral y estar basada en “la realidad y la verdad”, haciendo alusión a la necesidad de superar enfoques conservadores que han restringido no sólo la información, sino también la capacidad de tomar decisiones. Para el caso específico de las y los adolescentes, señalan que uno de los obstáculos para lograr una educación sexual integral son los propios maestros, que no reconocen la dimensión sexual de sus alumnos y alumnas. Dentro del componente educativo, también insisten en el empoderamiento y desarrollo de competencias para promover proyectos de vida saludables, incluyendo la responsabilidad masculina en asuntos de salud sexual y reproductiva

Educación sexual adecuada, fidedigna y eficiente en colegios. Eso siempre ha tenido resistencias. En la mentalidad de muchas personas, incluyendo administradores de colegios y autoridades educativas, la educación sexual y el conocimiento que los alumnos puedan tener sobre métodos anticonceptivos promueven la promiscuidad (profesional de sociedad civil).

Un segundo aspecto mencionado para lograr cambios de comportamiento es el uso de métodos anticonceptivos y la eliminación de las barreras que restringen el acceso a los servicios de salud. Para ello proponen nuevos enfoques, que superen el enfoque asistencial y den paso a uno de corte más promocional, a estrategias que vinculen salud con educación, y que hagan posible una mayor extensión de los servicios diferenciados para adolescentes.

Eliminando las barreras para el acceso de las mujeres, especialmente las de zonas rurales, más pobres y jóvenes, a los servicios de salud reproductiva, que van desde barreras físicas, geográficas y culturales (funcionario/a MINSAs).

Dotando de insumos de planificación familiar modernos a los servicios, que se encuentren

adecuadamente abastecidos y permitan a las mujeres optar de manera libre e informada (profesional de sociedad civil).

Trabajar en el tema de violencia, especialmente la sexual, que es responsable de muchos embarazos y sobre todo, del riesgo permanente de las mujeres a quedar embarazadas y no usar un método de protección de manera regular (profesional de sociedad civil).

Según la opinión de las y los entrevistados, las que más incorporan la prevención del embarazo no deseado o no planificado son las mujeres adultas, urbanas, con oportunidades de desarrollo, con mayor nivel de instrucción, aquellas que denominan “las más concientes”. Las que menos previenen, según indican, son las mujeres jóvenes y las adolescentes.

En cuanto a la prevención de embarazos no deseados o no planificados, las y los informantes consideran que los esfuerzos que actualmente viene haciendo el MINSA por proveer información, dar consejería y entregar insumos, resultan limitados por factores como el temor al uso de anticonceptivos, a sus efectos colaterales, y las dificultades en acceder a los mismos. Sin embargo, hay quienes también señalan que a pesar de las dificultades de información y acceso, hay mujeres que hacen todos los esfuerzos para cuidarse, y esto, desde su perspectiva, estaría explicando el incremento del método de abstinencia.

El conocimiento de métodos es elevado, pero el uso todavía es deficiente, es insuficiente y como consecuencia se producen muchos embarazos no planeados y no deseados que la gente intenta resolver mediante abortos clandestinos. Solo basta mirar la enorme cantidad de avisos en los periódicos, incluyendo los más serios, en donde se ofrece servicios de corrección del atraso menstrual (profesional de sociedad civil).

Utilizando métodos anticonceptivos, sean modernos o “naturales”, pues aunque no sepan muy bien cómo se usan, la conciencia de prevenir está, aunque no tengan los insumos o consejería (profesional de sociedad civil).

● La integración de los servicios de salud sexual y reproductiva y VIH y Sida

Durante los últimos cinco años, el Ministerio de Salud realiza esfuerzos para lograr su reordenamiento interno de cara al Modelo de Atención Integral de Salud y a su intervención por Etapas de Vida. De un total de 42 programas verticales de intervención, actualmente se tiene 15 Estrategias Sanitarias. Sin embargo, tal como se ha podido identificar en el análisis de las entrevistas a las autoridades del MINSA y profesionales de ONG, este intento de articulación aún no brinda resultados, manteniéndose hasta la fecha, por lo menos en el campo de la salud sexual y reproductiva, un trabajo desarticulado que impacta sobre los logros sanitarios, especialmente en el campo de la prevención del VIH y la reducción del embarazo no deseado o no planificado.

Así, se puede observar que la mayor parte de informantes perciben que en la respuesta nacional no existe articulación entre la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y la Estrategia de VIH y Sida. Cada una tiene su propia lógica, su población beneficiaria y líneas de atención. Señalan como dificultades para lograr dicha articulación la ausencia de políticas de consenso, a pesar que en algunos temas podrían establecerse; el trabajo en equipo es limitado y no forma parte de la cultura institucional; y también se menciona la presencia de condiciones poco adecuadas para generar un trabajo articulado, como por ejemplo limitados recursos humanos adecuadamente capacitados y motivados para asumir nuevas tareas como resultado de la integración.

Las coordinaciones entre las dos estrategias han sido deficientes, por lo menos la experiencia en transmisión vertical en el parto. Para los trabajadores de salud, cualquier nueva capacitación es un trabajo más con el mismo sueldo. Las condiciones en las que desarrollan su trabajo no mejoran, pero aumenta una tarea (Profesional sector salud, regiones).

No hay políticas de consenso que incorporen estrategias validadas. Mantenemos un enfoque de estrategia focalizada, se promueven acciones por separado, desde cada lado, no se puede llegar a una norma integral (profesional de sociedad civil).

Los que reconocen que hay algún nivel de coordinación, señalan que aún son muy incipientes los esfuerzos que se vienen haciendo para trabajar de manera coordinada. Una parte de las y los entrevistados señala que los esfuerzos iniciales se estarían dando en algunos áreas tales como la promoción del condón como un medio para prevenir las ITS/VIH y/o el embarazo no deseado o no planificado, o la transmisión vertical. Sin embargo, tal como lo define uno de los entrevistados/as los esfuerzos se observan únicamente “a nivel de procesos”.

Bueno, no está explicitado, pero sí hacen sinergias sobre todo en el uso de anticonceptivos, aún no logramos ese nivel de ajuste que se espera... La segmentación podremos superarla sólo si organizamos bien los servicios y eso es lo que estamos haciendo (funcionario/a MINSA).

Hacemos un mensaje permanente con el uso del condón, estamos tratando de trabajar juntos tanto la estrategia VIH como Salud Sexual y Reproductiva y promoción de la salud (funcionario/a MINSA).

● **La articulación de acciones en el campo de la salud sexual y reproductiva y el VIH y Sida**

Los responsables de las estrategias sanitarias desarrollan algunas explicaciones para entender por qué no resulta un desafío articular esfuerzos entre las estrategias de Salud Sexual y Reproductiva y VIH y Sida.

● **Inestabilidad política**

Desde su perspectiva, la inestabilidad política no sólo conlleva el cambio frecuente de autoridades, sino también de prioridades basadas más en intereses políticos que en las necesidades sanitarias. Las y los informantes consideran que muchas de estas modificaciones interrumpen procesos y producen una inestabilidad a la cual el personal operativo ya se ha acostumbrado, por ser el que se encuentra menos sujeto a los cambios. Esto obviamente no sólo resta credibilidad al conjunto de normas y disposiciones que se producen, sino que también lleva a los proveedores de salud a refugiarse en la forma de trabajo que más conocen, es decir en el “trabajo vertical”.

El frecuente cambio de autoridades, pasan dos o tres meses y hay cambio de responsables. Esto influye en todo el país y nosotros lo conocemos bien. Me parece que este es un problema político, por lo del tema de la confianza. Los que asumen cargos tienen muy poca experiencia, quizás algunos con mucha voluntad, pero eso no ayuda a superar los problemas (profesional sector salud, regiones).

Yo te quiero dar una opinión que engloba muchos de los aspectos que han dicho, las áreas están definidas, los lineamientos están definidos, ¿no es cierto?, los parámetros a

seguir también, las estrategias también, pero el cambio frecuente de autoridades no permite que la articulación se lleve a la práctica... (profesional sector salud, regiones).

- **Límites para “aterrizar” en la práctica el modelo de atención integral**

Lo que sucede en la práctica es que cada funcionario y proveedor de salud ha ido entendiendo como mejor ha podido el modelo de atención integral, el cual supone un trabajo articulado. Esto, aunado a la escasez de recursos ha llevado finalmente a reducir este modelo a la “sumatoria de actividades”, dando como resultado lo que los informantes han denominado la “multifuncionalidad”.

Si se saca un documento que dice que tenemos que hacer atención integral sí o sí y se trabaja en equipo y se monitoriza... Se habla mucho, pero no se hace... entonces, enfrentamos un trabajo no articulado... (profesional sector salud, regiones).

Es increíble como las dos estrategias no son capaces de dialogar... Imagínate, en los puestos chicos... allí donde podrían implementar el MAIS... pero no se da (profesional de sociedad civil).

- **Ausencia de mecanismos de supervisión**

Según la perspectiva de las y los informantes se dispone de las indicaciones para “aterrizar” el modelo de atención integral, no obstante, no hay un seguimiento efectivo de los procesos, pues muchas veces quienes evalúan no tienen una mirada técnica. Afirman también que el monitoreo se realiza “por cumplir” y que quienes lo hacen son los mismo operadores, resultando “juez y parte”.

*Si hiciéramos la supervisión, no estaría supe-
ditado a que el jefe influya con su ideología.*

*Yo le puedo poner un montón de justificacio-
nes y termino por dejar el marco técnico...
(profesional sector salud, regiones).*

- **Escasa participación del personal operativo en los procesos de definición y planificación**

La escasa participación en los procesos de definición y planificación de las distintas instancias del MINSA y la ausencia de una línea de dirección clara y explícita es otra de las barreras señaladas para lograr un trabajo más articulado entre las áreas de SSR y VIH y Sida. Las y los informantes consideran que no sólo carecen de guías y procedimientos que les ayuden a llevar a la práctica los procesos, sino que también carecen de respaldo en el campo operativo, lo cual los lleva a realizar un trabajo fragmentado.

Sé que todos somos corresponsables; el jefe, la obstetriz, la enfermera, pero aquí me dicen trabaja en equipo: ¿Quién le dice al médico que me apoye? ¿Quién le dice a la enfermera que me apoye? ¿Quién le dice a la técnica que tiene que hacer una actividad adicional? ¿A la de laboratorio que tiene que hacer una prueba adicional? ¡Eso no está claro! ¿Quién marca las pautas, las reglas de juego? (profesional sector salud, regiones).

- **Poca claridad con respecto a metas y resultados**

Las y los informantes perciben que muchas veces los esfuerzos por lograr las metas y cubrir ámbitos poblacionales con los mismos recursos humanos y los mismos procedimientos permiten ampliar las coberturas. Sin embargo, de esa manera no necesariamente se está aportando al impacto de los resultados. Es decir, el concepto de integración pareciera estar llevándose a la práctica en términos de atención “generalizada”, sin considerar prioridades ni las necesidades particulares de las y los usuarios.

Cuando hicimos la campaña de tamizaje durante el parto, lo comenzamos a hacer sin mayor planificación... ahorita están habiendo capacitaciones, cada vez hay más carga... más trabajo, sobre todo cuando vamos encontrando casos positivos... Una consejería puede durar 45 minutos y si antes se hacía sólo con las gestantes, ahora se tiene que hacer con todas las jóvenes... y a la larga es más trabajo y el personal no está aumentando... y no siempre es para personas que están en riesgo, entonces no estamos tomando en cuenta a quién sí lo necesita, como por ejemplo una trabajadora sexual, o en quién sí tenemos que concentrar los esfuerzos (funcionario/a MINSA).

Las barreras señaladas por las y los informantes clave no niegan los avances de articulación que se vienen haciendo en el terreno. Asimismo, indican que estas experiencias muchas veces resultan de esfuerzos individuales, dependiendo más de la voluntad, el deseo y la buena relación que exista al interior de los equipos.

Es notorio que las autoridades y profesionales del nivel central del MINSA y de las regiones perciben claramente la necesidad de fortalecer dicha y son concientes también de que la tarea está aún pendiente.

3.4. La programación de condones en el marco de las acciones de las Estrategias Sanitarias de SSR y VIH y Sida del Ministerio de Salud

En el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) el acceso a condones incluye los procesos de programación, adquisición y distribución, que demandan la intervención de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de las ITS y VIH/Sida, cada quien con los criterios de uso bien definidos en el marco de su normatividad vigente.

● La programación de condones desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESN SSR) fue creada por Resolución Ministerial en julio de 2004. En los documentos técnicos que la describen se asume un enfoque comprensivo de la salud sexual y reproductiva, no obstante su modelo de intervención privilegia principalmente la atención de salud reproductiva y, en menor medida, la salud sexual. Históricamente, la ESN SSR proviene de dos programas verticales: el Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva y el Programa Materno Perinatal, vigente hasta el 2001. De allí que su principal énfasis aún se mantenga en dos áreas prioritarias: Atención obstétrica y planificación familiar.

Como método anticonceptivo, la adquisición y distribución de condones masculinos se basa en el estimado de necesidades de las mujeres en edad fértil, como parte del paquete integral de métodos anticonceptivos. Las necesidades se estiman en base a dos fuentes de información:

- a) Las Encuestas Demográficas de Salud (ENDES), que proporcionan el número de mujeres en edad fértil que necesitarían dichos insumos, la prevalencia de uso, y la mezcla anticonceptiva (los distintos métodos que son usados en base a la preferencia).
- b) Los reportes de atención, que dan cuenta de la necesidad histórica de cada método, es decir, el número de mujeres atendidas en función del método y el número de métodos distribuidos en un periodo de tiempo.

La estimación de cuántos condones se necesitan por año depende de los datos mencionados, más el “factor”, que sería el número de unidades que se necesitaría para que una mujer esté adecuadamente protegida de un embarazo no deseado

o no planificado. Para el caso del condón, el factor que se ha considerado es 100, que resulta del número de tiras de condones a usarse por año, tomando en consideración que una mujer necesitaría de este insumo sólo durante su periodo fértil, es decir, 8 días cada mes.

Esta forma de programación lleva a la reflexión sobre algunas implicancias que se podrían derivar del procedimiento de estimación:

- La mujer estaría limitada de hacer uso de la doble protección.
- El hombre accede al condón masculino sólo a través de su pareja, a pesar que las diversas evidencias señalan la alta frecuencia de relaciones sexuales fuera del matrimonio.
- Limita la opción anticonceptiva en base al consumo histórico, lo que tiende a afectar la estimación real de la demanda cuando por alguna razón se produce una disminución del uso de método, ya sea por desabastecimiento o porque se desalienta su uso.

En cuanto a la estimación de la demanda en términos poblacionales, la mayor parte de las intervenciones de la Estrategia de SSR están enfocadas en mujeres que atraviesan procesos reproductivos, o que desean controlar su propia fecundidad. No obstante también se hace referencia a las y los adolescentes y a la población en general, aunque el énfasis es mucho menor en estos grupos.

● **La programación de condones desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS y el VIH y Sida del MINSA**

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA (ESN PC ITS/VIH/Sida), también fue creada en el 2004, a través de la Resolución Minis-

terial Nº 771-2004/MINSA. A partir de la cual se buscó dar una respuesta a la epidemia enmarcada en un conjunto de compromisos internacionales y una serie de iniciativas gubernamentales y no gubernamentales que fueron estableciendo los parámetros de respuesta desde el Estado. Son parte de los antecedentes de la ESN ITS/VIH/Sida, la Comisión Multisectorial de Lucha contra el SIDA, que luego dio origen al Programa Especial de Control de Sida (PECOS), cuyo campo estuvo básicamente enfocado en la prevención en población adolescente y joven. Su acción estuvo limitada solamente al VIH/Sida y no a las ITS. Recién en 1995, 12 años después del primer caso de Sida, PECOS decide incorporar a las ITS dentro de su campo de atención y toma el nombre de Programa de Control de ETS y Sida (PRO CETSS). En el 2004, bajo los proyectos financiados por el Fondo Global de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y Malaria, destinados a fortalecer la respuesta del Estado, se redimensionaron las acciones de lo que hoy es la ESN ITS y VIH.

A partir del año 2009 para la estimación de condones para la prevención y control de ITS y VIH/Sida se consideran las consejerías en ITS para la Población General, las consejerías de soporte a PVVS, la Atención Médica Periódica (AMP) a población vulnerable, las campañas de promoción de servicios que incluyen el uso del condón, las consejerías pretest y post test y el trabajo de los Promotores Educadores de Pares, las metas son definidas anualmente por las Direcciones de Salud quienes consideran para su programación el consolidado anual de la Hoja de Monitorización. La Programación tiene la misma metodología utilizada por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, es decir, se realiza en el módulo de programación del SISMED, que contiene los criterios de estimación de necesidades definidos por las estrategias nacionales.

La mayor parte de las intervenciones de la ESN ITS, VIH/Sida tiene que ver con la población vulnerable en la cual estaría concentrada la epidemia.

Ruta de Programación de condones masculinos que utiliza el Ministerio de Salud

Estimación del número de condones por año

Ambas Estrategias señalan que estiman los condones en base a las necesidades de su población específica. Para el caso de la Estrategia de SSR la estimación se hace en base a las usuarias de planificación familiar, mientras que la Estrategia de ITS, VIH y Sida lo hace en base al consolidado anual de la Hoja de Monitorización que incluye las atenciones a Población General, PVVS, Población Vulnerable y Campañas.

El criterio básico que usan ambas estrategias es la Población Sujeta de Programación enmarcada en los criterios de programación que se plantean a partir de la normativa vigente que incluye el uso de condón.

Proceso de adquisiciones

El Ministerio de Salud ha comprometido al Tesoro Público para la adquisición de los condones resultantes de la programación para ambas estrategias nacionales, a su vez se comprometen presupuestos de la cooperación internacional que sirven para financiar este insumo para actividades específicas como las ejecutadas en el marco del convenio con el Fondo Mundial.

Distribución

De las metas establecidas por cada Dirección de Salud, derivan las cantidades que se van a distribuir a cada DISA/DIRESA. Una vez ejecutado el proceso de adquisición, otorgada la buena pro, el proveedor entrega los insumos, que son custodiados por el Almacén Central del Ministerio de Salud que esta bajo la responsabilidad del área de logística de la Oficina General de Administración quienes los distribuyen trimestralmente, previa confirmación por parte de la DISA/DIRESA de su programación anual trimestralizada.

La mayor dificultad que enfrentan las mencionadas dependencias estatales para cumplir con su rol de distribución es el transporte de los insumos.

Según la percepción de las y los informantes entrevistados, la forma de programación que actualmente se utiliza enfrenta todavía muchas barreras que deben superarse para lograr que se cumpla el objetivo. Si bien el ideal es atender la demanda real de la población, también hay que considerar la capacidad de gestión del insumo, pues de otro modo la programación en base a la demanda real podría traer consigo serias incon-

gruencias y dificultades para la distribución oportuna y con calidad.

Se percibe también la desarticulación en el trabajo de los establecimientos de salud con las redes, microrredes y con las Direcciones de Salud. Según su opinión esto podría estar generando un desperdicio de recursos, que se enfrenten complicaciones para demostrar la cobertura

a la vez que para garantizar el abastecimiento adecuado del insumo.

Finalmente, las y los entrevistados hicieron referencia a que la presencia de grupos conservadores también estaría dificultando la programación y abastecimiento de condones.

● **La programación de condones desde la perspectiva de las y los entrevistados en las regiones**

Según las y los informantes de las regiones que participaron en el estudio, la estimación de necesidades se basa en la población que se tiene que atender, en el consumo histórico y en las demandas que la propia Estrategia realiza. Cada año, los estimados se hacen en abril. Pues se considera que se necesitarán 9 meses desde el momento que se solicita hasta el momento en que se reciben los insumos solicitados, pues su adquisición tiene que ver con compras internacionales.

Los condones son considerados insumos estratégicos, deben ser programados por las Direcciones de Salud pero son entregados a cada una de ellas como “bien”, es decir el nivel central del Ministerio de Salud adquiere los condones de forma centralizada y le entrega a las Direcciones de Salud las cantidades que cada quien programa. Al parecer, quienes se encargan de la tarea administrativa de garantizar que los insumos lleguen a la población no conocen las fuentes de donde procede el financiamiento de los condones, y consideran que los presupuestos designados para este fin no podrían utilizarse en otras actividades que no sean la adquisición de condones.

Es intangible, nosotros no tenemos capacidad de manejo todo viene desde Lima (profesional sector salud, regiones).

Los condones vienen desde el Almacén Central del Ministerio de Salud. Se hace entrega de los mismos a cada Dirección Regional de Salud (DIRESA) a través de un Comprobante de Salida y la DIRESA coordina con las Estrategias de SSR y de ITS y VIH/Sida y en base a lo que se ha estimado en cada lugar se envía los requerimientos a los establecimientos de salud, mediante un servicio de transporte que ha sido contratado para tal fin. Estos productos son llevados hasta las farmacias y hospitales de cada Red, que actúan como unidades ejecutoras realizando la distribución directa. Las Redes de Servicios abastecen a los establecimientos de salud.

En opinión de las y los entrevistados las dificultades más tangibles son los problemas para garantizar el transporte y el desencuentro entre lo que estiman como necesidades y lo que realmente reciben. Según indican, las demandas no siempre son atendidas de acuerdo a lo solicitado.

El mayor problema es el transporte, aunque ya tienen un camión pero para la compra del combustible no hay presupuesto, lo que imposibilita una distribución efectiva de los insumos (profesional sector salud, regiones).

El presente capítulo ha permitido identificar, a partir de las percepciones de diferentes actores clave, aspectos importantes sobre la programación de condones que pueden aportar al mejoramiento de dicha programación en el país.

La disponibilidad y el acceso a condones masculinos



En este capítulo se describen los resultados más relevantes en torno a la accesibilidad y uso del condón en el contexto de una programación integral. Para ello, en primer lugar, se hace una revisión de diferentes estudios nacionales e internacionales sobre estos temas. En segundo lugar, se analiza desde la perspectiva de los informantes clave cómo perciben la disposición de las y los usuarios para usar el condón considerando la protección frente a las ITS/VIH, embarazos no deseados o no planificados o ambas; las barreras para incorporar su uso.

4.1. Estudios sobre la disponibilidad, acceso y uso de condones masculinos

A nivel global, está plenamente demostrado que el uso correcto y consistente del condón masculino, puede reducir la transmisión del VIH entre un 80 y 90%, pero frente a otros tipos de ITS este efecto suele ser menor (Kirby, 2007). El mismo estudio señala que el uso correcto del condón, muy rara vez conlleva el riesgo de romperse y en todo caso, se espera que esto ocurra solo en el 2% de los casos.

Según la ENDES Continua 2004-2006, en el Perú el 95% de mujeres sabe donde adquirir el condón. Sólo el 5% de las mujeres que conocen sobre el VIH y Sida y tuvieron relaciones sexuales durante los últimos doce meses no sabe donde obtener un condón. Dicha proporción se incrementa en mujeres sin educación (31%). Los establecimientos de salud del sector público son las fuentes de acceso más conocidas (76%) y en segundo lugar están las farmacias (67%).

Sin embargo, la disponibilidad real pareciera estar segmentada de acuerdo a las razones de uso. Como método anticonceptivo y para las mujeres adultas se demanda

a través de los establecimientos de salud del MINSA siendo éste el principal distribuidor. En el caso de la población joven y siendo usado para la prevención del VIH la demanda estaría más focalizada en las farmacias, según información de la ENDES Continua 2004-2006 así como del estudio de García (2005). Esta diferenciación resulta clave, pues aunque el método ofrece doble protección —para la prevención de embarazos e ITS y VIH— la modalidad de entrega es distinta cuando se trata de mujeres en edad fértil que quieren protegerse de embarazos no deseados o no planificados y cuando se trata de poblaciones que buscan protegerse de las ITS y el VIH y Sida, particularmente aquellos grupos considerados más vulnerables (HSH, trabajadoras sexuales y personas privadas de su libertad).

En el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años la mayoría sabe donde obtener condones, pero este conocimiento disminuye a casi la mitad, cuando se trata de adolescentes de menor edad (de 12 a 14 años). Un estudio sobre adolescentes y barreras para el acceso y uso de condones realizado por García (2005) señala que el 80% considera que el condón es una forma de protección, sin embargo, según esta misma fuente, también hay un número significativo de adolescentes (30%) que cree que una “buena higiene” es una forma de prevención efectiva y no faltan aquellos que siguen creyendo que las ITS se pueden adquirir a través de besos y abrazos. La abstinencia también es reconocida como mecanismo de prevención, así lo considera el 44% de mujeres y el 31% de hombres participantes en el estudio, aunque luego se puede ver que esta práctica no es adoptada por la mayoría de adolescentes y jóvenes.

Así, a pesar de la disponibilidad del condón por distintos medios, el acceso no es fácil, especialmente para los y las adolescentes. La mayoría reporta incomodidad y vergüenza para demandarlos. Así mismo, se han identificado diferencias de género,

pues son los hombres los que saben más acerca de donde obtener el condón. Otro dato importante se relaciona con el momento en que adquieren el condón. En el Estudio de Pérez, Quintana y col. (2004) se señala que la mayoría de los y las adolescentes no adquieren este insumo con antelación, sino en el momento previo a la relación sexual —es decir no planifican— lo que muchas veces imposibilita tener un condón de manera oportuna limitando significativamente su uso.

● Implicancias del uso del condón para hombres y mujeres

El uso del condón también tiene distintas implicancias para los hombres y las mujeres. En un estudio de Ceballos y Campo-Arias (2005) en donde se analizó el uso del condón en la primera relación sexual, se ha encontrado que sólo el 36% de hombres usa condón y que la edad del inicio sexual sería un factor protector, es decir a mayor edad, habrá un mayor uso del condón. No obstante, en el caso de las mujeres, este factor protector estaría prácticamente ausente.

Hay evidencias que señalan que el uso del condón se ha incrementado a nivel global. El uso entre HSH (dependiendo del estudio, ha aumentado entre el 25 y 50%) y en heterosexuales, que incluyen a hombres bisexuales, el incremento ha sido del 17% (Tabet et al, 2002 en CONAMUSA, 2007)¹. A nivel nacional según la ENDES 2004-2006, cada vez más mujeres, particularmente las no unidas, utilizan el condón como método de prevención del embarazo.

Sin embargo, este incremento no es suficiente para considerar que estamos frente a una población protegida. Datos de García (2005) señalan que una alta proporción de adolescentes mujeres (62-76%) reportan no haber usado nunca condón, mientras que en los hombres

1. Tomado de CONAMUSA (2007). Informe Final de la Medición de Línea de Base de Objetivo 1-4 del Componente VIH. Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Lima: CARE - PERU.

esto ocurre en alrededor del 25%. El 68% de los jóvenes que tuvieron sexo con otros hombres y el 25% que acudieron a trabajadoras sexuales tampoco usaron consistentemente el condón. Este bajo uso también fue identificado en el estudio de PREVEN (2002-2006), en donde sólo el 11% de mujeres y el 16% de hombres refirieron su uso con parejas casuales. Al parecer, el uso inconsistente del condón sería la principal amenaza, pues hay mayor tendencia de uso inconsistente cuando se sabe que la probabilidad de adquirir una ITS curable es alta (Ceballos y Campo-Arias, 2005).

En una de las líneas de base desarrolladas en Perú en el marco de los proyectos financiados por el Fondo Global de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (CONAMUSA, 2007), se encontró que entre los HSH entrevistados existe un conocimiento amplio sobre la importancia de usar el condón. Sin embargo, el análisis desarrollado tampoco ignora que lograr que el conocimiento e intención de uso se lleve a la práctica es algo mucho más complejo. Además, el estudio identifica que hay ciertas situaciones en donde el uso se flexibiliza como por ejemplo: cuando la pareja es estéticamente muy valorada y la exigencia del condón pondría en riesgo la concreción del evento sexual; cuando hay de por medio algún tipo de intercambio; cuando se consume alcohol o drogas; y en el caso de las trabajadoras sexuales, cuando la relación sexual se produce con su pareja sentimental.

Gerber y Berman (2008), desarrollaron un análisis de predictores del uso del condón, el mismo que da cuenta de los aspectos que facilitan u obstaculizan su uso, tanto en hombres como en mujeres. Este estudio fue realizado en Rusia a través de una encuesta longitudinal aplicada a 5000 informantes considerados heterosexuales, a quienes se les monitoreó su vida sexual a lo largo de tres años. Tomando en cuenta que estos resultados no pueden ser generalizables, abren algunas pistas de análisis, pues a diferencia de

otros, este estudio parte del fundamento que el concepto de “cobertura” usado para describir el número de personas que utilizan el condón, o de uso “consistente” o “frecuente” no son definiciones claras ni ayudan a saber si efectivamente se trata de una población protegida. Desde el punto de vista de estos investigadores más importante resulta estudiar los “eventos sexuales”, pues en una misma persona se pueden presentar una variedad de prácticas de uso del condón las cuales se asocian a los contextos en que estos eventos se desarrollan. Por tanto, observando dichos contextos se podría obtener información relevante.

Algunos de los resultados del estudio realizado por Gerber y Berman (2008) relacionados al uso del condón coinciden con datos de estudios realizados en Perú:

- Tanto en hombres como en mujeres, hay un mayor uso del condón en función del tiempo de la relación con la pareja; un menor tiempo implica un mayor uso, pues al parecer la confianza es un determinante para disminuir su uso. El uso del condón es más bajo en un contexto de convivencia.
- No se ha encontrado diferencia en el uso del condón cuando se conoce que la pareja tiene otras parejas. Hay un mayor uso del condón en las relaciones extramaritales, pero este uso es más reportado por hombres (55%) que por mujeres (36%).
- El uso también depende de si la pareja es “conocida” o no. Tanto en hombres como en mujeres se produce un mayor uso, cuando la pareja sexual es un amigo o amiga, y el uso aumenta aún más cuando hay de por medio intercambio de dinero por sexo.
- El lugar del encuentro sexual también influye en el uso del condón. Su uso tanto para hombres como para mujeres será menor si

la actividad sexual se produce en el propio hogar o en la casa (hogar) de la pareja. El uso del condón aumenta cuando los encuentros sexuales se producen en ambientes al azar o en lugares de diversión (bares, fiestas)

- Las razones para no usar condón, tanto para hombres como para mujeres, son las mismas: cuando quieren tener un hijo, cuando la pareja se opone, cuando no se considera necesario o cuando no pensó en ello. También se señalan entre las razones no tener un condón a la mano, o que usar condón les desagrada.
- El consumo de alcohol también influye en el uso. El uso de bebidas alcohólicas antes del evento sexual disminuye el uso de condón pues al parecer disminuye la capacidad de alerta frente al riesgo.

● **El condón masculino para la protección simultánea contra el embarazo y las ITS/VIH y Sida**

Como ya se ha mencionado la “doble protección” que ofrece el condón hasta el momento ha probado ser una de las estrategias más efectivas y de vital importancia para asegurar servicios integrados, pues ofrece la protección simultánea contra el embarazo y las ITS/VIH, incluyendo al Sida (en los casos de reinfección). Esta protección se logra a través del uso del condón (masculino o femenino) o combinando el condón con cualquier otro método.

La “doble protección” es una recomendación que ha estado presente en la oferta de planificación familiar desde los años 80 a través de mensajes que señalaban como característica de muchos métodos la falta de efectividad en cuanto a la protección frente a las ITS. No obstante, es a raíz de la epidemia del VIH y Sida y la dinámica que caracteriza la transmisión del virus (predominantemente transmisión sexual), que

la doble protección ha colocado la necesidad de cambios sustantivos en la manera de pensar y gestionar los servicios de salud sexual y reproductiva a partir de un enfoque más integrador. Ello supone la transversalización de los servicios, de los mensajes de prevención así como la incorporación del enfoque de doble protección en los programas de planificación familiar, ITS/VIH y Sida, materno-infantil y servicios para adolescentes.

Hasta ahora las evidencias han demostrado que la continuidad de la doble protección es mucho más compleja de lo que se cree y existe una alta tasa de abandono. Varios estudios señalan que de un grupo que fue intervenido para usar doble protección, sólo una quinta parte de los participantes notificaron el uso de condones. El bajo uso (16%), se mantuvo incluso cuando las mujeres fueron diagnosticadas con al menos una ITS. Entre las razones que adujeron para no usar condón están: que ya estaban usando un anticonceptivo seguro, su pareja se negaba a usar el condón y algunas plantearon su deseo de tener relaciones sexuales “naturales”. Este porcentaje varió significativamente (13 veces más) en las mujeres que habían conversado con sus parejas acerca del riesgo de una ITS (Kuyoh M, Spruyt A, Johnson L, et al.,1999).

Sin embargo, los beneficios potenciales de aplicar una estrategia de doble protección no pueden hacernos ignorar que existen desafíos importantes, pues se requiere romper paradigmas tales como:

- La permanente búsqueda del método “efectivo” en la prevención del embarazo no deseado o no planificado, aspecto que hasta la fecha se mantiene. Es importante señalar que los MAC más eficaces (esterilización, métodos hormonales, DIU) ofrecen poca o ninguna protección contra las ITS y el VIH, mientras que los MAC de barrera que efectivamente protegen contra las infecciones, son

menos eficaces en la prevención del embarazo en su uso típico.

- Algunas investigaciones señalan que la recomendación de la doble protección debería ser más justificada con el uso de ciertos métodos anticonceptivos, como la píldora, pues aunque este método protege de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), también está asociada a un mayor riesgo de clamidia cervical². Sin embargo, dada la alta protección que ofrecen las píldoras (98%) para prevenir un embarazo las usuarias habituales de este método podrían terminar considerando que ningún otro método —incluido el condón— le ofrece la misma garantía anticonceptiva.
- Tampoco se puede obviar que para muchas mujeres, la mayor preocupación está precisamente en la prevención del embarazo y no en la posibilidad de adquirir el VIH u otra ITS.

Es importante señalar que el uso de un método anticonceptivo seguro contra el embarazo tiende a disminuir el uso del condón, más aún cuando se trata de una pareja estable. Sin embargo, hay algunos elementos que pueden influir en el uso del condón, como por ejemplo el hecho de que el riesgo de un embarazo es variable, mas no así el riesgo de adquirir una ITS. Las posibilidades de un embarazo durante el periodo fértil, corresponden al 10%, tal como señalan los distintos estudios sobre la AOE, mientras que las probabilidades de que una persona infectada transmita gonorrea o sífilis son de aproximadamente 50% en cada coito con una persona no infectada (Anderson R.M, 1999). Es importante señalar que en el caso de las ITS y VIH y Sida operan otros factores, tales como creer que la pareja no está infectada o que de adquirirse una infección, incluido el VIH y Sida, éstas se pueden curar.

2. <http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/YouthLens+English.htm#LenteJoven>

4.2. Percepciones de los funcionarios del sector salud, sociedad civil y usuarios de los servicios en torno a la disposición, accesibilidad y barreras para el uso del condón.

● La abstinencia como estrategia para la reducción los embarazos no deseados o no planificados e ITS y VIH entre adolescentes y jóvenes

Las y los distintos informantes coinciden en señalar que promover la abstinencia no es una estrategia eficaz y sus razones están basadas en que va en contra del proceso “natural” de desarrollo de los y las adolescentes, etapa en que se producen los principales cambios y surgen las primeras experiencias y sensaciones sexuales. Se menciona como parte de este proceso la curiosidad como un elemento muy importante. Junto con el despertar sexual de las y los adolescentes también se plantea la dificultad por parte de los adultos de no poder controlar el desarrollo de este proceso, dada la legítima autonomía que muestran o desean tener ellas y ellos en el plano de la vivencia de su sexualidad.

Las otras razones están más bien asociadas a la falta de evidencias, pues algunos de los entrevistados señalan que ésta es una propuesta que está más basada en una manera reducida de mirar la sexualidad en la adolescencia, que en una estrategia sanitaria efectiva. Al mismo tiempo opinan que su incorporación en las políticas públicas, si se diera, respondería más a una imposición de ciertos grupos de poder, muy apoyadas por la Iglesia Católica.

Abstinencia para adolescentes que no han iniciado sus relaciones sexuales y para los que lo iniciaron, es soñar un poco. A los dos

grupos se les debe explicar sobre los métodos anticonceptivos. Se les debe desarrollar las habilidades sociales consolidando su autoestima y asertividad (funcionario/a MINSA).

Los adolescentes tienen relaciones sexuales, nos guste o no, así que ellos deberían recibir toda la información necesaria, lamentablemente no siempre se puede, debido a impedimentos legales (funcionario/a MINSA).

● La efectividad del condón masculino para prevenir las ITS y el VIH y Sida

Las y los informantes entrevistados consideran en su mayoría que el condón es muy efectivo si se usa adecuadamente. Señalan que se trata de un método fácil de emplear, seguro, y disponible en el medio.

Es un mecanismo que aísla el contacto con las secreciones que es barato y gratuito (funcionario/a MINSA).

Esta constituido por látex y ha tenido mucho control de calidad, si se usa de forma adecuada se puede prevenir el VIH y Sida (funcionario/a MINSA).

Desde otros puntos de vista, la presentación del condón masculino ha estado muy vinculada al riesgo, lo que resta enormemente sus posibilidades de uso y afecta asimismo su uso consistente. El escaso reconocimiento que hay en torno a las dinámicas sexuales y más específicamente a los “eventos sexuales”, impide que incluso población muy bien informada y conciente de los riesgos haga un buen uso de este valioso insumo.

Lo que pasa... y te lo digo porque yo hice en algún momento una entrevista por el tema a una trabajadora sexual... Mira ella... tenía bien claro que debe usar condón siempre en la relación que tiene con sus clientes, y ella no aceptaba, según lo que manifestaba que alguien le pague más sin condón. .. El asunto

es que en su relación de pareja ella no usa condón a pesar que ella sabe que él picotea por aquí por allá... Entonces cuando yo le pregunto ¿entonces si tú sabes que él picotea, por qué no lo usas? Me dijo “es como si yo trasladara mi trabajo a mi casa” (profesional de sociedad civil).

¿Cómo hacemos para asociar el condón a la salud? A una prueba de demostración también de afecto, de cariño, una forma de protección, es decir desde el lado positivo. El condón no está relacionado con el amor, la relación, erotización, sino a su uso para que no haya ningún problema (profesional de sociedad civil).

● Efectividad del condón masculino para prevenir embarazos

La mayor parte de las personas entrevistadas consideran que el condón es muy efectivo para prevenir embarazos que no han sido planificados pero también hay informantes que consideran que no es tan efectivo, o que es solamente medianamente efectivo. Estos últimos basan sus opiniones en la forma en qué se usa el método y también en lo que ellos mismos han podido observar. Según sus percepciones, el sector más vulnerable no usa condón, lo usa mal y son a su vez los que enfrentan más barreras de acceso, especialmente los y las adolescentes.

Los jóvenes no adoptan el buen uso y por el conocimiento de parejas, el amor exige piel con piel porque usando condón no se siente... (funcionario/a MINSA).

● La doble protección que ofrece el condón para la prevención de las ITS/VIH y de embarazos no deseados o no planificados

Si bien el término “doble protección” es reconocido por la mayor parte de los y las informantes, el concepto asociado al condón no está claro al ser

confundido con el uso combinado de métodos para prevenir al mismo tiempo un embarazo y una ITS o el VIH. Este es un aspecto que habría que reforzar en el trabajo con proveedores de salud, líderes de opinión así como funcionarios del MINSA y representantes de ONG.

Casi todos entienden como doble protección a la protección simultánea de las ITS/VIH y el embarazo no deseado. La doble protección consiste en usar simultáneamente el condón y otro método anticonceptivo (profesional de sociedad civil).

Doble protección es cuando el hombre usa el condón y la mujer tableta vaginal o píldoras u otro método anticonceptivo (profesional de sociedad civil).

Si bien son pocos los casos, algunos informantes describieron de manera incorrecta el concepto de doble protección:

Doble protección es cuando se usa doble método anticonceptivo para prevenir un embarazo... (funcionario/a MINSA).

Es el uso de dos condones a la vez... (profesional sector salud, regiones).

No obstante, todas y todos los entrevistados reconocen la alta efectividad del condón para la prevención de las ITS, particularmente frente al VIH. Algunos mencionan que dicha efectividad es absoluta, refiriendo así mismo la necesidad de que se cumplan ciertas condiciones, como su uso correcto y consistente. Señalan su relativa eficacia para ITS, puesto que ésta se podría transmitir a través del contacto piel a piel, como el condiloma.

Como método anticonceptivo, aunque la mayoría reconoce su efectividad, algunos señalan que sólo sería medianamente efectivo y esto sería básicamente por las fallas de uso, más que por la característica propia del método. Al igual que se ha

señalado anteriormente, el adecuado uso, puede garantizar su buen funcionamiento y efectividad.

Respecto a las circunstancias en que la gente estaría más dispuesta a usar condón, la mayoría refiere que lo haría cuando no conocen a la persona, en encuentros ocasionales, cuando tienen relaciones sexuales fuera de la pareja (extramaritales), así como cuando tienen relaciones sexuales con trabajadoras/es sexuales. Señalan que habría un menor uso cuando las relaciones sexuales se producen con alguien que consideran “conocido” aunque estén en riesgo, por ejemplo, clientes fijos de una trabajadora sexual.

Un dato a resaltar, es que una proporción de los operadores de salud (inclusive el personal que brinda atención de salud reproductiva) desconoce completamente la oportunidad de “doble protección” que ofrece el condón y la necesidad de transmitir este concepto en la atención que se brinda a las y los usuarios. En esta situación influye, sin duda, la ausencia de sensibilización y capacitación sobre el tema en las actividades de entrenamiento que reciben los proveedores de salud.

De otro lado, no existe ningún tríptico u otro tipo de folleto disponible en los establecimientos de salud que aborde el tema de la doble protección. Por su parte, las y los usuarios de los servicios señalan que cuando se les informa o reciben consejería sobre el uso del condón sólo se les habla de enfermedades sin especificar siquiera que se trate de ITS, y no se alude al embarazo.

Sin embargo, una vez conocido el concepto correcto de la doble protección, la gran mayoría de los operadores le atribuye una gran importancia para prevenir simultáneamente las ITS y el VIH y Sida así como los embarazos no deseados o no planificados.

La doble protección es muy importante... para no morir de enfermedades que ahora son

prevenibles y para no traer hijos al mundo sin querer... (profesional sector salud, regiones).

● **La disposición de las y los usuarios a usar la doble protección que ofrece el condón**

En cuanto a la disposición de las y los usuarios al uso del condón masculino para obtener la doble protección que ofrece, aparecen dos corrientes de opinión entre las y los informantes.

Un grupo opina que tanto hombres y mujeres estarían dispuestos a usar el condón dada la doble protección que ofrece para evitar embarazos no deseados o no planificados y las ITS incluyendo el VIH y Sida. Según las y los informantes, la doble protección sería adoptada tanto por hombres como por mujeres, dado el reconocimiento del propio riesgo al interior de la pareja; la complementariedad de intereses (la protección del hombre frente a las ITS y de las mujeres frente a un embarazo no deseado o no planificado, además de las ITS) y el hecho de que agrega o suma al abanico de métodos de prevención un nuevo método, en el caso que la pareja ya haya adoptado uno. Sin embargo, también señalan que el uso dependerá del nivel socioeconómico de las y los usuarios.

El segundo grupo considera que las mujeres serían las más interesadas, pero al igual que en el primer grupo señalan que lo primero es que estén informadas sobre los beneficios que ofrece el condón y que sean motivadas para usarlo. Esto sucedería por el hecho que finalmente son las mujeres las que asumirían mayor responsabilidad frente a los actos sexuales al no tener certeza de si sus parejas son fieles y al ser, además, las más expuestas a un embarazo no deseado o no planificado.

La mujer dispone aunque el hombre propone. El hombre es irresponsable. La mujer es cuidadora (mujer adulta).

Las mujeres crían los hijos y son contagiadas inclusive en relaciones estables. Tienen más temor y también está el machismo por ello usarían el condón (profesional de sociedad civil).

Las mujeres son más concientes de la situación... inclusive usan a escondidas los métodos, por oposición del marido que es un tema muy fuerte por el machismo (profesional sector salud, regiones).

Las y los informantes también mencionaron algunas barreras que estarían impidiendo que la población incorpore y practique el concepto de doble protección. Un primer aspecto es que el concepto de doble protección podría interferir en la satisfacción de la pareja al momento de los encuentros sexuales. Éste sería un obstáculo principalmente para los hombres.

La gente no quiere usar condón por insatisfacciones sexuales. No perciben el riesgo, no hay condón que valga para ellos (mujer adulta).

Otra barrera sería el desconocimiento de las ventajas y beneficios de la doble protección lo cual podría dificultar que se traslade a la práctica la importancia del concepto de prevención simultánea de embarazos e ITS y VIH, sobre todo cuando la pareja ya se siente protegida frente a un embarazo no deseado o no planificado.

Los mensajes que se dan no llegan plenamente a los usuarios. El acceso a los servicios...el personal de salud a veces limita mucho su tiempo (atiende rápido) cuando brinda la atención por las funciones recargadas que debe cumplir (profesional sector salud, regiones).

Se debe entrenar al personal de salud en la combinación del uso de ambos métodos anti-conceptivos, enseñar las ventajas de la doble protección... (profesional de sociedad civil).

Otra limitación estaría dada por la presencia de estereotipos con respecto al condón tales como su asociación con el trabajo sexual —barrera significativa que se debe superar— y la idea que el condón produce “inflamación” o que interfiere en la obtención de placer en las relaciones sexuales.

A mucha gente no le gusta el condón porque dicen que se siente diferente a través de un jebe. Otra cosa bien importante es que en el imaginario popular el condón se usa para prevenir un embarazo no deseado y no una ITS (profesional de sociedad civil).

Se requiere negociar con la pareja por los estereotipos alrededor del condón. Los hombres argumentan que no se siente igual, que fracciona el momento amoroso al detener los juegos sexuales para colocarse el... predomina la inmediatez, el aquí y ahora (profesional sector salud, regiones).

● **Barreras que limitan el acceso de la población al condón masculino**

De acuerdo a las opiniones de las y los entrevistados, las y los jóvenes, las mujeres y las personas de pocos recursos o pobres, serían los que más dificultades tendrían para hacer uso del condón masculino. En segundo lugar estarían las personas que tienen muy poco acceso a los establecimientos de salud, especialmente las personas que viven en las zonas rurales o en zonas consideradas violentas o marginales. En mucha menor proporción se mencionan las personas que tienen relaciones sexuales con una trabajadora sexual o cuyas parejas no aceptan usar condón.

Así, las barreras de acceso al condón masculino mencionadas por los informantes clave se pueden describir en tres categorías:

- **El condón no siempre está disponible en el momento en que se necesita y para quienes lo necesitan**

Los establecimientos de salud del MINSA no son vistos como un lugar de referencia para la provisión de condones con el fin de prevenir el VIH y Sida, sino únicamente los embarazos no deseados o no planificados, lo que deja periodos considerados no fértiles fuera de la protección de una ITS o el VIH.

La mayoría compra condones en las farmacias o en los ambulantes, sólo muy pocos van al MINSA (profesional de sociedad civil).

Se debe tener en cuenta también que desafortunadamente no todos los lugares a los que recurre la población fuera del sistema de salud, pueden garantizar que el insumo goce de la garantía esperada.

- **Limitada información debido a influencias religiosas y morales**

También se considera como barrera la falta de información debido a barreras morales o a la influencia de la iglesia particularmente cuando se trata de adolescentes.

Una profesora me decía: tengo un conflicto religioso fuerte... “Mi pastor y mi iglesia me dicen que no puedo promover lo del condón, entonces ¿qué puedo hacer?” No podemos negar que cada uno en su espacio docente es un referente para estos chicos que tienen poca información, pero sin embargo, el docente tiene serias limitaciones para el tema (profesional de sociedad civil).

- **Algunas medidas sanitarias podrían colisionar con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres**

Las y los entrevistados perciben también cómo ciertas medidas sanitarias podrían estar atentando contra los derechos humanos de

las mujeres al afectar sus posibilidades efectivas de prevención.

Respecto a qué hacer para eliminar estas barreras, los informantes señalan como prioridad mejorar la información y la consejería, ampliar la distribución gratuita de condones, especialmente para las y los adolescentes. No obstante, en este caso específico primero es necesario eliminar las barreras legales que obstaculizan el acceso de las y los adolescentes a insumos y servicios de atención en SSR y VIH y Sida.

Un segundo elemento estaría en la mejora de los servicios de salud para que éstos sean más eficientes, lo cual se debe hacer mejorando la programación y distribución de condones y ampliando el acceso a servicios amigables y de calidad considerando las necesidades de cada grupo poblacional (mujeres, hombres, adolescentes, entre otros).

4.3. Barreras específicas que enfrentan las y los adolescentes para acceder al condón

A continuación se presentan las barreras más importantes mencionadas por las y los informantes en torno al acceso de las y los adolescentes al condón masculino.

● La vigencia de una ley que penaliza las relaciones sexuales en población adolescente

La ley N° 28704 promulgada en abril del año 2006 modificó el Código Penal para criminalizar todo tipo de relaciones sexuales con menores de 18 años, sin importar si hubo o no consentimiento, desconociendo con ello la capacidad de discernimiento de los y las adolescentes para consentir en materia del ejercicio de su sexualidad.

Actualmente toda y todo adolescente que va por un servicio de planificación familiar se supone un infractor, ya que va a sostener o va a realizar un acto que es ilegal, es decir, una violación (profesional de sociedad civil).

Hay disposiciones no muy claras en este aspecto donde el proveedor se encuentra en una encrucijada: dar o no dar un método anticonceptivo. Dar porque la realidad se lo exige y no dar porque las normas se lo limitan. Hay urgencia de modificar a nivel de legislativo estas normas (profesional sector salud, regiones).

● Los servicios de salud no siempre son amigables a las y los adolescentes

Los informantes señalan también como barrera la propia organización de los servicios; el enfoque medicalizado de los mismos; la ausencia de servicios diferenciados; limitados recursos humanos y limitadas estrategias pensadas en función de las necesidades de los y las adolescentes (horarios flexibles, consultorios diferenciados, etc.)

La gente joven y sana ve los establecimientos de salud como lugares para gente enferma y por lo tanto no es atractivo para ir... (profesional de sociedad civil).

La falta de recursos humanos contribuye a que no se preste un buen servicio para los adolescentes (funcionario/a MINSA).

● La influencia de la iglesia

Señalan así mismo a la influencia religiosa, especialmente en los lugares en donde la presencia de las iglesias es muy fuerte. Los informantes señalan que muchos proveedores de salud estarían influenciados por sus propios prejuicios y principios confesionales.

La labor de MINSA es promover estas estrategias ...hay que tener cuidado con algunos

establecimientos de salud que tienen injerencia con las iglesias por mantener lazos de cordialidad, pero la iglesia impone sus criterios equivocados de planificación familiar... (funcionario/a MINSA).

● **¿Cuándo usan y cuando no usan condón las y los adolescentes?**

Según opinan los informantes clave, las y los adolescentes usan condón cuando uno de los miembros de la pareja ya tiene una ITS; cuando no se desea un embarazo o cuando la pareja es “responsable”.

No usan condón cuando las relaciones sexuales son fortuitas o producto de las circunstancias; cuando a los hombres no les gusta; cuando no hay una pareja fija pero también cuando la pareja es conocida y estable y/o cuando se sienten preparados para tener una familia.

Cuando se van a las fiestas, están ebrios y se van a otros sitios, a los pastales, a los cerros, sin cuidado alguno (adolescente hombre).

Algunos no lo usan por que son responsables, ya quieren formar un hogar, pero hay quienes no lo usan por que son muy jóvenes y solo se dejan llevar por el momento nada más, actúan nada más, no tienen responsabilidad (adolescente mujer).

No se utiliza en las parejas que ya son estables cuando ya hay metas fijas. Una persona se puede entregar a una pareja que se conocen desde años, y no de semanas y le pide la prueba de amor (adolescente mujer).

● **¿Pueden las chicas pedirle a su pareja que use condón?**

Las y los informantes consideran que sí es aceptable, porque así se estaría cuidando, pero algunos consideran que para las chicas es difícil

o puede haber una falta de respuesta por parte de los hombres. Otro plantea que esa debería ser más bien responsabilidad del hombre

Si la chica se quiere a sí misma y no quiere salir embarazada, o (quiere) prevenir una enfermedad, debe decir que use el condón para prevenir (adolescente mujer).

Sí, la chica puede decir, pero a veces el chico no quiere... y así nomás pasa eso (adolescente hombre).

A veces la chica no puede pedir al chico porque es tímida, las chicas son tímidas (adolescente hombre).

● **¿Dónde suelen conseguir condones las y los adolescentes?**

El lugar más mencionado es el establecimiento de salud. En menor proporción, están las boticas y las farmacias y algunos/as señalan los comercios y los hoteles. No hay ninguna mención a los ambulantes u otro tipo de fuentes. Las y los adolescentes entrevistados manifiestan que existen barreras al momento de solicitar un condón.

Farmacia. Para algunos, solicitar el condón en una farmacia sería algo que harían de forma natural, como pedir cualquier otro producto. Otros, más bien, plantean que es una situación difícil, especialmente para las mujeres.

Le pediría una orientación, que me hable sobre los cuidados que debo tener, para qué ocasiones debo utilizarlo... (adolescente hombre).

Pero la mayoría de los jóvenes tenemos vergüenza pedir un condón o comprar en una farmacia, la mayoría pide en una posta, en realidad son pocos los que piden... (adolescente hombre).

Normal, como si fuera algo común...a una farmacia, porque mayormente los que atienden saben para qué utilizan, no es necesario decir para qué, solamente pedir (adolescente hombre).

Establecimiento de salud. Todas y todos refieren que lo solicitarían como un método anticonceptivo a través del área de planificación familiar (PF). Dato referido principalmente por las mujeres.

Iría a la planificación familiar porque le tendría más confianza y tienen más conocimiento de las enfermedades y nos den una fecha de escuchar una charla y luego le pido el condón... (adolescente mujer).

Iríamos por planificación familiar, ahí creo que entregan preservativo o te venden... (adolescente mujer).

● **Percepciones de las mujeres adultas sobre la disponibilidad y acceso a condones**

Ellas se perciben a sí mismas en riesgo de contraer el VIH o enfrentar un embarazo no deseado o no planificado.

Las mujeres entrevistadas entre 25 y 40 años han escuchado del VIH y Sida, se perciben a sí mismas en riesgo de adquirir el VIH a través de sus parejas cuando saben que éstas no son fieles.

Porque dicen que ellos son fieles, pero en la vida no hay un hombre fiel, ¿no? Porque siempre tienen sus canitas al aire (mujer adulta).

Se infectaron porque la pareja no les es fiel a sus esposas, han tenido contacto sexual con otras personas, de repente están infectadas y él ni siquiera se ha enterado (mujer adulta).

En cuanto al embarazo, las entrevistadas consideran que éste no es deseado cuando no ha sido planeado o es sorpresivo, pero también cuando no lo acuerdan con la pareja.

Cuando uno no se pone de acuerdo con la pareja; conversar, si ambos no estamos de acuerdo en tener otro bebé, éste es no deseado (mujer adulta).

A mí se me ha “chispoteado”, francamente, porque no quería hijos (mujer adulta).

Conocen acerca del condón masculino pero no tienen toda la información que necesitan

Las mujeres reconocen el uso del condón básicamente como un anticonceptivo, sólo algunas también lo asociaron como un insumo para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

El condón sirve para cuidarnos para no salir embarazadas (mujer adulta).

El condón es bueno porque no solamente previene el Sida, también de las venéreas porque se sabe que estas enfermedades son transmitidas por el hombre... porque se sabe que la mujer es fiel, pero el hombre... y el tratamiento es muy carísimo (mujer adulta).

De otro lado, se ha podido observar como algunas mujeres adultas no conocen el uso adecuado del condón.

Lo que yo quiero saber... el condón se utiliza cuando va tener una relación sexual ¡ya! o cuando recién el hombre ya se va... como se dice a... vaciar... (mujer adulta).

● **Sus parejas no están dispuestas a usar condón**

La disposición de la pareja a usar el condón es otro elemento importante según las mujeres.

La mayoría señala que sus parejas no están dispuestas a usar el condón, la principal razón que señalan es que son “machistas”, aunque ellas mismas reconocen que ésta no es una razón válida. Otras señalan la fidelidad como excusa de las parejas para no usar condón ya que al insistir que son fieles no necesitarían usar ningún mecanismo de prevención,

En mi caso nunca utilicé el condón, yo estoy con mi pareja estable, él me dice que sólo está conmigo, yo estoy segura de él y él esta seguro de mí, no tenemos nada con otra persona... (mujer adulta).

Yo tampoco no he usado el condón, pero estoy de acuerdo en usar el condón con las cosas que están sucediendo, tantas cosas que uno sabe, el Sida y las otras enfermedades... las mujeres nos quedamos como amas de casa y viene el marido y se va, estamos fieles a los maridos, pero no conocemos su pensamiento... ellos nos dicen sí, soy fiel, no hago nada, pero mirando la realidad no es así. Yo desconfío... (mujer adulta).

También señalan que la información es un factor clave para favorecer la disposición al uso del condón así como desterrar el mito de que su uso interfiere en la relación sexual dado que disminuiría la sensación de placer.

Mi esposo no quiere porque dice que no se siente feliz (mujer adulta).

Porque hay algunas parejas que por el hombre mismo dicen que no sienten satisfacción... aprieta, o es incómodo (mujer adulta).

● Tienen muy pocas posibilidades de conversar sobre el tema con sus parejas

Las mujeres señalan que tienen muy pocas posibilidades de conversar sobre el tema con

sus parejas. El ámbito de las decisiones sobre el uso de métodos de protección sexual está en los hombres y ellas sienten que poco pueden resolver sobre el tema. Lo que sí se ha podido observar es que la decisión del anticonceptivo depende mayormente de ellas.

Bueno, nosotros no hemos conversado para usar el condón, porque yo me cuido con las píldoras, no sé si será necesario que use condón... como dicen que es prevenir el embarazo... yo me cuido con pastillas... pero del condón... no hemos hablado todavía (Risas)... con mi esposo, seguramente si le digo para protegernos de este mal (VIH y Sida) aceptaría (mujer adulta).

Algunas mujeres consideran que sus parejas están poco interesadas en cuidar la salud de ellas.

A veces los hombres... cuando tienen la necesidad de orinar ellos orinan, ¿no? Ellos no son capaces de lavarse las manos para estar con nosotras... llegan cansados y después... no? están con uno y a nosotros nos producen una cistitis... Es bien difícil aunque... las charlas para los hombres no hay, siempre son para las mujeres y nosotros aceptamos, pero también somos débiles al no seguir insistentemente al hombre decirles: yo quiero protegerme... pero el hombre es machista van a decir ¿a qué le temes? (mujer adulta).

● Razones por las cuales los hombres no quieren usar el condón según la perspectiva de las mujeres

Las mujeres entrevistadas señalan diversas razones por las cuales sus parejas se resisten a usar el condón, entre éstas resaltan las siguientes:

- Consideran que no es necesario, porque son fieles.

Mayormente los esposos, cuando antes yo quería cuidarme con el condón no querían, porque si solamente yo soy su pareja... decía... Sería mayormente que estas charlas se dieran más a los hombres, porque ellos son los que no quieren ponerse el condón (mujer adulta).

- **Dado que la relación de pareja es estable, es parte de la relación no usar condón**

Porque dicen que nosotros somos sus parejas y tenemos que hacerlo así no más, porque son nuestros maridos (mujer adulta).

- **El uso del condón interfiere en el desempeño sexual**

Ellos dicen que tiene que hacerlo normal, nada con cosas que se están poniendo algo... entonces...ellos piensan que no funcionan como hombres teniendo el condón... yo escucho eso, ¿no? (mujer adulta).

- **No tienen a la información necesaria, necesitan asistir a las actividades educativas**

Yo opino que se les debe dar charlas también a los hombres, ¿no? (mujer adulta).

- **Temen que el hábito de usar condón haga infieles a las mujeres**

Van a decir de repente has estado con otro... hablas con otra persona... (mujer adulta).

● **Las mujeres dudan sobre la efectividad del condón**

Finalmente, es importante mencionar que la mayoría de mujeres señala tener dudas sobre la efectividad del método y reportan experiencias personales respecto a la fallas en el uso del condón. Parece estar bastante difundida entre ellas la visión de que el condón tendría “agujeros” y que a eso se debería su falla, y consideran que hay otros métodos anticonceptivos más seguros como la inyección, la cual presenta la mayor preferencia.

No, yo usé el condón y salí embarazada (mujer adulta).

Se sabe que es un 99% seguro, pero no es seguro, puede venir o hacer un agujero o en la misma relación sexual cuando...ahí el esperma se mancha o se sale ahí puede ocurrir un embarazo (mujer adulta).

Su falla estaría explicada por la dudosa procedencia del mismo y algunas consideran que el condón sería permeable, permitiendo el embarazo (mujer adulta).

Estos resultados corroboran los de otros estudios que dan cuenta de que el uso y acceso a los condones masculinos está marcado por una serie de representaciones y concepciones culturales que tienen que ser trabajadas y cuestionadas debidamente para que sea posible incorporar nueva información que favorezca su adopción.

Capítulo 5

Percepciones, opiniones y actitudes en torno a la incorporación del condón femenino en el país



En este capítulo se presenta información relevante en torno a las percepciones, expectativas y retos frente a la introducción del condón femenino en la oferta de métodos de protección sexual disponibles para las mujeres. Se inicia proporcionando información básica sobre el condón femenino y sobre las evidencias encontradas en los estudios sobre aceptabilidad del condón realizados a nivel global y en el Perú, en la última década. Además, se plantean las ventajas y desventajas del condón femenino y se hace un análisis sobre las oportunidades y barreras que ofrece el escenario actual para introducir este nuevo método, considerando la perspectiva de las autoridades del sector salud, de los proveedores y de las potenciales usuarias del método incluyendo adolescentes y jóvenes.

5.1. El condón femenino

Sorprendentemente, en los últimos 15 años el mundo no ha podido obtener el mayor provecho de la contribución que ofrece el condón femenino para evitar tanto la transmisión del VIH como el embarazo no deseado o no planificado. Aunque se ha logrado un gran avance al ampliar el acceso al tratamiento, los condones femeninos han sido grandemente ignorados. En los países en desarrollo, una persona tiene mayor oportunidad de acceder a tratamiento antirretroviral, que a obtener condones femeninos.

Está claro que existe una imperante necesidad de hacer un mejor uso de las tecnologías existentes para la prevención del VIH. Aunque no hay un rastreo global de gasto en condones femeninos, se estima que en el 2007 se fabricaron en el mundo unos 423 condones masculinos por cada condón femenino. Además, la urgente necesidad de acceso a los condones femeninos se hace evidente ante la feminización de la pandemia del VIH en muchos países en desarrollo; la gran necesidad

insatisfecha de métodos anticonceptivos y el lento progreso hacia el cumplimiento de los Objetivos 5 y 6 de Desarrollo del Milenio con respecto a la salud materna, paralización y reversión de la propagación del VIH (OXFAM, 2008).

Diversos estudios realizados han demostrado que el condón femenino tiene aceptación entre las usuarias, aumenta la proporción de actos sexuales protegidos y es rentable si se brinda junto a los condones masculinos. No obstante, la mayoría de las mujeres no pueden acceder al condón femenino. Las nuevas tecnologías que responden a las necesidades de la mujer, como los microbicidas, no estarán disponibles por muchos años; los condones femeninos ya existen en la actualidad, por tanto, el acceso a los mismos debe ser promovido y favorecido cuanto antes.

Es importante precisar que en el ámbito mundial, actualmente hay tres tipos de condones femeninos disponibles en el mercado: el condón femenino de primera generación, conocido como FC1 (por sus siglas en inglés), que está hecho de poliuretano. Por lo general, los estudios reportados sobre el condón femenino hacen referencia al FC1. El condón femenino de segunda generación, conocido como FC2, que está fabricado con polímero de nitrilo, lo cual hace que sea menos ruidoso y de menor costo, es el producto utilizado en el presente diagnóstico. Finalmente, existe un condón femenino de látex de goma natural (semejante al material en que está hecho el condón masculino), que está disponible en algunos pocos países, pese a no tener certificaciones ni contar con la aprobación de la OMS, otras agencias de Naciones Unidas, ni de la *Food and Drug Administration* (FDA), organismo del gobierno norteamericano encargado de la reglamentación de alimentos y medicamentos.

● El condón femenino FC1

El condón femenino de primera generación FC1 es una funda delgada, suave y holgada de plástico de poliuretano. Tiene dos anillos flexibles:

uno interior en el extremo cerrado, que se usa para insertar y colocar el dispositivo dentro de la vagina, y otro exterior, que queda fuera de la vagina y cubre los genitales externos. El FC1 recibió la aprobación del FDA para su distribución en los Estados Unidos en 1993. El condón femenino FC1 también está incluido en el listado de productos esenciales de la Organización Mundial de Salud (OMS) para su distribución por las agencias de las Naciones Unidas. Desde su aprobación, se han distribuido 165 millones de condones femeninos FC1 en 142 países. Actualmente se distribuye en más de 100 países, incluyendo los Estados Unidos.

● El condón femenino FC2

El condón femenino FC2 es la versión de última generación del condón femenino. Está hecho de plástico de polímero de nitrilo, más resistente que el látex, es transparente y muy suave al contacto. Tiene la forma de una funda un poco más ancha que el condón masculino cuando está totalmente extendido. Tiene un anillo flexible en cada extremo. Se inserta en la vagina con la ayuda del anillo menor, que se acomoda en el cuello del útero. Tiene que “calzar” en el cuello del útero, para garantizar que esté bien puesto y que no se va a salir durante la relación sexual, la idea es que este anillo oriente la inserción y fije la bolsa de tal manera que tapice toda la vagina. El anillo exterior recubre la parte exterior del introito vaginal, y parcialmente los labios externos. Viene en un solo tamaño, pues es adaptable a cualquier tipo y tamaño de vagina. El condón femenino ya viene bastante lubricado, pero si se requiere mayor oleosidad, a diferencia del condón masculino, puede interactuar con cualquier tipo de lubricante, incluyendo los oleosos.

El FC2, que es muy semejante al FC1, fue desarrollado para expandir las posibilidades de protección de las mujeres con riesgo de contraer el VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) por medio de la reducción del costo del

producto, que fue posible por la introducción de un proceso de manufactura más eficiente. El ensayo clínico fue conducido el 2004 por la Unidad de Salud Reproductiva y de Investigación del VIH de la Universidad de Witwatersrand en Sudáfrica. Más de 200 mujeres participaron del estudio. Los resultados muestran que el condón femenino FC2 es seguro y que el riesgo de falla durante su uso es equivalente al FC1.

El 11 de diciembre de 2008 el Comité Consultivo de Obstetricia y Ginecología del *Food and Drug Administration* (FDA), Agencia Norteamericana de Reglamentación de Alimentos y Medicamentos, votó por unanimidad a favor de la aprobación del condón femenino de segunda generación de la compañía Female Health³, el Condón Femenino FC2.

Los datos del condón femenino FC2 han sido revisados por otras agencias públicas, incluyendo la Unión Europea, India, Brasil y la Organización Mundial de Salud OMS. En 2006, la OMS acordó que el condón femenino FC2 tiene el mismo desempeño que el condón femenino FC1 y recomendó que el condón femenino FC2 pueda ser comprado por agencias de las Naciones Unidas. Desde entonces, más de 22 millones de condones femeninos FC2 han sido distribuidos en 77 países.

● Algunos aspectos clave sobre el condón femenino (FC1 y FC2):

- Un elemento importante a considerar es que el condón femenino es una herramienta que ayuda al empoderamiento de la mujer. Las mujeres que usan condones femeninos reportan un mayor sentido de poder de negociación, de un sexo más seguro y un sustan-

cial sentido de control y seguridad durante el acto sexual.

- Entregar condones femeninos y masculinos conduce a más casos de sexo protegido y reduce la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). Su efecto adicional, al dar protección en casos en que los condones masculinos no la brindan, los convierte en una forma rentable de protección contra el VIH y otras ITS.
- Un modelo matemático de ONUSIDA demuestra que el condón femenino es un método anticonceptivo rentable y de prevención de ITS, en términos de incapacidad ajustada a los años de vida y evitamiento de costos. Dos estudios han analizado el costo de una ampliación de programas del condón femenino, en contraste con el ahorro en los costos del tratamiento que se deben obtener para evitar las infecciones de transmisión sexual y el VIH. (Oxfam, 2008).
- Este método es seguro y eficaz para cualquier mujer de cualquier edad, siempre y cuando sepa cómo insertar el dispositivo correctamente y cómo hacer para evitar desgarrarlo o romperlo.
- El uso del condón femenino es una de las principales propuestas que ha hecho la XVII Conferencia Internacional sobre Sida, dado el incremento de casos de VIH en mujeres de todo el mundo, sobre todo en los países pobres, en los últimos años. Especialistas tanto del sector gubernamental como de las organizaciones de la sociedad civil de varios países coinciden al afirmar que la infección por VIH en mujeres está muy ligada a la violencia de género.

3. La Female Health Company (FHC por sus siglas en inglés), con domicilio en Chicago, Illinois, es la fabricante del condón femenino FC2 y del FC1. La FHC y sus socios comercializan el condón femenino bajo las marcas FC Female Condom®, FC2 Female Condom®, Reality®, Femidom®, Femy®, y Care® en todo el mundo. Para más información sobre la Female Health Company, visite el portal: <http://www.femalehealth.com> y <http://www.femalecondom.org>.

- Además, muchas mujeres no tienen la posibilidad de exigir a sus parejas que usen condón, situación que las hace muy vulnerables a contraer el virus. El uso del condón femenino brinda a las mujeres la posibilidad de tener más control en la prevención del VIH, porque no dependen de la decisión de su pareja, sino de ellas mismas.

● Evidencias en torno a la accesibilidad y uso del condón femenino

Según reporta *The Female Health Company*, FHC (2009), una gran variedad de estudios desarrollados en diferentes escenarios sociales y económicos en más de 40 países en África, Asia, Europa, Latinoamérica y Norteamérica han demostrado una buena aceptabilidad del condón femenino entre mujeres y hombres. Dichos estudios indican que un promedio del 50 al 70% de los participantes varones y mujeres encuentran aceptable el condón femenino.

Una investigación realizada con trabajadoras sexuales de la calle en Colombo, Sri Lanka, mostró que a más del 90% de las participantes les gustó el condón femenino, mientras que el 70% manifestó preferir el condón femenino en vez del condón masculino. En Togo, 82% de las trabajadoras sexuales estaban dispuestas a usar el condón femenino con todas sus parejas, sean éstas clientes ocasionales o regulares, sus parejas, o sus esposos. (FHC, 2009)

La aceptabilidad es esencial para el uso correcto y sostenido de cualquier método. Estudios realizados por *Family Health International* en torno al condón femenino (FC1) también muestran que a muchas mujeres les gusta el dispositivo y que éstas lo recomendarían a otras personas. Las mujeres tendían a aceptar más el dispositivo que los hombres. Aunque las mujeres en general recomendarían el dispositivo a otras mujeres y tenían una opinión más bien positiva al respecto, muchas de las que participaron en los estudios

dejaron de usarlo debido a objeciones del compañero. En general, las dificultades de inserción disminuyeron a medida que aumentaba la experiencia con el empleo del dispositivo, y el uso se hizo más cómodo y aceptable con la práctica. (FHI, 2008).

Las principales desventajas del condón femenino que señalaron las participantes del estudio se centraban en una de las principales ventajas del dispositivo: la cobertura de los genitales femeninos externos. Esta cobertura tenía un efecto indudablemente negativo en la estética y la aceptación del insumo. Otros problemas relacionados con la estética incluían su aspecto desagradable, el ruido que producía durante el uso, el tamaño y la resistencia opuesta por el compañero. Algunas participantes señalaron dificultades asociadas con la inserción o la extracción, incomodidad, molestia y desagrado, asociados con el uso, y movimiento del dispositivo durante el acto sexual. También se reportaron algunos casos en los que el pene se deslizó entre el dispositivo y la vagina, y otros en los que hubo deslizamiento y rotura del dispositivo. Aunque no fue un factor determinante en los estudios realizados por FHI, los condones femeninos FC1 eran relativamente costosos. Esto puede ser un factor que limita su aceptabilidad en un gran número de mujeres. No obstante, con la introducción del condón femenino de segunda generación, el costo se ha reducido significativamente.

En Brasil, antes de introducir el condón femenino (FC1), el gobierno realizó un estudio de aceptabilidad a gran escala para identificar a las potenciales usuarias y desarrollar estrategias para llegar a ellas. El estudio desarrollado en 1997 duró un año y en él participaron 2,400 mujeres usuarias de los servicios públicos de salud de diferente procedencia cultural. Los resultados de la investigación excedieron las expectativas del Ministerio de Salud, al alcanzar una aceptabilidad del 70%. En Brasil, el condón femenino ha sido aceptado como un componente transversal

del programa nacional de SSR y actualmente su distribución alcanza los 4 millones de unidades por año, habiéndose incluido nuevos grupos objetivos con el fin de incrementar el número total de mujeres protegidas. (*The Female Health Company* - FHC, 2009).

El estudio sobre aceptabilidad del condón desarrollado en India (2002) con trabajadoras sexuales, demuestra que un indicador importante del incremento de la aceptabilidad del condón femenino, así como de la efectividad de las actividades de entrenamiento y consejería es la habilidad de las participantes para discutir, negociar y convencer a sus clientes o parejas de usar el insumo. Al final del estudio, el 57.6% de las trabajadoras sexuales estaban listas para convencer a sus clientes de usar el condón femenino, mientras que en la línea de base sólo el 10.9% lo estaba. Los resultados del mismo estudio demuestran, además, que existe un incremento de actos sexuales protegidos cuando el condón femenino está disponible junto con el condón masculino. Del mismo modo, las evidencias arrojadas por este estudio resaltan la importancia de incluir materiales de información, educación y comunicación relacionados al condón femenino en los programas de apoyo para introducir el nuevo método. (FHC, 2009).

Además, el condón femenino es uno de los principales métodos en contextos en donde la epidemia se halla en proceso de feminización. El material es lo suficientemente fuerte para evitar cualquier tipo de rupturas y cubre totalmente la vagina, lo que disminuye los riesgos de intercambio de fluidos. El material del que está hecho es impermeable no sólo al VIH, también a la hepatitis B y al herpes, y como mantiene la temperatura del cuerpo, es una ventaja comparativa para no interferir con el desarrollo de la actividad sexual.

Varios estudios han demostrado que cuando las mujeres lo usan consistentemente, el condón femenino previene completamente la reinfección de la tricomoniasis (Soper, et al. 1993), a diferencia del 14% de reinfección entre quienes no lo usaron bien, o las que fueron del grupo control. Un Estudio en Kenya (Feldblum, et al., 2001) demostró que el condón femenino redujo en un 25% las infecciones de transmisión sexual en un grupo de mujeres agricultoras.

● El condón femenino no desplaza al condón masculino

Algunos temores acerca de que el condón femenino podría desplazar al condón masculino han demostrado ser infundados. En un estudio realizado en Kenya en el 2001 (Feldblum, 2001) se ha demostrado que en 6 meses de inclusión del condón femenino, se produjo un aumento del uso del condón masculino entre el 15 y 60% de los participantes, mientras que el uso del condón femenino se incrementó de 0 al 61%. No hubo ninguna evidencia con respecto a que el condón femenino reemplace al condón masculino. También se hallaron evidencias de incremento del sexo seguro. Según un estudio realizado en Estados Unidos (Macaluzo et al., 2000), el índice de sexo con protección después de la introducción del condón femenino en pacientes con ITS se elevó del 38 % al 66%.

● Estudios realizados en el Perú

Aunque en el Perú formalmente no está disponible el condón femenino, desde hace algún tiempo se vienen haciendo algunos estudios con el fin de generar evidencias para lograr su introducción. Una de estos estudios fue realizado por Mejía y col.⁴ en una muestra de trabajadoras sexuales (TS). En ese estudio se buscó identificar los factores que afectan el uso del condón feme-

4. Mejía C. y col. *Is the female condom an additional tool for HIV/STD protection among sex workers in Peru?* Trabajo no publicado. Su referencia ha sido autorizada por la autora.

nino (FC1) y encontrar las pistas para que las TS puedan adoptar este método para protegerse de las ITS y el VIH y Sida.

El estudio demostró una alta aceptación del condón femenino, que fue usado en el 75% de las transacciones sexuales, resultado que coincide con hallazgos de estudios en otros países sobre aceptabilidad del condón femenino. Otro de los hallazgos del estudio de Mejía fue que el uso del condón femenino resultó mucho más fácil con clientes intoxicados que nunca se dieron cuenta que la trabajadora sexual utilizó condón femenino. Refirieron asimismo como ventaja, la lubricación del condón, a diferencia de otros estudios que reportan la lubricación como un tema de molestia. También expresaron algunas dificultades en relación con la permanencia del dispositivo al interior de la vagina, sobre todo en ciertas posturas sexuales. Según los hallazgos del estudio en mención, a algunas de las participantes les desagrada la forma como queda el condón femenino puesto en la vagina, no les gusta, el anillo externo, piensan que podría desplazarse dentro de la vagina, originando el derrame de los fluidos. Sin embargo, estas observaciones no se presentaron de manera significativa. Lo que sí plantearon como preocupación es el costo. En comparación con los otros métodos, las trabajadoras sexuales mencionaron que cuanto mucho, podrían pagar un dólar por condón femenino.

En el 2004 García y col. realizó otro estudio en Perú sobre aceptabilidad del condón femenino (FC1) en clientes de trabajadoras sexuales, encontrando que para el 52% la primera reacción fue de asombro, sorpresa y curiosidad mientras que el 55% reportó que la primera sensación fue agradable y cómoda. Del mismo modo, 82% de los clientes declararon no haber tenido problemas en el uso del FC1. En el 2006 se desarrolló un

nuevo estudio con parejas jóvenes heterosexuales entre 18 y 29 años de edad, a las cuales se les dio seguimiento en el uso del condón femenino por un periodo de 3 a 6 meses. Los resultados muestran que las mujeres lo apreciaron como una opción adicional y que hubo aceptabilidad en la pareja frente al nuevo método. Si bien las mujeres y sus parejas se mostraron dispuestas e interesadas en usar el condón femenino, al mismo tiempo manifestaron la necesidad de entrenamiento para un uso adecuado.

● El condón femenino y la doble protección que ofrece frente a embarazos no deseados o no planificados y el VIH y Sida

Diversas investigaciones han demostrado que el condón es un buen método de doble protección sobre el que las mujeres pueden tener un mayor control, pues junto con los microbicidas, es un insumo que se ha diseñado pensando en ellas. Mientras que los microbicidas todavía están en proceso de investigación, los condones femeninos, FC1 y FC2, ya terminaron su ciclo de pruebas para ser incorporados como insumos de alto consumo. Desde su aprobación en 1993, 165 mil millones de unidades fueron distribuidas en 142 países. El FC2 ya puede encontrarse en más de 70 países, tanto en intervenciones piloto, como en programas nacionales.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el uso “casi perfecto”, la eficacia del condón femenino es del 95%, lo que significa que cinco de cada cien mujeres podrían quedar embarazadas en un año. Con el “uso común” (es decir, teniendo en cuenta la falta de experiencia o la omisión de los pasos correctos) la eficacia es del 79% tras un año de uso, lo que significa que 21 mujeres de cien podrían quedar embarazadas durante el primer año.

5.2. Ventajas y desventajas del condón femenino desde la perspectiva de las y los informantes

Todas las y los entrevistados se muestran absolutamente favorables a la introducción del condón femenino, señalan que su impacto positivo será ampliar las opciones anticonceptivas existentes. Algunos plantean además algunas recomendaciones, por ejemplo, una adecuada capacitación al personal de salud, para que no se convierta en obstáculo para la distribución de este método y garantizar su acceso y disponibilidad. Es decir, que esté en los servicios de salud y a bajo costo. Asimismo, proponen acompañar el proceso de introducción con una campaña informativa. Hay alguien que menciona que probablemente los resultados no serían inmediatos, y finalmente, hay quienes señalan que si la campaña introductoria no tuviera éxito, de todas maneras sería un buen mecanismo de educación, que permitiría a las mujeres conocer mejor sus cuerpos.

La mayoría de las y los entrevistados, señalan haber escuchado hablar del condón femenino, pero solamente un poco más de la mitad refiere haber tenido la oportunidad de ver este método. Las reacciones frente al condón femenino están divididas entre aquellos que piensan que es una buena alternativa porque amplía opciones, aunque consideran que su introducción no será fácil, y entre quienes no lo consideran una opción viable.

Las y los representantes de la sociedad civil y activistas opinan que se trata de un insumo muy importante de prevención de las ITS/VIH en manos de las mujeres. Señalan que aunque es un insumo aún poco familiar, factor que podría dificultar su incorporación, se hace necesario implantarlo en el país para ampliar las opciones de las mujeres. Si bien son conscientes que su introducción ofrece retos, opinan que es un derecho de la mujer tener esa opción disponible.

Yo creo que todo método como nuevo tiene retos, definitivamente, como cuando apareció la

píldora, el condón masculino etc. Pues si lo miras bien, todas son cosas extrañas, raras no... tiene que ver con el tema de costumbres, pero poco a poco nos vamos apropiando... lo nuevo que tiene el condón femenino es que está bajo el control de las mujeres y el masculino, bajo el control de los hombres (profesional sector salud, regiones).

El problema con el condón masculino es que tiene que ver con la capacidad de negociación de las mujeres, que resulta muy limitada en las condiciones de desigualdad y equidad, entonces el condón femenino entra como una alternativa ¿no? Para dar... proponer mucho más en el terreno de las mujeres... (profesional de sociedad civil).

Quienes se muestran favorables a su uso, reconocen entre otras cosas, la necesidad de acostumbrarse a este nuevo método, no sólo por la forma, sino también por que quienes lo usan son mujeres que usualmente tienen más limitaciones para tomar decisiones.

● Es una buena alternativa porque amplía las opciones de las mujeres

Las y los informantes piensan que el condón femenino como método que brinda doble protección es una buena alternativa, que será muy eficaz y aportará a lograr un cuidado más integral en las mujeres.

Las percepciones oscilan entre quienes piensan que se trata de un método adecuado para todas las mujeres, incluyendo a aquéllas que quieren cuidarse responsablemente, y aquellas personas que sostienen que es una opción para mujeres que tienen encuentros sexuales ocasionales, trabajadoras sexuales, mujeres “irresponsables” y mujeres que no tienen una pareja estable.

Entre los jóvenes y las parejas jóvenes, así como entre las mujeres adultas, hay mucha aceptación

del condón femenino como un método apropiado para las mujeres en general. Incluso, están de acuerdo en que se entregue en los establecimientos de salud, y más aún, lo comprarían.

A su vez mencionan que son las mujeres adultas con nivel educativo alto, las mujeres que tienen diferentes parejas, o que no tienen pareja estable, así como las trabajadoras sexuales, las que estarían más dispuestas a usar el método.

Es bueno, permite una opción más, las mujeres tendrían más que decidir... además, la doble protección es uno de los grandes beneficios (funcionario/a MINSA).

Creo que el tiempo de ver mal lo que hace la mujer ya pasó, ahora la mujer cuida su cuerpo... (profesional sector salud, regiones).

Hoy en día sería como cualquier método anticonceptivo que debe ser usado abiertamente... (profesional de sociedad civil).

● Entre las ventajas identificadas se plantean

● Permitiría que las mujeres conozcan su cuerpo

Hay quienes señalan que el condón femenino, agregaría ventajas a las mujeres que lo usan en tanto les permitirá conocer sus cuerpos.

Lo bueno que tiene es que su uso exige el conocimiento de nuestro cuerpo, nos exige tocarnos, un mayor acercamiento a nuestro cuerpo físico y las partes menos exploradas (profesional de sociedad civil).

Esto sí puede ser interesante, pues las mujeres, al tocarse, al conversar cómo se coloca, comenzarán a conocer su cuerpo a través de la maqueta (profesional sector salud, regiones).

● Podría contribuir a una mayor autonomía de las mujeres

Algunos informantes señalan que el uso del condón femenino traería como consecuencia una menor interferencia durante las relaciones sexuales, lo que podría fortalecer la autonomía de las mujeres y favorecer su satisfacción sexual.

Pues se puede poner 8 horas antes de la relación sexual. Ah... mira, allí no tendrías que negociar, llegas y ya (profesional de sociedad civil).

Una ventaja es que lo podríamos utilizar sin temor, si los hombres no usan preservativos... hay hombres a los que no les gusta los preservativos porque les hace perder la erección, pero claro.... eso nunca te van a decir... ¿no? (mujer adulta).

Yo creo que sí, yo creo que puede ayudar a las decisiones, sobre todo de los adolescentes que puedan estar bajo la vigilancia de sus padres... una mujer mayor también puede tener una relación sin miedo (profesional de sociedad civil).

Hay quienes piensan que lo más importante será asegurarse que la mujer aprenda a usarlo, e identifique sus ventajas.

Es... similar al condón del hombre, el material tiene buena lubricación, con la práctica se usará mejor... (sector salud, regiones).

La otra ventaja que se habla de este método es la temperatura. Mantiene la temperatura corporal, esto también puede dar una mayor sensación de naturalidad... ¿no?... o, por ejemplo, los hombres que sienten cuando se ponen un condón masculino, se sienten apretados... (profesional de sociedad civil).

● Desventajas identificadas

Quienes consideran que no es una buena opción, señalan como dificultades:

● Podría generar rechazo tener que colocárselo cuando no tienen costumbre de tocarse

Hay quienes opinan que algunas mujeres se verían imposibilitadas de usar el método porque no se atreven a tocarse ellas mismas por recelo, por pudor, o por considerar que es una falta de “higiene”.

Las mujeres esperan que sus parejas las toquen y no ellas mismas, va ser muy difícil incorporar este método... (profesional de sociedad civil).

● La forma no es atractiva

La mayoría piensa que es incómodo ponérselo, que no se va a adaptar al cuerpo y que no es fácil colocarlo, se mencionan también preocupaciones respecto al tamaño y la forma.

Es grande, feo, no lo encuentro atractivo y es bullanguero. Es un plástico rígido que cuando lo usas parece que tuvieras música... (profesional de sociedad civil).

La primera impresión es que es un poco difícil la colocación y no sé, es un poco ancho, no sé cuánta incomodidad puede causar (funcionario/a MINSa).

● El ruido podría ser un problema

A pesar que la mayoría, si no todas las y los informantes, nunca han usado este método, refieren que el tema del ruido podría interferir con las

relaciones sexuales. Según indican, se tendría que trabajar mucho al momento de introducir el método.

Es algo nuevo, en principio hay que difundir mucho su existencia como una alternativa para las mujeres, para ejercer su derecho a la doble protección. En cuanto a la funcionalidad, hay el tema del ruido (profesional de sociedad civil).

Es un buen método. Es cuestión de acostumbrarse, uno no tiene la costumbre de ver que el condón es un método que lo use la mujer, se siente que hay plástico, en cambio el condón masculino está bien (profesional sector salud, regiones).

● Podría haber oposición por parte de los proveedores de salud

Aunque se considera que no habría ningún problema en promover el uso del condón femenino desde el sector salud, algunos/as informantes creen que las y los operadores de salud mostrarán resistencia, más por razones administrativas que por oposición al propio método.

Algunos (proveedores) tendrán resistencia, pero sobre todo porque coloca una carga a su trabajo... (funcionario/a MINSa).

Pero la gente involucrada en las Estrategias vamos a poder difundirlo y vamos a registrar las indicaciones negativas para mejorarlas y superar los problemas... sumen también que, como toda cosa nueva, tiene su ritmo y sus tiempos (profesional sector salud, regiones).

Habría resistencia por el desconocimiento... (funcionario/a MINSa).

5.3. Barreras que podrían afectar la introducción del condón femenino

● Accesibilidad económica

Hay una alta preocupación por el precio del producto, más aún si éste se compara con el costo del condón masculino. Buena parte de las personas entrevistadas piensan que ése será un gran obstáculo, sobre todo en un contexto de escasez de recursos y por la presencia de otras prioridades sanitarias.

La mayoría piensa que si el insumo es gratuito, será de mucho más fácil acceso, y señalan que la actitud favorable a la aceptación del condón femenino estaría condicionada a la gratuidad del método.

● Accesibilidad cultural

La mayoría considera que los obstáculos del condón femenino serían los mismos que se presentan frente a otros métodos anticonceptivos que quedan evidenciados ante la pareja. El machismo y las limitadas posibilidades de las mujeres para negociar sus decisiones reproductivas se consideran limitantes importantes. Piensan que habrá algunas ideas tradicionales por parte de los hombres que podría impedir su aceptación.

Las mujeres prefieren usar métodos sin que sus maridos lo sepan y usar el condón femenino es demasiado visible, no se puede disimular, necesariamente la pareja tendrá que estar de acuerdo (profesional de sociedad civil).

También mencionan el diseño poco amigable del condón como una barrera, así como su forma de uso, que implica tener que tocarse el cuerpo e introducirlo en la vagina.

El efecto estético, el que externamente sea visible, el ruido que pueda hacer, y que sea

la mujer la que decida usar, para el hombre puede que sea chocante y un factor que dificulte su uso (profesional de sociedad civil).

Finalmente, se reconoce la posible acción de los grupos conservadores que se oponen a todo tipo de método de planificación familiar, especialmente a aquellos que pueden ser usados por las y los adolescentes.

● Percepciones acerca de la disponibilidad de recursos y sostenibilidad por parte del MINSA

A nivel de las Direcciones Regionales de Salud, las autoridades muestran muy buena disposición, no obstante, también reconocen que tendrían que esperar las indicaciones del nivel central. Asimismo, muestran preocupación en torno a las limitaciones presupuestales, pero en general, muy buena disponibilidad para que el producto llegue a las usuarias. Piensan que se podrían incrementar algunas dificultades logísticas, por ejemplo el transporte, admitiendo que el sistema que actualmente tienen deberá ser mejorado.

Respecto a la carga logística, la mayoría cree que no habría ningún problema, sería tratado como un insumo adicional. Probablemente habría algunas necesidades en el almacenaje por el mayor volumen, pero consideran que no sería un problema significativo

Desde la sociedad civil se señala como una dificultad la propia capacidad del Ministerio para invertir en un nuevo método. Existe el temor de que no sea incluido como parte del presupuesto, o que su provisión dependa de recursos de cooperación internacional, lo cual atentaría contra la sostenibilidad del condón femenino.

Hay también quienes tienen preocupaciones de carácter administrativo y logístico, tales como la factibilidad de incluir el método en el Petitorio Nacional de Medicamentos e Insumos, así como

la gestión de la cadena de programación del insumo.

Es una buena alternativa de prevención de control del cuidado de las mujeres por ellas mismas, pero este método lamentablemente e históricamente siempre ha sido muy costoso, por lo cual siempre se ha declinado en los intentos de implementación (profesional de sociedad civil).

Algunos sienten preocupación por antiguos problemas que hasta el momento no han podido ser resueltos por el MINSA, como por ejemplo el desabastecimiento, o las dificultades de sus propios procesos administrativos y logísticos.

Hay quienes piensan que el Ministerio de Salud podría interesarse sólo si recibe el apoyo de la cooperación internacional, con el riesgo de que este apoyo no contribuya con la sostenibilidad.

No estoy seguro, falta información y sensibilización de las autoridades, desterrar prejuicios y mitos en torno a la sexualidad. Depende de quién está en el Ministerio, si hay mujeres en puestos clave será más fácil (profesional de sociedad civil).

● Resistencias de los profesionales de salud

Del mismo modo, se menciona las actitudes de los propios proveedores en contra de los métodos anticonceptivos, basadas en sus propios prejuicios. Sin embargo, la mayoría considera que estas resistencias se pueden erradicar través de acciones de sensibilización y capacitación.

Se necesitará una gran campaña de educación y capacitación a los proveedores de servicios. No es tan difícil aprender a usarlo. El grado de error no es tan grave, y por lo tanto puede ser virtual (profesional sector salud, regiones).

5.4. Impacto que podría tener la introducción del condón femenino en el país desde la perspectiva de las autoridades y funcionarios del MINSA

● Impacto en los proveedores de salud

La mayoría señala que el hecho de ser un método nuevo, llamará la atención de los proveedores de salud, por lo tanto, su introducción debe tomar en cuenta procesos de capacitación que los ayude a familiarizarse con el método. Algunos suponen que habría resistencias, pero que éstas serían superadas si se incluye dentro de los procesos de introducción y de capacitación, una mayor sensibilización, presentación de evidencias, así como técnicas demostrativas que vayan respondiendo a sus dudas sobre el método.

Depende, pienso que todo tiene que ver con la información que reciban y que les demuestre que contribuye eficazmente a la doble protección (funcionario/a MINSA).

Eso va a depender como se muestre el producto, si alguien lo muestra sin explicación, sin hablar de su importancia, claro que a nadie le va a gustar (profesional sector salud, regiones).

Sin embargo, hay algunos que consideran que los proveedores no tendrían mucho interés en este tema. Después de una curiosidad inicial, sus posibilidades de trabajo serán muy pocas y ponen como ejemplo otros métodos como el diafragma, cuya introducción según sus propias referencias ha sido difícil y no llegó a prosperar. Aunque es importante señalar que no se ha encontrado ninguna evidencia que indique que en el Perú se han hecho verdaderos esfuerzos por introducir el diafragma.

Hay gente que va a aceptar, pero otra que cree que es grande e incómodo, por eso es

que el diafragma nunca pudo prosperar en el Perú. Porque a las mujeres no les gustaba meterse nada antes de las relaciones sexuales (funcionario/a MINSA).

● Respuesta potencial de las mujeres frente al nuevo método

A pesar que los funcionarios y autoridades entrevistadas expresan una serie de críticas hacia el condón femenino por su apariencia o por la dificultad de uso, consideran que habría una buena respuesta por parte de las mujeres, pero que dependería, al igual que en el caso de los proveedores de salud, de cómo se introduce el método.

También depende de cómo sea presentado. Y pienso que no tendrían resistencias (profesional sector salud, regiones).

Algunos creen que el método agregará algunas ventajas a las mujeres, pero éstas serán apreciadas por las mujeres urbanas y con buen nivel educativo. Por el contrario, estas mismas ventajas resultarán un obstáculo para las mujeres menos instruidas.

Serán más receptivas a usarlo porque les va facilitar el ejercicio de su derecho a protegerse doblemente, no tienen que negociar con el hombre porque se lo pueden poner varias horas antes de la relación sexual (profesional sector salud, regiones).

Además, señalan que la introducción del método ayudará a trabajar la visión de derechos sexuales y reproductivos.

Servirá para concientizar más sobre los derechos, porque el condón no va tener efectos secundarios, es mejor que usar pastillas, que producen cáncer, o con la medroxi (anticonceptivo inyectable), que les corta la regla (profesional sector salud, regiones).

Las mujeres son muy conscientes en proteger su salud, muchas veces usan métodos anticonceptivos aun cuando les molestan los efectos colaterales, con el fin de no tener hijos. Ahora que va ser para prevenir dos problemas, mejor todavía (profesional de sociedad civil).

No obstante, también señalan que algunas mujeres enfrentarán cierta dificultad, sobre todo aquellas que no tienen relaciones igualitarias con sus parejas.

Las mujeres de estatus bajo dudo que aprueben usarlo, los otros estatus lo usarían por curiosidad, será un método para cierto grupo social (profesional de sociedad civil).

Respecto a quienes podrían estar más dispuestas a usar el condón femenino, los funcionarios y autoridades de salud entrevistados señalan que serían en primer lugar las mujeres con un mayor nivel educativo, las jóvenes y aquellas que tengan una mejor conciencia del riesgo.

● Reacciones de los hombres frente al método

Algunas autoridades, funcionarias y funcionarios entrevistados señalan que los hombres mantendrán la misma resistencia que tienen a cualquier otro método. No es la particularidad del condón femenino lo que les llevaría a oponerse, sino la decisión y autonomía de la mujer en el uso de un anticonceptivo.

Los varones latinoamericanos son básicamente inseguros y por lo tanto desconfiados y no aceptan la autonomía de decisión de la mujer. Cuando saben que están usando métodos creen que les van a sacar la vuelta, más aún con el condón que lo usan y lo botan y no deja huellas (profesional sector salud, regiones).

Fuera de este grupo, hay quienes precisan que el condón femenino sí sería aceptado, princi-

palmente por dos razones. De un lado, liberará a los hombres de verse obligados a usar el preservativo. Desde la perspectiva de los hombres, habría menos interferencias en las relaciones sexuales, pues destacan que la mujer se podría poner el condón varias horas antes del coito. De otro lado, contribuirá a las negociaciones de las mujeres para tener sexo seguro, pues, al haber un insumo que puedan usar de manera independiente, tendrán más facilidad para tomar sus propias decisiones.

Puede ser que ellos estén de acuerdo y creo que no tendrían resistencia, pienso que ellos pensarían que las mujeres están tomando sus propias decisiones (profesional sector salud, regiones).

Pensarán qué bien, pues les va a resultar cómodo no tener que usar ellos el condón (mujer adulta).

No creo que haya rechazo, pero tampoco entusiasmo, una recepción tibia. En Loreto el machismo es muy marcado. Que el hombre lo acepte dependerá del mensaje que le llegue (profesional sector salud, regiones).

Hay un tercer grupo de respuestas que señalan que los hombres no aceptarán su uso por las características propias de un método con el que no tienen familiaridad. Sólo un entrevistado señala que la dificultad estaría en su escaso confort y considera que la mujer tendría que sostener el anillo de manera permanente mientras mantenga una relación sexual, comentario que denota desinformación sobre el método.

No les va gustar, van a decir que es muy incómodo, que no se siente lo mismo y eso va a ser peor, porque van a saber que está en el dominio de la mujer. Es el cuestionamiento a una conducta sexual y servirá para acusarlas de no sentir placer (profesional sector salud, regiones).

Hay una preocupación de las y los entrevistados por la posibilidad de que el condón femenino produzca alergias y suponen que ello se podría producir por el material con el que está confeccionado. Sin embargo, se sabe que esta complicación es bastante infrecuente, tanto en el condón masculino, como en el condón femenino.

En suma, lo que las respuestas indican es que se trata de un método que sería bien recibido por la mayor parte de la población, tanto de adultos como de adolescentes y jóvenes. Si bien existe una ligera tendencia a seguir pensando en el condón como un método de uso en relaciones sexuales con desconocidos y en encuentros ocasionales, cada vez hay más conciencia acerca de que es un método que debe ser usado en todas las relaciones sexuales, incluyendo a la pareja estable. Hay una reacción algo desfavorable respecto al tamaño y a la forma del condón femenino, pero a la vez, las mujeres están dispuestas a usarlo porque entienden los beneficios de protegerse simultáneamente contra embarazos no deseados o no planificados y las ITS, incluyendo el VIH y Sida.

● Las mujeres muestran una actitud positiva frente al condón femenino

Las mujeres se muestran muy satisfechas y con una actitud muy positiva de conocer la existencia del condón femenino, pues sólo unas cuantas había escuchado del tema, pero no se imaginaban como podía ser éste.

Yo he escuchado por las noticias que ahora hay un condón femenino, que están en otros países pero no en Perú (adolescente mujer).

Es algo bueno que nosotras las mujeres podemos cuidarnos, no solamente los hombres (adolescente mujer).

Ahora ya no vamos a necesitar que los varones se cuiden, porque nosotras también nos vamos a cuidar... (mujer adulta).

Al conocer el método, las mujeres muestran mucha curiosidad, lo observan, no les desagrada el contacto, pero sí se sorprenden de su tamaño, y lo que más les llama la atención son los aros.

...No sé qué me parece y tiene una argolla adentro (todos ríen) ¿y esto no hace doler?... de repente yo no soy abierta, honda que dicen, de repente yo soy más encima, empeño bajo (todos se ríen), de repente me puede inflamar (mujer adulta).

Yo me asombré al verlo, porque yo pensaba que era más pequeño, como el condón de los varones, ahora que lo vi es más grande. Pero esto está adecuado de acuerdo a nuestra anatomía, ¿no? a nuestra parte íntima... (mujer adulta)

A mí me preocupa que el aro se quede dentro de nuestra barriga... no sé si se acomodará bien en nuestro útero... (mujer adulta).

A pesar de sus comentarios respecto al tamaño, o sobre la presencia de anillos, ellas piensan que sí lo utilizarían porque contribuiría a su cuidado. Lo señalan como una alternativa a la negativa de la pareja a usar condón masculino.

Sí, todas la mujeres se tienen que cuidar ellas mismas, porque si uno no se cuida ¿quién va a cuidar a uno? (mujer adulta).

Sí, estoy dispuesta a usarlo, porque es para cuidarse uno, como también el esposo, es muy bueno (mujer adulta).

Las mujeres plantean como la primera razón por la cual usarían el condón femenino la protección de “enfermedades”, refiriéndose a las ITS, pero también por la tranquilidad de sentirse protegidas. También lo usarían como método anticonceptivo.

Ya nos evitamos de tantos problemas con el esposo... es el esposo que no quiere usar los condones... (mujer adulta).

Este condón que nos pudieran dar en Planificación Familiar, igual que las ampollas, ¿Nos darían para tres meses? (mujer adulta).

En vez de la píldora, ampolla dar los condones... porque eso nos engorda (mujer adulta).

Además las mujeres dieron algunas sugerencias sobre como ampliar su difusión y permitir que más mujeres conozcan del condón femenino, tales como desarrollar actividades educativas, distribuirlos gratuitamente y conversar con los esposos, explicarles lo importante de este método.

Nosotros que hemos escuchado la charla, difundirlo, avisar a las amigas que ha salido un nuevo condón para las mujeres (mujer adulta).

Simplemente ponerse de acuerdo con la pareja para protegernos de todas las enfermedades (mujer adulta).

Todas las mamás que usen este condón deberían hacer campañas y algunas que usen deberían salir a hacer propaganda para que comiencen a usar el condón (mujer adulta).

En cuanto a la reacción de sus parejas, las mujeres piensan que se sorprenderán, probablemente se burlarán, o se sentirán asustados, no obstante es probable que ellos también participen en la experiencia y que se sientan liberados por no tener que usar ellos el condón.

No sé que dirán, se van a sorprender... ¿no?... Imagínese, aquí nomás somos nueve y sólo dos nomás han escuchado del condón (femenino), no hemos escuchado ni radio, estamos perdi-

das... no sabíamos de este nuevo método ¿no? Para ellos también es nuevo (mujer adulta).

Tendríamos que experimentar estar con el condón para ver qué es lo que dicen (mujer adulta).

Se sorprendería, ya no sería su obligación ponerse el condón (mujer adulta).

Algunos lo verán como dificultad por lo mismo que ellos usan los condones con otras mujeres, entonces van a pensar lo mismo de las mujeres (mujer adulta).

Las participantes plantean al diálogo como la primera prioridad para lograr que sus parejas acepten el condón femenino. Consideran que una buena conversación puede lograr que ellos también se comprometan con el cuidado de la salud de las mujeres.

Dialogar entre los dos y decirles que hay preservativo para las mujeres, igual para los hombres, si dice que bueno... podemos utilizarlo (mujer adulta)

Dialogar... pero como se dice, vas a tener relaciones y te vas a poner a escondidas esto, entonces el hombre va pensar mal... igualito como la mujer que piensa mal, para eso tenemos que hablar, hacerles saber que hay, que existe el preservativo (mujer adulta).

Con respecto al lugar para acceder al condón femenino, las mujeres entrevistadas coinciden en que los establecimientos de salud serían los lugares más adecuados y en mucha menor proporción mencionan a las farmacias y boticas.

● **¿Qué opinan las y los adolescentes en torno al condón femenino?**

La mayoría señala no conocer, o apenas haber escuchado algo sobre el tema. Todas y todos

muestran sorpresa, pero también satisfacción por su existencia y piensan que es un insumo que podrían usar. Se sorprenden del tamaño y de la forma, pero no muestran rechazo.

Está bien para que las mujeres también se protejan, las mujeres sepan cuidarse, y no sea sólo el hombre el que se ponga el látex (adolescente hombre).

Me quedé sorprendida porque no sabía que también había para las mujeres, pero está bien que tanto el hombre como las mujeres tengamos preservativos, para prevenirlos de las enfermedades y creo que está mejor que el de los hombres, porque protege tanto a los hombres como a las mujeres (adolescente mujer).

Si las chicas quieren cuidarse, usarlo, lo usarían. En caso que sus parejas no quieren cuidarse, ellas ya lo harían... (adolescente mujer).

La protección y la seguridad frente al embarazo y las ITS serían las principales ventajas, también hacen referencia al placer que el método podría generarles.

Nos va a dar placer, satisfacción con el arito grande (adolescente hombre).

No salir embarazadas siendo tan jóvenes y truncar su vida (adolescente mujer).

Según opinión de las y los adolescentes, el condón femenino podría ser difundido a través de charlas, campañas y materiales educativos. Consideran especialmente importante que esta información llegue a las escuelas y a los lugares alejados. Ven el establecimiento de salud como un lugar desde el cual también se podría difundir información.

Dar charlas a los jóvenes y decirles que va a ir en beneficio de ellos (adolescente mujer).

Repartir folletos dando charlas a cada comunidad a nivel nacional, con demostración de como hay que usar (adolescente mujer).

Pueden ir a los colegios, pueblos, comunidades, para que den charlas sobre la sexualidad y prevención de las enfermedades (adolescente mujer).

Consideran que los padres y los adultos se opondrían al método, pero eso estaría más bien referido a las relaciones sexuales en general, cuando se trata de adolescentes. Estiman que las parejas masculinas serían el mayor obstáculo para el uso del condón femenino. Hay también quien señala que serían las propias mujeres, pero estas últimas porque no admiten tener relaciones sexuales.

Sería muy incómodo para los hombres, va a ser muy difícil para la pareja (adolescente hombre).

Nosotros no podemos recibir estas charlas. Los padres nos prohíben hablar de esas cosas porque ellos nunca tuvieron esas charlas, tienen vergüenza por eso, ellos ven como un pecado (adolescente mujer).

Más se oponen las mujeres, porque creen que nunca van a tener una relación sexual, en cambio un hombre es más liberal. Por ejemplo, si le encuentran a una mujer un condón sería terrible, en cambio en un hombre sería normal (adolescente hombre).

Señalan como una desventaja del condón femenino el temor a introducirse un dispositivo en la vagina, a experimentar con algo nuevo, o a que se rompa cuando se esté introduciendo, o que el material del cual está hecho cause efectos colaterales.

El miedo a introducirse eso, el miedo a hacerse algo porque no lo ha experimentado (adolescente mujer).

Que el material no esté de acuerdo con el organismo que tiene la persona, que podría hacer daño interiormente (adolescente mujer).

Que se pueda romper cuando se está introduciendo con el dedo, no se da cuenta, si la uña es larga y rompe por dentro (adolescente hombre).

Entre las barreras que podrían enfrentar señalan que la pareja podría interferir en la decisión de la mujer de usar el condón femenino en las relaciones sexuales, y también la propia dificultad de las mujeres para comprar y/o usar el método.

Que la pareja no le deje usar diciendo que no es lo mismo, porque eso dicen los chicos (adolescente mujer).

Que tengamos vergüenza de ir a pedir o a comprar, porque la gente nos ve (adolescente mujer).

Un dato muy importante a considerar es que para las y los adolescentes resulta especialmente importante saber de alguien que ha tenido una experiencia previa con el uso del método para poder confiar.

Tendría que ver que otras chicas lo usen, preguntarles, hablar con ellas para ver cómo es... (adolescente mujer).

En cuanto a los lugares para el abastecimiento, mencionan a los establecimientos de salud en primer lugar, y a las farmacias en segunda instancia. Respecto a la difusión, señalan la impor-

tancia de promocionar el método en los medios de comunicación y realizar las actividades educativas desde los establecimientos de salud.

● Estrategias para introducir y ampliar el acceso al condón femenino

Las y los informantes que participaron en las entrevistas y grupos focales proponen desarrollar algunas actividades que consideran claves:

- **Segmentación y establecimiento de rutas críticas para definir quiénes deberían ser prioridad del Estado y quiénes deberían atender sus necesidades desde la esfera privada.**

Entonces la idea es segmentar para que el producto llegue a los más necesitados, y con los otros, crear una situación de solidaridad para que tú si puedes, compres tu condón y dejes para quien no puede comprarlo, porque también tiene derecho a no infectarse y a no tener más hijos de los que desea (profesional de sociedad civil).

- **Desarrollar materiales educativos que ayuden a mejorar la información y el adiestramiento para el uso adecuado del condón femenino.**

¿Y no se puede diseñar algo para que las mujeres lo puedan incorporar más rápido, para que sepan negociar su uso? (profesional sector salud, regiones).

- **Promover el uso del condón femenino a través de usuarias satisfechas, por lo que sería importante que todas las mujeres involucradas en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y en educación sexual, prueben usarlo para hablar del método con más confianza.**

Hablar y defenderlo, a mí por lo menos me pasó eso ¿no? A partir de haberlo usado, a mí me generó muchísima confianza..... y fue

distinto a cuando usé el condón masculino, que fue más bien un tema de juego... Hay entonces para ti una diferencia entre usar el condón femenino y masculino (profesional de sociedad civil).

Sí, yo siento que el condón femenino va a ser mi decisión y que el condón masculino, es la decisión de mi pareja, además, yo creo que es un arma poderosa para enfrentar el Sida (profesional sector salud, regiones).

5.5. Balance en torno a la incorporación del condón femenino en el país

Considerando todos los elementos analizados en este capítulo, se puede señalar a manera de balance sobre la incorporación del condón femenino en el país:

● Las cifras lo justifican

Hay una preocupación por los limitados resultados que se están teniendo tanto en la prevención del embarazo no deseado o no planificado, como en la prevención y control del VIH y Sida.

No... pues lo estamos viendo... por un lado tenemos las ITS y por otro, la transmisión vertical... lo que tenemos que pedir es una responsabilidad compartida (profesional sector salud, regiones).

...Tanto en el nivel político, de repente debe llevar una buena charla a los congresistas, al mismo presidente, Ministro de Salud... debemos decirles cómo nacen los bebotes con VIH, y cuando les da a los niños es bien triste, bien triste y entonces, enfocándonos más en el VIH podemos sensibilizar y demostrar que las mujeres son una población en riesgo... (profesional sector salud, regiones).

● Es una opción que ayudaría a las mujeres

Hay una opinión bastante compartida entre los y las participantes. El condón femenino, es particularmente importante para la mujer, la protege cuando la pareja no acepta el uso del condón masculino, y consideran que el método finalmente le pertenecerá sólo a ella. En este sentido, plantean que ella será la más dispuesta a usar el método, aunque no faltarán algunas dificultades, como por ejemplo, algunos patrones culturales en el cambio de relación hombre-mujer.

Bueno, yo creo que es una opción más... aunque no va a ser fácil. Por cultura habrá muchos problemas, el condón es un poco largo, grande... pero finalmente es una opción que se le podría dar a la mujer... Hay varones que no quieren el condón y la mujer si quiere que usen y deben negociar (profesional de sociedad civil).

Con esas que se animan tenemos que empezar. Es una opción y no es nada malo... como que se empodera... Yo le diría... qué te parece si te obsequio uno y tú lo promueves y tú te vas a convencer a otra a que lo use... es decir, como un juego de pares... hablando entre amigas... como un juego, les digo que lo prueben para tratar de romper estas conductas que son difíciles (profesional de sociedad civil).

● ¿Una pérdida de poder para los hombres?

Es interesante notar que mientras las mujeres son las más entusiastas frente a la posibilidad de incorporar el condón femenino, varios hombres hacen referencia a la pérdida de poder que ellos podrían tener. Cuando se refieren a la pareja, identifican que puede darse una confrontación, sobre todo con la mujer profesional que trabaja. Aunque están de acuerdo que esos son los

cambios que se deben dar, no dejan de expresar su preocupación en este aspecto.

Si ella tiene todo el control, yo como hombre pierdo y dejo de controlar la situación... entonces veo la dos partes... ¿Cómo lo inserto esto? Para mí, desde el punto de vista personal, es bastante, suena bastante, cuesta un poco caro... es incómodo... pero también significa una participación igual de la pareja, de la mujer particularmente (profesional sector salud, regiones).

● El condón femenino en competencia con el condón masculino

Simbólicamente el conflicto también se traslada al plano de los insumos, en el sentido que el condón femenino podría desplazar al condón masculino. Algunas y algunos entrevistados opinan que podría darse un mayor abandono de la responsabilidad masculina, aunque también señalan que la irresponsabilidad va más allá de la introducción de un nuevo método, por lo que primaría la oportunidad que tendrían las mujeres de contar con un mecanismo novedoso de protección.

Aunque se señala que lo avanzado con respecto a la responsabilidad masculina es insuficiente, ven al condón femenino como un insumo que va a desplazar al condón masculino, prácticamente sin resistencia por parte de los hombres.

Pero si se introduce el condón femenino y es aceptado... ¿se va a dejar de lado el condón masculino?, porque recordemos que estamos en una sociedad de machistas... Estamos en una sociedad machista y qué es lo que va decir el hombre. Él va a decir ahí está el condón, ponte tú... utilízalo tú, yo ya no usaré nada... Entonces, nuevamente las mujeres son las que van a tener que usar todo (funcionario/a MINSA).

● La apariencia del condón es una barrera, pero podría trabajarse

Hay comentarios sobre la apariencia, el tamaño y la forma del condón femenino. Sin embargo, luego del primer impacto, en el caso de las mujeres se percibe su potencial posicionamiento. Apenas tuvieron el insumo entre sus manos, las participantes mujeres inmediatamente empezaron a imaginar cómo debería ser puesto, y en ningún momento expresaron que alguna parte del condón podría ser particularmente incómoda.

Pero yo creo que hay varias discusiones, por ejemplo, yo escuché en algunas mujeres del Callao que usaron el condón femenino que sonaba y que el ruido te corta, pues, y chao... al parecer, hay muchos usuarios que no les gusta que suene (ríen)... (profesional sector salud, regiones).

● El condón femenino y las adolescentes

Las y los participantes coinciden en que será un método muy difícil de introducir en adolescentes. Consideran que una barrera significativa sería la especial dificultad que tienen las adolescentes en admitir su propia sexualidad.

Yo creo que también es complicado, por el momento, pues muchas adolescentes, recién en su primera relación sexual conocen la palabra condón, y ni siquiera viene de la pareja... y no me estoy yendo a las personas adultas, en las que también predomina dicha conducta... que mujer prende la luz, le mira al hombre, como el hombre la mira a la mujer, que la quiere ver en plena luz, girando si es posible... las jóvenes no hacen eso... (profesional de sociedad civil).

Algunas están evolucionando recién... entonces... en ese contexto ¡ponerle esto!.. Yo particularmente le digo, es bastante difícil... lo que sí podemos tal vez es focalizar. ¿Cómo focalizamos? Porque ya nosotros conocemos a nuestras usuarias y sabemos quién de alguna manera ya ha sido empoderada (profesional sector salud, regiones).

● Necesidad de promocionar adecuadamente el condón femenino

En este tema las mujeres también fueron las más entusiastas, empezaron a compartir algunas ideas de mensajes clave, los cuales estuvieron dirigidos a fortalecer el empoderamiento de la mujer frente a la existencia de un producto que las podría hacer sentir dueñas de sus propios actos.

Antes de plantear cómo introducirlo, sería bueno que nosotras conociéramos los costos, qué posibilidades significa, tener coberturas, a qué tipo de población se va a llegar... cómo es la logística, porque para planificación familiar son sólo ocho condones, pero para ITS ¡no! Lo ideal es que por ITS te den 30 condones, uno para cada día por lo menos (profesional sector salud, regiones).

No sé, yo lo veía como una cosa que puedes poner un aviso en los centros de atención y dices... "Tú mujer, ahora tú también puedes decidir"... no les parece? (profesional sector salud, regiones).

Es otra cosa también, mucho de los talleres... pero antes, de repente deberíamos primero nosotros saber cómo va a ser eso, tener una propuesta más pulida, a qué población debemos llegar... (profesional sector salud, regiones).

● La forma actual en que se programan los condones no apunta a la doble protección

Existe una preocupación sobre el desfase que hay entre la programación tradicional de condones como anticonceptivos, y la programación en tanto método de prevención de las ITS y el VIH y Sida, con lo que no se está aportando a lograr la doble protección.

Ahora, por ejemplo, yo asumo lo que es anti-conceptivo... Pero éste, por ejemplo, cuando le dan a la mujer, normalmente le damos una cantidad de preservativos mensuales ¿no? ¿Cómo se le va a dar los condones femeninos? (profesional sector salud, regiones).

...Romper un paradigma demora por lo menos 10 años, todos los estudios así lo señalan. Tienes que romper el criterio de pensar que el condón está dentro del mercado sólo en lo que

es planificación familiar, meterlo para VIH va a demorar más aún... Todavía las estadísticas no paran, cambiar la conducta sexual es más que difícil (profesional de sociedad civil).

En suma, lo que las respuestas indican es que se trata de un método que sería bien recibido por la mayor parte de la población, tanto de adultos, como de adolescentes y jóvenes. Si bien existe una ligera tendencia a seguir pensando en el condón como un método de uso en relaciones sexuales con desconocidos y en encuentros ocasionales, cada vez hay más conciencia respecto a que es un método que debe ser usado en todas las relaciones sexuales, incluyendo aquellas con la pareja estable. Hay una reacción algo desfavorable respecto al tamaño y a la forma del condón femenino, pero a la vez, las mujeres están dispuestas a usarlo porque entienden los beneficios de protegerse simultáneamente contra embarazos no deseados o no planificados y las ITS, incluyendo el VIH y Sida.

Paneles de prueba del condón femenino



Este último capítulo presenta los resultados más saltantes de los paneles de prueba del condón femenino, realizados en Lima e Iquitos a 42 mujeres entre 18 y 35 años. Se describen las reacciones, percepciones y actitudes de las potenciales usuarias del condón femenino en torno a las fortalezas y debilidades de este nuevo método, su aceptabilidad y resistencias, el rol de la pareja, así como las recomendaciones para la promoción y uso del insumo. Estos resultados complementan la información descrita en el capítulo 5.

6.1. Reacción espontánea frente al condón femenino

La primera reacción espontánea frente al condón testeado es la sorpresa, no sólo porque se trata de un producto nuevo para la mayoría, sino también por el tamaño “grande” del mismo. De acuerdo a lo que relatan las participantes, sus compañeros sexuales opinan lo mismo. En segunda instancia, algunas participantes revelan el miedo que sienten al tratar de imaginar cómo un producto “tan grande” sería introducido en su interior. Mientras que otras lo asocian con dolor, y cuestionan la capacidad de placer que el producto les permita alcanzar.

Cabe mencionar que desde el primer momento, la presencia de la pareja toma un rol importante en la aprobación, varias de las mujeres se preguntan: “¿le gustará a mi pareja?”

Si bien es cierto, la tendencia inicial no es favorable, inclusive hay quienes transmiten una actitud peyorativa, al calificar al condón femenino como “bolsa grande”, estos resultados podrían ser usados para transmutar esta primera impresión, es decir promover la idea de un producto que denote mayor delicadeza.

Fortalezas

- Alternativa respecto de los métodos hormonales, cuyos efectos colaterales afectan a varias mujeres. Mientras que el condón femenino no genera ningún efecto indeseable.
- Buena opción para la prevención de enfermedades.
- Su tamaño “grande” transmite la idea de capturar totalmente el semen masculino (conclusión a la que se llega después del uso).
- Sus características, por ejemplo el aro externo, evitan el contacto con fluidos genitales, o con ladillas.
- La mujer decide cuando usarlo. Cuando tiene que aplicarse las inyecciones está sujeta al cronograma del hospital. Libre albedrío frente al condón masculino, que depende del hombre.
- Adecuado para usarlo en periodos de descanso de otros métodos.
- Disposición al uso, si la pareja lo aprueba.
- Novedad.
- Mayor tendencia y posibilidad de cambio hacia lo nuevo en las mujeres más jóvenes y las de mayor edad de los estratos socioeconómicos más altos y de mayor nivel educativo.
- Gran valoración del concepto, lo cual motiva a continuar con su consumo; las más reacias no se oponen a la prueba.
- Ventaja a un mediano plazo. Posibilidad de ponérselo antes, puede ser una “trampita” para que la mujer asegure su protección en el caso que el varón no acceda al uso. Ello requiere de práctica y familiarización con el condón.
- Mayor posibilidad de uso en las personas que emplean el condón regular, quienes por lo menos mantendrían una actitud de mayor apertura hacia el condón femenino.

Debilidades

- Primer impacto desfavorable, la percepción del tamaño genera ideas negativas como: incomodidad, dolor, inadecuación.
- Se espera que un producto femenino transmita delicadeza. Por el contrario, es visto como “tosco”.
- Dificultad e incomodidad en la inserción, que puede dejar la sensación de irritación en los genitales femeninos.
- Tiempo de colocación. “Mata el momento”.
- El condón masculino es más rápido de poner.
- Segmentos más bajos poco tolerantes a la espera, situación que tiene que ver directamente con la aplicación del producto.
- Actitud peyorativa en los varones de niveles más bajos (“son cochinas”), influye drásticamente en la mujer.
- Uso de métodos hormonales es más práctico en términos de su aplicación.
- Encuentro sexual incómodo.
- Falta de confianza sobre la eficacia y calidad del método. “No me vaya a traer problemas (posible embarazo), “miedo a que se rompa”.
- Negociación con la pareja. No todos están de acuerdo en su uso.
- El concepto que la mujer asuma autonomía y busque placer aún no es asimilado en la sociedad.
- A pesar de reconocer algunas ventajas al concepto, las personas de nivel socio cultural más bajo son menos dispuestas al cambio.
- La posibilidad de ponerse el condón con anterioridad no es un atractivo para algunas mujeres, les resulta poco cómodo.
- Asociación del uso de condón con infidelidad.
- Transporte poco sutil, “es escandaloso para llevar”.

La información recopilada permite elaborar un cuadro de las fortalezas y debilidades identificadas por las mujeres, tanto de Lima como de Iquitos, en torno al condón femenino.

De otro lado, a medida que se asciende en la escala socioeconómica, las mujeres señalan la ventaja de estar frente a un producto nuevo, que les otorga independencia. Sin embargo, ello requiere ser sostenido por la comodidad y confianza que se perciba respecto al producto.

Emerge el prejuicio existente sobre el uso del condón masculino referido a la pérdida de sensibilidad. En el caso del condón femenino, este recelo se incrementa debido a su percepción visual, que podría poner en riesgo el placer y calidad del encuentro sexual.

Por las razones mencionadas, se concluye que la introducción de un producto como el condón femenino debe contar con una campaña que trabaje los siguientes temas:

- Explicación y ventaja del tamaño del condón.
- Feminización del producto, a través de los elementos visuales como el empaque, color, diseño, nombre, etc.

6.2. Reacciones frente a cada elemento vinculado al uso del condón femenino

A continuación, se reseñan los datos más saltantes con relación a la inserción, el coito, el retiro, la sensibilidad, seguridad, tamaño, aro externo, aro interno, lubricación y olor.

● Fantasías de inserción

El uso de otros productos que van en el interior de la mujer (tampones, óvulos) no se asemeja en términos de diseño y disposición al condón

femenino. La utilización de este último tiene una carga afectiva e instintiva que se diferencia drásticamente de los otros casos. Resulta inverosímil imaginar el interior de la vagina, a ello se suma el reparo que existe en términos de la autoexploración. Por tanto, el temor principal que las mujeres tienen es el de lastimarse.

Partiendo de la invisibilidad y el escaso contacto con la mayor parte del órgano sexual femenino, resulta impensable imaginar la colocación adecuada del condón, y con ello, la manipulación y cuidado de estas partes del cuerpo. El temor a lastimarse, o a que parte del producto se quede en el interior de la vagina es el más recurrente en los discursos expuestos. El desconocimiento del cuerpo, lleva a las mujeres a preguntarse: “¿hasta dónde va a entrar?”.

Debido a ello, y tal como lo señalan algunas personas, la continuidad en el uso del condón femenino es la condición para poder lograr una relación de mayor confianza con el producto. Sin embargo, tal como se apreciará más adelante, el nivel de suspicacia que se genere a partir de la primera impresión, unida a la idiosincrasia, es fundamental para la motivación del uso.

Al margen de algunas molestias y desacuerdos explícitos, la tendencia que sitúa la experiencia como positiva tiene que ver con el tema de autocuidado que este ensayo les ha otorgado. En la misma línea, hay quienes evalúan el condón a través de la mirada de la pareja. En ese sentido, se debe enfatizar el rechazo marcado que algunos hombres del oriente expresan al ver a su pareja estable haciendo uso del condón.

● A mayor uso del método, la experiencia se torna más positiva

La mayoría opta por volver a probar el segundo y/o tercer condón. Lo que permite inferir una aceptación promedio, o en su defecto, persistencia por acercarse a la oferta propuesta.

La evaluación de la primera experiencia es definida como regular, pero en el segundo intento el calificativo mejora. A pesar de los temores aún existentes en la pareja (entiéndase varón y mujer) ambos se muestran más relajados. La inserción del condón mejora de manera importante y también la fluidez en la relación.

Algunas razones que llevan a que la experiencia se torne negativa son las siguientes:

- Pérdida de tiempo en la colocación del condón. Queja reiterativa en los varones.
- Demasiada cantidad de lubricante.
- Sensibilidad del aro interno. Idea de no sentir el mismo placer que se tiene sin usar condones.

De otro lado, se destaca como atributos que llevan a mejorar la calificación del producto:

- Cumple con la función de protección (embarazo e ITS y VIH y Sida).
- Otorga independencia a la mujer, mención que aparece a medida que se asciende en la escala social.

● La inserción

Es una de las etapas más difíciles que experimenta la mujer. Por un lado, los reiterados desaciertos en el doblar del aro interno y por otro lado, la posición. Aparentemente, la mayoría se lo colocó echada, experimentando complicaciones. De acuerdo a lo que refieren varias entrevistadas, la mayor dificultad radica en la manipulación del aro que va en su interior, lo que termina dejando la sensación de irritación y la idea de requerir mayor cantidad de lubricante.

Se puede observar, además, mayor apertura y tolerancia en las parejas de segmentos más altos (A-B) en cuanto a la espera, situación que difiere sustancialmente en los niveles D y E. Así,

es claro que el tiempo que demora la aplicación del condón se convierte en problema cuando se va descendiendo en la escala social. Los compañeros de las consultadas emiten sus quejas.

Se observa un mayor número de desaciertos entre las más jóvenes, muchas de ellas tuvieron que desechar condones antes de llegar a usarlos correctamente.

La sensación de “molestia” que exponen las entrevistadas al introducirse el condón, provienen en gran medida de un factor ideo-afectivo. Es decir, la colocación del condón empieza con desconfianza y recelo originados a partir del primer impacto que les produce el producto. Les es difícil imaginar la presencia de un cuerpo extraño dentro de su organismo, para ser usado durante la relación sexual. De esa manera se crea un clima de hiper vigilancia que traduce cada nueva sensación en incomodidad, fastidio y hasta dolor.

Además, la manipulación de los condones se había limitado a eventuales juegos con la pareja, donde ella podía colocar el condón, pero sin experimentar la sensación de tenerlo, ahora ella es la protagonista central del uso.

Por otro lado, parece ser que entre las más jóvenes hubo mayor número de fracasos en el primer uso, situación que no aparece con la misma intensidad en el grupo de las mujeres de mayor edad. Asimismo, existe una queja concreta respecto del aro interno del condón, el cual requiere mucha manipulación para lograr, por lo menos, la primera inserción.

Un tema que aparece ligeramente en esta parte es que, siendo la mujer el foco de atención, el nivel de exposición incrementa. Básicamente es en los segmentos más altos donde el cuidado de lo estético puede ser una variable que dificulte fluidez en el encuentro.

De otro lado, las entrevistadas cuentan que la segunda práctica con el condón fue bastante más exitosa que la primera, ellas confían que la continuidad en el uso disminuiría las dificultades actuales.

● El coito

El nivel de atención e hiper vigilancia está presente en la primera prueba, atención que disminuye en las siguientes prácticas. Existe el temor de que el condón se meta más de lo debido. Cuando el compañero se queja de la experiencia y la califica como poco agradable, las mujeres (sobre todo las más jóvenes) se identifican con esta opinión y optan por retirar el condón antes de concluir la relación sexual.

Existe un nivel de conciencia durante el acto sexual sobre la presencia del nuevo producto, que genera “incomodidad” a la mayoría de las entrevistadas; sin embargo, varias revelan un encuentro que las llega a satisfacer. En esta parte es necesario mencionar una peculiaridad identificada en varias de las mujeres de Iquitos de mayor edad, quienes son capaces de poner la “incomodidad” a un lado para tratar de disfrutar el encuentro.

● Retiro del condón

Si bien es cierto esta tercera etapa es la que menos observaciones recibe, deja en claro información importante que lleva a pensar en la viabilidad del condón femenino en personas que recién inician su vida sexual. En efecto, son muchas las sensaciones nuevas que experimenta la mujer a través del uso de este condón, tal es así que su retiro no causa tanta impresión en las informantes, a quienes, según señalan, el retiro del producto puede evocarles la salida del pene. También reportan que un mal movimiento puede causar el derrame del contenido del condón.

● Sensibilidad

Lo que se pretendió evaluar en este ítem es el nivel de placer y disfrute que las mujeres lograron al usar el condón femenino. Vemos como esta capacidad está asociada a la tranquilidad y seguridad hacia el producto, que en este caso radica en la estabilidad del condón.

Es decir, a mayor comodidad y confianza, el nivel de placer será bastante más óptimo. La actitud vigilante presente en la primera práctica disminuye en los segundos encuentros. La sensibilidad también se asocia con seguridad; es decir, en la medida que las mujeres confíen en la capacidad de cuidado del producto, la experimentación de placer deviene más fácilmente.

A medida que se escala en el nivel socio cultural, la sensibilidad y placer del encuentro sexual es más factible. Se reconoce haber experimentado un encuentro parecido al que tienen sin usar el condón testeado, muchas señalan que “la relación fue normal”.

De otro lado, el segmento “E” (menor nivel socio económico y cultural) manifiesta un claro desacuerdo, lo cual tiene que ver, fundamentalmente, con prejuicios en torno al uso del condón. Hay que tener bastante acuciosidad al leer las críticas que las mujeres hacen al insumo, pues son argumentos que justifican la indisposición cultural hacia este tipo de productos.

Existe un nivel de comunicación de espejo entre la pareja, es decir, la actitud y reacción de uno de ellos va a ser leída y asumida por el otro. Así, el mensaje de incomodidad que recibieron de sus compañeros sirvió para que su postura cambie, situación que es más frecuente en las mujeres de menor edad.

Entretanto, el nivel de inseguridad y angustia se incrementa en aquellas parejas que ven al

condón como un método lejano. En estos casos, la tolerancia es mínima, varias de las mujeres declaran haber retirado el condón antes de culminar el acto sexual. Incluso algunas de las entrevistadas señalaron que sus parejas se quejaron reiteradamente sobre cierto “dolor” en el pene.

Hay un comentario proveniente de una entrevistada de Lima, cuya pareja desde un inicio se mostró reacia al uso del condón femenino. Según lo que ella refiere, la pareja destina el condón para relaciones eventuales, mas no para la pareja formal, de allí su susceptibilidad y suspicacia frente al uso del método por parte de la mujer.

Mas allá de hacer una lectura concreta de lo mencionado, es importante considerar las críticas y reclamos que los varones hacen frente a un producto nuevo. Ellos también tienen mucho que decir al respecto.

● Seguridad

Cuando se evalúa el nivel de seguridad que ofrece el condón, las opiniones son parciales, pasa de ser sentido como seguro, a lo opuesto. Inclusive en el análisis individual que cada una de las entrevistadas hace, se puede encontrar argumentos contrarios. Por un lado, el tamaño genera la idea de cobertura total, sin embargo, el aro externo, calificado como “grande” causa cierta inquietud en las mujeres entrevistadas. De otro lado, si bien el condón femenino es percibido como alternativa óptima a los métodos hormonales que suelen causar efectos colaterales en la mujer, algunas informantes sienten que su salud podría verse amenazada si la reacción de su organismo frente a un uso constante del producto no es buena.

En resumen, se puede decir que el concepto que las mujeres manejan para definir la seguridad del producto se asocia a lo siguiente:

- Resistencia: que no se rompa.
- Estabilidad y adherencia: que no se vaya a salir de la vagina.
- Fluidez en el acto sexual y capacidad de retención del semen: es decir, que permita cambiar de posiciones sin la fantasía de que se pueda derramar el semen o que al retirar el condón exista la posibilidad de contacto con el mismo.

Por tanto, la seguridad que se atribuye al condón femenino estaría asociada a su capacidad para prevenir embarazos no deseados o no planificados e infecciones de transmisión sexual, así como al hecho de que el uso del método no afecte la salud de la mujer. Además, el nivel de seguridad tiene que ver con la familiarización y práctica en el uso del condón femenino. Varias de las entrevistadas no logran sentirse seguras debido al desconocimiento que ellas mismas reconocen tener frente a este nuevo producto.

De otro lado, mientras que el nivel de adherencia del condón masculino al pene genera la fantasía de “ruptura”, además de producir incomodidad en muchos varones (“se siente ahorcado”); la versión femenina del condón se asocia a una sensación de holgura, y por tanto, de mayor comodidad, con lo que el temor de ruptura se desvanece.

A su vez, la sensación de seguridad se asocia con el cuidado contra las enfermedades de transmisión sexual, mientras que la protección de embarazos puede quedar a cargo del método anticonceptivo habitual que utiliza la mujer. La presencia del aro externo cobra real importancia, pues a decir de casi la totalidad de consultadas, éste las protegería contra los piojos púbicos que aparentemente suelen ser comunes en estas zonas. Sin embargo, la movilidad del aro externo crea un nivel de incertidumbre que si bien va disminuyendo en las siguientes pruebas de uso del condón femenino, persiste durante el acto sexual.

● Tamaño

El impacto preliminar que se tiene sobre el condón es fundamental para la percepción del producto. En ese sentido, quedó claramente establecida la sorpresa no favorable frente a un producto que, como lo califican las mujeres entrevistadas, “es grande”. Sin embargo, esta postura inicial sufre cambios favorables una vez que se prueba el insumo.

En el imaginario de las mujeres el “tamaño” remite a fuerza y masculinidad, mientras que lo pequeño es delicado y corresponde al ámbito de lo femenino. A ello se suma el hecho que el punto de comparación que las mujeres utilizan para evaluar el condón femenino es el condón masculino, cuyo tamaño es menor. De esa manera, el condón femenino termina siendo calificado como “tosco” y agresivo.

No obstante, una vez que las mujeres hacen la prueba del producto, surgen otro tipo de observaciones, en este caso, el tamaño es vinculado a la seguridad. Tal como ya se ha mencionado al evaluar la seguridad del producto, el tamaño del condón femenino permite la confianza en cuanto a prevención y cuidado: “es grande, me cubre todo”, comentan varias usuarias. Inclusive las mujeres, principalmente las pertenecientes a los segmentos C-D, logran hacer una evaluación objetiva al respecto, dado que reconocen no haber sentido ninguna molestia.

En los segmentos A-B surge además otra variable, que es el elemento de la estética, en este caso afectada por el aro externo. De acuerdo al razonamiento de este grupo de mujeres, el hecho de que el condón sea visible, pone en riesgo el atractivo femenino.

En ese sentido, las mujeres señalan que una posible campaña de difusión tendría que abordar directamente el tema del tamaño, rescatando la ventaja que esta característica provee.

La contradicción que se deduce de las respuestas dadas tiene que ver con las distintas impresiones formadas desde el momento en que se tiene el producto en frente. Inclusive, las mismas mujeres no logran integrar ambas percepciones “es grandazo, pero me protege”, comenta la mayoría.

De otro lado, aparecen cuestionamientos que tienen que ver con el desconocimiento y fantasía sobre el interior del órgano genital femenino. La mujer espera diferencias en relación al tamaño del condón, partiendo de la premisa que no todas son iguales en esta parte del organismo.

● Aro externo

El peso de las críticas al condón femenino recae sobre el aro externo del condón y tiene que ver con dos factores de mucha importancia para las mujeres. De un lado, la inseguridad frente a un aro que no llega a ofrecer plena estabilidad. Existe el temor de que éste se introduzca en la vagina con la entrada y movimiento del pene, lo cual hace que se incremente la necesidad de control y cuidado, en desmedro de la tranquilidad y bienestar.

El tema de lo estético como variable importante dentro de un encuentro sexual, aparece con especial énfasis cuando se evalúa el aro externo del condón. La mujer, al verse “tapada” siente que su atractivo físico y el placer visual de la pareja podrían disminuir. No obstante, las entrevistadas señalan que sus parejas no hacen comentarios al respecto.

De otro lado, parece ser que los cambios físicos que sufre el cuerpo a partir de la maternidad afectan la autoestima de algunas mujeres. En tal sentido, situaciones o elementos que refuercen este sentimiento de inseguridad en las mujeres, como el caso del aro externo, van a ser rechazadas.

● Aro interno

Los preconceptos que se formulan en torno al condón femenino, como que es “duro”, “puede lastimar” o es “tosco”, dan cuenta del temor que las mujeres experimentan al saber que una parte del producto el aro interno, irá colocado en su interior. Sin embargo, es posible identificar que la mayor dificultad recae en la manipulación de este aro interno para lograr una adecuada colocación del condón. Según las entrevistadas, una vez colocado el condón con éxito logran conseguir un nivel de comodidad, sobre todo en las segundas experiencias.

Aun cuando hay algunas mujeres que declararon sentir malestar debido al aro interno, es posible pensar que tal sensación de dolor proviene principalmente del saberse con un objeto extraño a ellas en sus genitales.

● El material del condón femenino: polímero de nitrilo (FC2)

Aún cuando existen opiniones contrarias, ya que algunas mujeres califican al material del condón como “grueso”, otras como “fino y adecuado”, y solo pocas como “muy delgado y con posibilidad de romperse”; la tendencia se inclina a calificarlo como “adecuado”. Sobre todo cuando se le compara con el condón masculino, muchas sintieron que el material del FC2 era igual o mejor. La falta de confianza hacia el producto puede llevar a convertir una fortaleza en debilidad, pues unas cuantas entrevistadas aplauden la delicadeza del material del condón, pero inmediatamente surge la duda de una posible fragilidad del mismo. De otro lado, mujeres cuya experiencia con condones era escasa o nula, expresaron que el material era grueso y que podría ser nocivo para su salud.

● Lubricante

El tema del lubricante fue una variable que ha revelado diferencias obvias entre las mujeres de

Lima e Iquitos. Las mujeres de Lima reconocen la presencia del lubricante y señalan que es mayor a la del condón del varón, pero su presencia les genera incomodidad en términos de limpieza, a pesar que lo consideran necesario para una relación sexual.

En el caso de las mujeres de Iquitos, la presencia del lubricante cumple un rol protagónico en el empleo del condón, ya que promueve una inserción y uso bastante más placenteros. Si bien en ambas ciudades se señala que el nivel de lubricante que contiene el condón femenino es alto, la diferencia radica en la actitud que las consultadas tienen frente a esta característica. En ese sentido, la tendencia de las mujeres de Iquitos apunta a preferir un condón bien lubricado, aparentemente en ellas, el tema de sentir óleo en las manos pasa a un tercer nivel, cosa que sí importa a las mujeres de Lima. Si bien es cierto existen otros elementos que promueven un encuentro sexual placentero, el nivel de lubricante para las mujeres de Iquitos ayuda a alcanzar placer.

● Olor

No salió ninguna mención espontánea sobre el olor del condón. Cuando se les pregunta a las consultadas sobre el olor, la gran mayoría coincide en definirlo como el usual del látex.

6.3. ¿Cómo se puede promover el condón femenino?

● Entre las mujeres limeñas

El objetivo de esta parte del estudio es conocer el contexto actual para que las mujeres usen y/o recomienden el condón femenino. Para ello es importante determinar las fortalezas y debilidades del método desde la perspectiva de las potenciales usuarias, así como identificar las vías más adecuadas para acceder a la confianza,

no sólo de la mujer, sino también de su pareja.

Según lo que opinan las entrevistadas, una explicación sobre el método dada por alguien de confianza es más didáctica y genera mayor apertura para comunicar inquietudes. Señalan que una vía importante para que las mujeres prueben el producto es la recomendación entre amigas (boca a boca).

De otro lado, manifiestan que es importante reforzar en la mujer la capacidad de cuidado contra enfermedades e infecciones de transmisión sexual que actualmente se adquieren con facilidad.

De otro lado, las más jóvenes indican que la tendencia a “innovar” se presenta como ventaja cuando se trata de prevenir situaciones difíciles asociadas a la vivencia de la sexualidad. Al mismo tiempo, se propone que un argumento válido al momento de promover el condón femenino es que se trata de un método que sirve para el cuidado de la salud de la mujer; considerando también que varias de las parejas disfrutaron el encuentro, ésta sería una razón que sus compañeros estarían dispuestos a oír.

Es interesante observar cómo la actitud hacia el condón femenino se va transformando de una impresión cargada negativamente, a una observación más a detalle del producto, lo cual torna la actitud de las mujeres más favorable. En este sentido, la tendencia señala que las mujeres usarían el condón femenino, pero para seguir conociéndolo. La posibilidad de uso como método estable aún se percibe distante, requiere familiarización con el producto, además de un trabajo a nivel de paradigmas sociales para generar cambios que favorezcan su uso regular y consistente.

De otro lado, la presencia gratuita del producto es bienvenida, sin embargo, ello no habla de una preferencia en la elección. Asimismo, los

segmentos más altos (A-B), sienten que un producto gratuito otorgado por el centro de salud desciende en calidad.

Además de conocer la opinión de las mujeres en torno al producto probado, se destinó una sección de la entrevista para obtener lineamientos generales sobre algunas características para la difusión del producto. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

● Entre las mujeres de Iquitos

Casi la totalidad de las mujeres entrevistadas en Iquitos opta por métodos de protección sexual que requieren menos laboriosidad en su uso que el condón femenino. Tal es así que muchas revelaron usar las ampollas trimestrales: “es más práctico”, “no me gusta ver la regla”, refieren las mujeres. Frente a este panorama, la presencia del condón femenino no parece tener mucha ventaja, sin embargo, la utilidad que se le confiere al método lleva a pensar en una posibilidad de cambio.

A lo largo de los paneles de prueba, así como en el transcurso de las entrevistas, ha sido posible observar cómo la percepción hacia el condón testeado fue cambiando de una imagen poco atractiva, hacia un concepto de aceptación y utilidad. Es por esa razón que ante la pregunta sobre el nivel de disposición de uso, la tendencia se inclina a señalar que lo emplearían de inmediato de ser un método disponible en el mercado. No obstante, se observan ciertas diferencias entre las mujeres de mayor edad y las más jóvenes. Estas últimas se muestran más suspicaces y celosas frente a algunos elementos del condón femenino que aún no son asimilados, tales como el gran tamaño y la presencia del aro externo. Para estas últimas, la probabilidad del uso va a estar en función a la adecuación y familiarización que ellas logren con el condón. Mientras que las mujeres por encima de los veinticinco años se muestran más

autoexigentes, a pesar de sus dudas y temores sienten que “deben” familiarizarse con el producto para usarlo. Sin embargo, si bien el grupo de mujeres de mayor edad probablemente está buscando alternativas de protección sexual que no afecten su salud, el condón femenino tendría que competir frente a un modo de vida donde la practicidad es lo que predomina. De otro lado, el componente social, que se desarrollará más adelante, constituye otro impedimento que este condón tiene que enfrentar. Si bien se tiene conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual, la mayoría de las mujeres carece de conciencia de riesgo, salvo el caso de los segmentos más altos (A-B) y de mayor edad.

Para introducir el condón femenino en el mercado habrá que enfrentar una serie de obstáculos. Sin embargo, el peso que tiene para las mujeres la posibilidad de auto cuidado, así como evitar efectos en el organismo a consecuencia de las ampollas, son los bastiones del condón femenino que se tendrían que aprovechar.

6.4. ¿Qué nombre ponerle al condón femenino?

Queda claro que el nombre es un elemento importante que ayuda a crear una imagen, que, según el pedido de las participantes, debería contribuir a “feminizar” el producto.

Los aportes de las entrevistadas hacen referencia a denominaciones que tienen que ver con conceptos asociados a lo femenino (suavidad), a destacar el rol de la mujer en su cuidado, a frases relacionadas a la salud o al cuidado de la mujer.

Una sugerencia que se hace en Lima es que el nombre dé un mensaje en el que se destaque el tamaño en sus dos valoraciones: negativa y positiva. El concepto podría expresarse de la siguiente manera “grande, pero cuida como héroe”. Vale la pena recordar la mención que una mujer limeña

hace al respecto al “supercondón”, donde el tamaño es asociado ventajosamente con la seguridad y la capacidad de protección.

● Se requiere un precio accesible

Cuando se consulta a las mujeres sobre el precio estimado del condón femenino, surge una reacción de sorpresa y desconocimiento. Aparentemente, la noción en cuanto al costo de los productos de esta categoría es vaga, con lo cual puede inferirse también su poca participación e interés en informarse, y en adquirir el producto.

La mayoría señala que sus posibilidades de pago por unidad recaen entre los 2.5 a 3 nuevos soles (US\$ 1.00), precio por encima del costo del condón masculino, en tanto las mujeres argumentan que se trata de un producto más “complejo”. Sin embargo, hay que tener en cuenta el riesgo de que esta sugerencia conlleve la posibilidad de un consumo más esporádico y limitado que el que le atribuyen al condón masculino. En los sectores más bajos se hace referencia inmediata a ofertas económicas y al alcance de sus posibilidades.

Se le asigna un precio elevado al condón, probablemente reconociendo el nivel de complejidad del producto. Sin embargo, la disposición a la compra puede ser baja, más aun considerando que el abastecimiento usual de estos productos proviene de la donación del Ministerio de Salud.

● La pareja cumple un rol trascendental en el uso del condón femenino

La pareja cumple un rol trascendental no sólo en la evaluación del producto, sino en la disposición integral para su uso. En esta parte de la investigación se les preguntó a las mujeres sobre la reacción de sus compañeros ante la propuesta de uso del condón femenino, y los argumen-

tos utilizados por ellas para poner a prueba el método.

Los resultados muestran que si bien el condón femenino genera curiosidad, la gran mayoría de las parejas aceptó de buen agrado emplear el insumo, cuya originalidad les generó interés. No obstante, esta aceptación no aleja las dudas y temores con respecto al método, que también existen entre los varones y que serían las mismas que reportaron las mujeres. Hay que señalar que en la evaluación que las entrevistadas hacen del condón femenino, si bien se mantiene la individualidad de sus percepciones, ésta está altamente cargada por la opinión del compañero, lo cual pone de manifiesto el nivel de importancia que tiene la pareja para la disposición y actitud frente al producto.

De otro lado, es necesario mencionar que en todos los niveles evaluados existe una línea divisoria entre lo que se puede probar por novedad y lo que pertenece al área de las preferencias, costumbres o ideas establecidas, las cuales difícilmente van a dar acceso permanente a lo “nuevo”. Así, a pesar de que varios varones se muestran permeables a la opinión y argumento de sus parejas en favor del uso del condón femenino, los paradigmas existentes alrededor del uso del condón podrían interferir en la disposición a su uso cotidiano.

Otro dato a resaltar es que aparentemente habría una actitud bastante más asertiva para el uso del condón femenino de parte de las parejas cuando se eleva el nivel educativo, y también cuando ya existe una disposición al uso del condón masculino.

Las entrevistadas comentan sobre la percepción de la sexualidad dentro de la sociedad. La información que ellas brindan deja claramente establecida la cantidad de prejuicios y barreras existentes, tal como la aceptación de la imagen pasiva de la mujer en torno a la sexualidad y el

estigma existente alrededor del uso del condón.

La presencia del condón femenino confiere a la mujer una nueva faceta, cuya asimilación requiere un proceso, tanto en ellas mismas, como en sus parejas. Si bien es cierto, la capacidad de decisión y autonomía en lo que a cuidado en la relación sexual se refiere, puede ser calificada de manera positiva, es más un ideal que una situación concreta en la que ellas se sientan preparadas para asumir esos atributos. Que la mujer lleve consigo un condón puede ser leído como falta de recato.

Las parejas perciben que habrá una suerte de traslado de la responsabilidad en el cuidado del hombre a la mujer. Las consultadas pasan de “sentirse cuidadas por el otro” a “cuidarse ellas mismas”. Sin duda este tránsito requiere de un procesamiento, tanto de la mujer como del hombre. Algunas cuentan la molestia que esta situación causó en sus parejas. De otro lado, la elección del método a usar resulta de un acuerdo compartido por la pareja, en ese sentido las mujeres, a pesar que reconocen la autonomía que les ofrece el condón femenino, muy probablemente van a atender el deseo y demanda de su pareja.

De lo manifestado por las entrevistadas se puede inferir que es más probable que ellas hagan uso del condón femenino en relaciones eventuales, lo cual no siempre es aprobado por ellas mismas. De otro lado, señalan que la sociedad censura a la mujer (crítica que ellas mismas hacen) por asumir su sexualidad con total autonomía e independencia. Ser liberal en el plano de la sexualidad no sería bien visto.

Que la mujer se toque y reconozca sus genitales es un tema que incomoda y que aún no tiene la suficiente asimilación en el esquema mental de las mismas participantes. Para algunas, debido a ello, las imágenes del empaque original del FC2 resultan chocantes.

Es interesante señalar que una de las entrevistadas asocia el condón femenino con productos de autoestimulación sexual de la mujer, lo cual fue inmediatamente repudiado.

Asimismo, cuando la pregunta se abre y se consulta sobre el público que debería emplear este producto, las respuestas de varias confirman lo poco identificadas que se sienten con el uso del condón, además de la connotación negativa que éste tiene para ellas. Profundizando en las respuestas, se encuentra que el uso del condón está directamente asociado a promiscuidad e inclusive, al trabajo sexual.

Por su parte, las mujeres de mayor nivel educativo y las más jóvenes se muestran más abiertas frente al tema de la autonomía, por tanto el condón femenino se considera una alternativa pertinente para este grupo etéreo, en la pers-

pectiva de promover la independencia entre las mujeres.

Como ya se mencionó, la posibilidad de autocuidado, así como de evitar efectos colaterales en el organismo a consecuencia de los métodos hormonales, son fortalezas que este condón tendría que aprovechar en su estrategia de inserción al mercado.

Estos datos sugieren la necesidad de un intenso trabajo de promoción del condón femenino, teniendo como marco la necesidad de generar cambios en las actitudes y normas sociales en torno al ejercicio de la sexualidad de las mujeres, involucrando a las parejas. Este trabajo deberá orientarse a posicionar el concepto de que la mujer busca placer y se hace responsable de su sexualidad con autonomía y proactividad, desterrando la idea de que ellas deben rechazar el placer, en vez de ejercerlo como un derecho.

Conclusiones



Sobre la priorización de los problemas del embarazo no deseado o no planificado y el VIH y Sida en la agenda del sector salud

- El diagnóstico situacional muestra, de manera general, que el embarazo no deseado o no planificado y las ITS son problemas de salud pública que forman parte de la agenda del sector salud y que afectan a las mujeres peruanas, causando una gran carga de morbilidad y un gran costo para el Estado.
- El embarazo no deseado o no planificado es un problema mucho más presente en la vida de las mujeres y las adolescentes que el VIH. De allí que el conocimiento y el uso del condón, en ambos grupos de mujeres, esté más vinculado a su efecto anticonceptivo que a sus atributos como profiláctico.
- Los hallazgos señalan que las prioridades que se deben atender desde la respuesta nacional incluyen:
 - Asociar el VIH y el embarazo no deseado o no planificado, pues son parte de un mismo problema y su desatención estaría incrementando los riesgos de salud de las mujeres.
 - Reconocer las necesidades particulares de las y los adolescentes, quienes son afectados por estos dos problemas y requieren intervenciones específicas dirigidas a este grupo etáreo.
- Con respecto a la epidemia del VIH y Sida, según la percepción los directivos, funcionarios y proveedores de salud entrevistados, las estadísticas que actualmente se manejan no reflejan de manera integral la realidad. Son críticos cuando

señalan que las cifras provienen sólo de los servicios y que éstos estarían basados en población cautiva. Por lo tanto, desde su punto de vista hay cierto desconocimiento de lo que está pasando con la población general, pero también con algunas poblaciones específicas, por ejemplo, los hombres bisexuales que llevan las infecciones a sus parejas hetero sexuales.

Fortalecimiento del enfoque de derechos sexuales y reproductivos y de género en la respuesta a la problemática

- La mayoría de las estadísticas y estudios que se han revisado dan cuenta del número de personas que usan condones como un indicador de protección. Sin embargo se deben considerar las dinámicas sexuales y los eventos sexuales, es decir, las circunstancias en que hombres y mujeres tienen relaciones sexuales con o sin protección. Sobre este tipo de información, hay todavía muy poca data construida.
- Un aspecto clave para mejorar el abordaje de la salud de la mujer, es lograr que los servicios integren la salud sexual y reproductiva y la atención de VIH y Sida, lo cual sería concordante con el enfoque de transversalización de los servicios que es una apuesta del MINSa desde que se dejaron los programas verticales.
- Hay una imagen bastante compartida de ver a la mujer como víctima del VIH, sin embargo, hay un escaso reconocimiento de la sexualidad de las mujeres, sus dinámicas sexuales, su dimensión del placer, tanto desde su autopercepción como desde el entorno.
- Tanto las mujeres, como las y los adolescentes, resaltan la importancia al establecimiento de salud como el lugar más apropiado para la distribución de condones (masculinos y femeninos). Esta apreciación da cuenta de los esfuerzos

del sector por contrarrestar las barreras para el acceso a dicho método de protección sexual y reproductiva, aún cuando se requiere seguir fortaleciendo las estrategias para mejorar el acceso a condones

La respuesta nacional frente al embarazo no deseado o no planificado y el VIH

- Según las percepciones de las y los entrevistados, hay un avance en cuanto a información de la población en estos temas, pero no necesariamente se estaría logrando la adopción de prácticas seguras. Focalizar la atención en las mujeres gestantes que llegan a los servicios, las personas que viven con VIH o los HSH, no está dando los resultados que se espera para el control de la epidemia del VIH y Sida.
- Se identifican problemas de coordinación y entre los distintos niveles de gestión de los servicios que afectan la atención que se brinda en el nivel operativo.
- La escasez de recursos económicos, la dificultad derivada del limitado número de personal y la sobrecarga de trabajo están afectando seriamente el desarrollo de los programas e intervenciones. No hay duda que se requieren más personas en el campo operativo, y procesos más dialogados en las DISA y en los establecimientos de salud

La programación de condones

- El enfoque actual para la programación de condones no ha logrado integrar la reducción del embarazo no deseado o no planificado y la prevención del VIH y Sida.
- Se requiere resolver los nudos críticos en la cadena logística para la adquisición y distribución de condones, involucrando a todas las instancias

y actores que tienen un rol en dicha cadena, tanto a nivel central como en las regiones.

- Hay un conocimiento parcial de la doble protección sexual que ofrece el condón, muchos entrevistados creen que ésta se asocia al uso simultáneo del condón con otro método anticonceptivo. No se reconoce al condón en sí mismo como el método que brinda doble protección.
- Existen también barreras para promover e incorporar el enfoque de la doble protección en la organización de los servicios, y en el proceso de programación de los condones.

Factibilidad de incorporar el condón femenino en la oferta de métodos anticonceptivos

- Respecto al condón femenino, a nivel mundial se ha demostrado amplia aceptabilidad del mismo. En el Perú se han realizado tres estudios de aceptabilidad del condón femenino, con trabajadoras sexuales, clientes de trabajadoras sexuales y mujeres heterosexuales en edad reproductiva, obteniéndose resultados favorables al uso del método, por tanto en el momento actual los esfuerzos deberían estar orientados más a su introducción que a su validación.

- En general se encuentra una actitud positiva hacia el condón femenino, entre las mujeres entrevistadas y las que participaron en los grupos focales (proveedoras y mujeres adultas), hecho que podría estar reflejando la necesidad de las mujeres de encontrar nuevas alternativas para una doble protección. De ello se desprende que, quienes mejor podrían incorporar el uso del condón femenino son las mujeres adultas.
- Respecto a las pautas para su introducción, todas y todos los entrevistados y participantes de los grupos focales refieren la necesidad de que las mujeres se familiaricen mucho más con el autoconocimiento de su propio cuerpo para eliminar los prejuicios alrededor del contacto con sus genitales.
- La valorización del producto debe pasar por un proceso de sensibilización en el tema de autonomía, negociación con la pareja y doble protección, además de resaltarse la ausencia de efectos colaterales derivados de su uso.
- A la luz de los resultados, se puede señalar también que la introducción de éste método se podría enfrentar a la oposición de los propios hombres, ya sea por dificultades que surgieran en el uso, como por tratarse de un método bajo el control de la mujer, lo cual podría resultar amenazante en la relación de poder tradicionalmente establecida en la pareja.

Recomendaciones



En torno a la programación de condones

- En el Perú, la epidemia del VIH y Sida requiere que se avance hacia intervenciones que ayuden particularmente a las mujeres a protegerse de la infección. En este sentido, la información que ellas pueda recibir en los servicios de planificación familiar acerca de la doble protección que ofrece el condón va a resultar clave.
- Introducir la doble protección requiere hacer algunas modificaciones en la manera de estimar y programar la distribución de condones, considerando a los diferentes grupos poblacionales y sus reales necesidades: hombres, mujeres, adolescentes y grupos particularmente vulnerables (HSH, trabajadores/as sexuales, PPL, entre otros).
- Para introducir la doble protección se requiere intervenir a los hombres mediante actividades educativas. La llegada con mensajes preventivos a sus centros de trabajo, sería una buena manera de empezar. La doble protección no debe quedar sólo como un esfuerzo de las mujeres, sino también como parte del compromiso de los servicios para comprometer a las parejas e involucrar los hombres.
- Se deben recoger las experiencias de articulación entre las ESN de PC ITS, VIH/ Sida y de SSR que se están desarrollando en los establecimientos de salud. La sistematización de dichas experiencias puede ser de gran ayuda para obtener lecciones aprendidas y aportar al diseño de una intervención más integral.

En torno a la introducción del condón femenino

- Se sugiere poner los condones femeninos a disposición en un ámbito piloto de los establecimientos de salud del MINSA y del circuito comercial, considerando algunos segmentos de la población según criterios a definir, mientras se crea el hábito de consumo.
- Se recomienda empezar con la identificación de grupos más o menos extendidos de mujeres en edad reproductiva que pueden hacer uso del condón femenino. Se debe tener en cuenta que no sería conveniente introducir su uso sólo en los grupos de trabajadoras sexuales, pues se podrían generar barreras para que las mujeres en general accedan a este insumo.
- Para su introducción es muy importante una alianza entre el MINSA, la sociedad civil, la comunidad médica y el sector privado. Para tal efecto, se podría aprovechar las lecciones aprendidas de la introducción de la anticoncepción oral de emergencia.
- Se debería garantizar la gratuidad del producto para las mujeres con menos recursos económicos a través del Plan de Mercadeo Social del Condón desarrollado por el MINSA para los años 2009- 2011.
- La sociedad civil puede cumplir un rol muy importante en el diseño e implementación de un plan de acción para introducir el nuevo método, así como en el fortalecimiento de la demanda y la vigilancia social para la adecuada provisión del condón femenino.

Bibliografía

- Anderson, R. M. "Transmission dynamics of sexually transmitted infections". En: Holmes K. K.; Mårdh, P-A; Sparling PF et al., eds. *Sexually Transmitted Diseases, Third Edition*. (New York: McGraw Hill, 1999) 25-37.
- Bastard, B. L.; Cardia-Vonèche, D.; Peto y L. Van Campenhoudt (1997). "Relationship between Sexual Partners and Ways of Adapting to the Risk of AIDS: Landmarks for a Relationship-oriented Conceptual Framework". En: Van Campenhoudt, L.; Cohen, M.; Guizzaradi, G. et al, eds. *Sexual Interactions and HIV Risk. New conceptual perspectives in European Research*, London: Taylor and Francis.
- Cáceres, C. (2000). *La (re)configuración del universo sexual. Cultura(s) sexual(es) y salud sexual entre los jóvenes de Lima a vuelta de milenio*. Lima: REDESS JÓVENES.
- Campos, P. (1995) Enfermedades de Transmisión Sexual en Centros de Salud. En: García P. ed. Lima Perú.
- Catalyst Consortium (2002) *El espaciamiento óptimo entre nacimientos: Nuevos hallazgos de América Latina sobre la asociación entre intervalos entre nacimientos y la salud perinatal, materna y adolescente*.
- Ceballos, G. y A. Campo-Arias (2005). *Prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual en adolescentes de Santa Marta, Colombia: diferencias por género*. MED UNAB. Vol. 8, N° 2, agosto.
- CONAMUSA Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria CARE – PERU 2007. *Informe Final de la Medición de Línea de Base de Objetivo 1-4 del Componente VIH*.

- Chumbe, O; Távara L; Rodríguez, C. "El aborto séptico como causa de morbimortalidad materna". En: *Ginecología y Obstetricia* (Perú) 1994; 40(1): 49-59.
- Defensoría del Pueblo (2005). Informe Defensorial N° 69. *La Aplicación de la Anticoncepción Quirúrgica y los Derechos Reproductivos*. Lima: Defensoría del Pueblo.
- Department for economic and social information and policy analysis of United Nations. World Population Prospects: The 2000 Revision (2001) New York: UNO.
- Feldblum, P. J.; Kuyoh, M. A.; Bwayo, J. J. et al. (2001). "Female condom introduction and sexually transmitted infection prevalence: results of a community intervention trial in Kenya". *AIDS*, 15(8):1037-1044.
- Ferrando, D. (2006). *El Aborto Clandestino en el Perú, Revisión*. Lima: Pathfinder International; CMP Flora Tristán.
- García, P. (2005) *Estudio diagnóstico en Adolescentes en el Perú: comportamientos sexuales y acceso a condón*. Lima: Unidad de ETS/SIDA de Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- García, P.; Chávez, S. y col. (2004). "Reproductive Tract Infection in rural women from the highlands, jungle and the coastal region of Peru". En: *Bulletin of The World Health Organization*, July, 82, 7
- García, P. y col. *Estudio Aleatorizado de Intervención Comunitaria Urbana para la Prevención de la Enfermedades de Transmisión Sexual. PREVEN (2002-2006)*. Universidad Peruana Cayetano Heredia; University of Washington, Imperial College of London.
- Gayet, C.; Sánchez, M. A.; Uribe, F. y F. Juárez (2001). "La influencia de los estereotipos de género sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios mexicanos", documento presentado en el *XXIII Congress of the Latin American Association of Sociology (ALAS)*, Antigua, Guatemala, 29 octubre-2 noviembre.
- Gerber, T.; Berman, D. (2008) "Heterogeneous Condom Use in Contemporary Russia". En: *Studies in Family Planning*, 39 [1]: 1-17.
- Hatcher, R. A.; Trussell, J.; Stewart. F. et al., eds. (1998). *Contraceptive Technology, Seventeenth Revised Edition*. New York: Ardent Media; Inc., 1998.
- INEI. *ENDES Continua 2004-2006*. Lima: INEI, 2006.
- Kirby, D.; *Emerging Answers (2007). Research Finding on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexuality Transmitted Diseases*. The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. Washington, DC: 2007.
- Kuyoh, M. ; Spruyt, A. ; Johnson, L. et al. (1999). *Dual method use among family planning clients in Kenya. Final report*. Family Health International and Family Planning Association of Kenya.
- Macaluso, Artz M., J Kelaghan, I. Brill, M. Fleenor, H. Austin, Robey, L. and Hook, E.W. (2000) "Effectiveness of an intervention promoting the female condom to patients at sexually transmitted disease clinics". En: *American Journal of Public Health* 90(2): 237-44.
- Mejía, C. y col. *Is the female condom an additional tool for HIV/STD protection among sex workers in Peru?* Trabajo no publicado.
- ONUSIDA (2005). *Acceso Universal a la Prevención y Control de VIH e ITS*.
- ONUSIDA; OMS (2008). *América Latina. Situación de la Epidemia. Resumen Regional*.

- OXFAM (2008). *El condón femenino: un lujo al alcance de pocas. Informe de Oxfam*. Oxfam Internacional, 2008.
- Rao. K.A. y A. Faundes (2006). "Access to safe abortion within the limits of the law". En: *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 20(3): 421-432.
- Soper, D. E.; Shoupe, D.; Shagold, G. A., et al. (1993). "Prevention of vaginal trichomoniasis by compliant use of the female condom". En: *Sexually Transmitted Diseases*, 20:137-139.
- Tarazona, D. (2006). "Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente (II)" En: *Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo*. p. 1. Año III, Número 7, Abril 2006.
- Távora, L. (2006). "¿Cómo asegurar a las mujeres el derecho a acceder a la interrupción legal del embarazo?". En: *Gineceo (Revista de la Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología)*, 1(1): 29-35.
- Távora, L. y col. (2008). *Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal. Cumplimiento del aborto terapéutico y fundamentación para la ampliación de las causales de aborto por violación y por malformaciones congénitas incompatibles con la vida*. Lima: PROMSEX Perú.
- Underhill, K.; Montgomery, P. y P. Operario (2007). "Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review". *BMJ*, 335:248 (4 agosto),
- USAID; ESD Reaching Further. *Oportunidad y Espaciamiento Saludables del Embarazo: Una Guía de Bolsillo, para Proveedores de Servicios de Salud, Gerentes de Programas y Líderes comunitarios*.
- UNFPA (2000). *Estado de la población mundial*. Nueva York: UNFPA, p. 13.
- UPCH (2004). *Proyecto PREVEN*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Van Campenhoudt, L. y M. Cohen (1997). "Interaction y Risk-related Behaviour: Theoretical and Heuristic Landmarks". En: Van Campenhoudt, L. y M. Cohen (eds.). *Sexual Interactions and HIV Risk*.
- Weeks, Jeffrey (1998), "La construcción cultural de las sexualidades. ¿Qué queremos decir cuando hablamos de cuerpo y sexualidad?" En: Szasz, I. y S. Lerner (eds). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México D.F.: El Colegio de México.
- WHO. *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000* (2004). 4a. ed. Geneve: WHO.
- Yon, C. (2000). *Preferencias Reproductivas y Anti-concepción. Hablan las Mujeres Andinas*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

Fuentes de Internet:

<http://www.cenaca.org/files/Clamidia.pdf>

http://www.esdproj.org/site/DocServer/HTSP_Pocket_Guide_Spanish.pdf?docID=861

<http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/YouthLens+English.htm#LenteJoven>

<http://www.minsa.gob.pe>

<http://www.minsa.gob.pe/oegi/disponibilidad/default.asp>

<http://nopornoinfantil.blogspot.com/2007/04/cifras-sobre-la-violencia-sexual>

