ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE CONDONES EN COLOMBIA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE CONDONES EN COLOMBIA

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

UNFPA
Fondo de Población de las Naciones Unidas

© Ministerio de Salud y Protección Social
© Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE CONDONES EN COLOMBIA

ISBN: 978-958-8735-97-9

ENTE GESTOR Y FINANCIADOR:
Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA Colombia

Coordinación editorial: Elva Patricia Belalcázar Orbes
Diseño y diagramación: Bibiana Moreno Acuña
Impresión: Acierto Publicidad - comercial@aciertopublicidad.com

Bogotá. Colombia
Diciembre de 2015

NOTA LEGAL
Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o virtual, sin previa autorización del Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA Colombia

MINSALUD

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención

Fondo de Población
de las Naciones Unidas

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

JORGE DAVID PARRA VERGARA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA
Asesora SSR y juventud

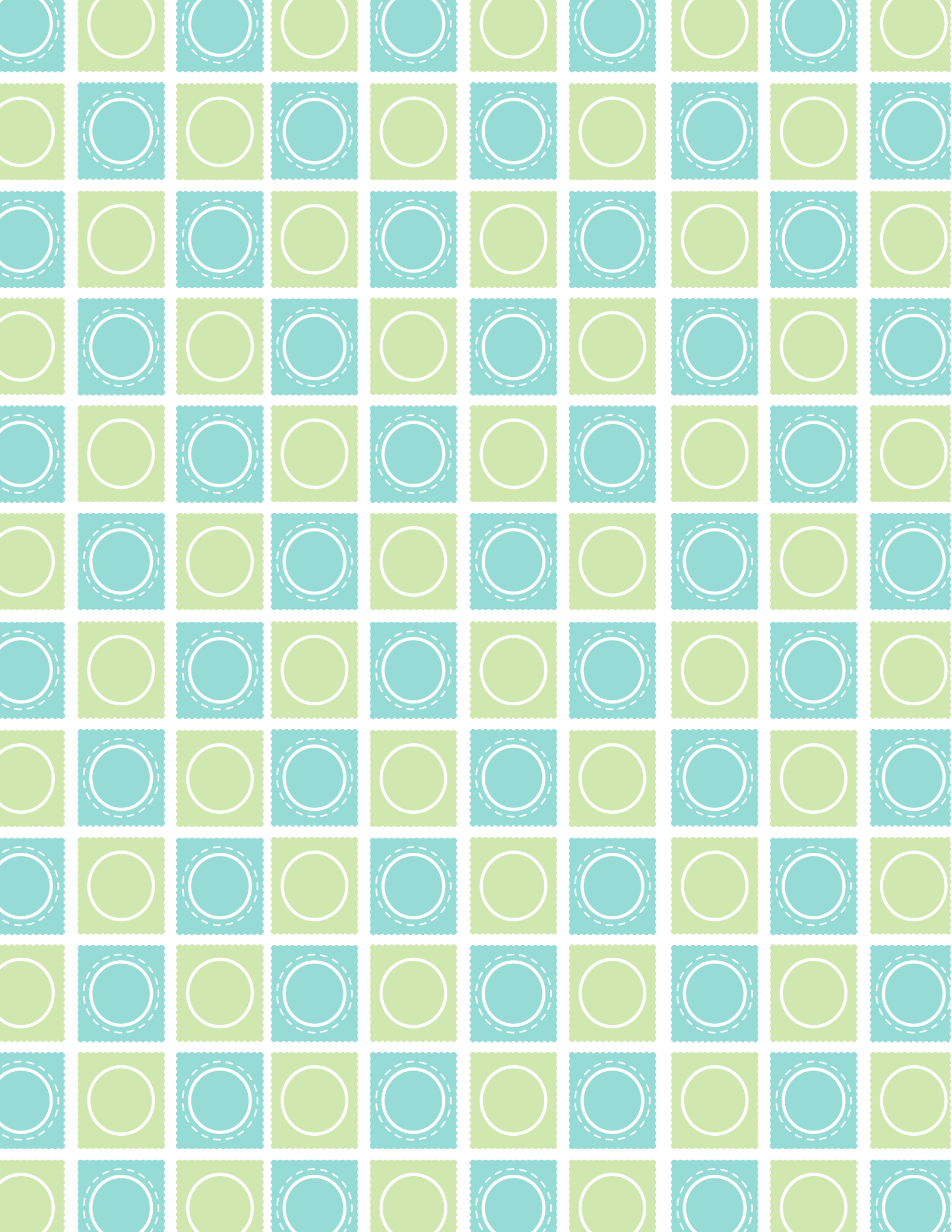
Coordinación técnica del documento

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención / MSPS

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA
Asesora SSR y juventud- UNFPA

ELVA PATRICIA BELALCÁZAR ORBES
Consultora en Estrategias de Prevención de VIH (SSR) - UNFPA

LUZ ADRIANA BECERRA CASTRO
Consultora Juventud - UNFPA



CONTENIDO

1 **Situación general... 13**

1.1 Salud sexual y reproductiva... 15
- 1.1.1 Fecundidad... 15
- 1.1.2 Embarazo en la adolescencia... 15
- 1.1.3 Fecundidad no deseada... 16
- 1.1.4 Uso de métodos modernos de anticoncepción... 16
- 1.1.5 Demanda insatisfecha de planificación familiar... 16
- 1.1.6 Mortalidad materna... 17
- 1.1.7 Violencia basada en género... 18
- 1.1.8 VIH/Sida... 18

2 **Situación de los condones en Colombia... 20**

2.1 Cadena de suministro de condones... 25
- 2.1.1 Importación y compra... 27
- 2.1.2 Compra de condones... 31
- 2.1.3 Proceso de compra... 32

2.2 Distribución de condones... 35
- 2.2.1 Distribución de condones por medio del Plan Obligatorio de Salud (POS)... 36
- 2.2.2 Distribución de los condones mediante el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)... 36
- 2.2.3 Distribución de condones en el Proyecto VIH Colombia - Fondo Mundial... 37
- 2.2.4 Obstáculos en la distribución de condones en el sector público... 37

2.3 Acceso y uso de los condones... 42
- 2.3.1 Información sobre el condón, habilidades y técnicas de uso... 43
- 2.3.2 Frecuencias de uso del condón entre las poblaciones más vulnerables a la infección por VIH... 49

2.4 Acceso a los condones... 58
- 2.4.1 Barreras socio culturales para el uso de los condones... 58
- 2.4.2 Barreras institucionales para el acceso a los condones... 60

3 **Monitoreo y vigilancia de los procesos de compra, distribución y uso de condones...66**

3.1 Importación... 66
3.2 Compra... 67
3.3 Distribución... 68
3.4 Acceso y uso... 69

4 Lecciones aprendidas...70

5 Retos... 73

6 Conclusiones...77

7 Recomendaciones... 81

8 Percepciones en torno al condón femenino... 83
8.1 Metodología... 85
8.2 Resultados... 85
8.3 Conclusiones... 93

9 Experiencias de uso del condón femenino en Colombia... 95
9.1 Metodología de aplicación de la encuesta... 95
9.2 Resultados... 99
9.3 Conclusiones... 113
9.4 Recomendaciones... 114

10 Bibliografía... 115

INTRODUCCIÓN

El uso de los condones masculinos y femeninos es una de las estrategias más efectivas y económicas para prevenir las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados en la población sexualmente activa. No obstante, existen barreras que afectan el suministro, distribución, acceso y uso de los condones y, por ende, su disponibilidad; por ello, la identificación de tales barreras permitirá generar estrategias para superarlas.

Los factores económicos, culturales, institucionales y políticos están presentes en las barreras que enfrentan las personas para usar los preservativos; por tanto, las estrategias que se encaminen a promover su uso correcto y consistente deben reconocer y abordar estos factores, y a su vez desplegar acciones para que fluya sin dificultad cada uno de los momentos de la cadena de suministro, adquisición, distribución y uso de los condones, de manera que estos lleguen a las personas que los necesitan.

En la actualidad existe una tendencia global al déficit de preservativos que no afecta solo a Colombia. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) estima que el suministro actual de condones en los países de ingresos medianos y bajos es muy inferior a la cantidad requerida[1]. A pesar de ello, los fondos internacionales destinados a la adquisición de preservativos no han experimentado ningún aumento en los últimos años, por lo que se considera necesario emprender acciones colectivas sociales, políticas y económicas para apoyar los esfuerzos de los países, particularmente de aquellos que dependen de la asistencia externa para la adquisición, promoción y distribución de preservativos[2].

1 FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA. Informe sobre el apoyo de donantes al desarrollo de anticonceptivos y preservativos para la prevención de ITS/VIH. Bogotá, 2007.

2 ONUSIDA. Los preservativos y la prevención del VIH: declaración de ONUSIDA, UNFPA y OMS. [en línea]. (2009). [consultado 13 de febrero. 2012]. Disponible en: http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2009/march/20090319preventionposition/

DESARROLLO **DEL DOCUMENTO**

Este documento parte de la revisión de la literatura internacional concerniente así como de la consulta de estudios específicos sobre Colombia en materia de acceso y uso de los condones, estado de la epidemia del VIH/Sida, y de las políticas y normativas que abordan y dan respuesta al VIH/Sida en el país en el marco de la salud sexual y reproductiva.

De igual manera, la elaboración de este documento contempló la realización de entrevistas a diferentes actores institucionales y no institucionales para conocer sus opiniones sobre el acceso y uso de los condones en el país, identificar las principales brechas existentes que sirvan como insumo para el diseño de estrategias que permitan superarlas en el marco de un proceso de programación integral de condones.

Con la información obtenida se pretende dar cuenta de los principales retos de un proceso de programación integral de condones cuya ejecución garantice un acceso universal a estos por parte de las personas que los necesitan y de esta manera fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva.

PROPÓSITO **DEL DOCUMENTO**

Presentar un panorama del acceso y uso de los condones en Colombia que sirva como punto de partida para el despliegue de la estrategia de programación integrada de condones en el país.

"Aprendemos a actuar instruidos por el horizonte de los Derechos Humanos, para hacer lo que es posible y necesario sin tratar las personas como simples "bártulos de intervención". Aprendemos especialmente a amar la diversidad (de raza, color, orientación sexual, religión, etc.) como la mayor riqueza de la humanidad y como apoyo para reducir vulnerabilidades y promover Derechos".

JOSÉ RICARDO AYRES

1. SITUACIÓN GENERAL

De acuerdo con las cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Colombia cuenta para el año 2015 con una población estimada de 48 millones de habitantes, de los cuales el 52,5% se encuentra entre los 15 y los 49 años de edad. El 34,10% de la población colombiana está bajo la línea nacional de pobreza, el 10,6% bajo la línea de pobreza extrema y el 27,78% de la población con necesidades básicas insatisfechas.

En el ámbito macroeconómico el país ha mostrado un desempeño favorable debido a reformas gubernamentales, a los avances en la política comercial —como el fomento a la inversión extranjera que ha redundado en disminución de la pobreza estructural— y al cambio en los patrones de consumo; no obstante, Colombia es uno de los países más inequitativos en la distribución de la riqueza.

De acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano presentado en julio de 2014 por el PNUD Colombia ocupa el puesto 12 en mayor desigualdad del ingreso entre 168 países del mundo. Esto significa una alta concentración de la riqueza y grandes brechas regionales y territoriales en todos los aspectos que afectan la calidad de vida de la ciudadanía. Los factores que contribuyen a este fenómeno están asociados entre otras con el insuficiente avance educativo, la informalidad laboral, el desempleo y las precarias condiciones laborales de los trabajadores que no cuentan con educación superior[3], unidos a factores como inequidad de género, la afectación por el conflicto armado interno, entre otros.

Sumado a la concentración de la riqueza, otro fenómeno de grandes proporciones en Colombia es el desplazamiento forzado, el cual afecta principalmente a las mujeres (50%) y a los jóvenes menores de 18 años (42%) e impacta en su mayoría a la población indígena y afrodescendiente, así como a niños, niñas y adolescentes. Esta tragedia

3 PROFAMILIA y MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2010. [en línea]. (2011). [consultado 18 de febrero de 2012]. Disponible en:< http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>. Colombia: tendencias económicas y sociales, p. 19.

humanitaria se caracteriza por mayores índices de pobreza, desempleo, inseguridad alimentaria, desarticulación social, violencias basadas en género y embarazo adolescente[4].

En lo que respecta a la cobertura en salud, según la Base de datos Única para Afiliados BDUA (Ministerio de Salud y Protección Social) para el 2012 el 92,02% de la población se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El 42,84% de la población está afiliada al régimen contributivo, el 48,34% al régimen subsidiado, el 0,83% pertenece al régimen especial y el restante 7,98% de la población no se encuentra afiliada.

De acuerdo con las cifras del DANE, Colombia se encuentra inmersa en un proceso de transición demográfica que consiste en pasar de altas tasas de fecundidad y mortalidad, sostenidas en un periodo largo de tiempo, a tasas bajas, comportamiento asociado a los patrones de desarrollo económico y social modernos. Se espera que una tendencia de esta naturaleza, sostenida durante veinte o treinta años, produzca un aumento en la cantidad de adultos que generan ingresos y un aumento de su proporción respecto de las personas que dependen de ellos, lo que crea condiciones más favorables para el crecimiento económico y el desarrollo sostenible[5].

No obstante, debido a las inequidades existentes, las mejoras en fecundidad y mortalidad no se distribuyen igualmente a través de los grupos de población o de las regiones más pobres que están atrasadas en su proceso de transición[6]. La tasa de fecundidad del país ha bajado de 3.2 hijos por mujer en 1986 a 2.1 en 2010, pero aún existen importantes barreras y diferenciales socioeconómicos y regionales frente al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

La mujer rural sigue teniendo, en promedio, casi un hijo más (0,8) que una mujer urbana y una mujer sin educación, tres hijos más que una con educación superior; las tasas más altas por cada 1.000 mujeres las tienen los departamentos que cuentan con alta población indígena: La Guajira (4,1), Vaupés (3,8) y Amazonas (3,7)[7]. Vale señalar que a pesar de que el índice de fecundidad entre las mujeres en situación de desplazamiento disminuyó con respecto a 2005 —pues pasó de 2,5 a 2,2 en 2010— sigue siendo más alto que el promedio nacional.

4 PROFAMILIA. Encuestas en zonas marginadas 2011. Salud sexual y salud reproductiva, desplazamiento forzado y pobreza 2000- 2011. [en línea]. (2011). [consultado 30 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestaenzonasmarginadas/pdf/ezm2011_contexto.pdf>. p. 12.

5 FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS. Sí a la opción, no al azar. Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. Informe de la Población Mundial 2012. [en línea]. (2011). [consultado 30 de febrero de 2013.]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP_SWOP2012_Report.pdf>. p. 83

6 FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Análisis de situación en población para Colombia. Vol. 1. [en línea]. (s.f.). [consultado 20 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/psa/wp-content/uploads/2012/11/Colombia-Analisis-de-situacion-en-poblacion-para-Colombia.pdf>. p. 11.

7 PROFAMILIA y MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Fecundidad. En: Op. cit., 2010. p. 111.

1.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Entraña, además, la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. Las medidas de prevención tienen un alto impacto en la calidad de la salud sexual y reproductiva de la población, y situaciones como las ITS, el VIH o los embarazos no deseados, son completamente prevenibles, no obstante representan causas de mortalidad para nuestra población.

De acuerdo con el Boletín Indicadores Básicos en Salud 2012, la mortalidad por VIH/Sida en Colombia ocupa el tercer puesto entre las ocasionadas por enfermedades transmisibles; si se tiene en cuenta el sexo y la edad, para los hombres entre 15 y 44 años, ocupa el cuarto lugar y para las mujeres en el mismo rango de edad, los eventos relacionados con el embarazo, parto o puerperio constituyen la cuarta causa y la quinta el VIH/Sida.

Desde el punto de vista de la prestación de servicios, los factores que afectan la salud sexual y reproductiva son las deficiencias de calidad y bajo acceso a los mismos, la atención tan fragmentada, la falta de conocimiento de las normas o la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción. Así mismo, hay esquemas de prestación de servicios que no se ajustan de forma diferencial a las características de la población a atender.

1.1.1 Fecundidad

La tasa global de fecundidad —que representa el número de hijos e hijas que tendría una mujer a lo largo de toda su vida— a nivel nacional fue de 2,1 hijos por mujer para el año 2010. La tasa más alta de fecundidad se registra en la región conformada por La Guajira, Cesar y Magdalena con 3,2, hijos por mujer, y a nivel departamental La Guajira (4,1), Vaupés (3,8) y Amazonas (3,7)[8], factores que afectan directamente el acceso al mercado laboral y repercuten en el incremento de la dependencia económica, lo cual perpetúa condiciones del ciclo de la pobreza.

1.1.2 Embarazo en la adolescencia

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, el embarazo adolescente ha presentado una disminución entre el 2005 y el 2010. Así, el porcentaje de madres con edades entre 15 y 19 años se redujo de 16,2% a 15,8%, el embarazo de primer hijo de 4,3% a 3,7%, y el de aquellas que alguna vez ha estado embarazada de 20,5% disminuyó a 19,5%. No obstante, este fenómeno sigue siendo preocupante pues la reducción del embarazo adolescente está asociada a una postergación de la primera unión más que al uso de métodos de planificación, tal como sucede con las mujeres de mayor edad. Vale decir, que la población adolescente concentra los más altos niveles de demanda insatisfecha de planificación familiar y que el embarazo a esta edad tiene mayor riesgo de morbilidad y mortalidad[9].

El embarazo en la adolescencia presenta diversas variaciones. En cuanto a las diferencias regionales, los lugares en donde se concentra este fenómeno son el Litoral Pacífico, con 28,0%, y la región de Orinoquía y Amazonía, con 28,1%. Según el nivel de riqueza, en el más bajo el porcentaje asciende a 29,5%; por grupo étnico, en los departamentos de Guainía, Vichada, Putumayo y Amazonas habitados en su mayoría por población indígena los porcentajes son superiores al 30%; y entre las mujeres que tienen los más bajos o ningún nivel educativo estos porcentajes son superiores al 45%[10].

8 PROFAMILIA y MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit., 2010, p. 114
9 Ibid., p. 114..
10 Ibid., p. 115.

En el contexto de desplazamiento forzado los porcentajes de adolescentes que ya son madres supera en 13 puntos porcentuales a los encontrados por la ENDS 2010 para la población general y asciende a 50% entre las mujeres que cumplieron 19 años y las actualmente unidas; la región Central es la que cuenta con el mayor porcentaje de madres adolescentes (33%) y el más bajo se encuentra en la región Pacífica (22%)[11].

1.1.3 Fecundidad no deseada

Según la ENDS 2010, menos de la mitad del total de embarazos reportados durante los últimos cinco años (17.605) fueron no deseados. Si todos los embarazos no deseados se hubiesen evitado la tasa global de fecundidad en el país descendería a 1,6%. El embarazo no deseado es un fenómeno que se presenta en mayor medida en el área rural, entre las mujeres más pobres y de nivel educativo más bajo. Por departamentos, el mayor número de hijos no deseados se presenta en Amazonas (con 1,5) seguido de Chocó, Vichada y Vaupés, con 1.4 hijos más de los que se desearían tener.

1.1.4 Uso de métodos modernos de anticoncepción

Según la ENDS 2010, el 83,7% (44.697) de las mujeres entre 15 y 49 años ha usado alguna vez métodos modernos de planificación familiar, porcentaje 6 puntos mayor que el registrado en 2005. El método más usado es la esterilización femenina, con 34,9%, valor que contrasta con la esterilización masculina que fue solo de 3,4%. Frente al uso del preservativo, solo el 7% reportó el uso del condón masculino como método de planificación actual, valor que disminuyó en un punto porcentual con respecto a la ENDS 2005[12]; más adelante se presentará en detalle este fenómeno.

1.1.5 Demanda insatisfecha de planificación familiar

La demanda insatisfecha de planificación familiar refleja las limitaciones para elegir libremente el número de hijos e hijas y el espaciamiento entre los nacimientos. En Colombia el panorama es preocupante pues, según la ENDS 2010, hasta el 2005 la demanda insatisfecha de planificación familiar tuvo una tendencia a la baja: en 1995 fue de 7,7%, en 2000 fue de 6,2%, pero desde 2005 esta tendencia se tornó al ascenso (de 5,8% en ese año pasó a 7%, en 2010) lo cual significa que cada vez es mayor el número de personas con menos acceso y posibilidad de regular su fecundidad, y de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

La tendencia en el ascenso de la demanda insatisfecha en planificación familiar resulta contradictoria si se tiene en cuenta el nivel de aseguramiento del país, la existencia de reglamentación específica y el hecho de ser una prioridad de la política nacional de salud sexual y reproductiva —recogida por el Plan Nacional de Salud Pública, adoptado mediante el Decreto 3039 de 2007—, lo cual revela brechas para el acceso a información y servicios de planificación familiar para las mujeres.

11 PROFAMILIA y USAID. Encuesta en zonas marginadas 2011. Informe de prensa. [en línea]. (2011). [consultado 22 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestaenzonasmarginadas/pdf/ezm2011_resumen.pdf>. p. 20.9 Ibid., p. 114..

12 PROFAMILIA y MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Planificación familiar: conocimiento y uso de métodos. En: Op. cit., 2011. p. 135.

Por grupo etario se encuentra que la demanda insatisfecha de planificación familiar es mayor entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad (20%), por lo cual constituye un factor que impacta directamente la fecundidad en esta etapa de la vida y demuestra la necesidad de fortalecer las estrategias existentes, tales como los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, además de otros programas de información y servicios para este grupo de población.

El análisis por región arroja que la necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor en la región Caribe (10%) y a nivel subregional de 13% en el Litoral Pacífico, 12% en Guajira, Cesar y Magdalena, y 10% en Bolívar Sur, Sucre y Córdoba. Entre las mujeres que no tienen ninguna educación, la demanda insatisfecha de planificación familiar alcanza el 13%, mientras que entre quienes cuentan con educación superior desciende al 5%[13]; lo que da cuenta del impacto de la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

La demanda insatisfecha de planificación también aumenta con la pobreza. En el percentil de riqueza más bajo asciende al 11% y disminuye al 5% en el percentil más alto. Los departamentos con mayor porcentaje de necesidad de planificación familiar son, en su orden: Vaupés (23%), Amazonas (19%), La Guajira y Guainía (18% cada uno) y Chocó (14%).

1.1.6 Mortalidad materna

De acuerdo el Análisis de Situación de Salud 2014[14], la razón de mortalidad materna se encuentra en 65,8 muertes por cien mil nacidos vivos; a pesar de que mantiene una tendencia a la disminución, está lejos de la meta establecida por los ODM de 45 muertes por cien mil nacidos vivos; esta cifra contrasta con los altos porcentajes de partos institucionales y de los atendidos por profesionales calificados, que superan el 98%, lo cual sugiere problemas de calidad de la atención y de identificación y manejo de los factores de riesgo.

Este fenómeno presenta diferencias importantes a nivel regional; según datos preliminares del Sivigila 2013, se identifican ciudades y municipios con amplias brechas y razones de mortalidad materna preliminares extremadamente altas, por cada 100.000 nacidos vivos como en Vichada con 412, La Guajira con 255, Choco con 199, Amazonas 174, con riesgos relativos que van de 8 a 19 veces más de morir, por encima de departamentos y distritos como: Tolima, Bogotá, Barranquilla, Risaralda y Caldas, entre otros con razones que oscilan entre 21 a 43, siendo, el riego de morir más alto en mujeres del área rural que en mujeres del área urbana[15]. Vale señalar que el riesgo de mortalidad materna se incrementa en las mujeres adolescentes, y que la mayoría de las muertes maternas se podrían evitar con mejoras en el acceso a los servicios de planificación familiar, en la formación del personal de salud y en el acceso a la atención obstétrica adecuada y oportuna.

13 PROFAMILIA y MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Preferencias sobre fecundidad y demanda de planificación familiar. En: Op. cit., 2011, p. 183.

14 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Análisis de situación de salud. 2014. p. 60.

15 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe Final del evento. Mortalidad Materna Colombia 2013. pp.28-29.

1.1.7 Violencia Basada en Género (VBG)

La violencia basada en género (VBG) constituye una violación de los derechos fundamentales, tiene grave incidencia en la calidad de vida, en la productividad, en la economía y afecta de manera directa la posibilidad del ejercicio y el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos en condiciones de autonomía por parte de las mujeres[16]. Así mismo, la VBG está estrechamente vinculada a la situación de pobreza, al conflicto armado interno y a la distribución desigual de oportunidades y recursos en la sociedad.

De acuerdo con la ENDS 2010, el 65% de las mujeres experimentaron algún tipo de control por parte de sus parejas como saber en dónde está, ignorarla, acusarla de infidelidad, impedirle el contacto con amigos(as)[17]. Es importante resaltar que el control por parte de las parejas hacia las mujeres es un fenómeno más o menos uniforme en cualquier posición o estrato socioeconómico o cultural, lo cual indica su dimensión estructural como factor de vulnerabilidad en relación con el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva por parte de las mujeres.

Las violencias de esta naturaleza son mayores entre mujeres más jóvenes, las que estuvieron casadas o unidas con anterioridad y las que habitan en la zona urbana. Por regiones, se presentan con mayor frecuencia en Bogotá, en la región Central y en la Pacífica. Según nivel educativo, las situaciones de control por parte del compañero se presentan ligeramente en menor grado entre las mujeres con educación superior; sin embargo, el 60% de ellas reporta sufrirlas[18]. Llama la atención que por nivel de riqueza el menor porcentaje se encontró entre las mujeres de nivel más bajo. Son cinco los departamentos en los que el porcentaje supera el 70%: Amazonas, Vaupés, Caquetá, Chocó y Meta[19].

1.1.8 VIH/Sida

Teniendo en cuenta los criterios de clasificación epidemiológica, la situación de la epidemia de VIH/Sida en Colombia es concentrada dado que la prevalencia en una de las poblaciones con factores de vulnerabilidad —hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)— supera el 5%, mientras que la prevalencia en mujeres gestantes no es superior a 1%[20]. En relación con la edad, los casos notificados de VIH y Sida se concentran principalmente entre los 15 a 49 años con un 71%, seguido del grupo de 50 y más años con un 8,4% y los de 0 a 14 años con un 2,3%. Entre las personas de 20 a 39 años se reporta más de la mitad de los casos notificados desde 1983 a 31 de diciembre del 2012 (53,3%), de los cuales el grupo quinquenal que mayor número de casos aporta es el de 25 a 29 años (22%) seguido muy de cerca del de 30 a 34 años (20%), las personas de 60 y más años aportan el 2,3% del total de casos reportados[21].

16 FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Op. cit., (s.f.). p. 26.
17 PROFAMILIA y MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Violencia contra las mujeres y los niños. En: Op. cit., 2010, p. 362.
18 Ibíd.
19 Ibíd.
20 MINISTERIO DE SALUD. Informe UNGASS 2012. [en línea]. (2012). [2 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/2_abril2012_final_UNGASS_COLOMBIA.pdf> p. 18..
21 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Boletín epidemiológico VIH/Sida, Colombia, 2013. [en línea]. (2013). [22 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983-2012.pdf> p. 4.

Debido a su alto potencial epidémico, el VIH/Sida es considerado como una prioridad de salud pública y debido al alto costo que implica su atención, todas las actividades de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y control están contempladas en el plan obligatorio de salud (POS) tanto para el régimen contributivo como para el plan obligatorio de salud el régimen subsidiado (POSs) y los regímenes de excepción.

En el acumulado de la epidemia, el 76% corresponde a hombres y el 26,0% a mujeres, la razón de masculinidad descendió de 10:1 en la década de los años 90 a 2:1 en el 2010, y la mitad de los casos de mujeres reportados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) al Ministerio de Salud y Protección Social, se dieron entre 2000 y el 2010[22]. El mecanismo de transmisión que tiene mayor participación es el sexual, con una tendencia desde el siglo XXI al predominio en relaciones heterosexuales, aunque siguen incrementándose los casos en poblaciones homosexuales o bisexuales.

Los porcentajes de VIH/Sida en usuarios de drogas inyectables (UDI) y de accidentes de trabajo han oscilado alrededor de 1,5% desde 1990. La notificación por transmisión perinatal en el 2010 fue de 118 casos; sin embargo, solo el 11% (13 casos) corresponde a niños que nacieron y se diagnosticaron en este año. La proporción de infección por transfusión se ha mantenido bajo (0,1%) en el período 2006-2010, lo que puede atribuirse a los esfuerzos realizados para mejorar controles de calidad en la red de bancos de sangre y a la garantía del 100% del tamizaje de las unidades objeto de transfusión[23].

El 75% de los casos notificados de VIH/Sida durante el periodo 1983-2010 se concentró en los territorios en los que se concentra la mayoría de la población nacional —Bogotá, Valle, Antioquia, Santander, Barranquilla, Risaralda, Cundinamarca, Norte de Santander— lo cual según el estudio de Panorama de VIH/Sida en Colombia puede obedecer a un incremento en la disponibilidad de servicios y de acceso a recursos institucionales y políticos; así como a la posibilidad de contar con mayor anonimato social dadas las dimensiones de las ciudades[24].

En materia de prevención y de atención integral, el país ha focalizado a las poblaciones que se encuentran en contextos de mayor vulnerabilidad y prevalencia de la infección. En este sentido, además de brindar atención a la población general, concentra esfuerzos en las siguientes poblaciones: HSH, personas trans, mujeres trabajadoras sexuales, jóvenes y usuarios drogas inyectables.

22 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Panorama del VIH/Sida en Colombia 1983- 2010. Un análisis de situación. [en línea]. (2012). [22 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/b_estudios_comportamiento/PANORAMAVIHCOL_WEB.pdf>. p. 34.

23 Ibíd. p. 44.

24 Ibíd. p. 39.

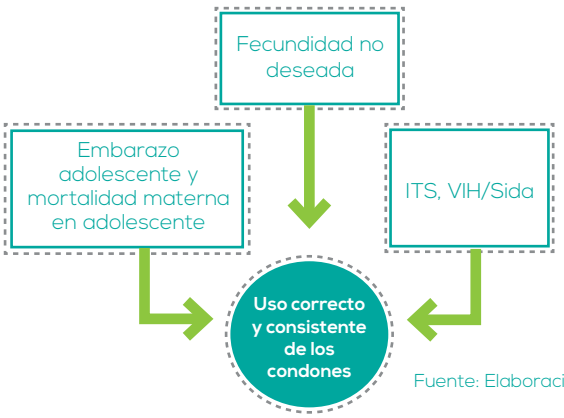
2. SITUACIÓN DE LOS CONDONES EN COLOMBIA

La revisión del panorama descrito en el apartado anterior permite concluir la existencia de un efecto desbordado de las inequidades y de las brechas socioeconómicas y geográficas sobre la calidad de la salud sexual y reproductiva de la población, las cuales limitan la posibilidad de ejercer de manera libre, equitativa e igualitaria los derechos sexuales y reproductivos por parte de hombres y mujeres. Aún siguen siendo vigentes en Colombia las preocupaciones sobre la regulación de la fecundidad, en especial de adolescentes, y la prevención de las ITS y del VIH/Sida.

La mayoría de los eventos adversos que afectan la salud sexual y reproductiva se pueden prevenir; no obstante, como se señaló anteriormente, el acceso a insumos y servicios de salud sexual y reproductiva se ve truncado por factores como la pobreza, la desigualdad entre los géneros, las diferentes formas de violencia, las deficiencias en la prestación de los servicios de salud y su desarticulación, así como las políticas que los regulan.

En este contexto, es esencial el fomento del uso de los condones como una medida que ofrece doble protección, en tanto que puede contribuir a disminuir los niveles de fecundidad no deseada, el embarazo adolescente y el riesgo de mortalidad asociada, así como de infecciones de transmisión sexual como el VIH o la sífilis gestacional y congénita[25,26] —esta última con tendencia al aumento[27]—.

Figura 1. Los condones y la salud sexual reproductiva



Fuente: Elaboración propia

25 OMS y ONUSIDA. Nota informativa sobre la eficacia de los preservativos para prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Ginebra: ONUSIDA, agosto de 2001.23 Ibíd. p. 44.

26 HOLMES, King. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. En: Public Health Reviews. [en línea] No. 82, (2004). [consultado el 14 de junio de 2012]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/72497/1/bulletin_2004_82%286%29_454-461.pdf?ua=1>

27 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita 2011- 2015. [en línea]. (2011). [consultado el 14 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Colombia/plan_estrategico_eliminacion_transmision_materno_infantil_vih_-_sifilis_2011.pdf>. p. 42.

Los condones masculinos y femeninos son los medios más eficaces para prevenir la transmisión sexual del VIH y otras ITS, así como embarazos no deseados. Se ha demostrado que los preservativos tienen una eficacia superior al 90% si se utilizan de forma correcta y consistente. Cuando forman parte de un conjunto de medidas de prevención más amplias, las pruebas indican que los condones tienen un papel decisivo en la reducción de las infecciones por el VIH y la prevalencia del virus, tal como se ha observado en países de la región, como Brasil[28].

El uso correcto y consistente de los preservativos está determinado por factores individuales —información adecuada, conciencia de la propia vulnerabilidad, habilidad en la técnica de uso, capacidad para negociar o exigir su uso— que algunos autores han definido como *autoeficacia*[29], y por factores colectivos programáticos como la disponibilidad y el acceso a los condones en condiciones de calidad, oportunidad y asequibilidad.

Figura 2. Aspectos que influyen en el uso de los condones

Fuente: Elaboración propia

En todo el mundo, la distribución de preservativos ha aumentado de forma sustancial en los últimos años, pero sigue habiendo una gran brecha. De acuerdo con el UNFPA, el suministro actual de preservativos en los países de ingresos bajos y medianos está un 40% por debajo de las necesidades. Se estima que para 2015 se necesitarán 19 millones de preservativos para prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual[30].

Colombia cuenta con desarrollos estratégicos y normativos que contemplan la promoción y entrega de condones como herramienta básica de las acciones de prevención de las ITS, la transmisión sexual del VIH y los embarazos no planeados. Entre

28 ONUSIDA. La ONU y la respuesta al Sida en Brasil. [en línea]. (2010). [consultado 23 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/A%20ONU%20e%20a%20Resposta%20a%20aids%20no%20Brasil_Espanol.pdf>. p. 12.

29 LÓPEZ ROSALES, F. Sida, comunicación y educación. Investigación con adolescentes de 13 a 19 años. México, D.F: Universidad Autónoma de Nuevo León, 1996, plantea que la autoeficacia es la percepción subjetiva que tienen los individuos sobre su capacidad para realizar conductas preventivas hacia el VIH, como no tener relaciones sexuales sin preservativo y hablar con su pareja sexual sobre su vida sexual y los riesgos que se pueden presentar.

30 ONUSIDA. Hoja informativa. Prevención del VIH. Desafíos de la prevención y el tratamiento. [en línea]. (s.f.). [consultado del 12 de octubre de 2012]. Disponible en:< http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets04/fs_prevention_es.pdf>. p. 2.

ellos se encuentran i) el Plan Decenal de Salud, ii) la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos suscrita en 2014, iii) el Modelo de Gestión Programática de VIH, y iv) el Plan Nacional de respuesta al VIH. Además de ello, cuenta con la Comisión Nacional Intersectorial para la promoción y garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, como instancia clave para el impulso de iniciativas y de políticas en esta materia.

Asimismo, el país mantiene el compromiso mundial frente al control de la epidemia de VIH/Sida y la prevención de nuevas infecciones. Por ello, en el año 2005 suscribió el documento Conpes 091 en el que se establecen las metas y estrategias —entre las cuales se incluyen metas para mejorar la salud sexual y reproductiva y combatir el VIH— que se implementarán hasta 2015 para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), cuyo alcance requiere esencialmente del acceso sin barreras y el uso correcto y consistente de los preservativos masculinos y femeninos, compromiso corroborado por la suscripción del Consenso de Montevideo Sobre Población y Desarrollo en 2013.

Tabla 1. Normas relacionadas con el uso de los condones en Colombia

Normas	Descripción
Constitución política de 1991, artículo 49	Considera la salud como un servicio público a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.
Decreto 1543 de 1997	Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (Sida) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).
Resolución 412 de 2000	Por medio de la cual se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Acuerdo 380 de 2007	Que modificó los artículos 11, 16 y 17 de la Resolución 412 asignando responsabilidades en el cumplimiento de las normas y guías de atención y estableció las metas de cumplimiento para las aseguradoras y entidades territoriales.
Ley 715 de 2001	Define los recursos y competencias para cada uno de los niveles nacional, departamental y municipal para la prestación de servicios de salud y el desarrollo de acciones de salud pública.
Decreto 919 de 2004	Por el cual se reglamentan las donaciones internacionales de medicamentos y dispositivos médicos.
Decreto 4725 de 2005	Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.
Documento conpes 091 de 2005	Establece las metas y estrategias que se implementarán hasta 2015 para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), mejorar la salud sexual y reproductiva y combatir el VIH.
Resolución 3442 de 2006	Adopta el modelo de gestión programática y la guía de atención integral para el manejo de la infección por el VIH.
Decreto 3039 del 2007	Establece el Plan Nacional de Salud Pública. Se incluye como prioridad el VIH dentro de la salud sexual y reproductiva.
Acuerdo 380 de 2007	Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.
Resolución 769 de 2008	Por medio de la cual se adopta la actualización de la norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.
Decreto 2968 de 2010	Por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Normas	Descripción
El plan nacional de respuesta ante el VIH y el Sida. Colombia 2012-2017	Plantea al el logro de 10 objetivos organizados alrededor de cuatro ejes temáticos: promoción y prevención, atención integral en salud, apoyo y protección social y seguimiento y evaluación.
Resolución 4505 de 2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
Resolución 5521 de 2013	Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Art. 20.
Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. 2014	Se desarrolla alrededor de 5 componentes. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género; prevención y atención integral; gestión de la salud pública; gestión de la comunicación de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos; y gestión del conocimiento.
Ley estatutaria 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
Resolución 0518 de 2015	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PIC. Incluye el uso de los condones femeninos y masculinos en el listado de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ejecutar en el PIC (Anexo Técnico)

Fuente: Elaboración propia con base en la información contenida en las normativas.

El marco normativo colombiano consagra, mediante la Constitución Política, el derecho a la salud como un servicio público a cargo del Estado que abarca las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación. En particular, la Ley 1543 de 1997 reglamenta el manejo del VIH/Sida como un evento de gran impacto para la salud pública y reconoce la importancia del uso de condones en la prevención del VIH y de su difusión por medios masivos de comunicación.

La Ley 1543/97, la Resolución 3442/06, el Decreto 3039/07 y la Resolución 769/08 apuntan al desarrollo de acciones preventivas frente a las ITS o el VIH y embarazos no deseados cuya ejecución incluye la utilización de preservativos, el fomento de su uso mediante acciones de información, educación y comunicación (IEC), y su distribución gratuita en diferentes contextos dirigida a población general y a aquellas más vulnerables, así como la garantía de disponibilidad en los establecimientos en donde se realizan actos sexuales.

El reconocimiento de los condones como un dispositivo médico[31] permitió su inclusión en el POS y reglamentó su entrega gratuita bajo ciertas condiciones en el Acuerdo 029 de 2011, en la Resolución 769 de 2008 que adopta la norma técnica sobre planificación familiar, y en la Resolución 5521 de 2013.

31 De acuerdo con la OMS –OMS. Dispositivos médicos: la gestión de la discordancia. Un resultado del proyecto sobre dispositivos médicos prioritarios. [en línea]. (2012). [Consultado 12 de junio de 2012]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243564043_spa.pdf>. p. 8–, un dispositivo médico se define como:

> Todo instrumento, aparato, utensilio, máquina, implante, reactivo in vitro o calibrador, software, material o producto similar o relacionado que no logra el efecto principal perseguido en o sobre el organismo humano por medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos y está concebido para ser empleado en el diagnóstico, la prevención, la vigilancia, el tratamiento o el alivio de enfermedades; el diagnóstico, la vigilancia, el tratamiento, el alivio o la compensación de una lesión; la investigación, la sustitución, la modificación o el apoyo de la anatomía o de un proceso fisiológico; el apoyo o el mantenimiento de la vida; el control de la concepción; la desinfección de otros dispositivos médicos; y el suministro de información con fines médicos o diagnósticos mediante el examen in vitro de muestras extraídas del cuerpo humano.

Además, en tanto que los condones son dispositivos médicos están regulados por el Decreto 0919 de 2004 y el Decreto 4525 de 2005 para efectos de importación e ingreso al país; ya sea para comercialización o como insumo para actividades preventivas con fines humanitarios. En caso de que su distribución en el mercado ocurra bajo condiciones de deterioro, caducidad o incumplimiento de las exigencias técnicas relativas a su composición, estabilidad y eficacia, tal situación está sometida a la Ley 1220 de 2008.

Como se puede observar, en materia legislativa se cuenta con un amplio desarrollo de normativas que incentivan la promoción del uso de los condones mediante acciones IEC, así como acciones específicas para el suministro de preservativos a las poblaciones especialmente vulnerables. No obstante, y a pesar de que el modelo de gestión programática lo sugiere, no se encuentran normativas dirigidas a abaratar los costos de los condones y a establecer políticas públicas de entrega sostenida a la población con menores recursos.

Como se verá más adelante, el precio de los condones es una de las barreras más comúnmente reconocidas por las personas para acceder a los preservativos; por tanto, los desarrollos normativos que se hagan en esta materia resultan esenciales aún más en un país en el que más de la mitad de la población vive en condiciones de pobreza o miseria[32] y experimenta los niveles más altos de desigualdad.

Vale señalar que si bien lo condones no están gravados con IVA, su precio está determinado por el mercado y, por tanto, ligado a la rentabilidad económica. Esto influye en la asequibilidad de estos insumos para importantes sectores de la población colombiana que tienen menores ingresos o no están reconocidos como población prioritaria por las normativas aplicables al VIH señaladas anteriormente.

Además de la plataforma normativa y política, para que los condones cumplan eficientemente su propósito es necesario un proceso de gestión que garantice que los condones sean accesibles y asequibles para todas las personas, proceso que se denomina cadena de suministro.

32 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Indicadores básicos..., Op. cit.

33 FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. La estrategia mundial para asegurar el abastecimiento de suministros de salud reproductiva. En: Elementos fundamentales de la salud reproductiva. Asegurar los suministros. [en línea]. (s.f.). [consultado el 20 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.sv/dmdocuments/elementos_fundamentales_ssr.pdf> p. 21.

2.1 CADENA DE SUMINISTRO DE CONDONES

La cadena de suministro se define como la secuencia de pasos que deben realizarse para garantizar que "un producto (condón) de calidad adecuada, en las cantidades adecuadas y en las condiciones adecuadas, se entregue en el lugar correcto, en el momento correcto y a un costo razonable"[33]. Los condones, como cualquier producto, hacen parte de un proceso de interacción entre la oferta y la demanda que comienza con la producción, continúa con la importación, la compra y la distribución, y finaliza con la utilización del producto.

Figura 3. Momentos del suministro

Fuente: Elaboración propia

Colombia no cuenta con un proceso nacional integrado de programación del suministro de condones, lo cual obedece a la naturaleza descentralizada del funcionamiento del país en esta materia y, de acuerdo con el Proyecto Deliver[34], al rezago en los procesos de ajuste que eran necesarios para la programación y compras que acaeció durante la década de los años 90 después del retiro de las donaciones de insumos anticonceptivos por parte de agencias de cooperación como la GTZ, USAID y UNFPA, hecho que coincidió con la reforma del SGSSS de la Ley 100 de 1993[35].

El estudio *Políticas, prácticas y lecciones aprendidas en la adquisición de métodos anticonceptivos* (en adelante proyecto Deliver), hace un recuento de los pasos que se llevaban a cabo para la distribución de condones en la década de los años 90:

> Los insumos donados se entregaban al Ministerio de Salud (ahora Ministerio Salud y Protección Social) y este los entregaba directamente a los departamentos y hospitales. Las previsiones de compra se hacían de acuerdo a una línea de base que consideraba

33 FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. La estrategia mundial para asegurar el abastecimiento de suministros de salud reproductiva. En: Elementos fundamentales de la salud reproductiva. Asegurar los suministros. [en línea]. (s.f.). [consultado el 20 de junio de 2013]. Disponible en: ‹http://www.unfpa.org.sv/dmdocuments/elementos_fundamentales_ssr.pdf› p. 21.

34 El Proyecto Deliver es un proyecto financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), junto a socios nacionales e internacionales, encaminado a aumentar la disponibilidad de los insumos de salud esenciales para usuarios y clientes alrededor del mundo.

35 AGUDELO, Juan y QUESADA Nora. Políticas, prácticas y lecciones aprendidas en la adquisición de métodos anticonceptivos: Colombia. Bogotá: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 2006, p. 13.

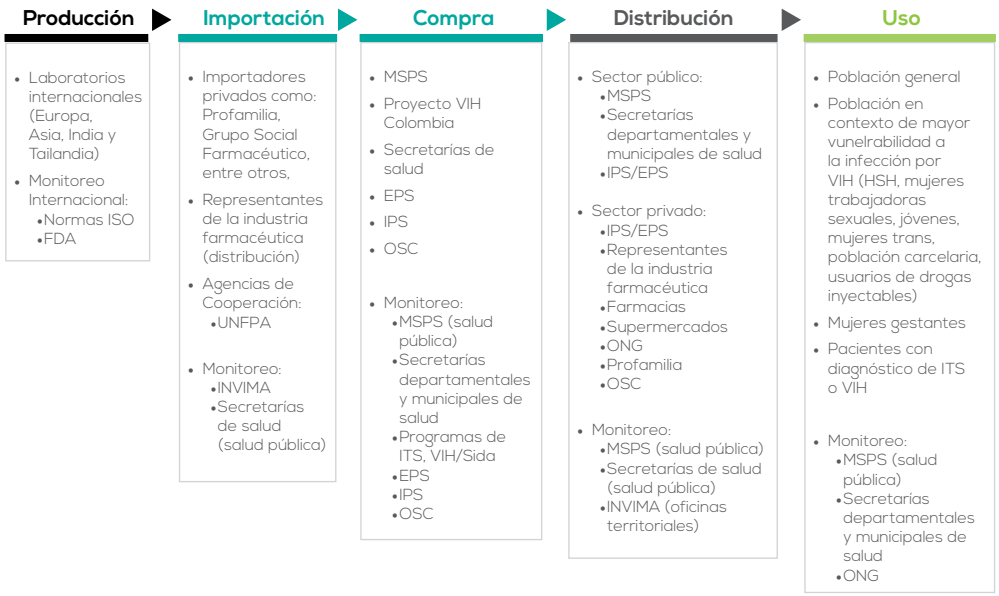
la población que se iba a beneficiar. Las mismas agencias donantes eran quienes elaboraban dicha línea de base, en discusiones con el Ministerio[36].

Los resultados del análisis del proyecto Deliver sugieren que no hubo un plan estratégico para enfrentar el cese de las donaciones. Según varios actores entrevistados, dicho plan era indispensable debido a que al término de las donaciones y de la asesoría técnica proporcionada por las agencias internacionales, se evidenció una gran falencia; en especial, en los recursos humanos que no estaban suficientemente capacitados para el empoderamiento adecuado del proceso de adquisición de anticonceptivos[37].

En cada uno de los procesos de la cadena de suministro existen diversos actores clave, a saber: en la fase de fabricación, los productores internacionales —principalmente de la India, Alemania y Asia—; en la importación y comercialización, PROFAMILIA y los representantes de la industria farmacéutica internacional, entre otros; y organizaciones cuyo fin no es la comercialización sino ofrecer cooperación técnica al país en materia de salud sexual y reproductiva, como el UNFPA.

En la compra intervienen el Ministerio de Salud y Protección Social, las secretarías departamentales y municipales de salud, las EPS privadas y públicas, y las IPS. En la fase de distribución participan los mismos actores estatales junto con otros del sector privado, tales como representantes de la industria farmacéutica, PROFAMILIA, droguerías, y desde la sociedad civil las ONG y organizaciones de base comunitaria (OBC) que adelantan acciones de mercadeo social.

Figura 4. Actores involucrados en los momentos de suministro de condones en Colombia



Fuente: Elaboración propia con base en la información de los actores y revisión documental.

36 Ibíd., p. 14.
37 Ibíd., p. 14.

Si bien la descentralización ha significado un aumento en la autonomía territorial y el fortalecimiento de la participación social, así como de las capacidades de los departamentos y municipios para la gestión de su desarrollo, el proyecto Deliver señala que este modelo de ordenamiento territorial ha tenido un efecto negativo en el sistema de adquisiciones, principalmente porque se pierden las ventajas que generan las economías de escala al hacer compras por volumen bajo la figura de adquisiciones centralizadas[38].

Otra de las dificultades detectadas por el proyecto Deliver es que el sistema de información es deficiente, pues no hay una información consolidada entre el departamento, el municipio, los hospitales y los centros de salud. Lo anterior impide que existan registros confiables de cuántos y cuáles usuarios está atendiendo el sistema y ocasiona una pérdida del impacto, pues se aumenta la cobertura pero se duplican los esfuerzos y los recursos[39].

Figura 5. Importación y compra

Fuente: Elaboración propia

2.1.1 Importación y compra

Dado que Colombia no produce condones de látex, los que se consumen en el país provienen de la importación. En esta materia el país no establece impuestos de IVA, lo cual es calificado como un acierto por los conocedores en la materia, ya que es muestra de compromiso y una voluntad política por parte del gobierno, que se convierte en una herramienta que facilita el acceso a este método anticonceptivo principalmente para los sectores más necesitados[40].

En cuanto al procedimiento, la entidad interesada en la importación de condones debe tramitar el registro sanitario ante el INVIMA, autoridad sanitaria responsable de evaluar que las empresas interesadas en la producción, importación o distribución de condones cumplan con los estándares internacionales requeridos para el manejo de los condones como dispositivos médicos de conformidad con la Norma Técnica ISO 4074 y con el Decreto 4725 de 2005.

Este Decreto determina el régimen de registros sanitarios y de permisos de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano en Colombia; de acuerdo con esta norma los condones están clasificados como dispositivos médicos de tipo IIb —o de riesgo alto— por lo cual están sujetos a controles especiales en el

38 Ibíd., p. 22.
39 Ibíd.
40 Ibíd.

diseño y fabricación para demostrar su seguridad y efectividad, pues deben cumplir con la regla especial n.º 14 del Decreto, en la que se estipula:

> Todos los dispositivos médicos utilizados con fines anticonceptivos o para la prevención de la transmisión de enfermedades transmisibles por contacto sexual, se considerarán dispositivos médicos de la clase IIb, a menos que sean dispositivos médicos implantables o invasivos de uso prolongado, en cuyo caso, se incluirán en la clase III[41].

De acuerdo con las personas entrevistadas, el proceso de importación de condones no reviste mayores inconvenientes, los procedimientos son claros y las empresas que tradicionalmente han importado condones cuentan con la experiencia en el desarrollo de los trámites que se deben realizar ante el INVIMA. Lo que se señala como principal dificultad, es el precio de los condones en el mercado internacional:

> "(...) La limitante —no sé si sea limitante u obstáculo— más importante, pero creo que hace fácil y difícil al mismo tiempo la importación de condones a Colombia, es el precio real por gruesa; digamos que es la ética, el profesionalismo y el buen criterio que debe tener el importador de condones. Cuando uno sabe el precio por gruesa en el asiático, con estándares o no estándares de calidad, creería que el mayor obstáculo que tienen quienes importan condones o manejan el tema de condones es ese; porque es que cuando a ti te dicen que una gruesa vale 4 USD u 8 USD y tiene 144 condones, pues es de locos" (Informante PROFAMILIA).

Adicionalmente se señalan cuatro aspectos que se consideran barreras para controlar la calidad de los condones que ingresan al país:

- La no solicitud de pruebas de conformidad anteriores al envío de los condones, ni de confirmación al arribo de la carga.
- No contar con un laboratorio acreditado internacionalmente.
- No contar con un reglamento técnico de condones.
- Las debilidades institucionales para el ejercicio de la inspección vigilancia y control.

En Colombia, aunque el INVIMA no solicita pruebas de conformidad anteriores al envío de la carga estipula la solicitud y conservación de los resultados por parte del importador para efectos de trazabilidad en caso de quejas posteriores respecto a la calidad del producto; estas además le serán requeridas durante las visitas de control. El INVIMA tampoco solicita pruebas de confirmación al arribo de la carga[42].

Al respecto los informantes señalan que la no solicitud de las pruebas de conformidad anteriores al envío y/o de las confirmatorias al arribo de la carga —que sí son solicitadas por otros países— ha generado una gran afluencia de marcas con diferentes características de calidad y sin mayor trayectoria en el país. El efecto que esto produce es que llegan al

41 COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4725 (26, diciembre, 2005). Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano. Bogotá D.C. Artículo 7. Reglas de Clasificación. Sección D. regla n.º 14., literales j, k, l.

42 ENTREVISTA con M. Barbosa, ingeniera química de la subdirección de insumos para la salud y productos varios del INVIMA, Octubre 18 de 2011. Citado por MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y UNFPA. En: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y UNFPA. Manual para la adquisición, suministro y distribución de condones en Colombia. Bogotá. 2013. p. 37.

mercado por una sola vez y venden el producto a muy bajo precio, rompen el mercado y luego salen. Esto se identifica como un obstáculo para las empresas que llevan más de veinte o treinta años en el mercado, las cuales que deben competir de manera desigual con esta situación[43]. Como lo señala PROFAMILIA:

> Lo que debería suceder cuando tú tienes más de treinta marcas en el mercado, pero tú también ves que somos cuatro quienes hemos permanecido básicamente en el mercado colombiano más de quince o veinte años, es la necesidad de que Colombia tenga esas certificaciones de calidad cuando tú entras... Cuando uno entra a los EEUU o algunos países europeos con un lote de condones, este lote tiene una certificación de calidad, y cuando entra en EEUU ellos hacen un testeo con máquinas estandarizadas aprobadas y con un laboratorio certificado internacionalmente en cuanto al testeo, que cumpla todos los requerimientos del ISO 4074 y que esté a la par con todos los laboratorios a nivel global. Entonces lo que sí haría falta en el país y que si nos sirve, que probablemente reduciría todo el tema de tanto condón que no corresponde, de tantas fallas en el condón y a cogerle más confianza al condón en Colombia probablemente es que ese testeo se hiciera, porque cuando ese testeo se hace y veo que este certificado es diferente a este, el producto no entra al país[44].

Si bien los estudios realizados por el INVIMA a los preservativos de látex señalan que el 91% de los condones que se comercializan en el país cumplen con los estándares de calidad requeridos por esta entidad[45], lo señalado con anterioridad por los informantes subraya la necesidad de contar con un laboratorio de pruebas acreditado cuyos análisis y resultados sean reconocidos internacionalmente. Es preciso señalar que el laboratorio existente se encuentra en proceso de acreditación[46].

Sumado a lo anterior, los procesos de compra no se acogen al esquema de precalificación de proveedores que recomiendan la OMS/UNFPA/FHI[47], cuya utilización facilitaría el acceso y la identificación de proveedores que ofrezcan los mayores niveles de calidad y de soporte a las entidades compradoras de condones en el territorio nacional. Tampoco se cuenta con un reglamento técnico de condones adoptado mediante un acto administrativo que establezca de forma obligatoria los requisitos y ensayos que deben cumplir los preservativos masculinos elaborados con látex que ingresan al país y de esta manera contribuir a los procesos orientados a proteger la seguridad y la salud individual y colectiva de la población frente a la prevención de ITS, VIH y de embarazos no planeados.

Además de lo anterior es necesario considerar las debilidades institucionales. De acuerdo con el documento *Desafíos y propuestas para el perfeccionamiento de los sistemas de vigilancia, mercadeo en seguridad de los productos, futuros pasos, Colombia*

43 ENTREVISTA con C. Uribe, gerente comercial de Profamilia, Bogotá D.C.,, febrero 14 de 2013. ENTREVISTA con A. Jaimes, funcionario del Grupo Social Farmacéutico, Bogotá D.C., marzo de 2013.

44 ENTREVISTA con C. Uribe, gerente comercial de Profamilia, Ciudad, febrero 14 de 2013.

45 SU VIDA. EDUCACIÓN EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Bogotá, 27, abril, 2011. ISSN 2145-7999. [en línea]. [consultado 13 de marzo de 2013]. Disponible en: < http://www.su-vida.com/node/964>

46 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS. Manual para la adquisición... Op. cit., p. 39.

47 El plan de precalificación evalúa la capacidad de un fabricante para suministrar un producto de calidad antes de adjudicarle un contrato. En: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, UNFPA y FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Preservativos masculinos de látex: especificaciones, precalificación y directrices de adquisición, 2010. Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud, UNFPA y Family Health International, 2011. p. 16.

2012, elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el INVIMA[48], se reconocen problemáticas presentes en esta entidad que afectan su capacidad para responder a los retos de inspección vigilancia y control que le son propios y que se espera sean superados con la nueva estructura administrativa, dada mediante el Decreto 2078 de 2012.

Entre las problemáticas identificadas por este documento, se señala:

> No contar con un esquema organizacional unificado para desarrollar las actividades de vigilancia pre y post comercialización; la carencia de oportunidad en los resultados de los análisis de calidad necesarios para la toma de decisiones; la baja presencia institucional y capacidad para cumplir las actividades misionales en todo el país[49].

Por tanto, los resultados de las pruebas que se solicitan una vez que los productos han entrado al país pueden no ser oportunos, en especial para controlar aquellas empresas y productos que se fundan en las llamadas 'capitales golondrina'.

Otras problemáticas identificadas para el ejercicio misional del INVIMA que pueden afectar la calidad y el control de los condones que ingresan y circulan en el país son:

> Bajo nivel de coordinación interinstitucional lo que genera duplicidad de la información, de actividades, procesos operativos incompletos; carencia de bases de datos de productos y establecimientos vigilados que estén unificadas sean interoperables entre las autoridades; los productos fraudulentos y alterados circulan dada la proclividad del consumidor a la obtención de productos de bajo costo impactando la economía y la salud; ausencia en la población de la cultura de responsabilidad compartida y autocuidado que favorezca el reporte de fallas de calidad en los productos; ausencia en la población de la cultura de responsabilidad compartida y autocuidado que favorezca el reporte de fallas de calidad en los productos[50].

48 OTÁLVARO CIFUENTES, Elkin. Desafíos y propuestas para el perfeccionamiento de los sistemas de vigilancia de mercado, en seguridad de productos, futuros pasos. [en línea]. (2012). [consultado 13 de enero de 2012. Disponible en: ‹http://www.oas.org/es/sla/rcss/Capacitaciones/Segunda%20Edicion/Presentaciones/Colombia%20-20INVIMA%20(Otálvaro).pdf›.

49 Ibíd.

50 Ibíd.

2.1.2 Compra de condones

En la actualidad, la compra de los condones por parte del sector público se realiza de forma descentralizada y autónoma a través de las direcciones territoriales de salud —sean de carácter departamental o municipal—, de las EPS y de las IPS. En el sector privado existen grandes agencias de importación y comercialización como PROFAMILIA y representantes locales de la industria farmacéutica productora de condones, que a su vez participan en la distribución del producto en el canal institucional privado y público, en las grandes superficies, en supermercados y en farmacias.

Recursos para la compra de condones en el sector público

La compra de condones en el país dentro del sector público obedece a dos tipos de acciones: las que se realizan en el marco del POS para ser entregados en acciones individuales o de consulta, y aquellas que se efectúan en el marco de las acciones de salud pública dentro del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

Los recursos para la compra de los preservativos que se entregan dentro del POS provienen principalmente del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y son redistribuidos a las diferentes EPS de los regímenes contributivo y subsidiado a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Los recursos para los condones comprados para el apoyo de las acciones de salud pública contenidas en el PIC que desarrolla cada secretaría de salud, provienen principalmente del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones para Salud (Ley 715 de 2001), de los recursos de cofinanciación de la nación y de los recursos propios que las entidades territoriales destinen a la financiación de acciones en salud pública. Dado que la compra no tiene una línea específica, la destinación de recursos surge de un proceso de priorización de cada entidad territorial.

La compra de condones también se inscribe en el nivel nacional. En la actualidad el proceso se realiza a través de los convenios de cooperación técnica establecidos con el UNFPA. De acuerdo con las competencias en salud establecidas por la Ley 715 de 2001, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene a cargo el direccionamiento estratégico del SGSSS, el impulso de políticas y la asistencia técnica a los departamentos. En este marco, la compra de condones resulta clave en el impulso de políticas y programas estratégicos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y como parte de las acciones de asesoría y asistencia técnica[51].

No obstante lo anterior, la compra de condones —reactivada hace cuatro años[52]— carece de una línea presupuestaria específica. Los recursos para la compra de estos provienen del macroproyecto Promoción y Prevención que se aprueba como parte del presupuesto general de la Nación. De esta forma se establecen unos techos presupuestales que se dividen en líneas según las necesidades identificadas para cada año. Vale señalar que

51 ENTREVISTA con el Dr. R. Luque Núñez, coordinador del grupo de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, noviembre 2 de 2012.

52 Ibíd.

del total del gasto en VIH en el periodo 2008-2011 se destinó específicamente el 10% para el suministro de condones[53]. La compra de condones por año fue de un millón para 2012 y de dos millones para 2013.

2.1.3 Proceso de compra

El proceso de compra de los condones en el sector público se realiza de acuerdo con el manual de adquisiciones y compras que tenga establecido cada entidad compradora a través de empresas distribuidoras y operadores logísticos[54].

De acuerdo con la Ley 1150 de 2007, que modifica la Ley Contratación Pública, cualquier entidad pública que pretenda contratar con el Estado debe inscribirse en Registro Único de Proponentes del Registro Único Empresarial de la Cámara de Comercio. No obstante, el artículo 6.º de esta Ley exceptúa del registro, calificación y clasificación a los casos de contratación directa, a los contratos para la prestación de servicios de salud y a los contratos cuyo valor no supere el diez por ciento de la menor cuantía de la respectiva entidad.

Los recursos invertidos en la compra de condones por parte de las entidades territoriales son, como se verá más adelante, en su mayoría, bastante bajos. Por tanto, el requisito establecido por la Ley 1150 de 2007 cuya aplicación permitiría filtrar la calidad de los proponentes, no resulta obligatoria para este tipo de compras; al respecto es preciso señalar que un criterio central para la compra de preservativos en las entidades territoriales identificado por los informantes clave, es el precio.

> El criterio es económico…, pocos recursos, presupuesto bajo… se hace una compra cada año: 2.000 o 3.000 por año. Si se cuenta con la cooperación del UNFPA y de otras entidades, de acuerdo con esos apoyos varía el número de condones"55… pero en su mayoría, la compra de medicamentos y de insumos y de dispositivos en el país está regida por precio y no por calidad, entonces eso hace que se acaben comprando cosas que no necesariamente reúnen los requisitos, en donde el precio es el rey, y donde el que acaba siendo perjudicado es el consumidor final[56].

53 Ibíd.

54 Global Communities (CHF). Proyecto VIH Colombia. Resultados de la encuesta situacional sobre el suministro de medicamentos e insumos para VIH, contenida en el informe final. Taller de capacitación sobre gestión de suministros. Global Communities (CHF). Septiembre 12 y 13 de 2012.

55 ENTREVISTA con F. Fernández, funcionaria de la Secretaría de salud de Villavicencio, Bogotá, 10 de Febrero de 2013.

56 ENTREVISTA con C. Uribe, gerente comercial de Profamilia, Bogotá, febrero 14 de 2013.

Tabla 2. Recursos invertidos en la compra de condones por entidad territorial 2012

Recursos invertidos en la compra de condones por entidad territorial 2012

ENTIDAD	RECURSOS GLOBALES DE SSR	RECURSOS DE ITS, VIH/SIDA	RECURSOS PARA CONDONES
TOLIMA	$ 1.036.510.000	$ 69.780.000	$ 3.000.000
NTE. DE SANTANDER	$ 150.000.000	$ 36.632.277	$ -
BOGOTA	$ 6.410.982.408	$ 3.916.714.539	$ 123.379.488
CALDAS	$ 384.000.000	$ 93.000.000	$ -
CESAR	$ 916.031.936	$ 56.550.000	$ -
AMAZONAS	$ 320.736.253	$ 83.900.000	$ -
VAUPÉS	$ 199.180.353	$ 29.836.070	$ -
MAGDALENA	$ 500.000.000	$ 40.000.000	$ 6.000.000
CAUCA	$ 226.000.000	$ 85.000.000	$ -
SUCRE	$ 525.937.025	$ 89.122.500	$ 5.000.000
ANTIOQUIA	$ 798.703.508	$ 470.000.000	$ 60.000.000
PUTUMAYO	$ 724.122.000	$ 38.100.000	$ -
CASANARE	$ 64.259.463	$ 33.820.770	$ -
VALLE DEL CAUCA	$ 1.085.000.000	$ 224.075.000	$ 18.575.000
PEREIRA	$ 70.000.000	$ -	$ -
ARAUCA	$ 157.674.090	$ 84.606.858	$ 4.999.536
ATLÁNTICO	$ 929.904.970	$ 240.632.060	$ -
GUAJIRA	$ 637.073.131	$ 166.011.131	$ 57.160.000
HUILA	$ 821.330.000	$ 257.000.000	$ 10.000.000
META	$ 1.933.563.484	$ 300.000.000	$ 12.000.000
CUNDINAMARCA	$ 2.197.612.263	$ -	$ -
RISARALDA	$ 70.000.000	$ -	$ -
GUAVIARE	$ 492.225.530	$ 103.651.956	$ 23.042.300
SAN ANDRES	$ 82.197.658	$ 15.000.000	$ -
SANTANDER	$ 450.000.000	$ 415.468.538	$ -
TOTAL	**$ 21.183.044.072**	**$ 6.848.901.699**	**$ 323.156.324**

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención. 2012.

De acuerdo con el contenido de la tabla 2, llama la atención que departamentos en donde se concentra la mayoría de casos notificados de VIH/Sida —como Santander, Barranquilla, Risaralda, Cundinamarca o Norte de Santander[57]— no reporten compra de condones a pesar de lo importancia de este tipo de insumos para la prevención y control de la epidemia. Lo anterior puede explicarse, en parte, por la presencia del proyecto VIH Colombia del Fondo Mundial, cuya ejecución contempla la distribución de condones en estos lugares; no obstante, vale señalar que las acciones del tal proyecto tienen un alcance limitado, pues están focalizadas en ciertas poblaciones y solo cubren entre 3 y 5 municipios de los mencionados departamentos, lo cual plantea el interrogante sobre la disponibilidad de condones para el resto de la población en tales entidades territoriales.

Barreras para compra de condones en el sector público

Entre los factores que generan barreras en la compra de los preservativos en las entidades territoriales los informantes señalan:

57 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Panorama del VIH/Sida en Colombia. Op. cit.

- Deficiencias en la programación de la compra de condones

De acuerdo con los informantes, las entidades que tienen a su cargo la compra de condones por lo general desconocen los pasos para llevar a cabo una estimación adecuada de la demanda de estos insumos por parte de los habitantes de la entidad territorial y el adecuado desarrollo de los pasos que deben cumplirse hasta llegar a la compra. En consecuencia, la compra de preservativos no queda incluida dentro del presupuesto ni incorporada en el plan operativo anual, pues "Si estas necesidades no quedan claramente reflejadas en los proyectos es posible que no se destinen recursos para este tipo de compra"[58] y, por tanto, tal situación puede generar desabastecimiento.

> (...) Hay entidades territoriales que decían "no podemos comprar", le glosan la compra, ¿de dónde?, es casi peculado al usar recursos, se supone, desde los que no se pueden comprar condones. Es un reto para el país poder seguir enseñándoles a las entidades territoriales cómo hacer la compra, y qué es lo mínimo que deben tener en cuenta en materia de calidad, y a ello incluirle la programación. A veces termina siendo una decisión económica: "hay un proyecto de 20 millones, tenemos solo 5 millones ¿para cuánto nos alcanza?", no se mira población, prevalencia, las necesidades...[59].

- Desconocimiento de procedimientos administrativos y de normativas aplicables a la compra

De acuerdo con los informantes, el desconocimiento de los pasos para llevar a cabo de forma adecuada el proceso de compra para el suministro de condones —el cual involucra la planificación, la adquisición y ejecución de la compra—, son los principales obstáculos a los que se ven enfrentadas las entidades públicas de salud que requieren comprar tales insumos. A esta situación se debe agregar el desconocimiento de normativas que establecen los estándares de calidad de los condones como la Norma ISO 4074 y el Decreto 4725, que establece el régimen de registros sanitarios para los dispositivos médicos por parte del INVIMA.

> Puede que compren condones pero no lo hacen con el rigor técnico, o no los compran de acuerdo con la normativas, acceden a elementos de mala calidad. Las autoridades no saben cómo programar los condones... El Ministerio ha iniciado una consulta para identificar las necesidades de asistencia técnica en materia condones... El tema se propuso en la reunión nacional, tal vez porque se da por hecho que ya saben cómo comprar y no es cierto[60].

- Recursos limitados para la compra de condones

Por otro lado, dado que los recursos para la salud pública son escasos, las entidades reportan que el criterio de compra es principalmente económico; de esta forma, el cálculo de necesidades y la verificación de la calidad son sacrificados por mejor precio.

58 ENTREVISTA con A. Rodríguez, funcionario del Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, noviembre 2 de 2012.

59 ENTREVISTA con C. González, profesional del Proyecto VIH Colombia, Novena Ronda, Global Communities (CHF)- Fondo Mundial, Bogotá, 20 de marzo de 2013.

60 ENTREVISTA con A. Rodríguez. Ministerio de Salud y Protección Social. Noviembre 2 de 2012.

Además de ello, dado que no se cuenta con una normativa que obligue de manera explícita a las entidades territoriales a comprar condones, esta actividad es fácilmente ignorada, queda a cargo de la capacidad y habilidad de gestión del funcionario de turno o es suplida con los insumos que entrega el Ministerio de Salud y Protección Social desde el nivel nacional y/o por las donaciones que realizan los proyectos internacionales.

- Sistemas de valores o creencias opuestas al uso de los condones, compartidas por tomadores/as de decisiones

Otras barreras que enfrenta la compra de condones en las entidades territoriales son las creencias de tipo cultural o religioso en contra del uso de preservativos, las cuales pueden ser compartidas por las personas que están encargadas de la programación y compra de condones y, por esta vía, dificultar la compra o invisibilizarla como prioridad.

2.2 DISTRIBUCIÓN DE CONDONES

Figura 6. Distribución de condones

Fuente: Elaboración propia

La distribución de condones en el sector público se realiza principalmente a través de dos canales, a saber: en el marco del POS y en el marco de las acciones en salud pública de carácter colectivo incluidas en el PIC. Cabe señalar que en el país se desarrolla el Proyecto "Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbimortalidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia" correspondiente a la Novena Ronda del Fondo Global, Proyecto VIH Colombia —entre cuyas acciones está la distribución de condones— que se ejecuta en coordinación con las secretarías de salud, con lo cual a través del proyecto se apoyan las acciones del PIC en los lugares en los que este tiene presencia.

El proyecto VIH Colombia se financia con recursos del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y cubre 75 municipios del país, es decir el 7% del total nacional. Una de sus líneas estratégicas es la compra y distribución de condones a poblaciones priorizadas: mujeres trabajadoras sexuales (MTS), hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), jóvenes en contextos de desplazamiento; personas que viven con VIH o con Sida (PVVS), usuarios de drogas inyectables (UDI) y población carcelaria; la meta de distribución durante los cinco años que dura el proyecto es aproximadamente de 55 millones de condones.

2.2.1 Distribución de condones por medio del Plan Obligatorio de Salud (POS)

Como parte de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección específica y detección temprana, y de conformidad con la Resolución 769 de 2008 "Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la atención en planificación familiar de hombres y mujeres", el SGSSS establece el suministro gratuito de diez condones por períodos mínimos de tres meses para pacientes con alguna ITS o VIH.

En concordancia con lo anterior, el artículo 20 de la Resolución 5521 de 2013 "Por medio de la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)" contempla el condón masculino de látex como método para la prevención de ITS, VIH/Sida y planificación familiar. Por ello, las EPS están obligadas a entregar a sus afiliados de los regímenes subsidiado y contributivo estos dispositivos médicos. Para los pacientes no afilados al régimen contributivo o subsidiado, esta obligación debe cumplirla cada entidad territorial a través de la contratación con la red pública.

2.2.2 Distribución de los condones mediante el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)

Las secretarías de salud -en desarrollo de los programas de promoción de la salud y calidad de vida, y de prevención de los riesgos para la salud- incluyen en sus PIC las acciones que, de acuerdo con su perfil epidemiológico identifiquen como prioritarias, entre las cuales se puede incluir la compra de condones; en este sentido, la Resolución 518 de 2015, incluye de forma expresa, los condones femeninos y masculinos en el listado de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ejecutar en el PIC; sin embargo, no todas las secretarías de salud compran condones y su distribución entre la población no se hace de forma sistemática y permanente sino en el marco de eventos puntuales masivos, tales como jornadas de salud sexual y reproductiva, campañas en los colegios, día mundial de lucha contra el VIH/Sida, entre otros. La entrega permanente se ofrece a través de las IPS que cuentan con el Programa de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ), cuya estrategia tiene contemplada la distribución de condones a la población usuaria; sin embargo, el suministro de preservativos depende del abastecimiento con el que cuente la entidad territorial, lo cual no garantiza la distribución permanente de estos insumos.

Algunas organizaciones privadas como PROFAMILIA invierten excedentes de sus servicios y donaciones del sector privado nacional e internacional para subsidiar la compra de condones. Adicionalmente, el sector comercial privado cumple un rol importante en la oferta de preservativos para contribuir a un acceso oportuno a estos por parte de la población general[61]. Esto se realiza a través de acciones de mercadeo social en las que se ofrecen condones de calidad a precios más bajos con respecto al promedio del mercado, así como información y respaldo técnico[62] a los lugares más apartados del país.

61 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y UNFPA. Adquisición, suministro y distribución de condones en Colombia. Óp. cit. P. 97

62 ENTREVISTA con C. Uribe, gerente comercial de Profamilia, Bogotá, D.C., febrero 8 de 2013.

2.2.3 Distribución de condones en el Proyecto VIH Colombia - Fondo Mundial[63]

La distribución de condones está focalizada en poblaciones clave del proyecto ubicadas en 75 municipios de veinte departamentos del país, actividad que se articula con las de carácter masivo, programadas por las secretarías de salud. La cantidad de condones a distribuir se limita a una cantidad específica de unidades, estimadas en 55 millones aproximadamente, en un límite temporal de cinco años. Esta distribución se realiza a través de las entidades ejecutoras[64] a las que previamente se les ha exigido una capacidad mínima de almacenamiento de los condones que cumplan con estándares como protección de luz directa, temperatura humedad, estibas, entre otros, según las directrices de la capacitación que se les ofrece sobre los criterios de almacenamiento.

Las entidades ejecutoras cuentan con profesionales especializados en salud sexual y reproductiva que se articulan con los líderes pares para desarrollar actividades de educación. En estas actividades se distribuye el paquete de prevención, el cual consta de condones y material informativo impreso para la población en general, y que incluye lubricante para el caso de poblaciones especiales como HSH, mujeres trans y MTS. Otra modalidad de entrega de condones es el "uno a uno" por medio del desplazamiento a sitios de encuentro como discotecas, saunas o la calle.

Este proyecto también busca fortalecer la oferta de servicios comunitarios que se clasifican en tipo A —o de base comunitaria—, es decir aquellos que no prestan servicios de salud pero que trabajan con las poblaciones, prestan servicios de escucha y apoyo y adelantan procesos educativos; y los de tipo B —entidades que combinan características de las IPS con las de tipo A— las cuales prestan algunos servicios de salud como: asesoría y prueba voluntaria (APV), nutrición y consulta médica. Entre estos se encuentran la Cruz Roja, Oriéntame, PROFAMILIA y FXB Foundation, que son referentes para la comunidad general y para las poblaciones específicas.

Los servicios tipo A resultan clave para la estrategia de este proyecto, dado que son lugares reconocidos y concurridos por las comunidades de las poblaciones clave, quienes los identifican como un referente de confianza para la provisión de insumos. Por su parte, los servicios de tipo B constituyen referentes tanto para la comunidad general como para las poblaciones, por lo que resultan muy eficaces en la distribución de los insumos.

2.2.4 Obstáculos en la distribución de condones en el sector público

Frente a la difusión de información sobre el condón a través de medios masivos de comunicación las personas entrevistadas señalan que no existen barreras para el desarrollo de campañas que promuevan su uso. Durante el 2013 el Ministerio de Salud contó con la campaña de condones "Obvio", difundida solo por el canal institucional, que tuvo como punto de partida el conocimiento que la sociedad ya compartía sobre la importancia del uso de los preservativos para la prevención de ITS, VIH/Sida y embarazos no deseados:

64 Organizaciones que ejecutan el proyecto VIH Colombia.

> (…) es una campaña en clave de diálogo entre la persona que tiene la disculpa para no usarlo y la sociedad; el condón es una especie de "mal necesario", siempre toca con condón: lo que se quiere posicionar es el "obvio", lo obvio que es utilizar un condón… Hay un casting de voz para que estas disculpas provengan de diferentes regiones. En todas partes la respuesta será "obvio" como una marca del condón…" [65].

No obstante, se señala la necesidad de que en los canales de televisión institucional se abran más espacios para la difusión de estos temas y que se promueva también desde los canales privados, pues el acceso a estos últimos requiere de inversiones muy altas.

> "(…) la idea es que estas personas que están manejando mercadeo social en estos canales abran espacios para que no sea tan costoso llegar ahí. Entonces detrás de todas estas empresas que tienen todo el poder de medios, deberían revisar ese tema y hacer más flexibles, y generar más espacios, por ley o como corresponda para que deban tener una franja en la cual puedan informar sobre estos temas…[66].

Cabe señalar que las campañas de difusión de mensajes son aliadas poderosas para posicionar mensajes, aunque, de acuerdo con lo que señalan los informantes, queda la preocupación sobre el acceso real a los preservativos. Resulta clara la importancia de los condones en la prevención, pero ¿cómo promover algo a lo cual no es posible acceder?

> Hay un despilfarro de recursos en cosas que está comprobado que no funcionan. Han estado veinte años con las mismas campañas, las mismas cosas y siguen. A veces veo campañas "de los años de Upa" (muy viejas), y veo que no bajaron las tasas de ITS, eso no ha funcionado, todo igual o peor. Hay que tener una forma de evaluar en qué se gastan los recursos de la salud sexual y reproductiva. El país todavía está mucho en ese tema de las campañas, yo crecí viendo campañas del condón y eso no hace que yo tenga toda la adherencia. El tema de conciencia tiene que ver con un tema de la práctica, del poder hablar, de tener acceso…[67].

Un elemento para señalar son los pocos mensajes que circulan en los medios masivos frente a la promoción del uso de los condones, y adicionalmente, la insuficiente promoción de la cualidad de doble protección que poseen los condones tanto masculinos como femeninos.

Desarticulación de los programas de salud sexual y reproductiva y VIH: fragilidad de la apropiación del concepto de doble protección

A pesar de que los condones son los medios más eficaces para prevenir los embarazos no deseados, las ITS y la transmisión sexual del VIH, no son ofertados de manera integral en todos los servicios de salud sexual y reproductiva. Los condones son identificados por los prestadores como un insumo para la prevención del VIH pero no para la prevención de embarazos; por tanto, cuando se prescriben insumos anticonceptivos, es frecuente que no se entreguen condones.

65 ENTREVISTA con el dr. R. Luque Núñez, coordinador del grupo de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá. D.C., 2 de noviembre de 2012.

66 ENTREVISTA con C. Uribe, gerente comercial de Profamilia, Bogotá. D.C., febrero 14 de 2013.

67 ENTREVISTA con grupo de jóvenes, Bogotá D.C, 14 de marzo de 2013

El concepto de doble protección, en particular la que ofrecen los condones, si bien está abordada en las políticas y normativas no es una prioridad que se refleje en el diseño de programas ni en la construcción de acciones. Las prioridades de salud sexual y reproductiva y las de VIH se conciben como dos universos separados que en ocasiones compiten entre sí, y son percibidas de esta manera por la comunidad[68].

La doble protección no siempre resulta ser un concepto claro para los prestadores de salud. Aún en los procesos de capacitación dirigidos a esta población se confunde la doble protección con el uso de doble condón[69]. Además, a pesar de la tendencia al aumento de la sífilis, es común que en las consultas de control prenatal no se ofrezcan condones a las gestantes, y que en los servicios de planificación familiar a las mujeres que viven con el VIH se les prescriban anticonceptivos hormonales sin tener en cuenta los efectos adversos que puedan tener dada su condición de salud y se omitan los condones y su cualidad de doble protección[70].

Barreras culturales, estereotipos de género y creencias religiosas opuestas al uso de preservativos

Un obstáculo con el que se enfrenta de forma permanente la distribución de preservativos tiene que ver con falsas creencias y estereotipos de género acerca del uso de los condones, así como con imaginarios culturales, creencias, valores y conceptos que subyacen a las representaciones sociales de la sexualidad. Este conjunto de factores puede estar presente y compartirse en los contextos de toma de decisión en el sector salud en los niveles directivo, de prestación de servicios o en el área técnica administrativa, y pueden convertirse en potenciales obstáculos para la distribución.

Un ejemplo de las falsas creencias que pueden limitar la distribución de condones son los estereotipos tradicionales de género. En el modelo patriarcal las mujeres son representadas bajo una dualidad: "buenas" o "malas"; las primeras: fieles, domésticas y sexualmente pasivas, y por tanto, no vulnerables; las segundas, infieles, de la calle y desenfrenadas sexualmente, por tanto, vulnerables.

Con base en este modelo, en el contexto de servicios de salud, a las primeras, "las buenas", se les prioriza la entrega de la anticoncepción hormonal debido a que se cree que su prioridad es la regulación de la fecundidad, y se les prescriben condones, dado que se cree erróneamente que no están en riesgo de una ITS o VIH, afectaciones que aún están asociadas a las mal llamadas "poblaciones de riesgo" sujetas de estigma y discriminación experimentada por las mujeres que desempeñan trabajo sexual.

> Quienes hacen las acciones son enfermeras generalmente, y las enfermeras que vienen de la vieja escuela, muchas de ellas vienen de escuelas supremamente machistas, y la mayoría con una tradición católica clara, entonces eso todavía sigue ahí marcando, y todavía se sigue pensando que las ITS son para ciertas mujeres, que se supone que no son la totalidad... entonces para las trabajadoras sexuales, para ellas. En términos de las prioridades, el mensaje se convierte en que tu prioridad es reducir el embarazo,

68 ENTREVISTA con M. González, profesional de la Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, febrero 1 de 2013.

69 Ibíd.

70 ENTREVISTA con M. Vera, líder comunitaria de la Red popular de mujeres que viven con VIH o Sida, Bogotá. D.C., marzo 8 de 2013.

> convenzamos a la niña de que utilice el implante, que después le hablamos de condón. La prioridad no es desde el principio la doble protección, es lo que yo siento un poco.[71].

> Está muy ligado al tema de la reproducción (servicio de salud), y el tema del placer queda como un tabú… Nunca te preguntan por el placer, solo te preguntan ¿con qué planificas?, no ¿qué pasa con tu pareja?, nada de eso. A las chicas lesbianas jóvenes no les preguntan eso. Terminan haciéndole citologías de una manera traumática, tu salud, tu autocuidado, conoce tu vagina, creo que nada de eso se toca. Qué usas para tener o no hijos, no para que no tengas una ITS…[72].

La distribución de condones también enfrenta barreras de tipo religioso, que ve en los condones una afrenta contra la misión sagrada de la sexualidad y la reproducción como perpetuadora de la vida que se da en el marco de la unión matrimonial. Si bien en la actualidad la iglesia católica no ha mostrado una oposición abierta al uso de los preservativos, su postura es clara y se expresa públicamente, como lo señaló el Señor Arzobispo de Barranquilla en 2012 frente al Carnaval y frente a la distribución de condones que realizó la Secretaría de Salud de esa ciudad:

> El carnaval es una bella manifestación artística y cultural, y con esta entrega de condones se está recomendando un ejercicio sexual completamente irresponsable[73].

Así mismo, los informantes clave mencionan la escuela como un espacio que a pesar de ser central en los procesos de formación para el ejercicio de la sexualidad, es también lugar de múltiples resistencias a la distribución de los condones entre adolescentes y jóvenes. Las principales barreras se encuentran entre los padres y madres de familia, y docentes que identifican este tipo de acciones con incentivos al ejercicio de la sexualidad temprana en los y las jóvenes.

Así mismo, a pesar de la creciente flexibilización de algunos colegios frente al tema de la sexualidad, la distribución de condones sigue afrontando la negativa de las directivas quienes manifiestan diferentes razones de tipo religioso o moral. Sumado a lo anterior, los prejuicios de algunos(as) docentes frente a la sexualidad hacen que los condones se conviertan en un tema difícil de abordar en el aula a pesar de las crecientes demandas de información y de la necesidad de acceso a insumos anticonceptivos y de doble protección por parte de la población adolescente y juvenil.

En ese sentido, el país cuenta con el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC) que busca crear capacidades en la comunidad académica para el abordaje de la sexualidad. Los hallazgos del estudio de PROFAMILIA sobre educación sexual de mujeres colombianas en la juventud sugieren que las mujeres que viven en municipios en donde se han alcanzado el nivel más alto de apropiación del PESCC reportan actitudes y prácticas más favorables a la salud sexual y reproductiva[74].

71 ENTREVISTA con M. González, profesional de la Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, febrero 1 de 2013..

72 ENTREVISTA con grupo de jóvenes, Ciudad, febrero 2 de 2013.

73 EL TIEMPO. Bogotá, 8, febrero, 2013. Sección Vida de hoy. [en línea]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/educacion/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12584964.html>.

74 PROFAMILIA. Educación sexual de mujeres colombianas en la juventud: un análisis desde el enfoque basado en los derechos humanos. Serie. Estudios a profundidad, 1990 – 2010. Bogotá. 2013, p. 75.

Sin embargo, el PESCC no cubre aún todo el país y los lugares en donde se ha implementado cuentan con diferentes niveles de desarrollo y apropiación. El mismo programa también experimenta en su ejecución las mismas resistencias morales y religiosas que afronta la promoción de los condones. En este sentido, solo hasta hace poco se incorporó información relacionada con la prevención del VIH y el uso de condones en las herramientas pedagógicas del programa, denominadas "Maleta pedagógica".

> La idea es que el condón surja como una necesidad en el proceso pedagógico, no como un material de entrega inmediata, pero está contemplado todo ese proceso de articulación para que acercándose a los servicios de salud ellos sepan todo el tema de acceso; se esperaría que en esa dinámica el acompañamiento por parte de salud sea aprovechado pedagógicamente para que pueda posteriormente ser aprovechado en el aula…[75].

Frente a la distribución de condones en las instituciones educativas, el PESCC señala que no es su competencia y que promueve el acceso a través de las alianzas que establece con el Programa de Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ), lo cual, aunque constituye una ventaja no resulta suficiente debido a que ninguno de los dos programas cuenta con presencia en el 100% del territorio nacional y la articulación entre estos dos sectores no siempre es posible.

Intermitencia en la entrega, solo mediante acciones puntuales

> "Los condones se entregan el primero de diciembre y después nos quedamos sin nada, nos toca comprar…"[76].

La entrega de los condones por parte de las entidades públicas competentes —secretarías de salud y hospitales—, en la mayoría de los casos no se hace en el marco de un proceso de programación integral de condones que identifique y establezca responsabilidades sobre la adecuada estimación de necesidades, compra, distribución y uso ni es objeto de monitoreo frente a todo el proceso de entrega. Por tanto, la distribución de condones solo aparece como un respuesta coyuntural en el marco de actividades puntuales y no de procesos permanentes.

Si bien la entrega de condones en el marco de las acciones puntuales y masivas tienen efectos importantes para la visibilización de políticas y mensajes estratégicos, se advierte una gran cantidad de acciones de información y comunicación aisladas e inconexas que se dirigen a poblaciones puntuales, sin guardar la articulación y continuidad necesarias para redundar en el uso consistente del condón entre la población[77]. También se hacen necesarios procesos sostenidos que incrementen la adherencia al método. No obstante, el incremento de las prevalencias de uso que debería guiar la distribución de condones no se convierte en meta de este proceso.

75 Entrevista con A. Vargas, profesional del Ministerio de Educación Nacional. Bogotá D.C., noviembre 10 de 2012.

76 ENTREVISTA con grupo de jóvenes líderes en DHSR. Bogotá. D.C., , febrero 2 de 2013.

77 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS Panorama del VIH/Sida en Colombia… Op. cit., p. 65.

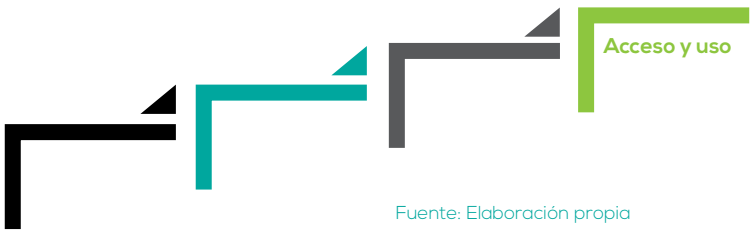
Desabastecimiento, por deficiencia en la programación

Las fallas y deficiencias en la programación de condones se reflejan en periodos de desabastecimiento de condones. Los resultados de la *Encuesta situacional sobre el suministro de medicamentos e insumos*[78], señalan como principales causas del desabastecimiento de medicamentos e insumos para VIH inconvenientes en la contratación, presupuesto insuficiente y estimación inadecuada de necesidades. Lo anterior se relaciona directamente con las áreas en las que se identifican necesidades de acompañamiento y asistencia técnica como capacitación sobre el manejo de recursos (económicos, de personal) y de capacitación en procedimientos[79].

En el marco del V encuentro Nacional Programático de VIH/Sida realizado en Bogotá entre el 13 y el 16 de agosto del 2013 se aplicó una encuesta a los representantes en SSR de cada uno de los veinticinco departamentos asistentes[80] con el fin de identificar aspectos relacionados con la compra, almacenamiento, distribución de condones y estrategias de información y conocimientos frente al uso del condón femenino. Los resultados encontrados coinciden con los hallazgos de la encuesta situacional referenciada recientemente: el 96% de los funcionarios no conocen los criterios para estimar la cantidad de condones para su población; el 48% señala como principal obstáculo para compra de condones los factores económicos, seguidos de los obstáculos administrativos (con un 20%); y el 28% de los encuestados refiere no conocer los procedimientos para el adecuado almacenamiento de los condones.

2.3 ACCESO Y USO DE LOS CONDONES

Figura 7. Acceso y uso de los condones



Fuente: Elaboración propia

En Colombia sigue existiendo un rezago en el uso de los condones entre la población a pesar de los ingentes esfuerzos en materia de prevención, los desarrollos técnicos, políticos, normativos, financieros —en el plan Nacional de Respuesta al VIH para el período 2008-2011 se invirtió el 10% del presupuesto en el suministro de condones[81]—, y de entrega de información sobre diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, prevención del VIH y otras ITS, y la promoción del uso del preservativo como elemento presente en todas las acciones.

78 Global Communities (CHF). Op. cit.

79 Ibíd.

80 Risaralda, Córdoba, Bolívar, Nariño, Quindío, Valle, Casanare, Santander, Cesar, Boyacá, Norte de Santander, Arauca, Antioquia, Vaupés, Tolima, Huila, Sucre, Caldas, Atlántico, Caquetá, Magdalena, Bogotá, Meta, Cauca y Guaviare.

81 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida. Colombia 2008-2011. Bogotá: MSPS, 2008.

El uso del condón está determinado por los niveles de información de los usuarios, la habilidad para utilizarlos correctamente, la capacidad para asumir prácticas protegidas y dialogar con la pareja sobre temas sexuales que permitan negociar su uso. Tales eventos, a su vez, están determinados por factores individuales, programáticos y sociales. En este sentido, cabe señalar que las omisiones en la compra y distribución de los condones mencionadas en el aparte anterior constituyen barreras para el acceso a los condones por parte de la población.

2.3.1 Información sobre el condón, habilidades y técnicas de uso

Tabla 4. Porcentaje de personas de 18 a 69 años con registro de actividad sexual y conocimiento del condón según características socio demográficas - Colombia, 2007

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Ha oído hablar del condón	Total	2007	Nacional	27.606		ENS 2007
	Hombre			12.033	92,2%	
	Mujer			15.573	92.0%	
	Edad					
	18-24 años			4.469	94,8%	
	25-34 años			6.668	94,2%	
	35-44 años			6.090	92,8%	
	45-54 años			5.442	90,8%	
	55-69 años			5.008	86,2%	
	Escolaridad					
	Ninguna			1.926	79,1%	
	Preescolar			40	98,1%	
	Básica primaria			9.539	89,1%	
	Básica secundaria y media			10.169	94,6%	
	Técnico/tecnológico			1.674	96,2%	
	Universidad			2.110	93,2%	
	Régimen de salud					
	Contributivo			8.867	93,0%	
	Subsidiado			11.687	90,5%	
	Especiales			1.159	93,9%	
	Otra entidad			800	86,8%	
	Desplazado			92	96,3%	
	Ninguna			4.944	93,2%	

Fuente: ARRIVILLAGA, Marcela. Evidencia poblacional y análisis crítico de determinación social sobre el uso del condón en Colombia. En: Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 38, No. 1 (marzo de 2012); p. 553-561.

El estudio de Arrivillaga[82], basado en los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007, muestra que entre el 75% y 94% de los encuestados ha oído hablar del condón. A pesar de ello, su uso arrojó porcentajes por debajo de 22,2% y fueron las mujeres quienes menos lo utilizaron.

Las personas con bajos niveles de escolaridad, sin escolaridad, afiliados al régimen subsidiado, la población pobre y la población en situación de desplazamiento fueron quienes menos usaron el condón tanto en la primera como en la última relación sexual. De forma complementaria, el estudio encontró que entre las 209 personas de la muestra a quienes se le había detectado una ITS, solo 13 (6,5%) utilizaron el condón como medida preventiva cuando tuvieron alguna infección de transmisión sexual[83].

Tabla 5. Uso del condón en personas de 18 a 69 años en primera relación sexual - Colombia, 2007

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso del condón en la primera relación sexual	Total	2007	Nacional	12.033	16,6%	ENS 2007
	Hombre			15.573	16,2%	
	Mujer					
	Edad			4.469	40,2%	
	18-24 años			6.688	22,6%	
	25-34 años			6.090	9,9%	
	35-44 años			5.442	3,9%	
	45-54 años			5.008	2,3%	
	55-69 años					
	Escolaridad			1.926	4,7%	
	Ninguna			40	2,9%	
	Preescolar			9.539	7,7%	
	Básica primaria			10.169	17,1%	
	Básica secundaria y media			1.674	25,6%	
	Técnico/tecnológico			2.110	22,6%	
	Universidad			2.239	39,5%	
	Régimen de salud					
	Contributivo			8.867	17,8%	
	Subsidiado			11.687	14,5%	
	Especiales			1.159	18,9%	
	Otra entidad			800	15,3%	
	Desplazado			92	6,1%	
	Ninguna			4.944	16,6%	
	No sabe			148	21,1%	

Fuente: ARRIVILLAGA, Marcela. Op. cit. p. 533.

82 ARRIVILLAGA, Marcela. Evidencia poblacional y análisis crítico de determinación social sobre el uso del condón en Colombia. En: Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 38, No. 1 (marzo de 2012); p. 553-561.

83 Ibíd. p. 553.

Tabla 6. Uso del condón en personas de 18 a 69 años en ultima relación sexual - Colombia, 2007

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso del condón en la última relación sexual	Total	2007	Nacional	27.606	17,4%	ENS 2007
	Hombre			12.033	22,1%	
	Mujer			15.573	13,7%	
	Edad					
	18-24 años			4.469	35,3%	
	25-34 años			6.688	20,5%	
	35-44 años			6.090	14,6%	
	45-54 años			5.442	10,4%	
	55-69 años			5.008	5,5%	
	Escolaridad					
	Ninguna			1.926	8,7%	
	Preescolar			40	13,3%	
	Básica primaria			9.539	10,1%	
	Básica secundaria y media			10.169	18,3%	
	Técnico/tecnológico			1.674	23,1%	
	Universidad			2.110	23,6%	
	Régimen de salud					
	Contributivo			8.867	17,3%	
	Subsidiado			11.687	16,0%	
	Especiales			1.159	15,8%	
	Otra entidad			800	18,1%	
	Desplazado			92	6,5%	
	Ninguna			4.944	21,7%	
	No sabe			148	23,2%	

Fuente: ARRIVILLAGA, Marcela. Op. cit. p. 533.

Los conocimientos de la población general sobre el VIH/ Sida, sexualidad, derechos sexuales siguen siendo fragmentarios y no se traducen en prácticas protegidas. Estudios como el de Mosquera[84] realizado en un grupo de jóvenes escolarizados sugieren que el nivel de conocimiento sobre estos temas no da cuenta de las habilidades o de las destrezas para emprender prácticas protegidas y se requieren acciones complementarias y estructurales para garantizar el uso y el acceso a insumos de prevención.

Uribe[85] llega a conclusiones similares en su estudio en adolescentes, cuyos resultados sugieren que a pesar de que más de la mitad de la muestra de 978 jóvenes había recibido información sobre transmisión y prevención sobre VIH/Sida, ello no se tradujo en prácticas protegidas y persistieron las ideas erróneas sobre las formas de

84 MOSQUERA, Janeth y MATEUS, Julio César. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH/Sida y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. En: Colombia Médica, Universidad de Valle. Vol. 34. No. 4 (2003); pp. 206-212.

85 URIBE, A. Factores de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes y jóvenes colombianos. En: Acta Colombiana de Psicología, Bogotá. Vol. 13. No. 1 (marzo de 2010); pp. 11- 24.

transmisión. Este estudio identificó que a medida que la edad aumenta, disminuyen los conocimientos y la conciencia de susceptibilidad y autoeficacia frente a la prevención ante la infección por VIH.

Lo anterior da cuenta de que abordar los factores individuales, el nivel de información sobre temas sexuales y las técnicas de uso de los preservativos son acciones importantes pero no suficientes para promover prácticas protegidas. En este sentido, factores como la capacidad para hablar con la pareja y la negociación con ella están directamente determinados por elementos culturales y sociales como los patrones erróneos de género frente a la sexualidad y las construcciones sociales de la masculinidad y la feminidad en la sociedad, y limitan la autonomía para tomar decisiones frente a la propia protección y la decisión del ejercicio de la sexualidad en condiciones protegidas; por tanto, constituyen factores que es preciso atender si se quiere mejorar la calidad y adherencia en el uso de los condones.

Así mismo, es necesario identificar otro tipo de factores como la disponibilidad y la asequibilidad que tienen los condones para cada grupo de población en términos de costos, información para obtenerlos y acceso real a este tipo de insumos. Estos están asociados a condiciones institucionales y políticas que abren o cierran las posibilidades en estos dos ámbitos. El estudio *Panorama del VIH/Sida en Colombia 1983-2010* señala que si bien el conocimiento sobre la utilidad del condón para prevenir VIH/Sida es amplio, su uso es mucho menos frecuente, pues de cada tres personas que comprenden su uso, solo una persona lo utiliza[86].

La ENDS 2010 muestra que la mayoría de mujeres ha oído hablar del VIH (con porcentajes superiores al 98%), y más del 80% reconoce el condón como una práctica segura. Las diferencias se van develando cuando se observan factores etarios, geográficos o socioeconómicos. De esta forma, el porcentaje de información sobre el VIH desciende al 94% en el índice de riqueza más bajo y al 84% entre las mujeres sin educación.

Lo mismo sucede con el reconocimiento del uso del condón como una práctica segura entre las mujeres más pobres, 87%, porcentaje que desciende al 65% entre las mujeres sin educación. Así mismo, la encuesta señala que entre las mujeres que tuvieron dos o más parejas en los últimos doce meses solo el 34% usó el condón en la última relación sexual, y entre todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales de alto riesgo, solo el 40% lo usó[87].

Tabla 7. Información sobre VIH/Sida - Mujeres

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Ha oído hablar de VIH/Sida	Mujeres/zona urbana	2010	Nacional	39.264	99,3%	ENDS: PROFAMILA. MPS
	Mujeres /zona rural			10.554	95,8%	
	Mujeres/índice de riqueza más bajo			8.135	94,6%	
	Mujeres sin educación			848	84,05	

86 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS Panorama del VIH/Sida en Colombia. Óp. cit., p. 28.

87 PROFAMILIA y MSPS. Óp. cit., capítulo 12, p. 306.

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Cree que la infección se puede evitar usando condones	Mujeres/zona urbana	2010	Nacional	39.264	83,0%	ENDS: PROFAMILA. MPS
	Mujeres /zona rural			10.554	80,0%	
	Mujeres/índice de riqueza más bajo			8.135	78,1%	
	Mujeres sin educación			848	65%	

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Tuvo relaciones sexuales de alto riesgo y usó condones	Mujeres/zona urbana	2010	Nacional	30.483	34,6	ENDS: PROFAMILA. MPS
	Mujeres /zona rural			8.459	27,2	
	Mujeres/índice de riqueza más bajo			6.467	19,5	

Frente a la técnica de uso y los imaginarios que subyacen a su práctica, estudios como el de Romero (2008)[88], realizado con población urbana de Medellín, muestra que el condón no se lleva consigo como un implemento personal y de primera necesidad. Los errores más frecuentes en su porte y utilización son llevarlos en la billetera, no dejar el suficiente espacio en la cámara de aire durante su utilización y no usarlo desde el inicio de la relación sexual[89].

El mismo estudio muestra que las actitudes con respecto al uso del condón en la mayoría de población no son favorables; muchas personas, en especial los hombres, sienten aversión al preservativo y estarían dispuestos a asumir el riesgo que implica no protegerse. Al considerar que es desagradable, que le resta sensibilidad y pasión al acto sexual y aun cuando conciban su necesidad o posean conocimientos frente al peligro de su no uso, se niegan a utilizarlo en la práctica[90].

Tabla 8. Conocimiento uso condones en población desmovilizada

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Sabe que el uso del condón protege a las personas de contraer el VIH	Desmovilizada	2009	Bajo Cauca y zona Norte de Antioquia	323	62%	OIM. USAID. 2010.
Tendría relaciones sin protección con una mujer atractiva					41%	
No usaría condones, si se lo ponen como requisito					39%	

Fuente: Creación propia, con datos del estudio BERBERSÍ, F. CES. OMI. USAID. Estudio de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana en la población desmovilizada de la región del Bajo Cauca 2009.

88 ROMERO CONTRERAS, María del Rosario. Condón uso y creencias en la población centro de Medellín. En: Revista Salud pública de Medellín, Vol. 3. No. 1 Enero- Junio de 2008.

89 GRUPO DE INVESTIGACIÓN VIH/SIDA Y SEXUALIDAD. Conocimientos, mitos y creencias frente al condón y la sexualidad en jóvenes escolarizados de Pereira. Revista Médica de Risaralda. Vol. 7. No. 1. Mayo de 2001.

90 Ibíd. p. 45

En un estudio realizado con 323 personas desmovilizadas en 2009, se pudo identificar que solo el 62% considera que el condón es una medida adecuada para la prevención del VIH, y el 41% de ellas opina que tendría relaciones sexuales sin protección si una persona le resulta atractiva y tiene la oportunidad de estar con ella; mientras que el 39% estaría dispuesta a no usar preservativos como condición para tener relaciones sexuales[91].

Una investigación realizada con adultos que cuentan con altos niveles de escolaridad muestra que el 30,6% nunca usa condón en penetraciones vaginales, 71% nunca con sus parejas regulares y el 88% nunca o pocas veces con parejas ocasionales; además, el 45% no utiliza este método de protección en relaciones sexuales penetrativas bajo efectos de alcohol o drogas[92].

Tabla 9. Uso de condones población universitaria

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Nunca ha usado condones en sus relaciones sexuales vaginales	Estudiantes de postgrado	2006	Barran-quilla	90	30,6%	Grupo de Investigación Salud, Cultura y Sexualidad de la Universidad Simón Bolívar.
Nunca ha usado condones con sus parejas regulares				90	71%	
No usa condones bajo efectos del alcohol o las drogas				90	45%	
Ha tenido relaciones sexuales anales				48	53,5%	
Nunca ha usado condones en relaciones anales				48	71,4%	

Fuente: Creación propia, con datos del estudio BERBERSÍ, F. CES. OMI. USAID. Estudio de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana en la población desmovilizada de la región del Bajo Cauca 2009.

Otro estudio, referido por Arrivillaga, realizado a jóvenes, encuentra cifras similares: solo el 17,3% usa el condón en todas las relaciones sexuales con penetración vaginal, 80,5% no lo utiliza durante el sexo oral, 54,1 % nunca lo usa en penetración anal y el 66,1% no lo usó en su última relación sexual. Una de las principales razones para no usar condón es la percepción de confianza en la persona con quien se tiene la relación sexual[93].

91 BERBERSÍ, Dedsy Yajaira. Estudio de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana en la población desmovilizada de la región del Bajo Cauca 2009. Medellín: Universidad CES. 2010.

91 GONZÁLEZ RIODRÍGUEZ, José Manuel, HERRERA, Dorlys, RUIZ DE HERRERA, María. Comportamientos y conocimientos sexuales relacionados con VIH/Sida en postgrado. En: Revista Psicogente. Vol. 9. No. 15. 2006. p. 146.

93 CONTRERAS F, CARROBLES JA, Juárez-Acosta F. Propiedades psicométricas del Cuestionario confidencial de vida sexual activa para evaluar conductas de riesgo en VIH/Sida. Psicología Conductual. 2007. En: ARRIVILLAGA. Op. cit.

2.3.2 Frecuencias de uso del condón entre las poblaciones más vulnerables a la infección por VIH

El Proyecto "Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbimortalidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia" correspondiente a la Novena Ronda del Fondo Global, Proyecto VIH Colombia, adelantó un estudio de línea de base de prevalencia de VIH y comportamiento sexual en las poblaciones sujeto de su intervención —mujeres trabajadoras sexuales, mujeres trans, población en situación de calle y población privada de la libertad—, y realizó una evaluación rápida sobre el uso del condón en personas que viven con VIH.

A continuación, se retoman las cifras y hallazgos identificados con respecto al uso del condón por cada una de estas poblaciones y se señalan algunos aspectos que constituyen barreras de acceso y uso del condón para cada una de ellas.

2.3.2.1 Mujeres trabajadoras sexuales

El estudio fue realizado en Medellín, Cali, Bucaramanga, Barranquilla y Bogotá, con base en el "protocolo del estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia", elaborado en convenio entre el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas —UNFPA— en el año 2008.

Tabla 10. Uso de condones por parte de mujeres trabajadoras sexuales

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso de condones en la última relación sexual con pareja estable	Mujeres trabajadoras sexuales	2012	Medellín	582	43%	Global Communities (CHF)[94]
			Cali	342	50,3%	
			Bucaramanga	437	65%	
			Barranquilla	521	60%	
			Bogotá	706	48%	

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso de condones en la última relación sexual con pareja frecuente	Mujeres trabajadoras sexuales	2012	Medellín	582	36,9%	Global Communities (CHF)[95]
			Cali	342	36%	
			Bucaramanga	437	32,4%	
			Barranquilla	521	23,1%	
			Bogotá	706	27,8%	

94 Proyecto VIH Fondo Mundial: "Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbi-mortalidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia". Óp. cit.

95 Ibíd.

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso de condones en la última relación sexual con cliente	Mujeres trabajadoras sexuales	2012	Medellín	582	91,7%	Global Communities (CHF)[96]
			Cali	342	93,8%	
			Bucaramanga	437	99,2%	
			Barranquilla	521	98,7%	
			Bogotá	706	99,4%	

El porcentaje de uso del condón en la última relación sexual con un cliente supera el 90%; se observa que en las ciudades de Bogotá, Barranquilla y Bucaramanga contaron con los porcentajes más altos superiores al 98%, y que la proporción más baja estuvo en Cali, con un 93,8%. El promedio hallado fue de fue de 95,5%.

En relación con el uso del condón en la última relación sexual con su pareja estable, más del 60% de las mujeres trabajadoras sexuales de Barranquilla y Bucaramanga manifestaron haber usado el condón, mientras que en Cali y Bogotá solo la mitad de las mujeres encuestadas que manifestaron tener pareja estable indicaron haber usado el condón en la última relación sexual, el promedio para el país fue 54%.

El estudio también indagó el uso del condón con parejas frecuentes, que se definen como aquellas con las que se tuvieron relaciones sexuales hace menos de un año y de las que no se recibe remuneración económica. En ninguna de las ciudades encuestadas se obtuvo un porcentaje superior al 40%, que es una proporción inferior a la manifestada para la pareja estable.

Las cifran muestran una tendencia al uso frecuente con los clientes (de más del 90%), lo cual sugiere una clara percepción de susceptibilidad durante su ejercicio sexual. No obstante, estos niveles disminuyen aproximadamente 40 puntos porcentuales con la pareja estable, lo que indica la presencia de una lógica que asocia una mayor confianza con una menor necesidad de protección. En las relaciones establecidas con parejas frecuentes se nota una disminución sustancial, que puede sugerir una mayor percepción de confianza que desestimula el uso de condones; este factor determina la mayor vulnerabilidad en materia sexual para las mujeres que se dedican a este tipo de trabajo. Según el estudio, las dos principales razones de no uso de condones tanto para el caso de las parejas estables, como de las frecuentes es la confianza en primer lugar, en un segundo lugar, que a la pareja no le usarlos.

2.3.2.2 Mujeres trans

El estudio fue realizado en Medellín, Cali, Bucaramanga, Barranquilla y Bogotá, con base en el "protocolo del estudio de vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres trans en Colombia", elaborado en convenio entre el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas —UNFPA— en el 2011, con la participación de mujeres trans de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla.

96 Ibíd.

Tabla 11. Uso de condones por parte de mujeres trans

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso de condones en la última relación sexual anal – pareja amorosa	Mujeres trans	2013	Medellín	131	39,7%	Global Communities (CHF)[97]
			Cali	65	46,2%	
			Barranquilla	86	46,5%	
			Bogotá	113	49,6%	
			Total	395		

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso de condones siempre en relación sexual oral – pareja amorosa	Mujeres trans	2013	Medellín	132	15,2%	Global Communities (CHF)[98]
			Cali	66	19,7%	
			Barranquilla	87	10,3%	
			Bogotá	110	24,5%	
			Total	395		

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso de condones en la última relación sexual anal – pareja ocasional o casual	Mujeres trans	2013	Medellín	128	82,8%	Global Communities (CHF)[99]
			Cali	95	77,2%	
			Barranquilla	115	89,1%	
			Bogotá	166	76,5%	
			Total	504		

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso de condones siempre en relación sexual oral – pareja ocasional o casual	Mujeres trans	2013	Medellín	127	40,2%	Global Communities (CHF)[100]
			Cali	122	47,5%	
			Barranquilla	123	18,7%	
			Bogotá	160	41,9%	
			Total	532		

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso de condones en la última relación sexual anal – cliente	Mujeres trans	2013	Medellín	118	95%	Global Communities (CHF)[101]
			Cali	100	88%	
			Barranquilla	50	98%	
			Bogotá	125	94,4%	
			Total	991		

97 Ibíd.
98 Ibíd.
99 Ibíd.
100 Ibíd.
101 Ibíd.

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso de condones siempre en relación sexual oral – cliente	Mujeres trans	2013	Medellín	118	72%	Global Communities (CHF)[102]
			Cali	100	59%	
			Barranquilla	50	36%	
			Bogotá	125	71,2%	
			Total	991		

El promedio de uso del condón en la última relación anal entre las mujeres trans que manifestaron tener una pareja amorosa fue de 44,6%. En Bogotá casi la mitad de las entrevistadas (49,6%) manifestó su uso, mientras que en Medellín y Barranquilla esta proporción fue del 40%. Al indagar por el uso con una pareja ocasional, el resultado del promedio fue del 85,9% —se encontraron los resultados más altos en las ciudades de Barranquilla (89,1%) y Medellín (82,8%), y los más bajos en las ciudades de Bogotá y Cali, en donde los valores para uso oscilaron entre 76,5% y 77,2%—. Este estudio indagó, además, por el uso del condón con clientes, ya que una de las principales fuentes de ingresos es el trabajo sexual, resultado de la exclusión social y el estigma que recae sobre ellas. Al respecto, se encontró un promedio de 96,5% de uso, siendo Cali la ciudad con un porcentaje más bajo (88%); las demás ciudades tuvieron porcentajes superiores o iguales a 94%.

Como sucede con el grupo anteriormente analizado, las mujeres trans disminuyen el uso del condón a medida que tienen mayor confianza en la pareja. Así mismo, las diferencias en el uso de condones con la pareja y el cliente también pueden sugerir poca auto eficacia para el uso de los preservativos, agravada por el temor a perder la pareja o considerar que consentir en una relación sexual desprotegida es un acto de amor y de entrega, factores que se unen al temor a ser estigmatizadas por sus parejas debido al uso del preservativo, que puede interpretarse como significante o referente del trabajo sexual.

102 Ibíd.

2.3.2.3 Personas habitantes de calle

Los procedimientos de este estudio fueron definidos por el equipo de investigación conformado por CHF y se encuentran plasmados en el documento "protocolo del estudio de comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle", realizado en las ciudades de Bogotá, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga.

Tabla 12. Uso de condones por parte de personas en situación de calle

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso de condones en la última relación sexual	Personas en situación de calle	2012	Cali	136	Hombres 22%	Global Communities (CHF)[103]
					Mujeres 16%	
			Bucaramanga	97	Hombres 25%	
					Mujeres 22%	
			Barranquilla	138	Hombres 26%	
					Mujeres 17%	
			Bogotá	136	Hombres 29%	
					Mujeres 21%	
			Total	507		

El promedio de uso del condón en la última relación sexual en habitantes de calle de las cuatro ciudades fue de 24%, con una tendencia a menor uso en mujeres de las cuatro ciudades. La proporción más alta de uso del condón en la última relación sexual se encontró en Bogotá (27%) y la más baja en Cali (21%). Los datos sugieren la combinación de diversos tipos de barreras —culturales, económicas, baja percepción de riesgo y poca valoración de la integridad personal y de la propia vida, como efecto de la experiencia en calle, entre otras—, así como las desigualdades de poder entre hombres y mujeres que limitan a estas últimas para el acceso y la negociación de prácticas sexuales protegidas —adicionalmente porque muchas de estas prácticas, que son ejercidas en su mayoría por las mujeres, se dan a cambio de dinero, comida o protección, y bajo el efecto de sustancias psicoactivas—. Estos factores limitan la autonomía y la capacidad de decisión frente a su cuerpo, reflejadas en el bajo uso de condones.

2.3.2.4 Población privada de la libertad

Los procedimientos de este estudio fueron definidos por el equipo de investigación conformado por CHF y se encuentran plasmados en el documento "protocolo del estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en población privada de la libertad de siete establecimientos penitenciarios de Colombia, 2012", que fue realizado en los establecimientos penitenciarios El Buen Pastor, La Picota, Jamundí (hombres y mujeres), Bellavista (Medellín), Santa Marta y Modelo.

103 Ibíd.

. Global Communities (CHF) señala que dentro de los datos presentados en su informe no incluye al establecimiento Modelo, dado que no se han recolectado los datos en su totalidad. Cabe señalar que este es el establecimiento más grande del país, que tiene el mayor número de internos, que cuenta con un patio especial para la diversidad sexual y que el número de internos con VIH que allí se encuentra es alto.

Tabla 13. Uso de condones por parte de población privada de la libertad

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra		Valor	Fuente
				Mujeres	Hombres		
Uso de condones en la última relación sexual	Población privada de la libertad	2012	Buen Pastor	217	NA	15,2%	Global Communities (CHF)[104]
			La Picota	NA	377	19,3%	
			Bellavista	NA	222	19,9%	
			Jamundí (hombres)	NA	196	10%	
			Jamundí mujeres)	181	NA	9,4%	
			Santa Marta	NA	191	16,8%	
			La Modelo	NA	218	15,6%	
			Valledupar	NA	197	9%	
			Total	2743	1404		

El promedio de la población de hombres privados de la libertad de cuatro establecimientos penitenciarios que manifestaron usar el condón durante la última relación sexual fue 17%, mientras que en la población de mujeres privadas de la libertad el porcentaje fue menor (12%). Los establecimientos de Bellavista y La Picota presentaron promedios cercanos al 20%, mientras que en el establecimiento de Jamundí para mujeres y Valledupar este porcentaje fue de 9%.

Al respecto, cabe señalar diferentes factores asociados con el bajo uso de los condones que, de acuerdo con este estudio, posee una frecuencia menor inclusive que la correspondiente a las personas en situación de calle. En primera instancia, factores presentes en los establecimientos carcelarios como las diferentes formas de violación de los derechos humanos —violencia y violencia sexual, hacinamiento, falta de información—configuran los contextos carcelarios como de vulnerabilidad, ya que afectan la salud sexual y reproductiva de las personas privadas de la libertad. De igual forma, como sucede en otras poblaciones, los condones tienden a utilizarse en relaciones ocasionales, con trabajadoras sexuales y no con la pareja estable, los que se vincula con las creencias erróneas acerca la limitación del disfrute y del placer con el uso de los condones, pues se tiende a pensar que se siente menos[105].

2.3.2.5 Personas viviendo con VIH/Sida (evaluación rápida)

Los procedimientos de esta evaluación rápida fueron definidos por el equipo de investigación conformado por Global Communities (CHF) y se encuentran plasmados en el documento "protocolo de evaluación rápida de uso del condón en personas viviendo con VIH/Sida en veinte (20) departamentos de Colombia, 2012".

104 Global Communities (CHF). Op. cit.

105 MINISTERIO DE SALUD PROTECCION SOCIAL y FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS. Guía de prevención VIH/Sida: población privada de la libertad. Bogotá. 2011.

Tabla 14. Uso de condón por parte de personas que viven con VIH

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor		Fuente
					Hombres	Mujeres	
Uso de condones en la última relación sexual	Personas que viven con VIH	2012	Antioquia,	887	85%	82%	Global Communities (CHF)[106]
			Atlántico	287	80%	80%	
			Bogotá	975	84%	60%	
			Bolívar	221	74%	70%	
			Caldas	108	80%	73%	
			Cauca	175	91%	77%	
			Cesar	118	86%	75%	
			Chocó	164	75%	65%	
			Córdoba	38	70%	71%	
			Huila	119	69%	75%	
			La Guajira	74	70%	71%	
			Magdalena	130	72%	81%	
			Meta	120	88%	86%	
			Nariño	152	68%	50%	
			Norte de Santander	195	99%	93%	
			Quindío	68	79%	58%	
			Risaralda	106	70%	67%	
			Santander	168	79%	81%	
			Sucre	109	90%	86%	
			Valle del Cauca	383	82%	66%	
			Total	4.597			

El porcentaje de uso del condón en la última relación sexual entre la muestra de personas que viven con VIH de 14 años o más que se encontraban en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Bolívar, Caldas, Cauca, Cesar, Córdoba, Choco, La Guajira, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Valle del Cauca y el distrito de Bogotá durante julio y agosto de 2012 fue de 79%. La proporción de uso del condón durante la última relación sexual de los hombres que viven con VIH en la mayoría de ocasiones es superior al observado entre las mujeres. Los más bajos porcentajes de uso entre las mujeres se encuentran en Nariño (50%), Quindío (58%) y Bogotá (60%), lo cual da cuenta de barreras en el acceso a servicios por parte de las mujeres, cuyo dato de Bogotá lo hace más preocupante.

106 Global Communities (CHF). Op. cit.

2.3.2.6 Hombres que se relacionan sexualmente con otros hombres - HSH

Tabla 15. Uso de condón por parte de hombres que se relacionan sexualmente con otros hombres

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso de condones en la última relación sexual	HSH	2010	Barranquilla	350	22,3%	MPS y UNFPA [107]
			Cartagena	350	26,3%	
			Medellín	349	25,8%	
			Pereira	345	30,1%	
			Bogotá	485	28,5%	
			Cali	333	21,7%	
			Cúcuta	350	36,6%	

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso frecuente de condones	HSH	2010	Barranquilla	337	19,4%	MPS y UNFPA [108]
			Cartagena	330	22,3%	
			Medellín	341	20,3%	
			Pereira	333	34,6%	
			Bogotá	472	27,1%	
			Cali	328	27,7%	
			Cúcuta	339	14,1%	

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso de condones en la última relación sexual	HSH	2010	Barranquilla	350	53,8%	MPS y UNFPA [109]
			Cartagena	350	47,9%	
			Medellín	349	46,2%	
			Pereira	345	59,1%	
			Bogotá	485	59,0%	
			Cali	333	62,5%	
			Cúcuta	350	55,6%	

El estudio de comportamiento sexual y prevalencia llevado a cabo por el MPS y el UNFPA indica que el 82% de los HSH menores de 25 años que ejercen el trabajo sexual usaron condón en su última relación, y esta cifra disminuye a 76% entre los de 25 años o más. De acuerdo con el tipo de pareja, los menores de 25 años utilizaron el condón en su última relación sexual en mayor proporción (63%) con mujeres; por su parte, los mayores de 25 años lo hicieron en mayor medida (62%) con su pareja estable.

107 MINISTERIO DE SALUD PROTECCION SOCIAL FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en siete ciudades de Colombia. Bogotá. 2011.

108 Ibíd.

109 Ibíd.

Los menores de 25 años usaron de manera frecuente el condón en un 37% de los casos con su pareja estable y un 38% con una pareja ocasional; los porcentajes se incrementan en los mayores de esta edad: 63% con la pareja estable y 62% con la ocasional. Entre esta población persisten importantes barreras para el uso de los condones, entre las que se encuentran las falsas creencias, una baja percepción de la propia vulnerabilidad y acceso limitado a los condones. Todos estos factores se mantienen a pesar del amplio conocimiento que tienen en general los HSH sobre la importancia del condón como método para prevenir el VIH/Sida[110].

El sexo anal y oral como prácticas preferidas, la frecuencia de las relaciones sexuales ocasionales, la búsqueda de sexo en lugares que facilitan el anonimato y la falsa percepción de seguridad y fidelidad en las relaciones de pareja estable entre HSH, son aspectos centrales que deben abordarse en el trabajo preventivo para promover el uso del condón[111].

Entre los HSH que conocen un lugar para adquirir condones, solo entre el 3% y el 12,6% identifican a las instituciones de salud como lugares donde pueden conseguirlos. La mayoría de los hombres tardaría 30 minutos o menos en conseguir un condón masculino, en caso de necesitarlo[112].

Entre el 57% y el 75,5% de los HSH pagó entre 150 y 2.000 pesos colombianos por cada condón comprado, mientras que entre el 13,8% y el 27,3% pagó más de 2000 pesos. Del 48,7% al 74,6% recibió de 1 a 20 condones de forma gratuita en el último año. Los amigos son los principales proveedores de condones gratis. Sólo entre un 9,8% y un 18,6% de los encuestados habían recibido condones gratuitamente a través de las instituciones y centros de salud —públicos o privados—. Las relaciones sexuales con pareja estable, la confianza en la fidelidad de la pareja y/o la existencia de sentimientos de afecto hacia ella, son los principales motivos para no usar condones en este grupo.

2.3.2.7 Mujeres jóvenes

Tabla 16. Uso de condones por parte de mujeres jóvenes

Pregunta	Grupo/grupo Vulnerable/ Situación	Año	Ciudades	Población muestra	Valor	Fuente
Uso de condones en la primera relación sexual	Jóvenes entre 15 y 24 años	2010	Nacional	11.996	51,6%	PROFAMILIA y MSPS [113]
Uso de condones en la última relación sexual				5.304	46,4%	
Uso de condones en la última relación sexual de alto riesgo				5.800	45,4%	

110 Ibíd., p. 98.
111 Ibíd., p. 98.
112 Ibíd., p. 98.
113 PROFAMILIA y MSPS. Op. cit., capítulo. 12, p. 342.

La ENDS señala que solamente la mitad (52%) de las mujeres de este grupo reportaron haber usado condón durante su primera relación sexual. Los resultados sugieren que su uso fue mayor entre las más jóvenes —de 15 a 19 años—, con porcentajes superiores al 56%, en la zona urbana fue de 54,6%; en Bogotá fue de 55,6%, entre las que tienen mayores niveles educativos fue de 64,7%, y entre las que tienen los índices de riqueza más altos fue de 65,4%.

El promedio de uso del condón durante la última relación sexual es bajo, ya que menos de la mitad de las mujeres encuestadas (46,4%) usaron condones; este porcentaje desciende a 42% entre las mujeres de mayor edad —entre 20 y 24 años—, a 45,5% en la zona rural, a 31,8% entre las que no saben dónde conseguir condones, a menos de 40% en la región Caribe, a 40,1% entre las de niveles más bajos de educación, y a 42,5% entre las de índices de riqueza más bajos. Es de anotar que en los departamentos de La Guajira, Cesar, San Andrés y Providencia, Bolívar y Chocó se presentaron los menores porcentajes de uso del condón[114].

Cabe señalar que, de acuerdo con la encuesta nacional de demografía y salud, el condón solo es usado como el método más efectivo de anticoncepción por el 7% de las mujeres en edad fértil; en mujeres entre 15 y 19 años el uso por esta razón es de 8,4%, y en las que tienen edades entre 20 y 24 años es de 10,8%. En mujeres en unión de pareja entre 15 y 19 años es de 7,8%, y entre 20 y 24 años es de 8%; este porcentaje aumenta a 33,9% entre mujeres no unidas y sexualmente activas de 15 a 19 años, y entre las de 20 a 24 años a 23,5%[115].

2.4 ACCESO A LOS CONDONES

La accesibilidad se entiende como "la ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales y/o estructurales para la participación en el sistema de salud y/o para la utilización de los servicios de salud y otros servicios sociales, siendo esencial que las personas reciban servicios que estén de acuerdo con sus necesidades"[116]. El caso particular de los condones enfrenta importantes barreras de naturaleza socio cultural que limitan su uso por parte de las personas que los necesitan.

2.4.1 Barreras socio culturales para el uso de los condones

Los factores socioculturales son los que afectan en mayor medida el uso de los condones, dado que las falsas creencias personales sobre el uso del condón funcionan como una barrera para experimentar placer en el acto sexual y, como un factor que interrumpe el erotismo y disminuye la espontaneidad en la relación sexual, limita el uso de estos insumos; por esta razón es frecuente la creencia de que "no se siente lo mismo" cuando se usan, ya que se vincula con información errónea sobre su efectividad. Además de ello, es frecuente que entre las personas que compran condones se asocie el precio a la calidad y a una marca, razón por la que experimentan desconfianza frente a los condones que son regalados en las campañas públicas:

114 Ibíd. Capítulo 12, p. 342.

115 Ibíd. Capítulo. 6. p., 125.

116 OPS. Glosario de términos útiles para la elaboración de propuestas de Fortalecimiento de Sistemas Comunitarios. En: BARRIGA. Miguel Ángel. La respuesta comunitaria al VIH: Necesidades y retos. Proyecto Novena Ronda del Fondo Global. [en línea]. (2012). [consultado el 26 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/109124466/La-Respuesta-Comunitaria-Frente-Al-Vih-en-Bogota>.

> "El imaginario sobre la calidad del preservativo, entonces se cree que el buen preservativo es el de marca reconocida; el que entrega el Ministerio, la Secretaria, esos no. Entonces la gente no los acepta..."[117].

Dentro de este tipo de barreras, una particularmente frecuente entre las mujeres son las desigualdades de género, representadas en ejercicios de poder y control inequitativos entre hombres y mujeres —e inclusive de violencia al interior de la pareja— que limitan su capacidad para negociar prácticas sexuales protegidas. Este es un fenómeno de naturaleza estructural que, como lo señala la ENDS, no se limita a una clase social o a un grupo específico de mujeres. Además, el no uso del condón en relaciones estables se convierte en una señal de confianza, entrega y fidelidad, y su exigencia puede entenderse como indicio de infidelidad, lo cual puede desencadenar diferentes tipos de violencia. Se debe señalar que la violencia basada en género es una de las principales barreras que impiden el uso del condón entre las mujeres.

> Yo lo que detecto más, hablando de amigas mujeres es que la decisión siempre la deja en manos del novio; hablo de mujeres educadas y con una profesión. El uso no es constante; todos como que ya tenemos una consciencia sobre el condón, lo conocemos, sabemos que existe, pero creo que si tú preguntas sobre quién ha utilizado en todas sus relaciones sexuales el condón, es un poco incómodo. Uno debería, pero uno a veces lo hace, pero... el tema del "violineo", la preparación previa, ahí no hay condón, todo lo que podría pasar... el condón está a la hora de la penetración[118].

El no uso del condón está determinado también por el desconocimiento de su carácter de doble protección. En este sentido, y dado el fuerte anclaje cultural de la identidad femenina con la maternidad y el embarazo como indicador de intimidad y compromiso, muchas de ellas desisten del uso y se exponen a la adquisición de una ITS por temor al abandono de su pareja y por la posibilidad de una unión estable. En ausencia de la función reproductiva —como pasa entre las personas mayores—disminuyen ostensiblemente las conductas de prevención entre hombres y mujeres, ya que ante la imposibilidad de un embarazo y la promesa de virilidad que ofrecen los estimulantes sexuales se descuidan las medidas de protección —y con ellas el uso de condones—.

Por su parte, las normas tradicionales de género que rodean a la masculinidad plantean permanentemente dinámicas de poder en las relaciones sexuales —ya sean heterosexuales u homosexuales— que exigen a los hombres la prueba permanente de su virilidad, a través de la exposición a riesgos, el estar siempre listos para el sexo, ser agresivos e invulnerables, lo cual se traduce en prácticas sexuales desprotegidas y resistencia al uso consistente de condones.

Las personas con identidades o expresiones sexuales o de género no normativas, tales como los hombres que tienen sexo con hombres, las personas trans, las mujeres lesbianas o los hombres gay, experimentan diversas formas de violencia basada en género (abusos sexuales, violencia, violación y acoso, muchas veces a muy temprana edad)[119] que dificultan la negociación del uso del condón, y que unidas a la estigmatización y la exclusión social, debilitan su capacidad para afrontar el VIH —es decir, aumentan su vulnerabilidad a la infección—.

117 ENTREVISTA con M. González, profesional de la Secretaría Distrital de Salud, Bogotá ,13 de mayo de 2013.

118 ENTREVISTA con grupo de jóvenes, Bogotá. D.C., 2 de Febrero de 2013.

119 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Comportamiento y prevalencia de la infección por VIH en hombres.... Óp. cit.

Las creencias religiosas presentes en nuestra sociedad cuestionan el uso del condón y lo asocian con prácticas poco responsables o inmorales, además de que su influencia en diferentes contextos institucionales y sociales contribuye a limitar tanto la disponibilidad de los mismos como la posibilidad de usarlos sin enfrentar presiones externas. Ello es particularmente visible en el acceso a los condones en algunas escuelas o colegios, a pesar de la existencia en nuestro país del programa de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía.

Así mismo, algunas representaciones sociales compartidas erróneamente por la sociedad —inclusive por el personal de salud— acerca de segmentos poblacionales como los y las adolescentes y jóvenes, tales como el ser incapaces, irresponsables, o con un ejercicio desenfrenado de la sexualidad, recaen sobre esta población y limitan su demanda de insumos como condones, así como de servicios —particularmente de salud sexual y reproductiva—.

2.4.2 Barreras institucionales para el acceso a los condones

Además de los factores individuales que se han visibilizado a través de los estudios de comportamientos, aptitudes y prácticas (CAP) señalados en el apartado dedicado al uso de los condones, contar con preservativos disponibles y tener acceso a ellos son dos de los mayores impedimentos para prevenir millones de nuevos casos de ITS y de embarazos no deseados en el país, lo cual también está determinado por factores institucionales y políticos.

La plataforma estratégica para las acciones en salud sexual y reproductiva y VIH/Sida está conformada por el Plan Decenal de Salud 2012-2021, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/Sida Colombia 2012-2017, y el Modelo de Gestión Programática. En todos estos documentos se contempla y reconoce la importancia de la utilización de los preservativos y del desarrollo de acciones IEC para promover su uso.

No obstante, el acceso y disponibilidad de los condones en el país siguen experimentando déficits que se reflejan en un bajo uso por parte de las personas que los necesitan. Estos déficits están determinados por factores socioculturales, políticos, y económicos que afectan directamente y actúan como barreras para la prevención en las prácticas sexuales.

Como se señaló, las tres principales fuentes de distribución gratuita que hacen disponibles los condones son las entregas que hacen las IPS en consulta —para planificación familiar, y para los pacientes diagnosticados con alguna ITS o VIH—, las distribuciones que realizan las secretarías departamentales y municipales en desarrollo de los planes de intervenciones colectivas, y la estrategia de distribución gratuita de condones que desarrolla en la actualidad el proyecto VIH Colombia.

No obstante, tales estrategias se enfrentan con limitaciones, dado que a pesar de que el condón está cubierto por el POS en virtud de su doble protección, y dado que hace parte integral del manejo de las personas que viven con VIH, las EPS solo entregaron condones al 62,1% de sus afiliados[120]. Las entregas que realizan las secretarías de salud se dirigen

120 CUENTA DE ALTO COSTO –Fondo colombiano de enfermedades de alto costo–. Situación del VIH/Sida en Colombia, 2013. Bogotá: Cuenta de alto costo. 2014., p.15.

hacia la población general, pero están condicionadas por las actividades que se realicen durante el año y el nivel de abastecimiento con el que cuente la entidad territorial. Por último, el proyecto VIH Colombia está focalizado solo en unas poblaciones clave —HSH, mujeres trans, mujeres trabajadoras sexuales; habitantes de calle, consumidores de drogas inyectables y personas que vivan con VIH o Sida—, tiene una duración limitada en el tiempo y una clara delimitación geográfica.

Para el éxito de la estrategia de entrega gratuita vía POS, el nivel de conocimiento e información de las personas sobre sus derechos en salud resulta esencial para hacerlos exigibles. En el caso de las mujeres —que es el grupo poblacional que más consulta—, la ENDS refiere bajos índices de conocimiento de derechos frente a servicios de salud sexual y reproductiva[121], que se asocian con una baja demanda de insumos anticonceptivos, lo cual resulta un factor que va en detrimento de las opciones en salud sexual y reproductiva para las mujeres.

La ENDS informa que cerca de la mitad de las mujeres encuestadas (49.818 que constituyen el 48%) manifestaron no saber que es obligación de la EPS proporcionar o suministrar los métodos anticonceptivos en forma gratuita. El mayor desconocimiento se presenta entre las mujeres más jóvenes (55%) y entre las de 40 a 49 años (54%), en la zona urbana (49%), en Bogotá (54%) y entre las mujeres con el índice de riqueza más alto (54%). Los departamentos con mayor nivel de desconocimiento son Vaupés (70%), Guainía (61%) y San Andrés y Providencia (60%)[122].

Cabe decir que, de acuerdo con lo indicado por los informantes, el desconocimiento también se presenta entre los prestadores de servicios de salud, ya que también desconocen las normativas que prescriben la entrega de condones de forma gratuita:

> "Yo siempre pido las pastas de planificación, entonces siempre tengo que explicarle al doctor que me las tiene que dar" [123].

> "…Nosotros hacemos AT al 100% de los programas de atención en salud en VIH, ¿qué se encuentra? La mayoría no saben que deben entregar preservativos, no hacen compra de preservativos, algunos programas los obtienen de ONG, de la Secretaría, no porque se hayan leído la Guía, o la 412, donde dice "entreguen", sino porque les pareció conveniente que tenían que entregar…"[124].

Esta misma encuesta señala que la principal fuente de provisión de preservativos son las farmacias con el 79,7% (18.829); el 5,5% lo obtiene en un supermercado o tienda; y solo el 2,6% lo hace en un hospital/clínica, institución o puesto de salud. Esta información es corroborada por los testimonios de los informantes clave, quienes expresan que deben comprar los condones que necesitan, lo cual hace aún más evidente la necesidad de implementar estrategias que hagan más asequibles los condones a la población que no tiene recursos económicos para su compra y que no está identificada como población prioritaria, ya que no puede acceder a los insumos por estas vías.

121 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Análisis de situación de salud. Tomo. V. Prestación de servicios de salud. Bogotá. 2010., p. 134.

122 PROFAMILIA y MSPS. Óp. cit. Capítulo 6: Planificación familiar: conocimiento y uso de métodos., p. 148.

123 ENTREVISTA con jóvenes, Bogotá D.C., 2 de febrero de 2013.

124 ENTREVISTA con M. González. Profesional de la Secretaría Distrital de Salud, Bogotá D.C., 18 de abril de 2012.

En este sentido, el estudio sobre el gasto en VIH/Sida[125] señala que el gasto de bolsillo —es decir, los recursos de contrapartidas dados por la sociedad civil y el pago de bolsillo de la población— ascendió para el año 2006 a 69.341 millones de pesos. El gasto más representativo fue el suministro de condones comprados por la población general, que según lo estimado llegó a los 66 mil millones de pesos; es decir, que representó el 95% del gasto privado y el 74% del gasto total nacional en prevención para ese año. En 2007 el gasto alcanzó los 76 mil millones de pesos; es decir, tuvo un incremento del 9% respecto al 2006. Como en el año anterior, la compra de condones fue el rubro más importante[126].

El estudio sobre prevalencia de la infección por VIH en hombres que se relacionan sexualmente con otros hombres (HSH) realizado en 2010 indica que entre los HSH que conocen un lugar para adquirir condones, solo entre el 3% y el 12,6%, identifican las instituciones de salud como lugares donde pueden conseguirlos[127].

Entre el 57% y el 75,5% de los HSH pagó entre $150 y $2.000 pesos colombianos por cada condón comprado. Entre el 13,8% y el 27,3 % pagó más de 2000 pesos. Del 48,7% al 74,6% recibió de 1 a 20 condones de forma gratuita en el último año. Los amigos son los principales proveedores de condones gratis. Sólo entre un 9,8% y un 18,6% de instituciones y centros de salud públicos o privados les habían suministrado condones gratuitamente[128].

De acuerdo con el estudio realizado por el UNFPA en 2008 sobre comportamiento sexual y prevalencia del VIH, el condón es el principal método usado por las trabajadoras sexuales para planificar. La droguería o farmacia es el lugar en donde la mayoría de ellas consigue los métodos de anticoncepción. En las cuatro ciudades incluidas en el estudio, cerca del 70% de las mujeres paga por el método de planificación, y tan sólo en el 25% de los casos este es adquirido por medio de las entidades de salud que las tienen aseguradas[129]. Así, "del 100% de los establecimientos, el 80% de ellos no da condones. Como lo señala la informante: *"Toca que las muchachas los lleven o que los establecimientos los vendan, y cada condón tiene un costo de 1.000 pesos. Por eso, las muchachas los compran: para no comprarlos en el establecimiento y que no sean de buena calidad"*[130].

Resulta importante señalar que en el grupo poblacional de jóvenes se encuentran los más altos niveles de necesidad insatisfecha en planificación familiar —que llega al 20%, de acuerdo con la ENDS—, lo cual revela barreras en el acceso a servicios e insumos para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos[131]. La mayoría de las mujeres jóvenes (95% de ellas) sabe dónde conseguir condones, pero para las más pobres este porcentaje desciende a 84,1%, y hasta el 62,0% entre las que no poseen educación.

En materia de aseguramiento en salud, la ENDS revela que los grupos de edad con menor cobertura de aseguramiento en salud fueron los jóvenes entre 20 y 29 años (15,9%) y de 10 a 19 años (12,9%). Cabe señalar que la falta de aseguramiento constituye una barrera

125 GARAVITO BELTRÁN, Liz. Gasto nacional en VIH/Sida, Colombia. Bogotá: ONUSIDA y MSPS. 2007.
126 Ibíd., p. 61.
127 FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS y MSPS. Comportamiento Sexual y Prevalencia ... Op. cit., p. 98.
128 Ibíd., p. 98.
129 Ibíd., p. 37.
130 ENTREVISTA con F. Suárez, Representante de Asmubuli, Bogotá D. C., 1 de marzo de 2013.
131 PROFAMILIA y MSPS. Óp. cit., p. 175.

para el acceso a los servicios de salud y, en consecuencia, para insumos de salud sexual y reproductiva que se distribuyan a través de las instituciones de salud.

Si bien los y las jóvenes y adolescentes cuentan para la provisión de condones con los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes - SSAAJ —estrategia que busca articular la oferta de salud y facilitar el acceso para esta población—, estos aún no cubren la totalidad del país y se encuentran en desarrollo; cabe decir que tales servicios cuentan con mayores avances en las instituciones del Régimen Subsidiado. De acuerdo con el estudio sobre barreras de acceso a los servicios de salud para los jóvenes en Bogotá, en algunos sectores aún persiste falta de interés por desarrollar programas y acciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes y jóvenes[132], y estos son poco conocidos por la comunidad a la cual van dirigidos[133].

Aunque los condones estén disponibles en las instituciones de salud, en muchos casos los trabajadores de salud no los entregan a los adolescentes . El estudio sobre barreras para los servicios de salud sexual en adolescentes sugiere importantes barreras institucionales para su entrega, como la provisión en un sitio diferente a la atención —que incrementa el gasto de bolsillo para ellos y ellas—, además de la ruptura de la confidencialidad —al pedir la autorización de padres o cuidadores— . A ello se suma la no disponibilidad de los condones en la escuela y el desconocimiento de los jóvenes frente a sus derechos:

> (...) una barrera importante es el desconocimiento de los derechos, adolescentes y jóvenes que difícilmente sacarán de su mesada para la compra de condones; al no poder entregarlo en las escuelas, si no se lo das, pues no lo usan. Muy pocos sacarán de su mesada para comprar condones en la droguería o farmacia, luego a ellos hay que dárselos, teniendo en cuenta el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales: en la zona Andina (17 o 18 años), y en otros lugares es de 10 años. La casa no es siempre el lugar para hablar del condón; entonces hay que ir al colegio, cosa que está muy bien escrita en los planes y las propuestas, pero que no se pone en práctica, y los que están por fuera del sistema educativo quedan por fuera de cualquier acercamiento (caso Costa Pacífica, cuyo promedio es de 4 años de educación)[136].

En el caso de las personas que viven con VIH, los informantes clave señalan que existe desconocimiento entre esta población sobre el derecho a la entrega gratuita de condones —de conformidad con la Norma Técnica de Planificación Familiar—, lo cual es coherente con lo informado por la ENDS. Se indica además que los condones se ofrecen a las parejas masculinas pero no a las mujeres, lo cual obedece a una idea errónea según la cual se supone que la vida sexual de una mujer después del diagnóstico de VIH se reduce o se anula.

132 Global Communities (CHF). Op. cit.

133 MONTOYA, Pablo, et al. Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en el país. En: FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS y SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Embarazó adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos. Bogotá: UNFPA; 2011, p. 204.

134 MEJÍA GÓMEZ, Mary Luz, et al. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud. Propuestas para su identificación y superación - Documento regional. 2010. Bogotá: UNFPA, 2010, p. 38.

135 MONTOYA, Pablo, et al. Op. cit., p. 204.

136 ENTREVISTA con L Andrade, profesional de la Dirección de Salud Pública, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá. D.C, febrero 2 de 2012.

> No hay acceso a los preservativos masculinos, los condones casi siempre son ofertados a los hombres, lo cual está ligado a los estereotipos de género en salud... Se maneja muy sutilmente el tema de no hay sexualidad plena para mujeres, no necesitan ser sexualmente activas, entonces no hay necesidad de entrega de condones... Usted ya está infectada, ¿como para qué se pone a hacer ese ejercicio (relaciones sexuales)?[137].

> Una mujer que se enteró que a través de la consulta podía acceder a los preservativos solicitó al médico estos insumos, y el médico le dijo: ¡pero si usted no tiene marido! ¿No que no tenía marido? Ella nos contaba que es loco, yo no vi ninguna dificultad, yo no tenía pareja en ese momento pero los quería para regalárselos a mis sobrinos. Pasa por el desconocimiento y porque creo que hay barreras culturales en los prestadores de salud sobre los mitos en torno a la sexualidad[138].

Es frecuente entonces que una mujer que viva con el Virus de Inmunodeficiencia Humana —VIH— y requiera de los preservativos, los compre de su bolsillo para no pasar por las barreras culturales y administrativas que se le presentan ligadas a la entrega de los condones en los servicios de salud, o que terminen no comprándolos y delegando esta actividad a su pareja masculina.

> Ellas a veces los compran fuera, es una cosa que no te la dan como los medicamentos. Yo me vine a enterar que debían dárnoslos hace poco, y uno ve que los que usan no son de las calidades que necesito o me gustan, y que sea un poco más tranquilo. Yo, por ejemplo, prefiero comprarlos afuera... Todavía se accede vía pareja, los médicos cuando te atienden no te informan, yo priorizo los medicamentos, no es una cosa que se dé en el marco de la consulta, en cambio a los hombres sí se los entregan. ¿Por qué le dan a mi esposo y a mí no?[139]

De otra parte, las únicas vías de acceso a condones gratuitos con que cuentan las mujeres trans están relacionadas con el servicio de salud —siempre y cuando tengan algún diagnóstico de ITS o VIH—, con los proyectos puntuales como VIH Colombia o con las entregas masivas que realizan las secretarías de salud. Por tanto, y en el caso de que los condones no sean accesibles por medio de los proyectos o de las secretarías, la principal barrera que encuentran es el factor económico, lo que se acentúa aún más si se tiene en cuenta el requerimiento mínimo de 3 unidades en el caso de las que ejercen el trabajo sexual:

> Muchas veces no tenemos plata para invertir 3.000 pesos en un condón bueno, de una buena marca, entonces nos toca utilizar marcas regulares; incluso hay un problema con los condones que vienen empacados en forma rectangular, creo que ya no están permitidos en el mercado y muchas veces tenemos que acceder a ese tipo de preservativos, sabiendo que ya no tienen permiso para estar circulando[140].

Las informantes indican como una barrera adicional la falta de continuidad en los proyectos que entregan condones y la ausencia de programas de entrega por parte de las instituciones de salud:

137 ENTREVISTA con M. Vera, Coordinadora de la Red Nacional Popular de Mujeres Tejiendo Vhida, Bogotá D.C., 8 de marzo de 2012.

138 Ibíd.,

139 Ibíd.,

140 ENTREVISTA con lideresas trans, Bogotá D.C., 1 de marzo de 2013.

> En cuestión de proyectos, sí sirven, pero falta continuidad y de concientizar a las instituciones para que nos brinden este medio de protección, porque cuando yo era trabajadora sexual, cuando entrábamos con un hombre, solamente nos daban un solo preservativo, el resto corría por cuenta de nosotras, entonces yo me gastaba casi 3.000 o 4.000 pesos en un solo día, porque siempre eran relaciones de 7 u 8 personas. A mí me tocó mucho poner de parte mía el preservativo... Por eso te digo que hay que hacer mucho énfasis en las instituciones de salud para que nos colaboren un poco más en la entrega de los preservativos. En los establecimientos a duras penas entregan un preservativo, y no de marcas reconocidas; pues en caso de no tener, es mejor usar ese[141].

Se señala que por cuestiones de necesidad, muchas veces tienen que acceder a productos de mala calidad, con los que exponen su salud:

> Los compramos en cigarrerías, droguerías, supermercados, no en puestos de salud. La mayoría los compran dentro del establecimiento. En las tiendas, whisquerías o bares, y muchas veces con fechas ya vencidas, con forma rectangular, y uno por el apuro y los psicoactivos no alcanza a ver. Uno de cosa ve "te amo" [142].

Frente a la entrega de los condones a través de proyectos, las entrevistadas cuestionan la dificultad para que estos lleguen a los sitios marginales, quedándose en las zonas centrales o de más fácil acceso; por tanto, no llegan a las poblaciones que habitan contextos de profunda vulnerabilidad a causa de la pobreza y la falta de acceso a los servicios de SSR.

> (...) Las políticas de reparto de insumos muchas veces no llegan a esas zonas por miedo, la inseguridad, los horarios que se manejan de trabajo allá, porque son completamente nocturnos: es la única forma en que tu encuentras a las chicas trabajadoras trans en la calle, y yo hice un sondeo para ver qué tanto está haciendo el impacto del proyecto, y no lo hay en mi comunidad, dentro de las chicas trans. Allá las chicas no participan y no hay nadie que les lleve la información, y ellas tampoco van a saber, ni tampoco van a exigir (...)[143].

En cuanto a las poblaciones carcelarias, el acceso a los condones está ligado a las políticas de salud que se impartan en el establecimiento. El Proyecto VIH Colombia ha podido determinar que la entrega de los condones se hace principalmente a través de la consulta médica, pero que depende de la disponibilidad existente. Se indica que habría un acceso mayor para los hombres que para las mujeres, y particularmente para aquellos que viven con VIH. No obstante, en los establecimientos penitenciarios los condones son asociados con objetos potencialmente peligrosos con los que los internos se pueden agredir a sí mismos o a otros.

141 Ibíd.
142 Ibid.
143 ENTREVISTA con lideresas trans, Bogotá, D.C., 1 de marzo de 2013.

3. MONITOREO Y VIGILANCIA DE LOS PROCESOS DE COMPRA, DISTRIBUCIÓN Y USO DE CONDONES

Importación

MONITOREO DEL PROCESO

El estudio de Fedesarrollo sobre la sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano muestra que la fragmentación de la información no es algo exclusivo de la distribución de los condones ni de los suministros de anticonceptivos, sino que se convierte en una tendencia estructural: "El problema de la información en el sector no es marginal. El sector gasta $45 billones al año y sus numerosos sistemas de información aún no dan cuenta en forma sistemática del impacto del sector, de la eficiencia del gasto, de las razones de su dinámica, ni de la situación financiera de sus principales actores, entre otros"[144]. A continuación se señalan algunos obstáculos que enfrenta el monitoreo en cada uno de los momentos del suministro.

3.1 IMPORTACIÓN

En el momento de la importación, el INVIMA tiene un rol central en la inspección, vigilancia y control de los condones que llegan al país, en conjunto con la Policía de Aduanas y la Dian. Si bien esta no es una etapa que presenta grandes barreras para su desarrollo, algunos de los aspectos que han sido mencionados anteriormente pueden, eventualmente, constituirse en obstáculos para el control de calidad de los condones que ingresan; tales como la no solicitud de las pruebas de conformidad en el momento de la nacionalización o el hecho de no contar aún con un laboratorio certificado a nivel internacional —dado que el existente es el de referencia nacional, que se encuentra en proceso de acreditación—.

144 CASTAÑEDA, C., et al. La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano: dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Bogotá: Fedesarrollo. Julio de 2012.

Una dificultad de orden institucional encontrada en el monitoreo y vigilancia tiene que ver con las problemáticas que enfrenta el INVIMA para desarrollar sus competencias misionales. Entre ellas se encuentran el esquema organizacional unificado con que cuenta esta entidad para desarrollar las actividades de vigilancia pre y post comercialización, la carencia de oportunidad en los resultados de los análisis de calidad —necesarios para la toma de decisiones—, la baja presencia institucional —que compromete la capacidad para cumplir las actividades misionales en todo el país— y el bajo nivel de coordinación interinstitucional —que genera duplicidad de la información y de actividades, así como procesos operativos incompletos—. Se espera que estas dificultades sean superadas con la reciente reforma administrativa.

Compra

MONITOREO DEL PROCESO

3.2 COMPRA

Las entidades territoriales cuentan con un precario desarrollo de los procesos de programación de insumos, tal y como lo muestran los estudios del proyecto Deliver[145] y los hallazgos del proyecto VIH Colombia[146]. Además, los condones no siempre aparecen como una de sus necesidades esenciales, puesto que es frecuente que el nivel nacional o algunos proyectos se los suministren. Por tanto, dentro de los procesos de compras realizados por cada entidad territorial no se cuenta con sistemas de programación o estimación de necesidades de adquisición y de logística que contribuyan a garantizar que la compra de preservativos cuente con sistemas de información que respalden su desarrollo.

Además de ello, y entre otras debido a la limitada disponibilidad de recursos, las entidades territoriales no cuentan con equipos técnicos que dirijan, incentiven y coordinen de forma específica la programación de los condones. Esta responsabilidad recae frecuentemente en el/la profesional referente de los servicios de salud sexual y reproductiva o de VIH, quien no siempre cuenta con la información y capacidad suficientes para programar y gestionar las necesidades de insumos, además que tiene a la vez otra gran cantidad de responsabilidades a cargo, lo que limita su posibilidad de realizar esta actividad de forma eficiente.

Por tanto, se hacen necesarios tanto la creación de sistemas de información para la gestión de condones y suministros de salud sexual y reproductiva —para realizar cálculos adecuados de su necesidad— como el desarrollo de procesos de capacitación y actualización permanentes en el proceso de selección, compra y logística, así como en el conocimiento de las normativas internacionales y nacionales que rigen su calidad.

145 AGUDELO, Juan y QUESADA, Nora. Óp. cit.
146 Global Communities (CHF). Óp. cit.

Distribución

MONITOREO DEL PROCESO

3.3 DISTRIBUCIÓN

El estudio Deliver[147] señala que, debido al esquema descentralizado que caracteriza el caso colombiano, el sistema de información del suministro de los condones se torna deficiente, ya que "no hay una información consolidada entre el departamento, el municipio y los hospitales y centros de salud, por lo cual no existen registros confiables de cuántos usuarios y qué usuarios están atendiendo el sistema, lo cual hace que el impacto se pierda, pues se aumenta la cobertura pero se duplican los esfuerzos y los recursos" [148].

Si bien el nivel nacional y en el territorial, se realizan compras de condones, cuyo proceso es poco sistemático, al momento de la distribución se desconoce el alcance y el uso de los condones distribuidos como lo señala un funcionario del sector salud:

> "sabemos que compran con tanta plata pero no a qué poblaciones llegan, cómo es la adherencia" [149].

Ni en el nivel nacional, ni en el territorial se cuenta con un registro de información unificada y sistemática que pueda dar cuenta de los proceso de distribución de los condones realizados a nivel nacional y territorial. A pesar de que el observatorio para la gestión de VIH cuenta entre sus indicadores con el número de condones entregados por paciente de ITS o VIH, su alimentación se ve limitada por la irregularidad de los reportes que hacen las EPS.

Dificultades en el control y seguimiento a la distribución

El observatorio nacional para la gestión del VIH cuenta con un indicador para hacer seguimiento a la entrega gratuita de condones en el POS, pero la información que lo alimenta no es entregada sistemáticamente por la fuente del dato. Una de las razones señaladas por las EPS como dificultad para el reporte es que los condones no tenían Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS) que les permitiera recoger el dato mediante el Registro Individual de Procedimiento en Salud (RIPS). No obstante, se espera que esta dificultad haya sido superada con la emisión de la Resolución 4505 de 2012.

147 AGUDELO, Juan y QUESADA, Nora. Op cit.

148 AGUDELO, Juan y QUESADA, Nora. Op cit., p. 22.

149 ENTREVISTA con A. Rodríguez, funcionario del Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, 2 de noviembre de 2012.

Por otra parte, el monitoreo de los condones que son distribuidos en campañas masivas dirigidas a las comunidades, efectuadas por las Secretarías Departamentales y municipales en el marco del PIC, afronta dificultades similares, dado que no todas las entidades territoriales cuentan con sistemas de información sobre el suministro de los condones que entregan. Además, en los casos en que son donados a organizaciones, los registros resultantes corresponden a los informes entregados por ellas, que no siempre son fidedignos.

Un elemento que se une a la deficiencia en los procesos de monitoreo a la distribución es el desconocimiento de la administración logística para los condones, que se ven reflejados en la falta de procedimientos definidos para el ingreso, ubicación y ordenamiento de los condones recibidos, en la carencia de conocimiento en técnicas de almacenaje —organización por estibas— y en las áreas destinadas para el almacenamiento por parte del responsable del manejo de suministros. Por tanto, la calidad del fabricante se pierde durante la manipulación, lo que constituye una de las principales dificultades en la cadena de suministro. Como se señala a continuación:

> Adicionalmente, se cuenta con "(...) otras barreras como la logística, el transporte de condones, falta de vehículos (...). A veces no se tiene en cuenta a qué temperatura deben estar, en qué lugar se deben almacenar; en esa parte yo creo que debemos recalcar un poquito mejor en las normas específicas de almacenamiento y manipulación de condones..." [150].

Acceso y uso

MONITOREO DEL PROCESO

3.4 ACCESO Y USO

El monitoreo del acceso a los condones es un área que poco se ha desarrollado, de acuerdo con lo señalado por los informantes clave. En este sentido, pareciera que el proceso de suministro culmina en la distribución, y lo que pasa con los condones entregados, la adherencia al uso y la consistencia y frecuencia de su utilización solo son objeto de los estudios referidos a comportamientos, actitudes y prácticas —CAP—.

Si bien los CAP resultan esenciales en el monitoreo puesto que ofrecen pistas para el abordaje de las poblaciones, muy poco de sus hallazgos se ven reflejados en los desarrollos de política pública. En la literatura revisada se encuentra una alta concentración en poblaciones como HSH, jóvenes y Mujeres Trabajadoras Sexuales, pero pocos estudios se han realizado en indígenas, población afrodescendiente, personas mayores, mujeres en diferentes circunstancias y contextos, entre otras. Este tipo de estudios se hacen necesarios, ya que la situación particular de estas poblaciones lleva a que a pesar de experimentar diversos factores que los hacen vulnerables y limitan su acceso a servicios de salud —en especial los de SSR—, resulten invisibles para el accionar del Estado y sus políticas de desarrollo.

4. LECCIONES APRENDIDAS

Dentro del proceso de construcción de este documento se consultaron diferentes actores involucrados desde múltiples frentes con la adquisición y distribución de condones, quienes aportaron las importantes reflexiones que se recogen a continuación.

En la compra de condones resulta importante contar con un marco normativo y una instancia de control que exija permanentemente su cumplimiento

Es importante contar con marcos normativos que establezcan la obligación de la compra, así como con una instancia reguladora efectiva que ejerza control político al cumplimiento de este tipo de acciones, como los consejos municipales, las asambleas departamentales o las mesas territoriales de VIH.

El empleo de diferentes estrategias para la distribución es esencial, ya que cuando se utiliza una sola, puede convertirse en barrera

Resulta importante incentivar entre las instituciones que prestan servicios de salud la entrega de los condones bajo diferentes vías y modalidades —consulta individual, acciones colectivas, a demanda del usuario del servicio o mediante acciones educativas—, de forma que se facilite el libre acceso a los condones por medio de este canal institucional.

Contar con la sociedad civil como aliado clave y con instancias de participación como los comités territoriales de VIH para fortalecer la programación de condones en los territorios y ejercer veeduría al desarrollo de acciones de salud pública

Las ONG se convierten en aliados clave para los procesos de programación de condones por cuanto acercan los servicios a la población y son puente entre estos dos, además de que pueden cooperar en la estimación de necesidades en poblaciones específicas y apoyar efectivamente los procesos de distribución de condones, el seguimiento al uso y la adherencia al método. De igual manera, son vigilantes del cumplimento y la observancia de normativas que garanticen el acceso a los servicios, y sus organizaciones pueden convertirse en lugares estratégicos para la distribución de estos insumos.

Los comités territoriales, son instancias clave para el desarrollo de estrategias de planificación que garanticen y amplíen la disponibilidad de condones en la medida en que promueven el dialogo intersectorial e involucran los actores que, desde diferentes ópticas —institucionales y comunitarias—, dan cuenta de las barreras y obstáculos que se encuentran para el acceso y uso en las poblaciones de un territorio específico.

La sociedad civil puede cumplir un rol de acercamiento entre la población y los servicios de salud. En tanto que tienen un lenguaje común con las poblaciones, cuentan con un nivel de entrenamiento y capacidades que son muy importantes para llevar los servicios y la atención a donde están y viven las personas, a partir del reconocimiento de las dinámicas y prácticas sociales propias de cada contexto.

Establecimiento de convenios de cooperación técnica con agencias internacionales que tienen trayectoria en el tema

Los y las informantes señalan como un aspecto importante el establecimiento de alianzas estratégicas con actores como el Fondo de Población de las Naciones Unidas —UNFPA—, ya que en el marco de tales convenios se fortalece la capacidad técnica de las entidades de salud frente al cumplimiento de sus responsabilidades en materia de salud sexual y reproductiva. Adicionalmente, el amplio conocimiento y los desarrollos técnicos en materia de adquisición de preservativos con los que cuenta esta agencia, así como su aporte en el desarrollo y apropiación de metodologías para el desarrollo de procesos de formación y capacitación en los temáticas afines a la sexualidad y los derechos, facilitan los procesos de adquisición y distribución por parte de las entidades de salud.

Diseño de estrategias creativas capaces de llegar a la población general que no se reconoce como vulnerable

Se identifica como una lección aprendida la importancia de romper barreras en la entrega de preservativos —"perderle el miedo a entregar preservativos"—, lo que implica abrir espacios, videos, saunas, universidades, etc., de tal forma que se rompan barreras culturales, las cuales se profundizan en la medida en que las acciones de entrega de condones usualmente estén dirigidas a poblaciones específicas. En consecuencia, debido a que la población general no se ve reconocida en una pieza comunicativa ni tienen acceso a las acciones educativas, asume que el uso de protección no es un tema que le concierna y, por tanto, la prevención y el uso de los condones continúa siendo un tema marginal para muchas personas, además de que se refuerza la idea de que la prevención es solo para algunos grupos y no para toda la población.

Lecciones aprendidas y recomendaciones desde el sector privado - PROFAMILIA

Desde el sector privado uno de los aliados clave en el tema de suministro de condones es PROFAMILIA, entidad sin ánimo de lucro que señala, desde el saber y experiencia acumuladas durante el tiempo que lleva en el país, así como desde su capacidad para romper paradigmas en torno a la sexualidad, que una de las lecciones aprendidas es la constancia y permanencia en el mercado, aún a pesar de la competencia.

Este actor resalta la importancia de desarrollar programas —más que acciones aisladas— y destaca su capacidad e interés por desarrollarlos y trabajar conjuntamente con el sector público. Además, invita a las instituciones a demandar estrategias o paquetes completos, más que productos puntuales. A este respecto, indica que al vender programas se tiene la posibilidad de hacer seguimientos y mediciones, con lo que se obtiene información sobre los resultados y se puede realizar un balance que permita ver un proceso. La gran lección que identifica esta entidad es que se debe hablar de programas, lo cual limita la oferta y haría que, probablemente, se ofrezcan un mayor impacto y mayores resultados frente a la población colombiana, además de cobertura.

La otra lección que identifica desde el sector privado es que cuando se está en un mercado de condones como el colombiano —o como cualquier otro— hay que tener una inversión importante en términos de medios masivos de comunicación

Se deben continuar y desarrollar todos los mercados de comunicación hacia el usuario final, no solamente con fines comerciales sino también informativos. Probablemente, el país debe abrir un espacio a nivel de canales privados que posibilite la presentación de pautas informativas relacionadas con temas de salud —de manera similar a como las hacen entidades públicas como la Procuraduría, que desarrollan espacios informativos hacia la población colombiana— o la participación en seriados de televisión o telenovelas, de tal forma que se introduzcan temáticas de interés como el uso de condones.

Apertura de espacios en internet o televisión con mensajes que incentiven la promoción de la salud y la prevención de factores que afectan la salud sexual y reproductiva, con mensajes adecuados para cada edad y que lleguen a los niños y niñas

Si se desea crear hábitos más saludables y realizar una promoción adecuada de la salud y de la prevención, es necesaria una fuerte discusión como gobierno y como país que garantice un carácter más incluyente por parte de los medios de comunicación —televisión o internet— frente a este tipo de espacios para la educación en salud y la promoción de un cambio de hábitos, así como para la información sobre temáticas como el abuso sexual —cómo reconocerlo y prevenirlo, entre otros—. De igual modo, es importante que sean más flexibles en los horarios otorgados, en las inversiones realizadas y en la generación y garantía de espacios que permitan hablar y participar con el gobierno, con la industria farmacéutica y con las demás alianzas que se pueden desarrollar en pro de la generación real de cambios en términos de salud.

Contar en los procesos de adquisición de condones con entidades que garanticen el respaldo técnico en la calidad de los condones que se compran

De acuerdo con las palabras de un funcionario de PROFAMILIA, "en el marco institucional debíamos revisar muy bien esos porcentajes, esas calificaciones, ese ejercicio y hacer más énfasis en calidad, en la transparencia, en la honestidad, en la trayectoria, en quién está detrás, en todas esas garantías que se deben dar y no dejar que el precio sea el rey" [151]. En esta vía, se señala la importancia de fortalecer la capacidad de las entidades territoriales para seleccionar a los proveedores de condones, teniendo en cuenta factores como la trayectoria de la empresa y el respaldo que ofrece durante la compra, con el fin de obtener la mejor relación entre precio y calidad.

La distribución debe hacerse con base en el reconocimiento de los segmentos de la población a partir de las particularidades de cada uno, dado que son muy disímiles

La segmentación del mercado es el proceso de dividir el mercado total en subconjuntos más pequeños —segmentos— que tienen características, necesidades y comportamientos similares. El análisis de la segmentación del mercado examina los patrones actuales de demanda y de uso de productos para la salud reproductiva, así como las características —socioeconómicas, socioculturales y conductuales— de los usuarios, con el objetivo de encontrar mejores y más eficientes formas de satisfacer la demanda existente y generar mayor demanda[152], lo cual resulta esencial para los procesos de programación de compra, distribución y promoción del uso de los preservativos.

5. RETOS

Ampliar la cobertura de los condones que se entregan gratuitamente en el marco del POS y del PIC

Respecto a la cantidad entregada, se señala que 10 condones pueden ser un punto de partida; no obstante, quedan por fuera las demás poblaciones vulnerables no infectadas por ITS o VIH, así como aquellas que no poseen poder adquisitivo. Por tanto, se considera deseable ampliar la cobertura de la entrega gratuita a poblaciones vulnerables a la infección, así como a aquellas sin poder adquisitivo —como jóvenes y personas en situación de calle—. En este sentido, resulta necesario gestionar con la Comisión de Tecnologías en Salud — cuya acción debe ir articulada en la agenda de prioridades que aborde el Conasida— la realización de los estudios pertinentes, de tal manera que se pueda ampliar la cobertura de los condones que se entregan vía POS.

En el marco de las acciones colectivas resulta necesario hacer un ejercicio direccionado y estratégico, tanto a nivel nacional como territorial, que permita llegar con los insumos a las poblaciones más vulnerables. Esto se logra mediante la caracterización específica de las poblaciones en cuanto a necesidades, prevalencias de uso de condones, barreras que afrontan y ubicación geográfica, así como estrategias para la entrega y para la sostenibilidad del proceso mismo.

En este sentido, es necesario llevar a cabo todo el proceso integral de la programación, con el objetivo de saber lo que el país necesita, lo que el sistema de salud está en capacidad de entregar y a quiénes les va a entregar; así como de monitorear el uso del condón. Esto requiere capacidades estratégicas nacionales para direccionar el mismo ejercicio estratégico en lo local, para que las autoridades de salud —tanto nacionales como locales— identifiquen este tema como importante y consideren que protege la salud de las personas.

Incluir en la entrega gratuita a los pacientes con tuberculosis

Dado que la tuberculosis guarda una importante relación de coinfección con el VIH —dado que promueve la progresión de una infección por tuberculosis reciente o latente y, a su vez, la tuberculosis acelera el curso de la enfermedad por VIH—, es recomendable que se le entreguen condones a los pacientes que padecen esta patología.

Desarrollar estrategias público privadas frente a la compra de condones que permitan ampliar la oferta y la disponibilidad de condones a toda la población sexualmente activa que no posea capacidad de pago

Frente a la entrega de condones, los informantes señalan que no es posible desde el Estado cubrir la totalidad de los condones que las personas necesitan, ya que cada persona tiene necesidades diferentes, y que la limitación de recursos con que cuenta el sistema de salud impide que dicha totalidad sea cubierta con fondos públicos. En este sentido, se sugiere considerar el desarrollo de estrategias de financiación en el que concurran el sector público, las EPS, las agencias de cooperación y el sector privado.

Articulación de las acciones y prioridades entre VIH y salud sexual y reproductiva

Se reconoce la necesidad de que las prioridades en VIH y salud sexual y reproductiva frente a la entrega de condones se articulen y no compitan entre sí, lo cual ampliaría la disponibilidad de los condones en el marco de las acciones de salud pública y, por tanto, facilitaría el acceso a mayor número de personas mediante la ampliación de la gama de opciones de doble protección en las relaciones sexuales.

Generar capacidad en las entidades territoriales para adelantar procesos eficientes y de calidad en materia de programación integral de condones

Otra recomendación consiste en la realización del proceso integral de la programación, con el fin de conocer las necesidades del país, así como la capacidad de entrega del país y el sistema de salud, los beneficiarios de dicha entrega y la posibilidad de monitorear el uso del condón. Esto implica realizar un ejercicio mucho más estratégico y menos global.

Garantizar a los jóvenes de todos los estratos el acceso a los condones, en el marco de procesos formativos - sector educativo

Este reto consiste en que los adolescentes y jóvenes tengan acceso a los condones en el marco de un proceso de formación y acompañamiento pedagógicos, que vaya más allá de los mecanismos de acceso usuales —dispensadores, enfermería del colegio, entre otros—. En consecuencia, es importante que quien tenga la responsabilidad de la entrega de condones garantice que realmente estén dispuestos para los jóvenes de todos los estratos y que ellos tengan acceso real, siempre y cuando haya una garantía de los procesos de formación. Para esto es importante el trabajo articulado, ya que el acceso sin formación no genera impacto en la transformación de comportamientos.

Fortalecer los sistemas de información relacionados con el suministro de condones en las Secretarías de Salud y por parte de las EPS

Resulta importante generar información sistemática y permanente que permita saber cómo, en qué condiciones y a quiénes están llegando los condones que se distribuyen, no solo entre las poblaciones más vulnerables, sino entre la población general, así como el resultado que generan en función de la promoción y prevención, para facilitar el acceso al conocimiento y al uso del condón.

Es necesario realizar un ejercicio de análisis de costo/beneficio/efectividad que permita evaluar cuánto vale adquirir condones en virtud de su capacidad para evitar infecciones y del costo que genera su atención para el sistema, así como evaluar la relación del gasto "de bolsillo" en comparación con la inversión en salud pública sin perder de vista la finitud de los recursos, lo cual fundamenta discusiones estructurales para la construcción de una política pública enfocada en el suministro de condones.

Si bien el país está progresando —de acuerdo con los datos macroeconómicos—, las inequidades son muy grandes, lo cual significa que así como hay sitios en donde no sería necesario que las personas reciban un condón por parte del Estado, hay otros en donde la única posibilidad de que las personas vean, conozcan o reciban un condón es a través de estrategias de salud pública promovidas por parte del Estado, dadas las dificultades y limitaciones geográficas, la pobreza, o el desempleo. Al respecto, es

necesario buscar un punto de equilibrio entre las dos situaciones, ya que no se puede sostener una actitud paternalista del Estado que lleve a entregar los 10 condones a la semana, pero tampoco se puede llegar al extremo de considerar que acceder a ellos es un problema de cada persona, por lo que cada una mire como lo soluciona.

La construcción de una política pública a partir de la lectura de necesidades basada en un enfoque de vulnerabilidad y de fragilidad social

La política pública tiene como fin disminuir la brecha social. Por tanto, en la construcción de una política enfocada hacia la ampliación del acceso a los condones debe tener una mirada basada en la equidad que permita identificar sus beneficiarios, los lugares en que se encuentran, sus necesidades y los mecanismos para llegar a ellos. El reto consiste en que la política pública cuente con la capacidad para leer las necesidades de las personas, interpretarlas en los contextos específicos, generar acciones que reduzcan su vulnerabilidad y equiparar sus condiciones frente a las de otras personas que están mejor.

Trabajar las masculinidades hegemónicas y el empoderamiento de las niñas frente al uso del preservativo en la primera relación sexual como un elemento clave en la adherencia al uso de preservativos

Dos condiciones resultan importantes frente a este aspecto. La primera es que diversos estudios han mostrado que la probabilidad del uso continuo de preservativos es más alta entre las personas que iniciaron la actividad sexual bajo el uso de preservativos. La segunda es que la construcción de rol masculino a partir de una ética patriarcal y hegemónica impone a los hombres un modelo de exposición y vulneración permanentes de su propia integridad, dado que bajo tal esquema deben constatar permanentemente su propia hombría mediante la demostración de fuerza, valor, virilidad, e invulnerabilidad, aún en contra de cualquier acción preventiva. Por su parte, este mismo modelo limita las posibilidades que tienen las mujeres de acceder a información y de asumir de forma autónoma su cuerpo, su deseo, su placer y el disfrute de su sexualidad, por lo que también limita su propia protección.

Por tanto, resulta esencial la promoción de la prevención y el uso de los preservativos a través del trabajo entre la población adolescente y juvenil sobre las masculinidades y las construcciones de género que afectan a las mujeres, así como la búsqueda de la transformación del modelo hegemónico masculino. Esta labor también es importante porque la percepción del riesgo de contraer una ITS/VIH no es muy visible para la población adolescente y juvenil, lo que indica que las personas en estas edades saben que existe pero lo asumen como una realidad que no es cercana a ellos y ellas.

Articulación de acciones y proyectos de VIH/Sida y el programa de servicios amigables para adolescentes y jóvenes

El modelo de servicios amigables ha demostrado ser una opción para mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud por parte de las y los jóvenes y adolescentes; sin embargo, es necesario buscar una estrategia de fortalecimiento de estos servicios con las acciones que realizan otros proyectos relacionados, como el Proyecto VIH Colombia. Las y los jóvenes son aliados clave en los procesos de prevención: los que participan en los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes —SSAAJ— han hecho parte

de las campañas, eventos y jornadas, además de que cuentan con las herramientas, la sensibilidad y los conceptos suficientes para apoyar diferentes procesos de prevención y promoción en el uso de condones; no obstante, es necesario que su capacidad se amplíe y sea fortalecida con proyectos como el mencionado.

Fortalecer la articulación entre el sector salud y el de educación para promover el uso del preservativo entre los y las jóvenes, garantizando su acceso a estos insumos

El tema de la intersectorialidad no es simplemente un discurso. Es necesario incluir el tema de la prevención de la infección por VIH en los Proyectos Educativos Institucionales y en las agendas institucionales del sector educativo en los diferentes municipios y regiones del país, lo cual daría como resultado la unificación de conceptos, objetivos, finalidades y mensajes dirigidos a los y las jóvenes y adolescentes, lo que aumentaría la eficacia y el impacto de las acciones de educación para la sexualidad y de prevención del VIH, de ITS y de embarazos entre la población adolescente y juvenil.

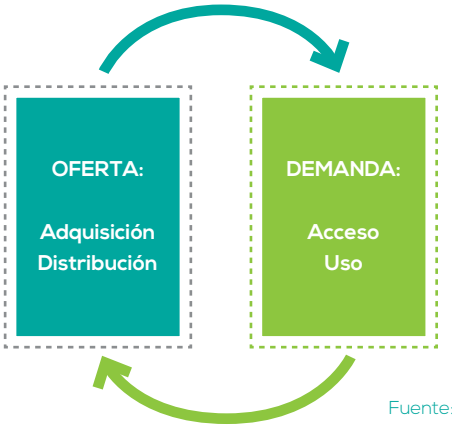
Un objetivo que se perseguiría en relación con esto es incorporar en la cotidianidad de los jóvenes el uso del preservativo dentro de un enfoque de derechos y de un enfoque de toma de decisiones de una manera mucho más cercana, en términos de que ellos y ellas vean el uso del preservativo como una opción real de protección dentro de ese marco de derechos y de toma de decisiones. No se trata de "condonizar" las relaciones sexuales ni de incentivarlas, sino de que cuando los y las jóvenes tomen la decisión de tenerlas cuenten con el uso del preservativo como una opción real. Por tanto, es fundamental el trabajo realizado desde los colegios, las instituciones y las secretarías de salud municipales con el fin de definir la manera en que se incorpora la entrega de los insumos desde diferentes escenarios, para que la disponibilidad de condones y su acceso sean una realidad fácil y permanente.

El uso del condón como doble protección

Involucrar de forma sistemática, y estructural, en los programas de salud sexual y reproductiva como los de VIH, el uso de los condones como métodos de barrera, para evitar tanto infecciones de transmisión sexual como embarazos no deseados. Este reto implica una gran destreza y habilidad de manejo por parte de las personas, pero también requiere verse reflejado en los servicios y en los mensajes que se transmiten, y debe estar acompañado de estrategias que garanticen el acceso a los condones. Es evidente la fragmentación de los servicios de salud, especialmente entre SSR y VIH, ya que sus prioridades compiten, cada programa tiene su propia lógica; la población y las líneas de trabajo son diferentes, los servicios no están integrados y se desconoce el concepto de doble protección: no es totalmente claro en el interior del sector ni para los usuarios de este tipo de servicios. Por tanto, su implementación debe ir acompañada de estrategias que busquen la articulación desde la misma formulación de programas y acciones, de tal manera que este mensaje llegue integrado a la población usuaria final.

6. CONCLUSIONES

Figura 8. Dinámicas en el suministro de los condones



Fuente: Elaboración propia

A pesar de la información circulante acerca del VIH y el uso de los condones, este conocimiento no se concreta en el uso sistemático y consistente de los condones por parte de toda la población, lo cual pone en evidencia que no es suficiente con la información y que para que este ideal se convierta en realidad es preciso contemplar otros factores institucionales, programáticos e individuales que influyen en el acceso, la disponibilidad y uso de los condones por parte de quienes los necesitan. En ultimas, es necesario llegar a las barreras y brechas que afectan tanto la oferta como la demanda de condones.

A nivel de la oferta, a pesar de que la mayoría de los condones que se comercializan en el país cumplen con los estándares de calidad , factores como la no solicitud de pruebas de conformidad anteriores al envío de los condones ni de confirmación al arribo de la carga, así como no contar con un laboratorio acreditado internacionalmente ni con un reglamento técnico de condones, además de las debilidades institucionales para el ejercicio de la inspección, vigilancia y control, pueden convertirse en obstáculos para controlar la calidad de los condones que ingresan al país.

Las adquisiciones de los condones por parte de las entidades territoriales no se hacen en el marco de procesos de gestión sistemática que incluyan estimación de necesidades, programación de la compra y gestión logística de los insumos. Esto obedece tanto a factores institucionales como programáticos.

A nivel institucional, se refleja poca voluntad política en la ausencia de decisiones públicas —como políticas— que impulsen la compra de los condones, dado que esta no es vista como una prioridad. Además, los condones no cuentan con una línea presupuestal específica, por lo que los recursos para su compra compiten con otras prioridades, y la decisión depende, en últimas, del conocimiento y la capacidad de gestión del profesional encargado.

La poca capacidad técnica del personal encargado para desarrollar procesos de programación —que se refleja en el desconocimiento de las normas internacionales y de procesos administrativos—, así como la falta de integración entre los programas de ITS/VIH y los de salud sexual y reproductiva —con prioridades que en ocasiones compiten entre sí—, constituyen factores programáticos que disminuyen la posibilidad de llevar a cabo procesos de adquisición que respondan eficientemente a las necesidades de la población, por lo que causan un alto riesgo de desabastecimiento de este tipo de insumos.

La combinación de factores asociados con la falta de voluntad política para la compra de condones y con la poca capacidad técnica para llevar a cabo procesos de programación integral de los mismos, aumenta las posibilidades de efectuar compras de preservativos basadas principalmente en el precio, que dejen de lado los estándares y requisitos técnicos de calidad como criterios; esta es una preocupación que ha sido referida por varios informantes.

Los procesos de distribución de condones experimentan barreras institucionales y programáticas. A nivel institucional, los programas que tienen prevista la entrega de condones están sujetos a la disponibilidad con la que se cuente, por lo que la entrega sostenida de estos insumos no está asegurada; ejemplo de ello son las situaciones de desabastecimiento que se presentan en los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

Por su parte, los programas de ITS/VIH —que son en su mayoría los que llevan a cabo entregas masivas de preservativos a la población general— se dan de forma intermitente y puntual a través de jornadas, conmemoraciones, o campañas que no garantizan un acceso constante a los condones. De otra parte, la cualidad de doble protección no se ve reflejada en los procesos de distribución, lo cual se evidencia en los pocos mensajes en campañas masivas que incentiven el uso de condones como doble protección, así como en la no entrega de condones a las mujeres en general, a gestantes y a las que viven con VIH, en las que se privilegia la entrega de otros métodos anticonceptivos —como la esterilización— y se hace énfasis desde la consulta en la planificación familiar más que en la protección frente al VIH y otras ITS.

En cuanto al acceso a los condones, es importante señalar que las deficiencias de la oferta se convierten en obstáculos para la demanda. En este sentido, las deficiencias en las políticas de entrega gratuita se convierten en barreras para el acceso a los condones por parte de las personas con menor poder adquisitivo, como la población rural e indígena, jóvenes o población en situación de calle, entre otras. Así mismo, las barreras de índole administrativa y de calidad que obstaculizan el acceso a los servicios de salud limitan también el acceso a los beneficios de las políticas de entrega gratuita de condones establecida en el POS.

De otra parte, factores culturales como los asociados al estigma que recae sobre las personas que compran o portan condones —especialmente para las personas más jóvenes— o la falta de poder adquisitivo para adquirirlos también se convierten en obstáculos que impiden el acceso a los condones y, por tanto, limitan la demanda de los mismos y su consecuente uso.

En cuanto al uso, se puede decir que se convierte en reflejo de todos los aspectos mencionados anteriormente, a los cuales se deben agregar los estigmas, conceptos e ideas erróneas asociadas con la desconfianza hacia la pareja, la falta de eficacia de

los condones, su percepción como obstáculos para el placer y el desempeño sexual, el desconocimiento de su propiedad de doble protección, la baja conciencia de riesgo o vulnerabilidad y los factores culturales asociados con las construcciones de género. El estigma y discriminación que recaen en el uso de condones reducen la auto eficacia para asumir, negociar y realizar conductas sexuales protegidas.

Por último, frente al control del proceso, los condones se ven afectados por la ausencia de planes de seguimiento en los procesos de adquisición, distribución, acceso y uso. El esquema descentralizado que caracteriza el sistema de salud colombiano limita la posibilidad de hacer seguimiento al sistema de información del suministro, "ya que no hay una información consolidada entre el departamento, el municipio y los hospitales y centros de salud, por lo cual no existen registros confiables de cuántos usuarios y qué usuarios están atendiendo el sistema, lo cual hace que el impacto se pierda, pues se aumenta la cobertura pero se duplican los esfuerzos y los recursos" [154].

Unido a ello, se evidencia la debilidad institucional de las entidades que tienen a cargo las acciones de inspección, vigilancia y control de estos insumos en la etapa de post comercialización, que tienen que ver con las problemáticas que enfrenta el INVIMA para desarrollar sus competencias misionales, las cuales esperan ser superadas con la reforma administrativa:

(...) contar con un esquema organizacional unificado para desarrollar las actividades de vigilancia pre y post comercialización, la carencia de oportunidad en los resultados de los análisis de calidad, necesarios para la toma de decisiones, la baja presencia institucional y capacidad para cumplir las actividades misionales en todo el país y el bajo nivel de coordinación interinstitucional, lo que genera duplicidad de la información, de actividades, y procesos operativos incompletos[155].

Tabla 18. Resumen de barreras a la oferta y demanda de condones

Oferta	Demanda
Procesos de adquisición • No se presenta estimación de necesidades, programación de la compra ni proceso de adquisición en el marco de los procesos de programación sistemática • Capacidad técnica insuficiente - precio • Los condones no se ven como prioridad de inversión • La decisión depende de la capacidad de gestión • Su adquisición se ve fragmentada entre los programas de ITS/ VIH y los de planificación —que no siempre ven la importancia del uso de condones— • Injerencia de normas implícitas opuestas a la compra de condones • Ausencia de normativas que respalden la compra de condones, así como recursos insuficientes	**Acceso** • Ausencia de políticas de entrega gratuita que estén dirigidas a la población más vulnerable • Las barreras administrativas y de calidad que operan como obstáculos para el acceso a los servicios de salud limitan el acceso a los condones que se entregan vía POS • Limitantes culturales asociados al estigma que recae sobre las personas que compran o portan condones, especialmente para las personas más jóvenes y las mujeres • La falta de capacidad adquisitiva para comprar condones

Fuente: Elaboración propia

154 AGUDELO, Juan y QUESADA, Nora. Op. cit., p. 22.

155 OTALVARO, E. Op. cit.

Procesos de distribución	**Uso**
• Distribución fragmentada en momentos específicos • La disponibilidad define la entrega en ciertos programas • Política de distribución gratuita en el POS restringida a ciertas poblaciones • Injerencia de normas implícitas opuestas a los condones • Pocos mensajes en campañas masivas que incentiven el uso de condones como doble protección • Poca aplicación del concepto de doble protección dentro de las políticas de distribución	• Conceptos e ideas erróneas asociadas con la desconfianza hacia la pareja, la falta de la eficacia de los condones y de que constituyen obstáculos para el placer y el desempeño sexual • Desconocimiento de la propiedad de doble protección de los condones • Baja conciencia de riesgo o vulnerabilidad • Factores culturales asociados con las construcciones de género, el estigma y la discriminación que recaen en el uso de condones reducen la auto eficacia para asumir, negociar y realizar conductas sexuales protegidas
Control del proceso • Sin planes de seguimiento en los diferentes momentos • Desarticulación a nivel nacional y territorial • Debilidad institucional para llevar a cabo acciones de inspección, vigilancia y control de los condones en la etapa de post comercialización	

7. RECOMENDACIONES

Desarrollo de estrategias IEC con enfoque regional

Las acciones informativas deben tener un enfoque regional, étnico y cultural que permita que, por ejemplo, personas pertenecientes a las comunidades indígenas se sientan incluidas. Es necesario entender las realidades locales, de tal manera que la información sobre el uso sistemático del condón llegue efectivamente — y con el énfasis específico— a quienes debe llegar.

Además de los procesos de capacitación y consulta, se requieren desarrollos normativos y técnicos que respalden los procesos de compra de los condones

Se requieren procesos en que los técnicos de las entidades puedan apoyarse para hablar con su tomador de decisiones, de forma que obliguen la compra y aporten directrices claras sobre cómo hacerlo. El respaldo legal y técnico resulta esencial.

Es necesario concurrir con acciones encaminadas a garantizar la disponibilidad de preservativos para la población que los necesite y experimente barreras para su acceso

Se deben complementar acciones de los niveles nacional, departamental y municipal, así como las de los grandes proyectos que se desarrollan a nivel territorial. A partir del reconocimiento de las competencias de cada actor se pueden establecer alianzas estratégicas que incrementen los recursos, eviten la duplicidad de acciones y amplíen la gama de posibilidades de la población para acceder a insumos de salud sexual y reproductiva.

El control de los condones no depende exclusivamente del INVIMA, sino también del sector comercial

Si las prácticas comerciales son correctas, no deben existir dudas frente a que los condones que se venden en el "menudeo" —que sean legalmente comercializados— corresponden a los autorizados por el INVIMA. Este es un tema que le compete también a la Dian, al control de los establecimientos que compran estos productos —como droguerías y farmacias— y a la Policía. El control de la compra de productos de contrabando trasciende el tema de salud. Es necesario trabajar estos temas con quienes comercializan los condones en el país, además de ejercer vigilancia sobre las condiciones en que se hace la venta de condones en sitios como marqueterías, discotecas, y cigarrerías.

Es preciso tener en cuenta variables que pueden inducir a la confusión en el proceso de programación de condones, como consumo real de condones, necesidades de la población y calidad en la cadena logística

En los procesos de programación de condones es necesario clarificar que el consumo de condones es mucho mayor que el uso promedio refiere. Además del empleo tradicional de los condones como doble protección, se usan para otros fines como el narcotráfico, en el que son usados en los diferentes momentos de la cadena de producción, embalaje

y distribución de narcóticos. Además, resulta importante identificar cuál es la necesidad, ya que se debe diferenciar la derivada de su uso como protección de las ITS, como método anticonceptivo y como método de doble protección.

Además de los controles en la entrada del país y la promoción para la adecuada utilización de los condones, es necesario realizar educación en el tema de mantenimiento de su calidad, dado que la que ofrece el fabricante se pierde por el inadecuado almacenamiento, temperatura, ubicación y transporte durante la cadena logística que se lleva a cabo por parte de los comercializadores y distribuidores de condones en el país. Por tanto, es necesario prevenir que todas estas variables de confusión sean tenidas en cuenta en los procesos de fortalecimiento a la programación de condones en el país.

Debe contarse con una estrategia de educación para que las personas utilicen preservativos y reconozcan su importancia, pero también una para que las personas accedan libremente a ellos

Se posee temor a entregar condones sin la realización de acciones educativas. Sin embargo, existen poblaciones que no tienen acceso a este tipo de actividades, como mujeres trans, habitantes de calle o jóvenes no escolarizados, que no tienen tiempo para el concierto o la ciclo vía —donde se hacen las entregas— debido a que deben trabajar. En esta condición también se encuentran adultos "comunes" y "corrientes" que no acuden al sistema de salud con el fin de solicitar una cita sobre planificación familiar ni están en una institución universitaria que les permita tener algún contacto con estas acciones. Por lo tanto, estas poblaciones que no acuden a espacios donde se realizan acciones educativas no pueden acceder a los preservativos de manera gratuita. Debido a estas situaciones, estrategias de entrega a muy bajo costo —como los dispensadores de condones— son necesarias.

Se deben entregar condones en espacios en donde las personas realmente tengan acceso a ellos, sin necesidad de acudir a un centro de salud y realizar una serie de procesos —hablar con el celador para solicitar la entrada, pasar al comprobador de derechos para verificar el estado de afiliación, solicitar una cita y esperar un mes— para que le entreguen unos pocos condones. Estas son barreras importantes para toda la población y los grupos poblacionales —en el caso de las trabajadoras sexuales, por ejemplo, pueden hacerse recorridos donde se les estén entregando condones—. Se deben realizar acciones de doble frente, que incluyan por un lado acciones educativas amplias con unos alcances importantes y por el otro, acciones en las que la gente pueda acceder a los preservativos sin algún tipo de barrera.

8. PERCEPCIONES EN TORNO AL CONDÓN FEMENINO

CONDONES FEMENINOS: PERCEPCIÓN Y USO

La disponibilidad de los condones femeninos amplía la gama de opciones de protección para las mujeres. Dado que ofrece un mayor control por parte de la usuaria, resulta ideal para aquellas que tienen dificultad para negociar relaciones sexuales protegidas por medio del uso del condón masculino. Vale señalar que los condones representan una tecnología aprobada hace más de 15 años, diseñada para el cuerpo de las mujeres y cuyo acceso y uso correctos permitirían aumentar las oportunidades de evitar eventos prevenibles en la salud sexual y reproductiva, así como aumentar la posibilidad de un ejercicio más autónomo de sus derechos, especialmente de los sexuales y de los reproductivos.

Diversos estudios han mostrado el profundo impacto de las desigualdades de género en la vida de las mujeres, en especial frente al ejercicio de sus derechos sexuales y los reproductivos. En el contexto del VIH/Sida se ha evidenciado la particular vulnerabilidad de las mujeres: los datos del Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida muestran que, entre 1988 y 2010, la proporción de mujeres infectadas en el país ha aumentado en casi 5 veces frente a la de hombres —mientras que en 1988 fue de 13 hombres por 1 mujer, en 1998 fue de 4 hombres por 1 mujer, y en 2008 se estimó que por 2 hombres existía una mujer infectada—. Esta tendencia está asociada a desigualdades de género y diferentes formas de violencia que afrontan las mujeres, las cuales limitan su posibilidad de negociar relaciones sexuales protegidas con sus parejas[156].

A pesar de la realidad que muestra esta tendencia, los condones femeninos aún no se encuentran en el mercado colombiano, a la vez que el acceso a los condones masculinos sigue presentando grandes obstáculos. Aunque puedan resultar económicos para algún sector de la población, los condones siguen estando lejos del alcance de las personas con menos recursos, y a pesar de los grandes volúmenes de la información circulante sobre el VIH y el uso de los condones, aún recaen sobre ellos todo tipo de prejuicios y estigmas culturales que restringen su porte y uso durante las relaciones sexuales para la población general.

Al igual que los masculinos, los condones femeninos ofrecen doble protección —para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual—. De acuerdo con la OMS, la eficacia del condón femenino es de 95% —con un uso "casi perfecto"—, lo que significa que cinco de cada cien mujeres podrían quedar embarazadas en un año. Con

156 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres, Bogotá. [en línea]. (2010). [consultado 30 de marzo de 2012]. Disponible en <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/VIHmujeresWeb.pdf>., p. 4.

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[157].

Un modelo matemático de ONUSIDA demuestra que el uso de los condones femeninos resulta rentable frente a su posibilidad anticonceptiva y de evitación de costos derivados de la prevención de ITS[158]. Adicionalmente, "dos estudios han analizado el costo de ampliar la programación sobre el condón femenino frente al ahorro en gastos de tratamiento debido a la reducción en infecciones por el VIH, llegando a la conclusión de que los beneficios sobrepasan los gastos y que la eficacia y la rentabilidad de la programación mejoran sustancialmente a medida que aumenta la programación" .

Bajo la conciencia de su importancia para la vida y la salud de las mujeres, el Fondo de Población de las Naciones Unidas —UNFPA— donó a Colombia 634.000 condones femeninos durante el año 2012 como parte de las acciones de cooperación técnica que en materia de salud sexual y reproductiva adelanta en convenio con el Ministerio de Salud y Protección Social —MSPS—, lo cual permitió la implementación de un pilotaje del uso de los preservativos femeninos. Durante una primera fase exploratoria, se adelantaron acciones para identificar las percepciones generadas frente a los condones femeninos entre la población potencialmente usuaria; posteriormente, se adelantó un proceso de carácter nacional para pilotear el uso de los condones femeninos. Por tanto, en este apartado se da cuenta tanto de la percepción frente a los condones femeninos como de las experiencias en el uso de los mismos.

A continuación se señalan algunos hallazgos de la encuesta de percepción realizada a 294 mujeres de las ciudades de Ipiales, Villavicencio, Medellín, Tumaco, Pasto y Barrancabermeja, cuyo propósito fue identificar el tipo de percepciones asociadas al condón femenino —CF 2—.

157 MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos. Lima: MINSA y UNFPA, 2009., p. 56.

158 OXFAM. El condón femenino: un lujo al alcance de pocas. Quince años perdidos en hacer accesible el condón femenino. Informe de OXFAM 115. [en línea]. (2008). [consultado 15 de marzo de 2012]. Disponible en: ‹http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp115_Female%20Condom%20briefing%20paper_FINAL%20SPANISH_090908.pdf›.

8.1 METODOLOGÍA

La encuesta de percepción fue aplicada en el marco del proyecto piloto sobre su uso, para lo cual se llevaron a cabo jornadas de capacitación dirigidas a organizaciones de mujeres y profesionales prestadoras/es de servicios de salud, con el fin de dar a conocer el método y sensibilizar a la población sobre la importancia de su uso.

La encuesta estuvo compuesta de dos formularios. Se aplicó un formulario de entrada antes del proceso de capacitación y uno de salida después del proceso de capacitación. Los resultados de la encuesta representan una aproximación exploratoria sobre las percepciones acerca del condón femenino, que emplea preguntas de tipo cerrado y abierto.

8.2 RESULTADOS

INFORMACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA

Encuesta de entrada

Tabla 19. Información socio demográfica en la encuesta de entrada

GÉNERO	FEMENINO		MASCULINO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	274	93%	20	7%
EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	**FEMENINO**		**MASCULINO**	
Menor de 20	42	16%	4	20%
21 a 30	78	29%	9	45%
31 a 40	58	22%	4	20%
41 a 50	42	16%	3	15%
51 a 60	17	6%		
Mayor de 60	11	4%		
NR	26	7%		
TOTAL	274	100%	20	100%
TOTAL GENERAL	294			

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Encuesta de salida

Tabla 20. Información socio demográfica en la encuesta de salida

GÉNERO	FEMENINO		MASCULINO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	120	90,2%	13	9,70%
EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	**FEMENINO**		**MASCULINO**	
Menor de 20	4	3,4%	1	7,7%
21 a 30	32	27,6%	7	53,8%
31 a 40	37	31,9%	3	23,1%
41 a 50	22	19,0%	2	15,4%
51 a 60	11	9,5%		
Mayor de 60	1	0,9%		
NR	9	7,7%		
TOTAL	116			
TOTAL GENERAL	133	100,0%	17	100,0%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

¿Alguna vez ha oído hablar del condón femenino?

Tabla 21. ¿Alguna vez ha oído hablar del condón femenino?

Respuesta	Frecuencia	%
SÍ	174	59%
NO	119	40%
NR	1	1%
Total	294	100%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Más de la mitad de personas encuestadas ha oído hablar del condón femenino. De ellas, solo el 29% lo ha visto alguna vez, el 86% nunca ha usado un condón femenino, y solo un 11% lo ha usado alguna vez. La mayoría de las personas encuestadas ha recibido información del condón femenino a través de los medios de comunicación (24%) y por parte de los servicios de salud (16,5%).

¿Alguna vez ha visto un condón femenino?

Tabla 22. ¿Alguna vez ha visto un condón femenino?

Respuesta	Frecuencia	%
SÍ	174	59%
NO	119	40%
NR	1	1%
Total	294	100%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

La mayoría de las personas encuestadas nunca había visto un condón. Las expresiones más usuales al verlo fueron de sorpresa ante su apariencia y de curiosidad, dado que nunca lo habían visto.

¿Alguna vez ha usado un condón femenino en sus relaciones sexuales?

Tabla 23. ¿Alguna vez ha usado un condón femenino en sus relaciones sexuales?

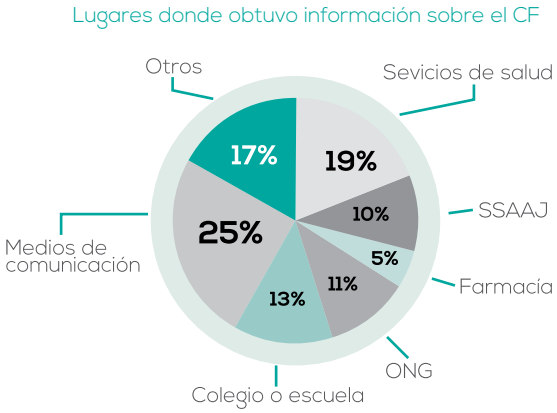
Respuesta	Frecuencia	%
SÍ	11	4%
NO	254	86%
NR	29	10%
Total	294	100%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

El 86% de las personas encuestadas no ha usado un condón femenino; solo 11 personas reportan su uso. Vale señalar que las mujeres que tenían algún acceso a los condones femeninos pertenecían a la Organización Asmubuli, cuya sede es la ciudad de Ipiales —cercana a la frontera con Ecuador, país que comercializa el condón femenino—, lo cual facilita la compra de estos dispositivos.

¿Dónde ha obtenido información sobre el condón femenino?

Figura 9. ¿Dónde ha obtenido información sobre el condón femenino?



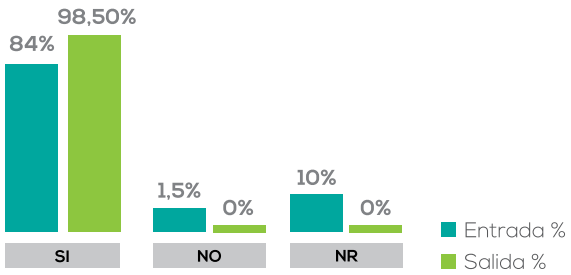
Respuesta	Frecuencia	%
Servicio de salud	42	19%
Servicios amigables para adolescentes y jóvenes	22	10%
Farmacia	11	5%
ONG	25	11%
Colegio o escuela	28	12,8%
Medios de comunicación	54	24,7%
Otros	36	16,5%
Total de respuestas	218	100%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

El 86% de las personas encuestadas no ha usado un condón femenino; solo 11 personas reportan su uso. Vale señalar que las mujeres que tenían algún acceso a los condones femeninos pertenecían a la Organización Asmubuli, cuya sede es la ciudad de Ipiales —cercana a la frontera con Ecuador, país que comercializa el condón femenino—, lo cual facilita la compra de estos dispositivos.

¿Cree usted que las mujeres deberían usar el condón femenino en sus relaciones sexuales?

Figura 10. ¿Cree usted que las mujeres deberían usar el condón femenino en sus relaciones sexuales?



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

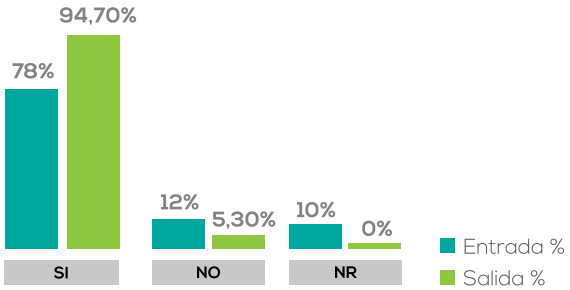
Tabla 25. ¿Cree usted que las mujeres deberían usar el condón femenino en sus relaciones sexuales?

Entrada			Salida		
Respuesta	**Frecuencia**	**%**	**Respuesta**	**Frecuencia**	**%**
SÍ	11	4%	**SÍ**	131	98,5%
NO	254	86%	**NO**	2	1,5%
NR	29	10%	**NR**	0	0%
Total	294	100%	**Total**	133	100%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tanto en la encuesta de entrada como en la que se respondió a la salida, la mayoría de las personas señalan que las mujeres deberían utilizar el condón femenino en sus relaciones sexuales. No obstante, este porcentaje se incrementa después del proceso de sensibilización.

Figura 10. Si tuviera un condón femenino, ¿lo utilizaría en sus relaciones sexuales?



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

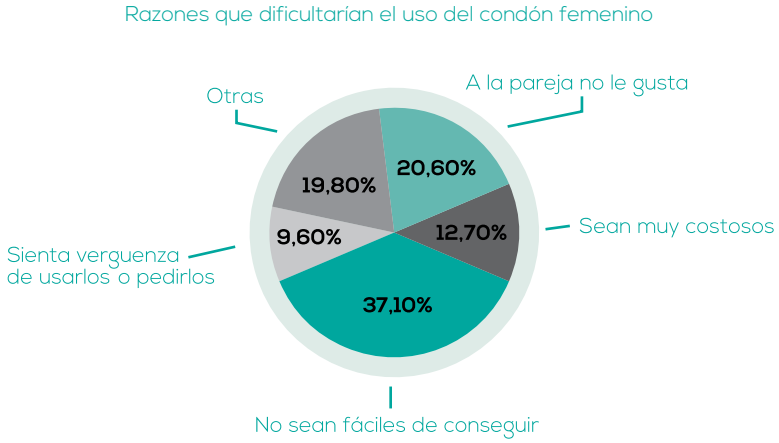
Tabla 26. Si tuviera un condón femenino, ¿lo utilizaría en sus relaciones sexuales?

Entrada			Salida		
Respuesta	**Frecuencia**	**%**	**Respuesta**	**Frecuencia**	**%**
SÍ	230	78%	**SÍ**	126	94,7%
NO	35	12%	**NO**	7	5,3%
NR	29	10%	**NR**	0	0%
Total	294	100%	**Total**	133	100%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

La mayoría de las personas encuestadas señala que sí lo utilizaría, y las tres principales razones reportadas para su uso son: "por variar", "por protección" y "si él está de acuerdo".

¿Cuáles cree que serían las dificultades para utilizar el condón femenino en sus relaciones sexuales?



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Entre las mujeres encuestadas, la principal razón para no usar el preservativo (37% de los casos) sería el acceso —el hecho de que no estén a su alcance—, lo cual está asociado con que aún no se encuentra en el mercado. El otro factor, reportado en el 20,6% de los casos, tiene que ver con la autonomía frente a su uso, que es reflejado en la respuesta "que a la pareja lo le guste", lo cual deja entrever la presencia de elementos culturales, imaginarios, ideas y estereotipos patriarcales de género que inciden en la construcción de las relaciones erótico afectivas de las mujeres en las que, de forma expresa o implícita, se delega el control de la sexualidad y del cuerpo femenino a la pareja.

Los elementos culturales, imaginarios, ideas, y estereotipos patriarcales de género inciden a la vez en la representación social e individual sobre el cuerpo femenino, que restringe el goce sexual y, en consecuencia, limita el conocimiento, la exploración y apropiación de prácticas dirigidas al cuidado del propio cuerpo, así como el ejercicio de la sexualidad. Estos elementos se reflejan en la "vergüenza de usarlos y pedirlos", que aparece con 9,6%.

Vale señalar que solo 11 personas han usado el condón femenino, de las cuales 5 respondieron que les fue fácil usarlo y 2 que su experiencia fue placentera. Las personas que han usado el preservativo femenino lo obtuvieron en talleres sobre educación sexual, en la farmacia, como un regalo, en un centro de salud y en el país de Ecuador —lo cual se explica porque uno de los talleres de capacitación se llevó a cabo en Ipiales, ciudad que está ubicada cerca de la frontera con ese país—.

La principal razón que tuvieron estas mujeres para usarlo fue la curiosidad, la protección que ofrece este método y porque no lograron negociar el condón femenino en su relación sexual. Vale señalar que la mayoría de ellas prefiere el condón femenino frente al masculino, y todas ellas estarían dispuestas a seguir utilizando este método.

Entre los dos tipos de condones —masculino y femenino—, ¿cuál prefiere?

Tabla 27. Preferencia entre condón masculino y femenino

Respuesta	Frecuencia	%
Femenino	10	94%
Masculino	1	6%
Total	11	100%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

¿Estaría dispuesta a seguir usando el condón femenino en sus relaciones sexuales?

Tabla 28. Disposición para seguir utilizando el condón femenino

Respuesta	Frecuencia	%
Sí	11	100%
Total	11	100%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Como se señaló anteriormente, la totalidad de las mujeres que reportaron el uso del condón femenino estaría dispuesta a seguirlo usando si el precio se hace asequible para ellas: "Si el precio se equipara al masculino" y "si fuese de más fácil acceso y económico. Las razones principales para usarlo fueron "la propia protección y la de su pareja" y " porque es un método práctico que se puede usar según la situación". Además, se señala que "la práctica posibilita usarlo fácilmente".

Ventajas y desventajas encontradas en el condón femenino

Tabla 29. Ventajas y desventajas encontradas en el condón femenino

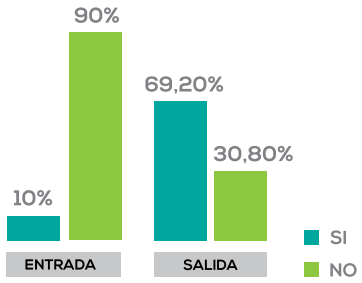
Ventajas	Desventajas
Mayor autonomía y decisión	Precio aparatoso, costoso
Puede colocarse antes de la relación	Difícil acceso
Brinda protección exclusiva para las mujeres	
Permite la seguridad de no ser infectadas	Su uso podría ser complicado cuando no se tiene la practica
Autonomía para la planificación y evitar ITS, el tiempo en que se puede utilizar	

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Se señalan dos factores como ventajas para el uso de los condones femeninos: la autonomía relacionada con el poder de decisión en la relación sexual y la protección que se identifica como exclusiva para las mujeres frente a infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Por su parte, el factor que tiene más peso entre las desventajas es el costo, seguido de la imposibilidad de acceder a ellos y de la falta de destreza para utilizarlo.

Si es prestador/a de servicios de salud, ¿recomendaría el uso del condón femenino a sus pacientes o usuarios/as de servicios de salud?

Figura 13. ¿Recomendaría el uso de los condones femeninos a sus pacientes?



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 30. ¿Recomendaría el uso del condón femenino a sus pacientes?

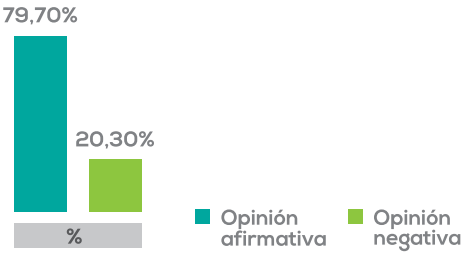
Respuesta	Entrada		Salida	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	7	10%	48	69,2%
No	62	90%	21	30,8%
Total	69		69	

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

La mayoría de los profesionales de la salud no conocían el condón femenino. En la encuesta de entrada, solo el 10% de ellos/ellas, recomendaría su uso a sus pacientes. Después de la capacitación, este valor se incrementó sustancialmente y llegó a 69%, lo cual muestra la importancia de incrementar el nivel de conocimiento sobre este método, así como sobre otros temas que están ligados a la salud sexual y reproductiva, como la perspectiva de derechos y de género, o la importancia de la atención diferencial —cuya aplicación tiene una incidencia directa en el acceso y la calidad de los servicios de salud que se prestan a las mujeres—. Cabe resaltar el papel preponderante de los/las prestadoras de servicios de salud sexual y reproductiva en la promoción de este tipo de métodos, ya que resulta muy eficaz incentivar su uso durante la consulta, en especial si se tiene en cuenta que la mayoría de las usuarias de este tipo de servicio son mujeres.

¿Cómo le pareció el condón femenino?

Figura 14. Apreciaciones acerca del condón femenino



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 31. Apreciaciones acerca del condón femenino

Respuesta	Entrada	Salida
Opinión positiva	106	79,7%
Opinión negativa	27	20,30%
Total	133	100%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

La mayoría —79.7%, que corresponde a 106 personas— de las personas que respondieron a esta pregunta expresaron opiniones afirmativas frente al condón femenino, al cual asocian con "un medio de protección para la mujer" que "es adecuado para las mujeres que saben y son conscientes de que su propio cuidado es vital"; el restante 20, 3% —es decir, 27 personas— expresaron opiniones negativas como que "no es tan placentero como el masculino".

Los datos que muestra la Tabla 31 ponen en evidencia que la introducción de este método al mercado deber ir acompañada de una fuerte campaña de sensibilización, información y formación permanentes, tanto a la comunidad en general —a las mujeres y sus parejas— como a la población que presta servicios de salud. Es preciso también identificar aliados clave, líderes de opinión y organizaciones de la sociedad civil —especialmente aquellas que trabajan por los derechos de las mujeres— para que apoyen la movilización de mensajes que respalden las ventajas de su utilización y demás acciones de abogacía e incidencia política para su introducción en el país.

8.3 CONCLUSIONES

Dado que los condones femeninos aún no se comercializan en el país, las personas que los han usado pudieron hacerlo porque los obtuvieron por factores circunstanciales, como donaciones o por vivir cerca de un país que sí los comercializa. A pesar de ello, la mayoría de las encuestadas reportó que había oído hablar del método, pero no lo había visto. Los medios de comunicación fueron las principales fuentes de esta información.

Los resultados muestran que más del 80% de las personas encuestadas creen que las mujeres deberían utilizar el condón femenino en sus relaciones sexuales, y más del 70% estaría dispuesta a utilizar el condón femenino en caso de que este estuviera disponible. Las razones principalmente expresadas para su uso fueron "por variar", "por protección" y "si su pareja está de acuerdo", las cuales muestran tres elementos que deben ser tenidos en cuenta para la promoción de este tipo de métodos. El primer elemento está ligado con las ventajas que este método ofrece —ampliar la gama de métodos disponibles para las mujeres—, lo cual aumentaría la posibilidad de un mayor número de relaciones sexuales protegidas, además de que su diseño ofrecería nuevas opciones para el placer y el disfrute durante su uso.

La segunda razón está asociada a la protección, en especial la de tipo dual —ITS/VIH y embarazos—, que es un elemento central dentro de la promoción de los preservativos, tanto femeninos como masculinos. En este sentido, es importante que los mensajes hagan visible esta cualidad, frecuentemente ignorada por la población.

El tercer elemento consiste en que su uso está asociado a la aceptación de la pareja, lo cual pone en evidencia las fuertes limitantes que experimentan las mujeres a la hora de decidir frente a su cuerpo, así como la necesidad de ampliar los espacios de capacidades y oportunidades para ellas. De igual forma, muestra claramente lo importante del papel de la pareja —y de los hombres— como socio y aliado clave en relación con las acciones que se encaminen a su promoción y uso.

Frente al acceso, es claro que la principal barrera es su no disponibilidad. A esta dificultad se suman —nuevamente— factores asociados con la poca autonomía existente entre las mujeres a la hora de decidir sobre su cuerpo y su sexualidad. Vale señalar la importancia del trabajo para resignificar los mandatos de género que operan en la construcción de las identidades femeninas y masculinas, que atribuyen a lo femenino el rol del cuidado de otros, y al cuerpo femenino como un "cuerpo para otros", a partir de lo cual el poder de la sexualidad se delega en la pareja y la autonomía se disuelve bajo estos preceptos.

El factor económico juega un papel importante en el acceso a los preservativos, tanto masculinos como femeninos. Por tanto, su introducción en el mercado debe estar acompañada de políticas públicas que hagan asequible el método para todas las mujeres mediante estrategias diferenciales y segmentadas.

Dentro de las principales ventajas que encontraron las personas encuestadas está la autonomía que el método les proporciona, en tanto que pueden decidir sobre su uso y pueden colocarlo antes de la relación sexual. Otra ventaja está relacionada con la protección — derivada de su diseño— que pueden brindar los condones femeninos, ya que se acoplan a la anatomía femenina y cubren los genitales externos. El tercer elemento que se menciona es la protección frente a infecciones de transmisión sexual y su utilidad para la planificación familiar, lo que indica nuevamente la importancia de

reforzar los mensajes dirigidos a fomentar el uso de los condones como métodos de doble protección.

Por su parte, las principales desventajas identificadas son las barreras económicas y la no disponibilidad, que se unen a la necesidad de generar habilidades para su uso —unidas al conocimiento por parte de las mujeres de sus propios cuerpos—. A este respecto, es preciso el trabajo combinado desde los diferentes sectores e instituciones como la familia, los servicios de salud y la escuela —desde la educación para la sexualidad—, así como el desarrollo de estrategias que involucren acciones dirigidas hacia este fin, los cuales resultan esenciales en el desarrollo de autonomía, en el ejercicio político de los derechos y en el fomento y ejercicio de acciones encaminadas hacia la protección de la propia salud e integridad de las mujeres.

Las y los profesionales de salud son aliados claves en los procesos de promoción, acceso y uso de los condones femeninos; sin embargo, y al igual que la mayoría de las personas entrevistadas, desconocen el método. Si bien después del proceso de capacitación la mayoría de personas que respondieron a esta pregunta recomendaría el uso de los condones, existe un porcentaje de ellas y ellos que no lo haría. Por tanto, resulta importante generar procesos permanentes de sensibilización y de información hacia este grupo de población, a fin de que muestren las bondades de su uso y su impacto en la salud pública.

9. EXPERIENCIAS DE USO DEL CONDÓN FEMENINO EN COLOMBIA

Después de indagar por la percepción frente a los condones femeninos, se llevó a cabo la distribución a nivel nacional de los preservativos, con el objeto de pilotear su uso entre la población femenina de todo el país. La distribución y la entrega de los preservativos estuvo a cargo de las Direcciones Departamentales de Salud de todo el país y fue guiada por un procedimiento sugerido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que incluye una encuesta de seguimiento al uso de los condones femeninos; esta encuesta fue diligenciada de forma anónima y voluntaria entre las interesadas. A continuación se presenta la metodología sugerida para el proceso de distribución de los condones femeninos.

9.1 METODOLOGÍA DE APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

La encuesta fue aplicada en el marco del pilotaje de los procesos de sensibilización sobre el uso del condón femenino, y estuvo dirigida a profesionales de la salud y organizaciones de la sociedad civil en poblaciones clave de mujeres. Fue implementada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en convenio con el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Para su desarrollo se sugirió un procedimiento de entrega de los insumos que se señala a continuación[160]:

1. Identificar y contactar a las personas referentes para los diferentes canales de distribución

Los canales de distribución son los grupos hacia los cuales va dirigida la entrega de los condones. Para definirlos, primó el criterio de seleccionar aquellos conformados por mujeres ubicadas en contextos de mayor vulnerabilidad.

Dentro del proceso de contacto se acudió a los siguientes canales de distribución:

- Mujeres que viven con VIH: IPS que atienden a personas que viven con VIH/Sida y asociaciones de personas que viven con VIH/Sida.
- Mujeres diagnosticadas de ITS: Servicios de salud sexual y reproductiva que atienden personas diagnosticadas de ITS.
- Mujeres trabajadoras sexuales: Organizaciones no gubernamentales que trabajan con mujeres trabajadoras sexuales.

160 Estos pasos son tomados de la comunicación dirigida por el Ministerio de Salud y Protección Social a cada una de las entidades territoriales participantes del proceso.

- Mujeres víctimas de conflicto armado: Organizaciones no gubernamentales que trabajan con víctimas del conflicto armado y mujeres líderes de grupos de víctimas.
- Mujeres adolescentes y jóvenes: Organizaciones no gubernamentales que trabajan con adolescentes y jóvenes, servicios amigables para adolescentes y jóvenes, e instituciones educativas de secundaria y universitarias del sector púbico.
- Mujeres que reciben asesoría para prueba voluntaria del VIH (APV): Personas o servicios que realizan APV.
- Población general: Actividades de promoción, prevención y demostración a cargo de la Secretaría de Salud Departamental, así como actividades conmemorativas para día internacional de respuesta al VIH/Sida (1° de Diciembre) —en la que se contó con todos los actores involucrados en las actividades programadas por la Secretaría de Salud Departamental—.

2. Realización de un taller para la adquisición de habilidades en la demostración del uso del condón femenino, dirigido a los actores interesados en participar en los procesos de distribución

Una vez identificadas las instituciones que participarían, la Secretaría de Salud realizó un encuentro para explicar a las personas comprometidas con la distribución de los condones femeninos en su organización el propósito de la estrategia, la situación de los condones femeninos en el país, el uso apropiado del condón femenino y el diligenciamiento de los formatos de percepción individual sobre el mismo —encuesta de seguimiento al uso de condón femenino—, que serían entregados a las personas que voluntariamente desearan llenar la encuesta tras haber usado los condones. Adicionalmente, se debían definir los mecanismos para entregar los formatos ya resueltos a la Secretaría de Salud y devolverlos al Ministerio para el procesamiento de la información.

3. Distribución de los condones femeninos entre los actores comprometidos

Para este paso se elaboró un acta de recepción en la que se explicitaba el objetivo de la estrategia, la población clave y la total gratuidad de los condones.

4. Supervisión y apoyo técnico en los procesos de distribución de los condones femeninos y recolección contínua de las encuestas diligenciadas, a cargo de las Secretarías de Salud

Las encuestas diligenciadas de forma voluntaria y anónima por usuarias cuya experiencia superara las tres veces de uso fueron recolectadas por las Secretarías Departamentales o Distritales de Salud, y fueron posteriormente remitidas a la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social. Se recolectaron 1.698 encuestas, de las cuales se anularon 35 al observar que las personas encuestadas referían nunca haber utilizado el condón femenino, por lo que se obtuvo un total de 1.663 encuestas válidas, correspondientes a 5 regiones: Amazonía, Andina, Caribe, Orinoquía y Pacífica.

Tabla 32. Distribución geográfica de la encuesta de seguimiento al uso del condón femenino

	AMAZONÍA	ANDINA	CARIBE	ORINOQUÍA	PACÍFICO
	GUAVIARE	CUNDINAMARCA	ATLÁNTICO	CASANARE	NARIÑO
		NORTE DE SANTANDER	LA GUAJIRA	META	VALLE DEL CAUCA
		QUINDÍO	SUCRE		
		RISARALDA	CESAR		
		SANTANDER	CÓRDOBA		
		CALDAS			
		ANTIOQUIA			
		BOGOTÁ			
PORCENTAJE	**7,2%**	**40,6%**	**23,3%**	**4,0%**	**25,0%**

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

La encuesta se estructuró en 20 preguntas, 7 de las cuales correspondieron a información de la persona encuestada; las 13 restantes hacían referencia a la experiencia relacionada con el uso del condón femenino frente a sensaciones antes, durante y después del uso, ventajas y desventajas percibidas, experiencia del placer propio y de la pareja, y probabilidad de uso futuro. El contenido de esta encuesta será abordado a lo largo de este informe.

Información socio demográfica:

Las personas que respondieron a la encuesta se encuentran en su mayoría ubicadas en la región Andina, y Pacífica, y entre los 20 y 34 años. Además, el 60% de la población pertenece al régimen subsidiado, y más de la mitad (52,6%) de las encuestadas se ocupan como amas de casa, estudiantes y trabajadoras sexuales. El 2,6% se reconoce como indígena, el 0,2% como gitana ROM, el 4,4% como raizal, el 0,3% como palenquero, el 16,5% como negro, mulato o afrocolombiano, el 31,3% como mestizo, y el 44,6% no se reconoce en alguno de estos grupos étnicos.

Tabla 33. Edad

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	%
De 15 años a 19 años	170	10,2%
De 20 años a 24 años	364	21,9%
De 25 años a 29 años	369	22,2%
De 30 años a 34 años	281	16,9%
De 35 años a 39 años	180	10,8%
De 40 años a 44 años	72	4,3%
De 45 años a 49 años	30	1,8%
De 50 años a 54 años	15	0,9%
De 55 años a 59 años	7	0,4%
De 60 años o más	2	0,1%
NS / NR	173	10,4%
TOTAL	**1663**	**100,0%**

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 34. Ocupación[161]

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	%
Ama de casa	364	21,9%
Estudiante	171	10,2%
Desempleado	7	0,4%
Trabajador/a sexual	341	20,5%
Miembros de la fuerza pública	2	0,1%
Profesionales universitarios	70	4,2%
Técnicos no universitarios	44	2,6%
Empleados de oficina	100	6,0%
Trabajadores de servicios y vendedores	38	2,3%
Agricultores y obreros agropecuarios	2	0,1%
Operadores de instalaciones, de máquinas y ensambladoras	3	0,2%
Trabajadores no calificados	45	2,7%
NS/NR	476	28,6%
TOTAL	1663	

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 35. Situación frente al desplazamiento

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	%	
Sí	156	9,4%	156
No	1222	73,5%	1222
NS/NR	285	17,1%	285
TOTAL	1663	100,0%	1663

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 36. Pertenencia étnica

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	%	
Indígena	43	2,6%	43
ROM, Gitano	3	0,2%	3
Raizal	73	4,4%	73
Palenquero	5	0,3%	5
Negro, mulato, afrocolombiano	274	16,5%	274
Otros: mestizo	522	31,3%	522
NS/NR	743	44,6%	743
TOTAL	1663		1663

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

161 Se empleó como referencia: DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Clasificación internacional uniforme de ocupaciones adaptada para Colombia 88 A.C. [en línea]. (Diciembre de 2005). [Consultado 27 octubre. 2014]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/nomenclaturas/ciuo/CIUO_88A_C_2006.pdf>.

Tabla 37. Situación frente a la afiliación frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	%	
Contributivo	529	31,8%	529
Subsidiado	998	60,0%	998
Población pobre no afiliada	91	5,5%	91
Otro	12	0,8%	12
NS/NR	33	2,0%	33
TOTAL	1663	100,0%	1663

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

9.2 RESULTADOS

Experiencia de uso frente al Condón femenino

Ventajas y desventajas encontradas en el condón femenino

Las principales ventajas identificadas por las participantes fueron que "se puede colocar antes de la penetración" (50,3%) y que "no afecta la penetración" (29,9%), como se muestra a continuación:

Tabla 38a. Ventajas: se puede colocar antes de la relación sexual

		SE PUEDE COLOCAR ANTES DE LA RELACIÓN SEXUAL		TOTAL
		SÍ	NO	
REGIÓN	AMAZONÍA	2,3%	4,9%	7,2%
	ANDINA	24,5%	16,1%	40,6%
	CARIBE	8,5%	14,8%	23,3%
	ORINOQUÍA	2,1%	1,9%	4,0%
	PACÍFICO	12,9%	12,1%	25,0%
TOTAL		**50,3%**	**49,7%**	**100,0%**

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 38b. Ventajas: no afecta la penetración

		SE PUEDE COLOCAR ANTES DE LA RELACIÓN SEXUAL		TOTAL
		SÍ	NO	
REGIÓN	AMAZONÍA	1,6%	5,6%	7,2%
	ANDINA	14,3%	26,3%	40,6%
	CARIBE	6,3%	17,0%	23,3%
	ORINOQUÍA	1,3%	2,7%	4,0%
	PACÍFICO	6,4%	18,6%	25,0%
TOTAL		**29,9%**	**70,1%**	**100,0%**

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Resumen del procesamiento de los casos

Tabla 38b. Ventajas: no afecta la penetración

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Región * Se puede colocar antes de la relación sexual – No afecta la penetración	1663	100,0%	0	0,0%	1663	100,0%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Como se puede observar, en la región Andina en donde se identifica más claramente esta ventaja, debido al peso porcentual dentro de la muestra analizada. Así, el 16,7% identificó como ventaja que "puede ser utilizado por personas alérgicas al látex", el 19,6% reconoció que "es fácil de colocar"; el 19,4% señaló que "se puede retirar hasta el final de la relación sexual", y el 15% resaltó que "a su pareja le gusta utilizarlo", mientras que la apariencia fue la cualidad menos valorada —que correspondió al 7,9%—. El impacto por la apariencia del condón es una reacción frecuente entre las personas que emplean por primera vez los condones femeninos, dado que contrasta con la forma usual de los condones masculinos de látex; esta reacción se manifiesta con expresiones como "es muy grande" o "es feo". No obstante, esta reacción se contrarresta con ventajas también identificadas por las participantes, como la de "poder utilizarlo antes de la relación sexual", con lo que se facilita un mayor posibilidad de control de su empleo por parte de la usuaria.

¿Cuánto tiempo antes se colocó el condón femenino?

Si bien los condones femeninos cuentan dentro de sus principales cualidades el que puedan ser colocados varias horas antes de la relación sexual, los resultados de las encuestas muestran que solo un pequeño porcentaje (1,6%) empleó el condón con más de 4 horas de anticipación, y el 3,2% con una antelación mayor. La mayoría de las encuestadas (el 53,5%) se colocaron el condón justo antes de la relación sexual o justo antes de la penetración (34,4%), lo cual indica que esta es una ventaja que debe ser reforzada por las campañas y durante los proceso de acompañamiento a su uso.

Resumen del procesamiento de datos

Tabla 39. Ventajas: no afecta la penetración

	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Región * Al inicio de la relación sexual - justo antes de la penetración	1663	100,0%	0	0,0%	1663	100,0%

		AL INICIO DE LA RELACIÓN SEXUAL		TOTAL
		SÍ	NO	
REGIÓN	AMAZONÍA	2,5%	4,6%	7,2%
	ANDINA	21,9%	18,7%	40,6%
	CARIBE	12,4%	10,9%	23,3%
	ORINOQUÍA	2,0%	1,9%	4,0%
	PACÍFICO	14,6%	10,4%	25,0%
TOTAL		**53,5%**	**46,5%**	**100,0%**

		ANTES DE LA PENETRACIÓN		TOTAL
		SÍ	NO	
REGIÓN	AMAZONÍA	2,9%	4,2%	7,2%
	ANDINA	14,3%	26,3%	40,6%
	CARIBE	9,5%	13,8%	23,3%
	ORINOQUÍA	1,4%	2,6%	4,0%
	PACÍFICO	6,3%	18,7%	25,0%
TOTAL		**34,4%**	**65,6%**	**100,0%**

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

De acuerdo con las primeras veces de prueba del condón femenino, ¿cómo percibe la dificultad de uso?

Tabla 39 a. Dificultad de uso de acuerdo con las primeras veces de uso del condón femenino

PRIMERA VEZ				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
VÁLIDOS	No fue difícil	522	31,4%	32,1%
	Un poco difícil	549	33,0%	33,7%
	Difícil	314	18,9%	19,3%
	Muy difícil	242	14,6%	14,9%
	Total	1627	97,8%	100,0%
PERDIDOS	Sistema	36	2,2%	
TOTAL		**1663**	**100,0%**	

SEGUNDA VEZ				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
VÁLIDOS	No fue difícil	316	19,0%	35,2%
	Un poco difícil	363	21,8%	40,4%
	Difícil	151	9,1%	16,8%
	Muy difícil	68	4,1%	7,6%
	Total	898	54,0%	100,0%
PERDIDOS	Sistema	765	46,0%	
TOTAL		**1663**	**100,0%**	

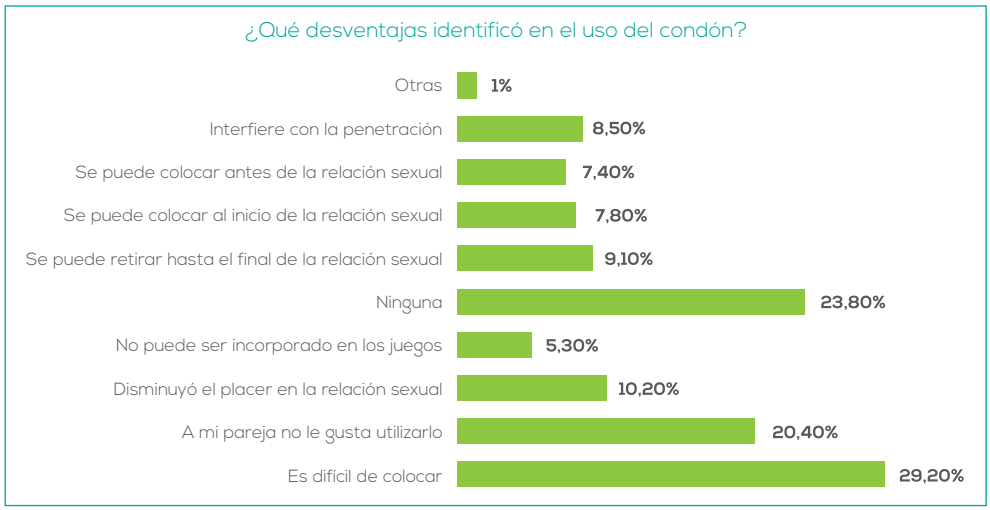
TERCERA VEZ				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
VÁLIDOS	No fue difícil	315	18,9%	41,7%
	Un poco difícil	279	16,8%	37,0%
	Difícil	106	6,4%	14,0%
	Muy difícil	55	3,3%	7,3%
	Total	755	45,4%	100,0%
PERDIDOS	Sistema	908	54,6%	
TOTAL		**1663**	**100,0%**	

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Un elemento interesante que surge al analizar los datos es que la dificultad del uso se va mejorando con el tiempo. El 14,0% de las encuestadas encontró "muy difícil" el uso del condón femenino durante la primera vez, pero en la segunda vez esta respuesta correspondió al 7,6%, y después del tercer uso este valor descendió al 7,3%. Por su parte, la respuesta de "no fue difícil", que correspondió en la primera vez a 32,1%, ascendió a 41,7% en la tercera vez de uso.

¿Qué desventajas identificó en el uso del condón?

Figura 15. Desventajas identificadas en el uso del condón



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 40. Desventajas identificadas en el uso de los condones

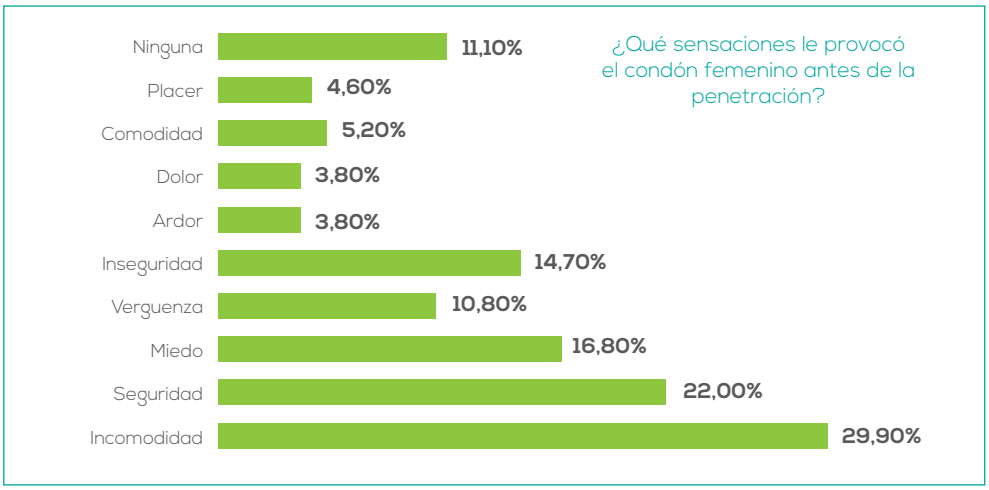
¿Qué desventajas identificó con el uso del condón femenino?	n	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Es difícil de colocar	1663	485	29,2%	29,2%
A mi pareja no le gusta utilizarlo		339	20,4%	20,4%
Disminuyó el placer en la relación sexual		169	10,2%	10,2%
No puede ser incorporado en los juegos sexuales		88	5,3%	5,3%
Ninguna		395	23,8%	23,8%
Se puede retirar hasta el final de la relación sexual		152	9,1%	9,1%
Se puede colocar al inicio de la relación sexual		129	7,8%	7,8%
Se puede colocar antes de la relación sexual		123	7,4%	7,4%
Interfiere con la penetración		141	8,5%	8,5
Otras		17	1%	1

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Las principales desventajas identificadas en el condón femenino están asociadas con la dificultad de colocar (29,2%) y la aprobación de la pareja (20,4%). Otras desventajas identificadas, aunque con menor porcentaje, estuvieron asociadas con la colocación del dispositivo. El 23,8% no identificó dificultad alguna. La colocación del condón es uno de los elementos que aparece como desventaja, lo cual es explicable debido a que se requiere desarrollar destreza frente a la técnica de uso y, sobre todo, confianza frente al propio cuerpo. Otro elemento que surge como un factor que puede limitar el uso de los condones es la pareja, ya que su desaprobación o rechazo pueden obstaculizar el uso de los condones y limitar esta posibilidad para algunas mujeres —especialmente para aquellas que experimentan mayor dependencia de sus parejas—.

¿Qué sensaciones le provocó el condón femenino antes de la penetración?

Figura 16. Sensaciones asociadas al condón femenino antes de la penetración



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 41. Sensaciones asociadas al uso del condón femenino antes de la penetración

¿Qué sensaciones le provocó el condón femenino antes de la penetración?	n	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Incomodidad	1663	497	29,9%	29,9%
Seguridad		366	22%	22%
Miedo		279	16,8%	16,8%
Vergüenza		180	10,8%	10,8%
Inseguridad		245	14,7%	14,7%
Ardor		63	3,8%	3,8%
Dolor		63	3,8%	3,8%
Comodidad		86	5,2%	5,2%
Placer		77	4,6%	4,6%
Ninguna		184	11,1%	11,1%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

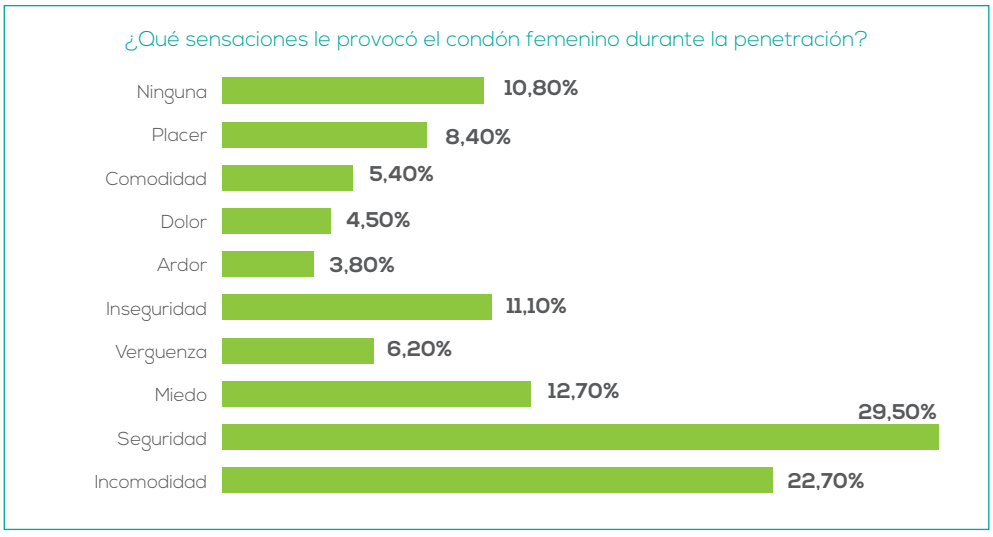
Las sensaciones más frecuentes entre las entrevistadas fueron "la incomodidad" (con 29,9%), "la seguridad" (con un 22,0%), "el miedo" (con un 16%), la inseguridad (con un 14,7%) y "la vergüenza" (con 10,8%). Si bien la seguridad por la protección que brinda este tipo de condones es un atributo que se le reconoce al uso del dispositivo, es la incomodidad lo que prevalece en este momento de uso. El resultado puede estar asociado con la apariencia del condón y la introducción de un objeto extraño en el cuerpo, lo cual genera tensión y temor. También puede estar asociado con hecho de que su inserción requiera de la manipulación de los genitales, lo cual conlleva especialmente para las mujeres una carga cultural negativa, asociada con patrones de género que limitan su contacto con estas partes del cuerpo.

Al respecto, resulta frecuente que las parejas sexuales conozcan mejor los genitales de sus parejas que las mismas mujeres. Por tanto, sensaciones como el miedo o la vergüenza pueden estar asociadas con la incomodidad que se expresa en las respuestas a esta pregunta. No obstante, cabe señalar que respuestas como "seguridad" (con 22,0%), "comodidad" (con el 5,2%) y placer (con el 4,6%) hacen evidente la presencia de elementos emergentes que vislumbran el potencial de este dispositivo para ser adoptado por la población femenina como método de protección sexual.

¿Qué sensaciones le provocó el condón femenino durante la penetración?

Por su parte, las sensaciones experimentadas durante la penetración fueron en su orden: seguridad (29,5%), incomodidad (22,7%), miedo (12,7%), inseguridad (11,1%), ninguna (10,8%), placer (8,4%), vergüenza (6,2 %), comodidad (5,4%), dolor (4,5%) y ardor (3,8%). Se puede notar que después de la penetración la sensación de incomodidad cede ante el uso, por lo que prevalece la sensación de seguridad. Como es de esperarse, el miedo, la inseguridad y la vergüenza disminuyen con la experimentación, y la sensación de placer aumenta un poco.

Figura 17. Sensaciones asociadas al condón femenino durante la penetración



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 42. Sensaciones asociadas al uso del condón femenino durante la penetración

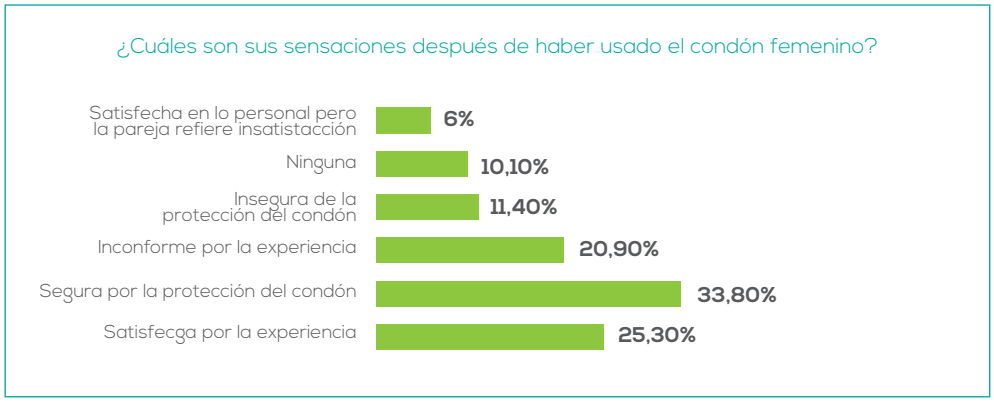
¿Qué sensaciones le provocó el condón femenino durante la penetración?	n	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Incomodidad	1663	378	22,70%	22,70%
Seguridad		490	29,50%	29,50%
Miedo		212	12,70%	12,70%
Vergüenza		103	6,20%	6,20%
Inseguridad		184	11,10%	11,10%
Ardor		64	3,80%	3,80%
Dolor		75	4,50%	4,50%
Comodidad		89	5,40%	5,40%
Placer		139	8,40%	8,40%
Ninguna		179	10,80%	10,80%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

¿Cuáles son sus sensaciones después de haber usado el condón femenino?

Las respuestas de las encuestadas acerca de su sensación después de haber usado el condón femenino fueron: "segura por la protección del condón" (33,8%), "satisfecha por la experiencia" (25,3%), "inconforme" (20,9%), "insegura por la protección del condón" (11,4%), "ninguna" (10,1%) y "satisfecha en lo personal, pero la pareja refiere insatisfacción" (6.0%). Las respuestas que prevalecieron entre las usuarias de este dispositivo fueron en su mayoría de aceptación; con excepción de la "informidad", "la seguridad" y "la satisfacción por la experiencia" son las que representan mayor peso. No obstante, persiste la "inseguridad por la protección del condón", y "la insatisfacción de la pareja" que, aunque en porcentajes menores, son aspectos que deben ser controlados mediante acompañamiento permanente a las usuarias, junto con sus parejas.

Figura 18. Sensaciones después del uso del condón femenino



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 43. Sensaciones después del uso del condón femenino

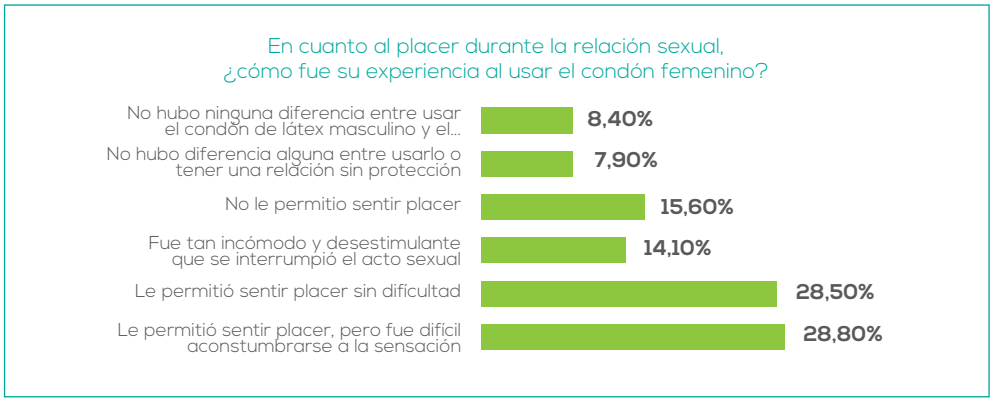
¿Qué sensaciones le provocó el condón femenino después la penetración?	n	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Satisfecha por la experiencia	1663	420	25,3%	25,30%
Segura por la protección del condón		562	33,8%	33,80%
Inconforme por la experiencia		347	20,9%	20,90%
Insegura de la protección del condón		189	11,4%	11,40%
Ninguna		168	10,1%	10,10%
Satisfecha en lo personal, pero la pareja refiere insatisfacción		99	6,0%	6%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

En cuanto al placer durante la relación sexual, ¿cómo fue su experiencia al usar el condón femenino?

Al 28,8% de las encuestadas le permitió sentir placer pero le fue difícil acostumbrarse a la sensación, mientras que al 28,5% le permitió sentir placer si dificultad. Otras respuestas reportadas fueron: "fue tan incómodo y desestimulante que se interrumpió el acto sexual" (14,1%), "no le permitió sentir placer" (15,6%), "no hubo diferencia alguna entre usarlo o tener una relación sexual sin protección" (7,9%) y "no hubo diferencia alguna entre usar el condón masculino de látex y el femenino" (8,4%). Las mayores frecuencias de la respuesta muestran que el condón femenino permitió a las usuarias sentir placer, aunque requiere de un proceso de tiempo mayor para adaptarse a los requerimientos de este dispositivo. No obstante, y dado que el placer es un factor determinante, resultan importantes las respuestas de las usuarias cuya experiencia no fue gratificante, lo cual hace necesario que en el acompañamiento se aborden estas temáticas para identificar las razones de esta insatisfacción, con el fin de mejorar la experiencia en el uso del preservativo.

Figura 19. Experiencia referida al placer con el uso del condón femenino



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 44. Experiencia referida al placer con el uso del condón femenino

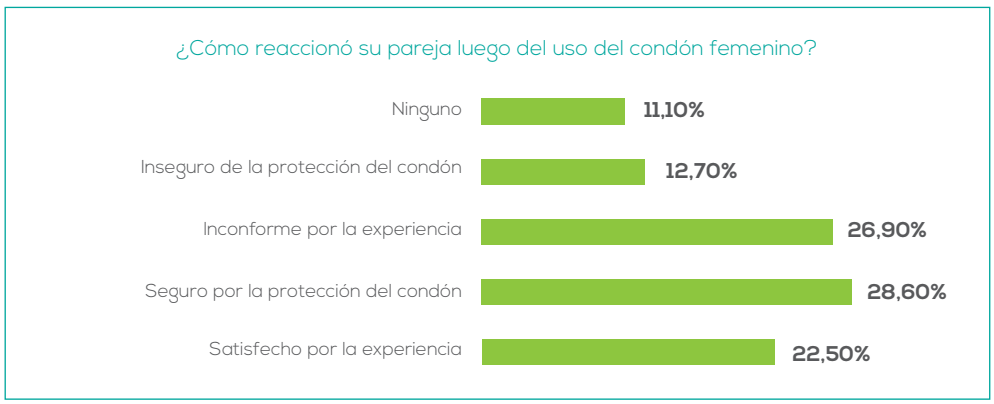
	n	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Le permitió sentir placer, pero fue difícil acostumbrarse a la sensación de sentir el condón	1663	479	28,80%	28,80%
Le permitió sentir placer sin dificultad		474	28,50%	28,50%
Fue tan incómodo y desestimulante que se interrumpió el acto sexual		234	14,10%	14,10%
No le permitió sentir placer		259	15,60%	15,60%
No hubo diferencia alguna entre usarlo o tener una relación sin protección		131	7,90%	7,90%
No hubo diferencia alguna entre usar el condón de látex masculino y el femenino		140	8,40%	8,40%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

¿Cómo reaccionó su pareja luego del uso del condón femenino?

Las principales reacciones de la pareja frente al condón femenino fueron: "seguro por la protección del condón" (28,6%), "satisfecho por la experiencia" (22,5%), "inconforme por la experiencia" (26,9%), "inseguro por la protección del condón" (12,7%) y "ninguna" (11,1%). Las reacciones de las parejas de las participantes se muestran divididas entre una experiencia de seguridad y placer, por un lado, y la inconformidad por la experiencia, por el otro; un porcentaje menor se manifestó neutral frente a su uso. Este resultado muestra la necesidad de adelantar un trabajo de acompañamiento continuo con los hombres, para fortalecerlos como aliados claves en el uso del condón femenino.

Figura 20. Reacción de la pareja frente al uso del condón femenino



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 45. Reacción de la pareja frente al uso del condón femenino

	n	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Satisfecho por la experiencia	1663	375	22,50%	22,50%
Seguro por la protección del condón		475	28,60%	28,60%
Inconforme por la experiencia		447	26,90%	26,90%
Inseguro de la protección del condón		211	12,70%	12,70%
Ninguno		184	11,10%	11,10%
No hubo diferencia alguna entre usar el condón de látex masculino y el femenino		140	8,40%	8,40%

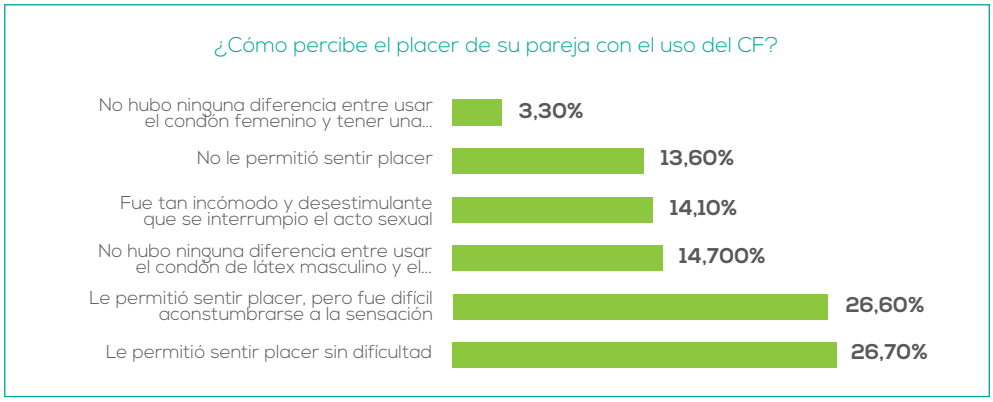
Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

¿Cómo percibe el placer de su pareja con el uso del CF?

Frente al placer de sus parejas, las usuarias de este dispositivo señalan que el uso del condón femenino "le permitió sentir placer sin dificultad" en el 26,7% de los casos, a un 26,6% "le permitió sentir placer pero le fue difícil acostumbrarse a la sensación", en el 14,7% de casos no hubo diferencia alguna entre usar el condón de látex masculino y el femenino, a 14,1% de ellos les "fue tan incómodo y desestimulante que interrumpió el acto sexual", al 13,6% "no le permitió sentir placer", y para el 3,3% "no hubo diferencia alguna entre usar el condón y tener una relación sexual desprotegida".

Los resultados muestran una tendencia similar a la expresada frente a la propia experiencia de las mujeres. Dado que el placer en el uso del condón refiere a una práctica de pareja, la similitud puede obedecer a la novedad y a la falta de práctica de ambas partes, lo cual puede fortalecerse mediante la práctica conjunta y la incorporación en los juegos sexuales durante la postura y posterior utilización, así como mediante el acompañamiento y la consejería en pareja para su uso.

Figura 21. Percepción del placer de la pareja con el uso del condón femenino



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 46. Percepción del placer de la pareja con el uso del condón femenino

	n	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Le permitió sentir placer sin dificultad	1663	444	26,70%	26,70%
Le permitió sentir placer, pero fue difícil acostumbrarse a la sensación		443	26,60%	26,60%
No hubo diferencia alguna entre usar el condón de látex masculino y el femenino		245	14,70%	14,70%
Fue tan incómodo y desestimulante que se interrumpió el acto sexual		235	14,10%	14,10%
No le permitió sentir placer		226	13,60%	13,60%
No hubo diferencia alguna entre usar el condón femenino y tener una relación sexual desprotegida		55	3,30%	3,30%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

¿Volvería a utilizar el condón femenino?

Tabla 47. Intención de uso futuro del condón femenino

¿Volvería a utilizar el condón femenino?				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
VÁLIDOS	SÍ	1018	61,2%	62,5%
	NO	611	36,7%	37,5%
	Total	1629	98,0%	100,0%
PERDIDOS	Sistema	34	2,0%	
TOTAL		**1663**	**100,0%**	

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 47a. Intención de uso futuro del condón femenino - región

		AL INICIO DE LA RELACIÓN SEXUAL		TOTAL
		SÍ	NO	
REGIÓN	AMAZONÍA	2,5%	4,6%	7,2%
	ANDINA	21,9%	18,7%	40,6%
	CARIBE	12,4%	10,9%	23,3%
	ORINOQUÍA	2,0%	1,9%	4,0%
	PACÍFICO	14,6%	10,4%	25,0%
TOTAL		**53,5%**	**46,5%**	**100,0%**

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

¿Le gustaría seguir utilizando el condón femenino en todas sus relaciones sexuales?

Tabla 47b. Intención de uso futuro del condón femenino

¿Le gustaría seguir utilizando el condón femenino en todas sus relaciones sexuales?				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
VÁLIDOS	SÍ	903	54,3%	55,8%
	NO	714	42,9%	44,2%
	Total	1617	97,2%	100,0%
PERDIDOS	Sistema	46	2,8%	
TOTAL		**1663**	**100,0%**	

		Al inicio de la relación sexual		TOTAL
		SÍ	**NO**	
REGIÓN	AMAZONÍA	4,1%	3,1%	7,2%
	ANDINA	25,4%	15,0%	40,4%
	CARIBE	10,3%	12,9%	23,2%
	ORINOQUÍA	1,5%	2,4%	3,8%
	PACÍFICO	14,5%	10,8%	25,3%
TOTAL		**55,8%**	**44,2%**	**100,0%**

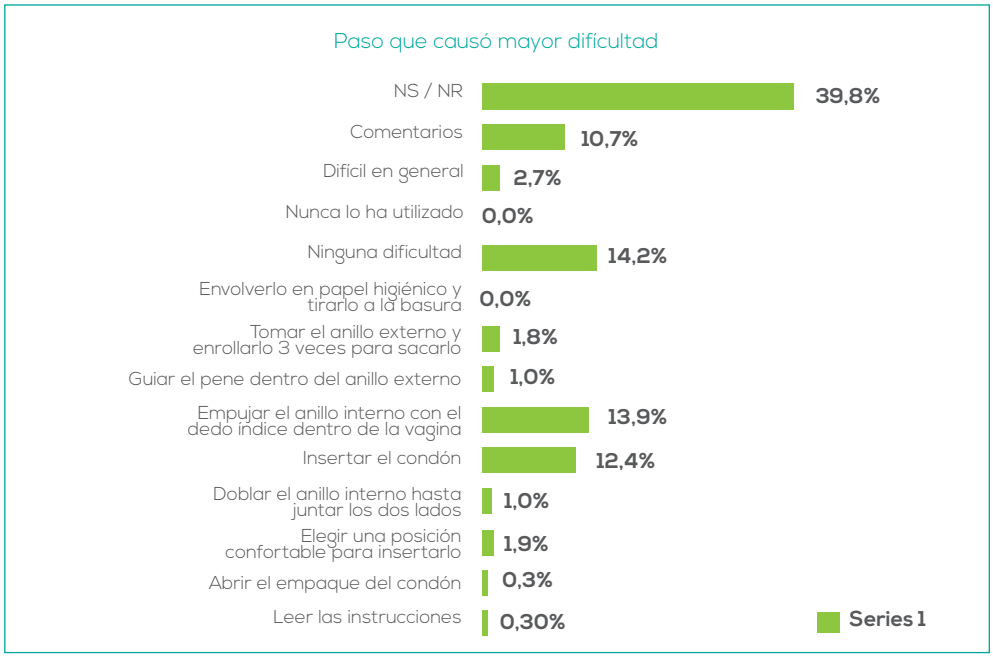
Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Frente a la pregunta acerca de si "volvería a utilizar el condón femenino", el 62,5% de las usuarias estarían dispuestas a volverlo a usar, y un 55,8% "estaría dispuesta a usarlo en todas sus relaciones sexuales", lo cual muestra un gran potencial de uso de los condones femeninos entre la población femenina encuestada.

En el proceso de ponerse el condón femenino, ¿cuál es el paso que le causó más dificultad y por qué?

El paso que causó mayor dificultad entre las usuarias fue insertar el condón y empujar el anillo interno dentro de la vagina, lo cual está asociado con el desarrollo de la destreza en la técnica, que solo se consigue con la frecuencia en el uso de los condones femeninos.

Figura 22 . Paso de mayor dificultad en el procedimiento



Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

Tabla 48. Paso de mayor dificultad en el procedimiento

Leer las instrucciones	0,3%
Abrir el empaque del condón	0,3%
Elegir una posición confortable para insertarlo	1,9%
Doblar el anillo interno hasta juntar los dos lados	1,0%
Insertar el condón	12,4%
Empujar el anillo interno con el dedo índice dentro de la vagina	13,9%
Guiar el pene dentro del anillo externo	1,0%
Tomar el anillo externo y enrollarlo 3 veces para sacarlo	1,8%
Envolverlo en papel higiénico y tirarlo a la basura	0,0%
Ninguna dificultad	14,2%
Nunca lo ha utilizado	0,0%
Difícil en general	2,7%
Comentarios	10,7%
NS / NR	39,8%

Fuente: Elaboración propia, basada en datos de la encuesta de percepción del condón femenino.

9.3 CONCLUSIONES

Dentro de proceso de aplicación del pilotaje fue notable la participación de la región Andina dado que mostró especial interés, lo cual se reflejó en el peso porcentual en la muestra. Así mismo, quienes en mayor medida respondieron a la iniciativa y culminaron con la entrega de la información solicitada fueron las mujeres más jóvenes —entre los 20 y 34 años de edad—, especialmente amas de casa y trabajadoras sexuales. Los dos aspectos que se identifican por las usuarias como mayores ventajas son que el condón femenino no afecta la penetración y que se puede colocar con varias horas de antelación a la relación sexual; no obstante, y como lo muestran los datos, muy pocas mujeres hicieron uso de esta ventaja, debido al temor que produce que el dispositivo se salga durante el día o en la realización de actividades cotidianas como caminar, correr o bailar, según lo reportado por algunas usuarias. La mayor desventaja identificada por las usuarias del condón femenino fue la dificultad de su colocación que, como se pudo observar, disminuye con la práctica y con la frecuencia de uso del dispositivo.

Un aspecto que vale la pena resaltar en cuanto a la experiencia de uso de los condones femeninos es la transformación de las percepciones frente al dispositivo: dentro de las primeras reacciones prevalece el impacto por su apariencia —el tamaño y la forma que generan inquietud frente a que su experiencia de uso sea dolorosa—, una vez insertado y antes de la penetración prevalece la incomodidad —que puede estar asociada con la colocación y con la sensación de tener un cuerpo extraño en el interior del tracto vaginal—, y durante la penetración se observa un cambio en la sensación y la prevalencia de la seguridad, que se mantiene como la sensación que más se recuerda después de su uso.

Frente al placer, la mayoría de las usuarias señalan que no se ve afectado con su utilización; sin embargo, es una experiencia para la cual resulta necesario acostumbrarse. Esta situación es experimentada de manera similar por sus parejas, quienes además se manifiestan seguros por la protección del condón —aunque vale señalar que algunas de ellas se mostraron inconformes con la experiencia—.

Aunque su empleo requiere el desarrollo destrezas y habilidad —sobre todo en su inserción durante las primeras veces de uso, como lo muestran los resultados—,la mayoría de las usuarias reconocen los condones femeninos como una opción segura que estarán dispuestas a elegir y adoptar en todas las relaciones sexuales.

9.4 RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta experiencia, se recomienda iniciar los procesos de promoción del uso de preservativos femeninos entre las franjas de población que estarían más dispuestas a emplear nuevos métodos de protección sexual que, de acuerdo con lo observado, comprenden a la población más joven. Cabe señalar que el trabajo con la población juvenil reviste dos grandes ventajas, de las cuales una es el gran potencial de impacto en el estado de salud sexual y reproductiva de la población general —dado que es el momento de inicio o consolidación de uniones de pareja—, y la otra es que se encuentra en contextos de mayor vulnerabilidad asociados con la pobreza, la violencia y la falta de oportunidades, que son factores que impactan especialmente en el ejercicio autónomo de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres.

En este mismo sentido, y en tanto que la promoción y el uso de los condones femeninos amplía la gama de opciones de relaciones protegidas bajo el efecto de la doble protección que brinda este dispositivo, impacta positivamente en la disminución de embarazos no deseados —retarda segundos o terceros embarazos—, de muertes maternas y de complicaciones derivadas del embarazo y el parto que, como se sabe, es mayor en mujeres jóvenes.

En este sentido, es preciso trabajar conjuntamente con las mujeres y los hombres como parejas y aliados claves en el uso de este tipo de preservativos, que representan una opción real de protección y de placer en pareja. El trabajo con los hombres puede facilitar el uso de los condones femeninos, especialmente entre aquellas mujeres que identifican como una desventaja el que a sus parejas no les guste usarlo; así mismo, resulta una oportunidad para transformar imaginarios frente a la masculinidad y la feminidad tradicionales, y para desmontar estereotipos erróneos construidos en torno a la sexualidad que impiden la construcción de relaciones más equitativas entre hombres y mujeres.

De otra parte, y si bien al momento de redactar este informe aún no se cuenta con el registro sanitario que permite la comercialización de condones femeninos en el país —aunque se viene trabajando en esta labor—, resulta importante señalar la necesidad de contar con la disponibilidad permanente de condones femeninos que, junto con el acompañamiento, mejoren la adherencia al uso de los condones. Estos procesos deben ser respaldados por una adecuada programación integral, que incluya la segmentación del mercado y un plan de distribución y seguimiento al uso de los mismos.

La seguridad y el placer son factores clave que deben explorarse en las campañas de divulgación y promoción del uso de condones femeninos, ya que resultan esenciales al momento de elegir un método de protección. Sin embargo, se debe tener en cuenta que, junto con la cualidad de doble protección, otras ventajas identificadas por las usuarias y sus parejas durante el uso del condón femenino están el hecho de que pueda ser empleado por personas alérgicas al látex y que puede ser colocado varias horas antes de una relación sexual.

De acuerdo con la información hallada durante el proceso, los condones femeninos cuentan con un gran potencial de uso. La mayoría de las encuestadas estarían dispuestas a volverlo a utilizar y más del 50% de ellas a utilizarlos en todas sus relaciones sexuales, lo que debe ser tenido en cuenta como una puerta de oportunidad para introducirlos como una opción dentro de la gama de insumos de salud sexual y reproductiva para las mujeres y sus parejas.

10 BIBLIOGRAFÍA

ABT ASSOCIATES. Guía para la segmentación del mercado. USAID. RHC. Octubre de 2009.

AGUDELO, Juan y QUESADA, Nora. Políticas, prácticas y lecciones aprendidas en la adquisición de métodos anticonceptivos: Colombia. Bogotá, Colombia: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). 2006.

ARRIVILLAGA, Marcela. Evidencia poblacional y análisis crítico de determinación social sobre el uso del condón en Colombia. En: Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 38, No. 1 (marzo de 2012).

BARRIGA. Miguel Ángel. La respuesta comunitaria al VIH: Necesidades y retos. Proyecto Novena Ronda del Fondo Global. [en línea]. (2012). [consultado 15 de abril. 2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/109124466/La-Respuesta-Comunitaria-Frente-Al-Vih-en-Bogota>.

BERBERSÍ, Dedsy Yajaira. Estudio de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana en la población desmovilizada de la región del Bajo Cauca 2009. Medellín: Universidad CES. 2010.

CASTAÑEDA, C., et al. La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano: dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Bogotá: Fedesarrollo. Julio de 2012.

CEPAL. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. [en línea]. (2013). [consultado 18 de enero de 2012]. Disponible en: <http://www.cepal.org/prensa/noticias/comunicados/0/50700/2013-595-Consenso_Montevideo_PyD.pdf>.

PROYECTO COLOMBIA. Resultados de la encuesta situacional sobre el suministro de medicamentos e insumos para VIH, contenida en el Informe Final. Taller de capacitación sobre gestión de suministros. Global Communities (CHF). Septiembre 12 y 13 de 2012.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 4725 (26, diciembre, 2005). Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano. Bogotá, D.C.

CUENTA DE ALTO COSTO —Fondo colombiano de enfermedades de alto costo—. Situación del VIH/Sida en Colombia, 2013. Bogotá: Cuenta de alto costo. 2014.

AGUDELO, Juan y QUESADA, Nora. Políticas, prácticas y lecciones aprendidas en la adquisición de métodos anticonceptivos: Colombia. Bogotá: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), 2006.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Clasificación internacional uniforme de ocupaciones adaptada para Colombia 88 A.C. [en línea]. (Diciembre de 2005). [Consultado 27 octubre. 2014]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/nomenclaturas/ciuo/CIUO_88A_C_2006.pdf>.

EL TIEMPO. Bogotá, 8, febrero, 2013. Sección Vida de hoy. [en línea]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/educacion/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12584964.html>.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA. Informe sobre el apoyo de donantes al desarrollo de anticonceptivos y preservativos para la prevención de ITS/VIH. Bogotá, 2007.

FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS. Sí a la opción, no al azar. Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. Informe de la Población Mundial 2012. [en línea]. (2011). [consultado 20 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP_SWOP2012_Report.pdf>.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Análisis de situación en población para Colombia. Vol. 1. [en línea]. (s.f.). [consultado 23 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/psa/wp-content/uploads/2012/11/Colombia-Analisis-de-situacion-en-poblacion-para-Colombia.pdf>.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. La estrategia mundial para asegurar el abastecimiento de suministros de salud reproductiva. En: Elementos fundamentales de la salud reproductiva. Asegurar los suministros. [en línea]. (s.f.). [consultado 2 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.sv/dmdocuments/elementos_fundamentales_ssr.pdf>.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS -UNFPA - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Adquisición de suministro y distribución de condones en Colombia- Documento Técnico. Bogotá. 2013.

FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH en Mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia. Bogotá. 2008

GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, José Manuel, HERRERA, Dorlys, RUIZ DE HERRERA, María. Comportamientos y conocimientos sexuales relacionados con VIH/Sida en postgrado. En: Revista Psicogente. Vol. 9. No. 15. 2006.

GARAVITO BELTRÁN, Liz. Gasto nacional en VIH/Sida, Colombia. Bogotá: ONUSIDA y MSPS. 2007.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN VIH/SIDA Y SEXUALIDAD. Conocimientos, mitos y creencias frente al condón y la sexualidad en jóvenes escolarizados de Pereira. Revista Médica de Risaralda. Vol. 7, No. 1. (Mayo de 2001).

HOLMES, King. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. En: Public Health Reviews. [en línea] No. 82, (2004). [consultado 12 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/72497/1/bulletin_2004_82%286%29_454-461.pdf?ua=1>

LÓPEZ ROSALES, F. Sida, comunicación y educación. Investigación con adolescentes de 13 a 19 años. México, D.F: Universidad Autónoma de Nuevo León, 1996.

MEJÍA GÓMEZ, Mary Luz, et al. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud. Propuestas para su identificación y superación - Documento regional. 2010. Bogotá: UNFPA. 2010.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Decreto 4725 de 2005. Artículo 7. Reglas de Clasificación. Sección D. Regla No. 14., literales j, k, l.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Indicadores básicos 2011. Situación de Salud Colombia. [en línea]. (2011) [consultado 6 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Indicadores%20basicos%202011.pdf >.

MINISTERIO DE SALUD. Informe UNGASS 2012. [en línea]. (2012). [consultado 12 de junio. 2012]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/2_abril2012_final_UNGASS_COLOMBIA.pdf>.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Panorama del VIH/Sida en Colombia 1983- 2010. Un análisis de situación. [en línea]. (2012). [consultado 12 de junio. 2012]. Disponible en: <http://minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/b_estudios_comportamiento/PANORAMAVIHCOL_WEB.pdf>.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita 2011- 2015. [en línea]. (2011). [consultado 12 de junio. 2012]. Disponible en: <http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Colombia/plan_estrategico_eliminacion_transmision_materno_infantil_vih_-_sifilis_2011.pdf>.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida. Colombia 2008-2011. Bogotá: MSPS, 2008.

MINISTERIO DE SALUD PROTECCION SOCIAL y FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en siete ciudades de Colombia. Bogotá. 2011.

MINISTERIO DE SALUD PROTECCION SOCIAL y FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS. Guía de prevención VIH/Sida: población privada de la libertad. Bogotá. 2011.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Análisis de situación de salud. Tomo. V. Prestación de servicios de salud. Bogotá: MSPS. 2010.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Boletín epidemiológico VIH/Sida, Colombia, 2013. [en línea]. (2013). [consultado 12 de junio. 2012]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983-2012.pdf>.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres, Bogotá. [en línea]. (2010). [consultado 3 de abril. 2012]. Disponible en <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/VIHmujeresWeb.pdf>.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Panorama del VIH/Sida en Colombia 1983- 2010. Un análisis de situación. [en línea]. (2012). [consultado 6 de marzo. 2012]. Disponible en: <http://minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/b_estudios_comportamiento/PANORAMAVIHCOL_WEB.pdf>.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y UNFPA. Manual para la adquisición, suministro y distribución de condones en Colombia. Bogotá. 2013.

MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos. Lima: MINSA y UNFPA. 2009.

MONTOYA, Pablo, et al. Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en el país. En: FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS y SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Embarazó adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos. Bogotá: UNFPA; 2011.

MOSQUERA, Janeth y MATEUS, Julio Cesar. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH/Sida y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. En: Colombia Médica, Universidad de Valle. Vol. 34. No. 4. 2003.

OBSERVATORIO EN SALUD. Actualidad en salud sobre la mortalidad materna en Colombia: evolución y situación actual. En: Boletín del Observatorio de Salud. Vol. 5, No. 2. 2012.

OMS y ONUSIDA. Nota informativa sobre la eficacia de los preservativos para prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Ginebra: ONUSIDA, agosto de 2001.

OMS. Dispositivos médicos: la gestión de la discordancia. Un resultado del proyecto sobre dispositivos médicos prioritarios. [en línea]. (2012). [consultado 12 de enero. 2012]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243564043_spa.pdf>.

ONUSIDA. Los preservativos y la prevención del VIH: declaración de ONUSIDA, UNFPA y OMS. [en línea]. (2009). [consultado X de nov. 2014]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2009/march/20090319preventionposition/ >.

ONUSIDA. Hoja informativa. Prevención del VIH. Desafíos de la prevención y el tratamiento. [en línea]. (s.f.). [Consultado 10 de enero. 2012]. Disponible en: <http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets04/fs_prevention_es.pdf>.

ONUSIDA. La ONU y la respuesta al Sida en Brasil. [en línea]. (2010). [consultado 10 de enero. 2012]. Disponible en: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/A%20ONU%20e%20a%20Resposta%20a%20aids%20no%20Brasil_Espanol.pdf>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, UNFPA y FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Preservativos masculinos de látex: especificaciones, precalificación y directrices de

adquisición, 2010. Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud, UNFPA y Family Health International, 2011.

OTÁLVARO CIFUENTES, Elkin. Desafíos y propuestas para el perfeccionamiento de los sistemas de vigilancia de mercado, en seguridad de productos, futuros pasos. [en línea]. (2012). [consultado 13 de enero de 2012]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/sla/rcss/Capacitaciones/Segunda%20Edicion/Presentaciones/Colombia%20-%20INVIMA%20(Otálvaro).pdf>.

OXFAM. El condón femenino: un lujo al alcance de pocas. Quince años perdidos en hacer accesible el condón femenino. Informe de OXFAM 115. [en línea]. (2008). [consultado el 15 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp115_Female%20Condom%20briefing%20paper_FINAL%20SPANISH_090908.pdf>.

PROFAMILIA y MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Encuesta nacional de demografía y salud 2010. Bogotá: PROFAMILIA. 2011.

PROFAMILIA y USAID. Encuesta en zonas marginadas 2011. Informe de prensa. [en línea]. (2011). [consultado 15 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.PROFAMILIA.org.co/encuestaenzonasmarginadas/pdf/ezm2011_resumen.pdf>.

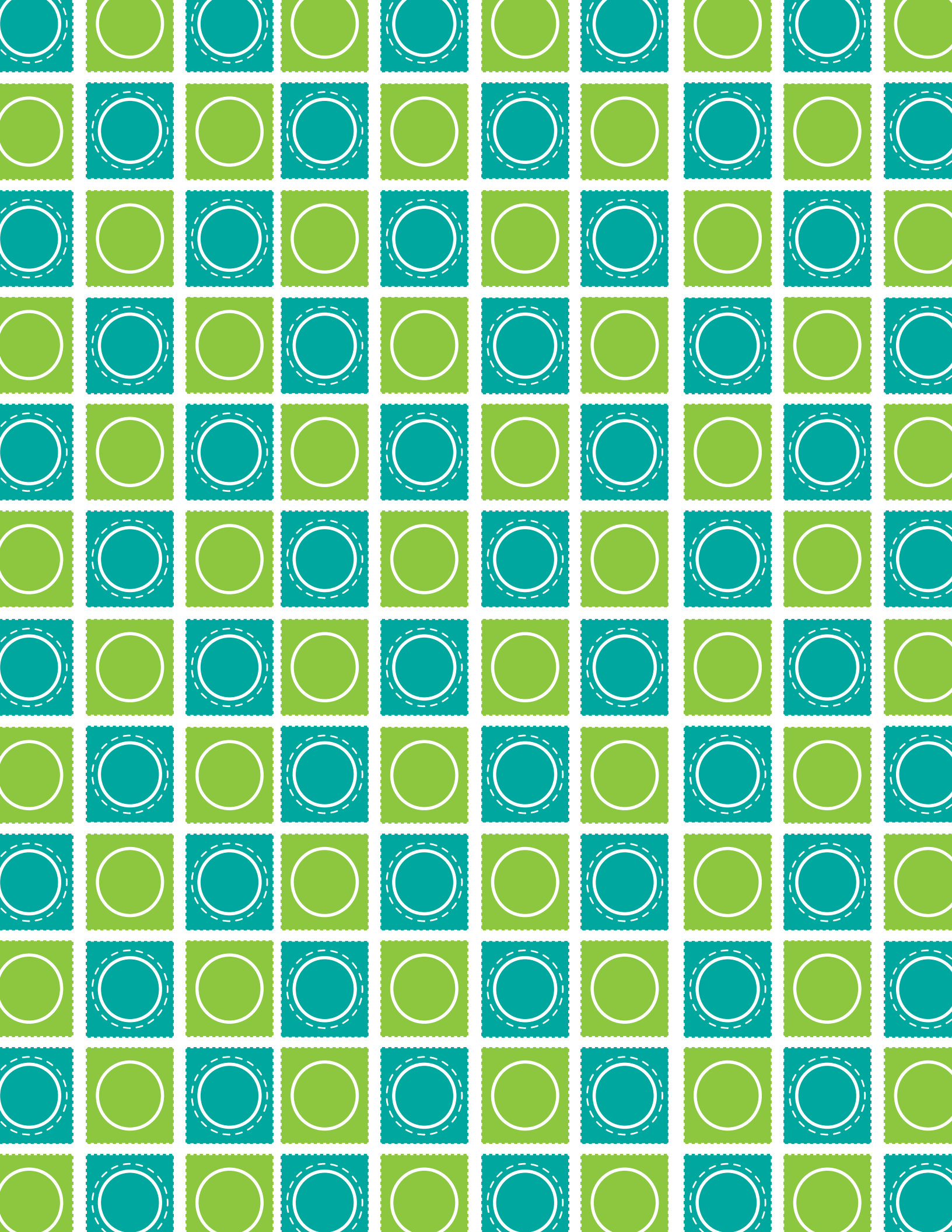
PROFAMILIA. Encuestas en zonas marginadas 2011. Salud sexual y salud reproductiva, desplazamiento forzado y pobreza 2000- 2011. [en línea]. (2011). [consultado 15 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.PROFAMILIA.org.co/encuestaenzonas-marginadas/pdf/ezm2011_contexto.pdf>.

PROFAMILIA. Educación sexual de mujeres colombianas en la juventud: un análisis desde el enfoque basado en los derechos humanos. Serie. Estudios a profundidad, 1990 – 2010. Bogotá. 2013.

ROMERO, CONTRERAS. María del Rosario. Condón, uso y creencias en la población centro de Medellín. En: Revista Salud pública de Medellín. Vol. 3, No. 1 (enero-junio de 2008.

UNDP/UNFPA/WHO/PROGRAMA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN PARA LA REPRODUCCIÓN HUMANA DEL BANCO MUNDIAL. The Female Condom: A Review. Geneva: World Health Organization, 1997; Cecil H, Perry MH, Seal DW, et al. The female condom: what we have learned thus far. AIDS and Behavior 1998:2(3)

PROFAMILIA y USAID. Encuesta en zonas marginadas 2011. Informe de prensa. [en línea]. (2011). [consultado 15 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.PROFAMILIA.org.co/encuestaenzonasmarginadas/pdf/ezm2011_resumen.pdf>.

SU VIDA. EDUCACIÓN EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Bogotá, 27, abril, 2011. ISSN 2145-7999. [en línea]. [consultado 12 de enero 2012]. Disponible en: < http://www.su-vida.com/node/964>.

URIBE, A. Factores de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes y jóvenes colombianos. En: Acta Colombiana de Psicología, Bogotá. Vol. 13. No. 1 (marzo de 2010).