

## El condón femenino: una pieza clave en el rompecabezas de la prevención del VIH/ITS en la República Dominicana

Wendy Alba y Dinys Luciano

Marzo de 2011  
Washington D.C.

La oferta del condón femenino (CF) en los servicios de salud sexual y reproductiva y el mercado de preservativos en la República Dominicana es casi inexistente, a pesar de la alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH; y la significativa demanda insatisfecha de planificación familiar. Dado que muchas mujeres enfrentan dificultades para negociar sexo seguro, el CF constituye una opción viable, controlada por las usuarias, que ofrece protección dual para las ITS/VIH y los embarazos no deseados. (WHO, 2002)

La efectividad contraceptiva del CF se ubica en el rango de otros métodos de barrera (condón masculino) ya que la tasa de embarazos accidentales en el transcurso de un año es de entre 15 a 25 por ciento y hasta un 5 por ciento, cuando se usa correctamente en cada relación sexual. (Reproductive Health Supplies Coalition, 2009) Estudios in vitro confirman que el CF constituye una barrera efectiva contra las ITS/VIH. Cálculos basados en su uso correcto y consistente estiman un 97.1 por ciento de reducción en el riesgo de infección por VIH en cada relación sexual. Estudios realizados en Brasil, India, Tailandia, Estados Unidos de América y Zambia, asocian el CF con un aumento en las relaciones sexuales protegidas y un descenso en la prevalencia de ITS cuando el mismo está disponible a la par del condón masculino (CM). En un estudio piloto en Tailandia se encontró que la relación sexual protegida se incrementó de 57 a 88 por ciento y prevalencia de ITS descendió de 52 a 40 por ciento cuando ambos –CF y CM–estaban disponibles. (Reproductive Health Supplies Coalition, 2009)

### Indicadores socio demográficos y de salud seleccionados de la República Dominicana

**Población total del país:** 8,562,541  
(Hombres: 4,265, 215 - Mujeres: 4, 297,326). (Oficina Nacional de Estadística, 2002)

**Tasa de alfabetismo entre la población de 15-24 años:** Hombres (93.0) – Mujeres (95.8) (ENDESA, 2007)

**Tasa global de fecundidad para toda la población:** 2.4 (ENDESA, 2007)

**Prevalencia de VIH:** 0.8 (igual para hombres y mujeres) (ENDESA, 2007)

**Proporción de mujeres en unión que usa el condón como método anticonceptivo:** 1.9 (ENDESA, 2007)

**Nota:** Este material es un resumen de un documento cuya versión completa que será publicada en abril de 2011 en [www.dvcn.org](http://www.dvcn.org)

El uso correcto y consistente del CF está asociado de manera estadísticamente significativa con la protección en mujeres y hombres contra el VIH y otras ITS, incluyendo la Clamidia, Gonorrea, Sífilis, y el Herpes virus tipo 2. (KK Holmes, et al. Citado por UNFPA. 2004)

Estudios en parejas VIH serodiscordantes han encontrado que con el uso consistente del CF, la tasa de infección entre las parejas no infectadas fue menor al 1 por ciento anual; aunque cabe mencionar que el uso incorrecto y/o inconsistente es tan riesgoso como el no uso. (IPPF y UNFPA, 2007)

El CF es distribuido por donantes y organizaciones de salud pública en alrededor de 100 países a nivel mundial y desde el año 2006, diferentes tipos de condones femeninos (FC2, Reality, “VA w.o.w.®” o Reddy, entre otros) se distribuyen en todo el mundo. (Avert, Reproductive Health Supplies Coalition, 2009)



## Políticas públicas y condones femeninos

El país cuenta con un marco legal que puede potencialmente favorecer la promoción del CF ya que reconoce el derecho a servicios de prevención en el área de salud sexual y reproductiva, establece la responsabilidad gubernamental del pago impuestos aduanales de CF y CM; e incorpora la provisión de insumos de prevención en la atención primaria. La Ley General de Salud No. 42-01 incluye medidas generales sobre la garantía de derechos de la población a recibir servicios de promoción y prevención de enfermedades, así como de recuperación y rehabilitación de la salud sin discriminación. Esta ley indica que, a través de sus instituciones competentes, el Estado debe garantizar a mujeres y hombres la obtención de información y servicios en materia de salud sexual y educación sexual, así como el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables. Por su parte, la Ley sobre SIDA 55-03 (Artículo 17) dispone que el Ministerio de Salud (MSP) debe gestionar el pago de impuestos aduanales de condones masculinos y femeninos. Actualmente existe un anteproyecto de modificación de la Ley sobre SIDA, en proceso de revisión en la Cámara de Diputados, que en su artículo No. 29 sobre disponibilidad de preservativos establece que el Estado Dominicano, a través del MSP, debe garantizar la disponibilidad tanto de preservativos femeninos como masculinos a toda la población como método de prevención de las ITS, VIH. Cabe mencionar que, las Normas Nacionales de Salud Reproductiva (2004) aprobadas por el MSP, no incluyen disposiciones sobre el CF.

### Beneficios del condón femenino

Las mujeres pueden utilizarlo cuando el hombre rehúsa usar el condón masculino.

Protege contra las ITS y el embarazo, cuando se usa correctamente.

Puede ser insertado antes de la relación sexual y de esta forma no interfiere con el momento.

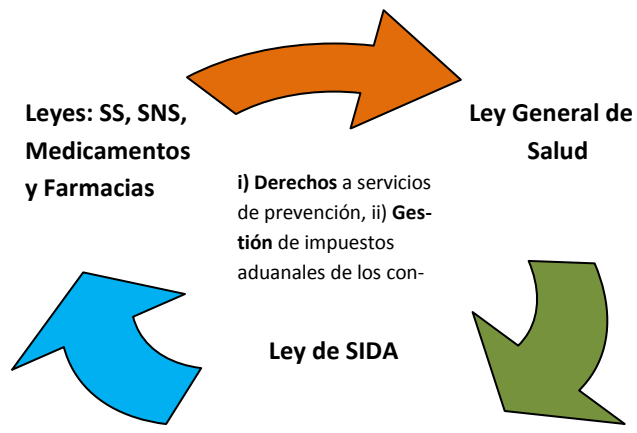
La calidad del FC2 no se ve afectada por cambios de temperatura ya que está elaborado con Nitrile.

No tiene efectos secundarios, exceptuando en mujeres alérgicas al látex.

**Fuentes:** Avert. 1) The female condom. <http://www.avert.org/female-condom.htm>, 2) American Pregnancy Association. <http://www.americanpregnancy.org/preventingpregnancy/femalecondom.html>



Otros instrumentos de políticas públicas incorporan medidas para asegurar una adecuada provisión de medicamentos incluyendo el condón como herramienta a ser utilizada en los servicios de atención primaria. Entre éstos se destacan: el Reglamento de Rectoría y Separación de las Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud (Decreto No. 635-03), el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales, la Política Farmacéutica Nacional, la Ley No. 358-05 de Protección de los Derechos del Consumidor o Usuario, la Ley No. 557-05 de Reforma Tributaria, el Reglamento de Farmacias, la Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social; y el Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud. Este marco legal puede servir de base para impulsar estrategias de abogacía que coloquen al CF en el centro de la agenda de salud sexual y reproductiva y la prevención del VIH/ITS en el país.




## ¿Porque es necesario incorporar el CF en las estrategias de prevención del VIH/ITS en el país?

- Alta prevalencia de VIH y otras ITS.** Las brechas en los patrones de utilización del CM entre mujeres y hombres ponen en evidencia las barreras sociales y culturales que limitan prácticas de sexo protegido en las mujeres. Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de 2007 (ENDESA 2007), la prevalencia de VIH en mujeres fue de 0.8, similar a la de hombres, mientras que en el grupo de edad de 20-24 años, la prevalencia en mujeres es 0.7 y en hombres de 0.4; y entre las personas sin estudios formales, en las mujeres alcanzó 3.7 y en hombres fue de 1.6. A esto se agregan las diferencias entre las zonas geográficas del país, registrándose una prevalencia de VIH de 1.2 en la Región V (zona mayormente turística) y 1.6 en la Región VII (zona fronteriza con Haití). En cuanto a la prevalencia de ITS, según la ENDESA 2007, entre quienes habían tenido relaciones sexuales, el porcentaje que reportó haber tenido una ITS, descarga anormal, llagas o úlceras genitales entre mujeres de la zona urbana fue de 19.5 por ciento y en la zona rural de 20.4 por ciento. Entre los hombres estas proporciones fueron de 2.5 por y 3.0 por ciento respectivamente. (CESDEM y Macro International, 2008)




- **Bajas tasas de uso del condón en mujeres.** Según los datos de la ENDESA 2007, entre la población joven (15-24 años), el 25 por ciento de las mujeres y el 53 por ciento de los hombres reportó haber usado condón en la primera relación sexual. A mayor edad, menor es el porcentaje de mujeres que usó el condón en su primera relación sexual ya que el uso desciende de un 29 por ciento entre las mujeres de 15-17 años a un 18 por ciento entre las de 23-24 años. Entre las mujeres de 15-24 años que tuvieron relaciones sexuales de alto riesgo en los 12 meses anteriores a la encuesta, el 45.2 por ciento de la zona urbana y el 38.4 por ciento de la zona rural usó condón, mientras que en los hombres esta proporción fue de 70 por ciento en ambas áreas geográficas. Por su parte, en la población de 15-49 años, el porcentaje que tuvo relaciones sexuales de alto riesgo en los 12 meses anteriores a la encuesta y usó condón en la última relación sexual de riesgo fue 39.6 por ciento de las mujeres y 67.4 por ciento de los hombres, con una diferencia de más de 25 puntos porcentuales entre mujeres y hombres. (CESDEM y Macro International, 2008).
- **Altos niveles de sexo forzado.** En el marco de las relaciones sexuales forzadas, las posibilidades de las mujeres negociar sexo protegido son exiguas. Según los datos de la ENDESA 2007, el 10 por ciento de las mujeres de 15-49 años reportó haber experimentado violencia sexual alguna vez en su vida, verificándose diferencias importantes según estado civil: 4.4 por ciento de las que nunca han estado casadas o unidas, el 10 por ciento de las casadas o unidas y el 17.5 por ciento de las divorciadas, separadas o viudas. Asimismo, se registra una elevada proporción de mujeres que reporta violencia sexual o física por parte del esposo o compañero (17.2%). Esta cifra aumenta significativamente según patrones de consumo de sustancias psicoactivas de la pareja ya que una de cada cuatro mujeres (25.5%) de las que reportan que su esposo/compañero se emborracha muy frecuentemente ha sufrido violencia sexual por la pareja y 34.7 por ciento de las que su esposo/compañero usa drogas ilegales. Entre las que experimentaron violencia sexual en algún momento en sus vidas, el 6.5 por ciento reportó haberla sufrido primera vez antes de los 10 años, el 14.2 por ciento entre 10-14 años y el 17.8 por ciento entre los 15-19 años. (CESDEM y Macro International, 2008). La violencia sexual constituye un riesgo frente al VIH ya que el sexo forzado con una persona viviendo con VIH es una de las vías de transmisión del VIH y otras ITS. El riesgo biológico en situaciones de violencia sexual está determinado por el tipo de contacto sexual (anal, vaginal u oral); y las mujeres que han sido forzadas al coito sin protección o han sido violadas, están más expuestas al VIH ya que este tipo de relación causa más lesiones en el tejido vaginal y anal. (OPS/OMS, 2002). El riesgo de las mujeres aumenta porque fisiológicamente son de dos a cuatro veces más susceptibles al VIH, al tener más superficie mucosa donde pueden



presentarse lesiones microscópicas. Las jóvenes y adolescentes, cuyo aparato reproductor no está plenamente desarrollado, son aún más susceptibles al VIH y otras ITS. El riesgo del VIH aumenta en las mujeres con otras ITS no tratadas. (OPS/OMS) De igual forma, la evidencia disponible vincula la violencia sexual en la niñez con las conductas sexuales de alto riesgo en la adolescencia y adultez tales como la actividad sexual sin protección y con múltiples parejas. (Luciano, D. 2009)

- **Sexo intergeneracional.** En estas relaciones es generalmente el hombre quien decide sobre prácticas tales como el uso de condón y/o anticonceptivos. (Luciano, D. 2009) Según los datos de la ENDESA 2007, alrededor de una de cada cuatro mujeres entre 15-19 años reportó haber tenido relación con una pareja que superaba su edad en diez años o más. (CESDEM y Macro International, 2008).
- **Actitudes positivas sobre negociación de sexo protegido y percepción de baja autonomía de las mujeres.** Históricamente, la falta de autonomía de las mujeres ha constituido una de las principales barreras a la protección de su salud, acceso a servicios y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. En el país se registran altos niveles de actitud positiva hacia la negociación de sexo seguro por parte de las mujeres. Según los datos de la ENDESA 2007, la proporción que cree que se justifica que la mujer se niegue a tener relaciones sexuales con la pareja si sabe que él tiene una ITS, que tiene relaciones sexuales con otra mujer y/o está cansada o no está de buen humor alcanzó el 87.7 por ciento de las mujeres y el 83.3 por ciento de los hombres encuestados. El 96 por ciento de las mujeres y 94 por ciento de los hombres estuvieron de acuerdo con que la mujer se niegue a tener relaciones sexuales con el esposo que tiene una ITS; y el 98 por ciento de las mujeres y 97 por ciento de los hombres consideraron que se justifica que una mujer exija el uso del condón a su esposo si sabe que tiene una ITS. Sin embargo, las actitudes positivas no necesariamente se traducen en situaciones en la práctica debido a las limitaciones impuestas por el contexto social y las relaciones de poder en la toma de decisiones sobre la sexualidad. Al explorar los niveles de empoderamiento de las mujeres, los resultados de la ENDESA 2007 reflejan como una importante proporción de las mujeres siente que no puede actuar autónomamente. El 56.8 por ciento del total de encuestadas indicó que se sienten libres de hacer lo quiera, con proporciones que oscilan entre el 41.8 por ciento de las de 15-19 años y el 64.5 por ciento de las 45-49 años. El 44.8 por ciento de las mujeres sin educación formal/preescolar y el 73.3 por ciento de las que tienen educación superior respondieron afirmativamente a esta aseveración; el 59.6 por ciento de las residentes en zona urbana y el 49.6 por ciento de las de la zona rural.
- **Coexistencia de percepción positiva sobre la efectividad del condón para prevenir el VIH y baja percepción de riesgo de VIH en mujeres.** La baja percepción de riesgo frente al VIH es un determinante clave de las prácticas de sexo seguro en las mujeres. Según los datos de la ENDESA 2007, el 83.3 por ciento de las mujeres y el 88.5 por ciento de los hombres cree que el riesgo de



contraer el VIH se puede reducir usando condones. Sin embargo, la percepción de efectividad del CM no necesariamente se traduce en un mayor uso ya que el 78.8 por ciento de las mujeres considera que su riesgo de contraer VIH es pequeño o ninguno, el 12.4 por ciento considera que es moderado y el 8.5 por ciento cree que su riesgo es grande. La promoción del CF puede complementar las intervenciones dirigidas a modificar actitudes sobre el riesgo individual y colectivo en mujeres de población general y grupos específicos, al tiempo que se les ofrece el CF como una opción de doble protección.

La accesibilidad sin restricciones al CF es una condición imprescindible para reducir la transmisión del VIH/ ITS y hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de las mujeres. (Bravo, María J. 2004) El CF puede ampliar las opciones de las mujeres para protegerse tanto en las relaciones de pareja casuales como regulares.

### **Aceptabilidad y utilización del condón femenino**



El país cuenta con escasa información sobre aceptabilidad y utilización del CF. Un estudio fue llevado a cabo por Population Council (2009) en la República Dominicana para evaluar la aceptabilidad y uso del CF y el diafragma entre 243 mujeres trabajadoras sexuales, estudiadas por cinco meses. Las participantes recibieron CF, CM y un diafragma, a la par de la oferta de consejería en las visitas de seguimiento mensual. El 76 por ciento reportó haber usado el CF al menos una vez durante el último mes del estudio, el 50 por ciento utilizó el diafragma combinado con el CM y un 9 por ciento usó el diafragma solo. La proporción que reportó haber utilizado algún método de barrera en cada acto sexual se incrementó del 66 por ciento en el primer mes del estudio al 77 por ciento en el último mes ( $p < 0.05$ ). Las participantes reportaron mayor aceptabilidad del CF que el diafragma. La introducción de métodos de barrera controlados por la mujer resultó en el uso de una amplia gama de métodos de prevención y una significativa reducción de sexo no protegido. (Lara DK, Grossman DA, Muñoz JE, Rosario SR, Gómez BJ, García SG; 2009)


En cuanto a los datos de aceptabilidad y uso del CF en la población general en el país, el cuestionario de la ENDESA 2007 incluye preguntas sobre uso del condón tanto como método de planificación como de prevención del VIH, pero no establece categorías separadas (CM y CF), lo que limita la recolección de datos desagregados sobre el uso según tipo de método. Sin embargo, el CF es incluido dentro de preguntas sobre los métodos anticonceptivos preferidos en el futuro. Entre las mujeres unidas al momento de la ENDESA 2007 y que no estaban usando método anticonceptivo pero tenían la intención de usar en el futuro, el deseo de utilización se concentra en tres métodos: la esterilización femenina (39%), la píldora (26%), las inyecciones (16%); mientras que el CF no fue indicado por ninguna de las entrevistadas (0.0%).



Cabe mencionar que, una importante proporción de los estudios sobre aceptabilidad del CF a nivel mundial se han realizado con trabajadoras sexuales y esto debe ser considerado al momento de evaluar su aceptabilidad en población general, ya que las trabajadoras sexuales tienden a aceptar el método más rápidamente que otras mujeres. Varios estudios han mostrado un nivel de aceptabilidad alto o moderado entre las trabajadoras sexuales, pero al mismo tiempo revelan barreras como la desconfianza por parte de los clientes sobre métodos desconocidos, así como inconveniencia para usarlos, dificultades de insertarlo en la vagina, incomodidad o dolor; y picazón. (Brown, H. 2003). De igual forma, mientras muchas de estas mujeres indicaron que les gustaba el CF y que lo recomendarían a otras, también señalaron que todavía preferían el CM. Las mujeres que tienen experiencia con el CM o que reciben entrenamiento intensivo sobre el uso del CF, generalmente encuentran el método (CF) fácil de usar.

### **Aceptabilidad, uso consistente y costos del CF**

Diversos estudios muestran que la aceptabilidad del CF no necesariamente predice su uso correcto y/o de manera consistente. Una revisión de literatura encontró que el uso inconsistente es frecuentemente más alto para condones femeninos que masculinos ya que las mujeres alternan entre ambos (CF y CM). (Vijayakumar G, Mabude Z, Smit J, Beksinska M, Lurie M., 2003) Aunque el CF ha probado ser un método efectivo y relativamente aceptado por las mujeres, barreras asociadas a los costos, la escasa distribución en el mercado, las actitudes negativas hacia su uso y sus propiedades contraceptivas, así como los aspectos prácticos en su uso; limitan utilización. Entre 18 mujeres VIH positivas, las barreras más significativas para el uso del CF fueron sus altos costos y su acceso esporádico o muy limitado. (Welbourn A, 2006) Se estima que los altos costos y la limitada accesibilidad traen como consecuencia que algunas mujeres reutilicen el CF en más de una relación sexual, incluyendo con diferentes parejas. (WHO, 2002). En un sondeo realizado por Development Connections en Enero de 2011 en las ocho farmacias más grandes de la ciudad de Santo Domingo, se encontró que ninguna disponía del CF para la venta y ninguno de las y los empleados entrevistados conocía de la existencia de este método. Sin embargo, todas las farmacias reportaron que disponían de una amplia gama de CM (Panté, Durex, Trojan), regularmente en paquetes de tres, con precios que oscilaban entre 85.60 y 122 pesos, equivalentes a US 2.3 y 3.2 dólares. (Alba, Wendy. 2011) A nivel mundial, por cada 423 CM se produce un CF y actualmente cada unidad de CF cuesta 18 veces más que el CM. Aunque no hay un seguimiento mundial del gasto en CF, se ha estimado que el financiamiento total en 2007 no fue más del 0,3 por ciento del financiamiento global para responder al VIH. (Oxfam y World Population Foundation, 2008) A pesar del desconocimiento sobre el CF en la población general y puntos de venta, en el país se han desarrollado algunas iniciativas sobre el CF entre las que cabe destacar los talleres de capacitación



sobre prevención de VIH en mujeres, incluyendo el CF, organizados por la Colectiva Mujer y Salud y dirigidos al personal del MSP y de grupos de mujeres. Igualmente, el UNFPA provee CF al país y apoya al MSP en la implementación de estrategias de salud reproductiva, incluyendo en las áreas de prevención de ITS/VIH y planificación familiar.



## **El posicionamiento del CM y sus implicaciones para la integración del CF en los programas de salud sexual y reproductiva y el mercado de preservativos**

Varios estudios indican que la efectividad del CF para la prevención de las ITS/VIH en población general, depende de los niveles existentes de utilización del CM y la intención de uso del CF. En algunos países se ha encontrado que el CF es efectivo para prevenir ITS, pero que los niveles de uso tanto de los condones tanto femeninos como masculinos puede estar asociado al rechazo de la pareja masculina, mitos sobre los métodos de barrera y las actitudes negativas de las y los proveedores de servicios sobre los condones en general. Un estudio en África del Sur mostró que las mujeres que tenían experiencia previa con el CM y recibieron consejería sistemática sobre el CF, generalmente encontraron que el mismo era más fácil de usar. (Beksinska ME, Rees VH, McIntyre JA, et al; 2001) En los Estados Unidos, en una muestra de 616 mujeres se encontró que aquellas con historia de control y uso consistente del CM tenían más probabilidad de utilizar CF cuando no usaban el CM. (Cabral RJ, Posner SF, Macaluso M, et al, 2003)

Asimismo, los factores asociados al éxito del uso de los CM pueden ayudar a entender los valores positivos con los que las y los usuarios asocian los preservativos. En un estudio realizado en Santo Domingo por el Population Council (García, S. and Goldman, L; s/f) se identificaron los factores relacionados con el uso exitoso del CM en trabajadoras sexuales y sus clientes, trabajadores de factorías y estudiantes universitarios encontrándose que las y los usuarios de CM utilizan varias estrategias para motivar a las parejas: hablar de antemano con la pareja sobre el uso del CM, utilizar argumentos de salud y seguridad, la erotización del CM; y llevar consigo los CM. Entre los beneficios del CM identificados por las poblaciones estudiadas se encuentran la promoción de higiene personal, hace la relación más relajada y placentera porque las parejas están menos preocupadas de contraer una ITS o enfrentar un embarazo no deseado; y hace sentir a ambos más seguros.

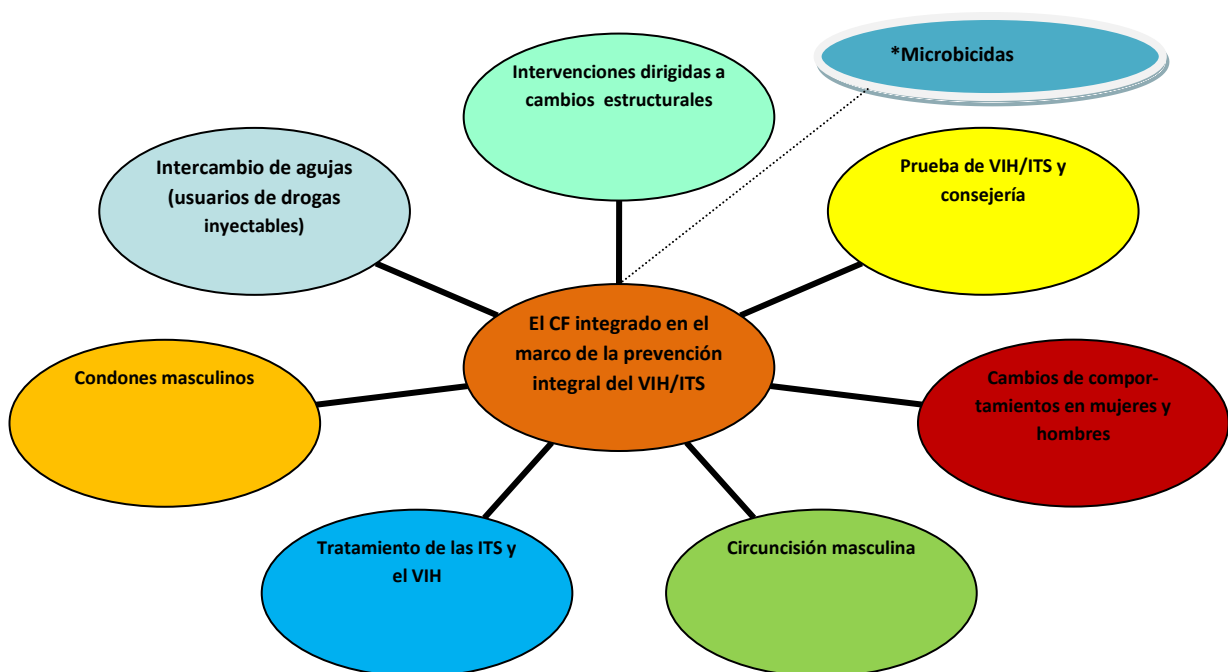
El uso sistemático de los CF exigirá un cambio conductual sostenido a través de intervenciones en el largo plazo que den respuesta a las necesidades de las mujeres y reduzcan barreras de acceso. Por ejemplo, un estudio encontró las personas que elegían los CM como un método anticonceptivo requerían más asesoramiento que las personas que usaban los condones como método de respaldo. Ello se debe a que las personas que eligen el uso de los condones como su método anticonceptivo principal posiblemente han subestimado la dificultad de usar condones cada vez que los necesitaban. (FHI)



Por último, es necesario considerar que las actitudes sobre el CM podrían influir en los niveles de aceptación del CF. Según datos de ENDESA 2007, la población tiene una actitud positiva hacia el condón ya que aproximadamente el 91 por ciento de hombres y mujeres en edades entre 18 y 49 años manifestaron estar de acuerdo con que se enseñe a adolescentes entre 12 y 14 años sobre el condón como medio de prevención del VIH. Aunque no se verificaron diferencias significativas por edad, estado conyugal, zona y región de salud, o quintil de riqueza, el 81 por ciento de las mujeres y el 78 por ciento de los hombres que no habían aprobado ningún nivel de estudios o con apenas educación preescolar aceptaron dicha idea, mientras estas proporciones fueron de 91 por ciento de mujeres y el 90 por ciento de los hombres que tenían educación superior.

### ¿Cómo se integraría el CF en las estrategias nacionales de prevención del VIH?

Las nuevas estrategias y tendencias en prevención del VIH apuntan hacia la combinación de intervenciones de carácter conductual o comportamental, biomédicas y estructurales. (Luciano, D.; 2009). En este sentido, el CF debe ser incorporado de manera transversal en todas las estrategias del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS y el VIH/SIDA 2007-2015 incluyendo las relativas al CM, la prueba de VIH y consejería, tratamiento de las ITS, los programas dirigidos al cambio de actitudes y comportamientos; así como en las intervenciones sobre factores estructurales (económicos, políticos, sociales, culturales) que moldean o restringen la conducta individual tales como la pobreza, las múltiples expresiones de las desigualdades de género, las políticas públicas, etc. ( Geeta Rao Gupta et al; 2008)



Cabe destacar que, la oferta de información y el acceso a los CF no significa que las mujeres los utilizarán de manera correcta y consistente ya que en la realidad de las relaciones sexuales y las negociaciones sobre la sexualidad son mucho más complejas. La experiencia en prevención en distintas áreas de la salud ha mostrado que se requieren intervenciones en los distintos niveles (individual, interpersonal, comunitario, sectorial y macro) para cambiar actitudes y prácticas; y que el conocimiento *per se* no es condición suficiente para producir cambios de comportamientos sostenibles. (Luciano D, 2009)



## De cara al futuro

Tomando en consideración los avances y los retos en torno al CF del marco legal dominicano y los programas y estrategias actuales de salud sexual y reproductiva y prevención del VIH/ITS, es necesario impulsar una sólida estrategia de abogacía y promoción que se centre en los siguientes aspectos:

- La inclusión del CF de manera explícita en instrumentos de políticas como planes y programas nacionales de salud sexual reproductiva, prevención del VIH/ITS, salud integral de adolescentes y jóvenes, entre otros. Esto incluye la incorporación del CF en las negociaciones del país con donantes internacionales tales como El Fondo Global, USAID, UNFPA y la OPS/OMS.
- Incorporación del CF en las estrategias de adquisición, distribución y mercadeo de condones del país de las instancias gubernamentales y no gubernamentales, particularmente, en los mecanismos existentes para asegurar el acceso a CM. Los objetivos de salud pública en los que se sustentan las estrategias de prevención del VIH/ITS y la anticoncepción solo pueden ser logrados si no hay barreras de acceso a los CF y CM. Esto significaría eliminar limitaciones de gestión del CF asociadas a los altos precios, la limitada oferta y la ausencia de estrategias de mercadeo.
- Capacitación a proveedores (as) de servicios centrada en el desarrollo de las competencias necesarias para compartir información con las y los usuarios de los servicios sobre las características, beneficios, riesgos y modo de uso del CF. Las y los proveedores deberán también desarrollar habilidades para enfrentar las barreras culturales, tanto personales como entre las y los usuarios (as) de los servicios, particularmente aquellas que refuerzan la idea de que solo el hombre puede usar condón o que las mujeres no deben tocar sus genitales. (PANCAP, 2008) En un estudio en la ciudad de Nueva York, se encontró que las y los proveedores se mostraron escépticos sobre la eficacia contraceptiva del CF y sólo el 32 por

ciento (8/22) indicó que lo recomendaría como contraceptivo primario. (Mantell JE, Hoffman S, Weiss E, et al; 2001)


- Las barreras financieras (costos para las usuarias), geográficas, culturales, institucionales deben ser activamente enfrentadas para hacer efectiva la integración del CF en la oferta de preservativos en programas y puntos de venta.
- Financiar programas a nivel nacional que integren el CF de manera efectiva en la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva y la prevención del VIH/ITS.
- Desarrollar campañas nacionales dirigidas a población general y grupos específicos de población, así como apoyar otras iniciativas a nivel mundial, entre ellas, la Iniciativa del Condón Femenino del UNFPA, Prevención Ahora y Acceso Universal a Condonos Femeninos.
- El fortalecimiento del liderazgo de las redes de personas viviendo con VIH para la incidencia en torno al CF que les permita ejecutar acciones a lo interno de sus organizaciones, de coordinación interinstitucional y de abogacía para el desarrollo de políticas públicas.
- Sistemas de monitoreo y evaluación para dar seguimiento a la integración del CF en las estrategias de prevención del VIH y anticoncepción, particularmente en relación con la disponibilidad, la accesibilidad y uso del CF; a fin de que estas estrategias sean revisadas regularmente y documentar las lecciones aprendidas. La información que provee el M&E servirá de base para el diálogo intersectorial, la abogacía y el análisis de la gestión, importación, disponibilidad, calidad, costos y tendencias en el uso del CF.
- Las estrategias de promoción y abogacía del CF deben estar basadas en evidencia científica.



## Reconocimientos

Agradecemos a las siguientes instituciones y personas que facilitaron información y documentos utilizados como referencia en el desarrollo de este material: INSALUD (Giselle Scanlon), UNFPA/República Dominicana (Sonia Vázquez y Ángela Polanco), CHANGE, COPRESIDA (Erika Suero, y Daneydi Rodríguez), ASOLSIDA (Mary Mateo Encarnación), PROFAMILIA (Myrna Flores y Leopoldina Cairo), PSI/República Dominicana (Clarissa Valdéz)

## Referencias

- 
1. WHO. The Safety and Feasibility of Female Condom Reuse: Report of a WHO Consultation. 28-29 January 2002. Geneva. [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/report\\_reuse\\_fc.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/report_reuse_fc.pdf)
  2. Reproductive Health Supplies Coalition. (2009). Female condom. [http://www.path.org/files/RH\\_caucus\\_new\\_underused\\_female\\_condom\\_br.pdf](http://www.path.org/files/RH_caucus_new_underused_female_condom_br.pdf)
  3. KK Holmes, et al. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections, Bulletin of the World Health Organization, June 2004. Citado por UNFPA.
  4. IPPF and UNFPA. 2007. MYTHS, MISPERCEPTIONS AND FEARS ADDRESSING CONDOM USE BARRIERS. [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/myths\\_condoms.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/myths_condoms.pdf)
  5. Avert. The female condom. <http://www.avert.org/female-condom.htm>
  6. Ley General de Salud, No. 42-01. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana, 2001. <http://www.sespas.gov.do/download/docs/Ley42-01.pdf>
  7. Ley No. 55-93 sobre el SIDA. República Dominicana. 1993. <http://rsta.pucmm.edu.do/biblioteca/bvds/%20sobre%20SIDA.pdf>
  8. Anteproyecto de modificación de la Ley sobre SIDA, República Dominicana. [http://copresida.gob.do/sitioweb/PDF/Anteproyecto\\_Ley\\_sobre\\_SIDA.pdf](http://copresida.gob.do/sitioweb/PDF/Anteproyecto_Ley_sobre_SIDA.pdf)
  9. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. 2004. Normas Nacionales de Salud Reproductiva. Santo Domingo. <http://www.sespas.gov.do/download/docs/Normas/SaludReproductiva.pdf>
  10. Tomado de: Importación, costeo, almacenamiento, distribución provisión y mercadeo de condones: documento de base para la construcción de una política nacional de condones, 2006, COPRESIDA, UNFPA, INSALUD-Mimeo.
  11. CESDEM y Macro International. Encuesta Demográfica y de Salud 2007, República Dominicana. 2008.
  12. OPS/OMS. Género y VIH/SIDA. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington D.C. s/f. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderandHIVFactSheetSpanish.pdf>
  13. Luciano, Diny. (2009). Integrado programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres. Development Connections y UNIFEM. Washington D.C.
  14. Bravo, María J. 2004. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SANGUÍNEA O SEXUAL ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS Y SUS PAREJAS EN LAS AMÉRICAS. Manual para profesionales de la salud. PAHO. Washington D.C. <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/Manual%20VIH%20ITSS%20inyectores%20de%20drogas.pdf>
  15. Lara DK, Grossman DA, Muñoz JE, Rosario SR, Gómez BJ, García SG. Acceptability and use of the female condom and diaphragm among sex workers in Dominican Republic: results from a prospective study. *AIDS Educ Prev.* 2009 Dec;21(6):538-51.
  16. Vijayakumar G, Mabude Z, Smit J, Beksinska M, Lurie M. [A Review of Female-Condom Effectiveness: Patterns of Use and Impact on Protected Sex Acts and STI Incidence.](#) *Int J STD AIDS.* 2006 Oct;17(10):652-9.
  17. Brown, Heidi. 2003. The Female Condom: Women Control STI Protection. Population Reference Bureau. <http://www.prb.org/Articles/2003/TheFemaleCondomWomenControlSTIProtection.aspx>



18. Welbourn A. Sex, life and the female condom: Some views of HIV positive women. Reproductive Health Matters. 2006;14(28):32-40.
19. Alba, Wendy. Entrevista telefónica a las farmacias Olga, Aracena, Los Hidalgos, Farmax, Brasil, San Judas Tadeo, Carol. La estimación del costo en dólares se basa en la tasa cambiaria establecida por el Banco Central a la fecha del sondeo: \$US1.00 dólar = RD\$37.52 pesos. [http://www.bancentral.gov.do/tasas\\_cambio/TMC4001.pdf](http://www.bancentral.gov.do/tasas_cambio/TMC4001.pdf)  
Oxfam y World Population Foundation. Failing women, withholding protection. Oxfam Briefing paper. August, 2008.
20. Beksinska ME, Rees VH, McIntyre JA, et al. Acceptability of the female condom in different groups of women in South Africa – a multicentred study to inform the national female condom introductory strategy. South African Medical Journal. 2001;91(8):672-678.
21. Cabral RJ, Posner SF, Macaluso M, et al. Do main partner conflict, power dynamics, and control over use of male condoms predict subsequent use of the female condom? Women and Health. 2003;38(1):37-52.
22. Garcia, S. and Goldman, L. Understanding successful condom use in the Dominican Republic. Population Council. (s/f) [http://www.contraceptivetrials.com/pdfs/frontiers/FR\\_FinalReports/DR\\_SuccessfulCondomUse.pdf](http://www.contraceptivetrials.com/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/DR_SuccessfulCondomUse.pdf)
23. FHI. Comportamiento influye en el uso de los condones. Network en español: Primavera 1998, Vol. 18, No. 3. [http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v18\\_3/NW183ch6a.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v18_3/NW183ch6a.htm)
24. COPRESIDA. Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y el Control de las ITS y el VIH/SIDA 2007-2015. <http://copresida.gob.do/sitioweb/pen.php>
25. Geeta Rao Gupta, Justin O Parkhurst, Jessica A Ogdén, Peter Aggleton, and Ajay Mahal. Structural Approaches to HIV Prevention. The Lancet. August 2008.
26. Pan-Caribbean Partnership Against HIV/AIDS. Model condom policy. 2008. CARICOM. Guyana.
27. Mantell JE, Hoffman S, Weiss E, et al. The acceptability of the female condom: Perspectives of family planning providers in New York City, South Africa, and Nigeria. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. 2001;78(4):658-668.



### DVCN- Conectando recursos para el desarrollo sostenible

**Oficina Central:** 1629 K Street NW Suite 300. Washington DC 20006. Tel. (202) 466-0978. [www.dvcn.org](http://www.dvcn.org) Comunidad de Prácticas DVCN: [www.dvcn.aulaweb.org](http://www.dvcn.aulaweb.org)

**Representación de DVCN en la República Dominicana:** C/Luís F. Thomén No. 308, Ensanche Quisqueya, Santo Domingo. Tel. 809 472-3613 y 809 494-1330.