



**“ESTUDIO DE PERCEPCIÓN
DEL CONDÓN FEMENINO
EN POBLACIONES FOCALIZADAS”**

INFORME FINAL

DICIEMBRE 2005.

Tabla de Contenidos

A. Presentación	04
B. Marco Teórico de referencia	05
C. Objetivos	18
D. Metodología de trabajo utilizada	19
E. Módulo I: Análisis exploratorio de la oferta del condón femenino, para su posible promoción en el país	21
1. Caracterización del producto y sus atributos	22
2. Eficacia del condón femenino	27
2.1 Eficacia anticonceptiva	27
2.2 Eficacia para la prevención de ETS y VIH	28
2.3 Estudios de aceptabilidad	30
3. Identificación de las fuentes de abastecimiento asociados a marcas y origen	33
4. Calidad y marco regulatorio	36
5. Análisis de ventajas y desventajas del condón femenino	41
6. Síntesis Dificultades y Facilitadores para la Oferta del Condón femenino en Chile	46
F. Módulo II: Análisis estratégico de las condiciones ético-políticas	48
1. Factores socio-culturales que intervienen en la aceptación o rechazo del condón	49
1.1. Factores estructurales:	49
1.1.1. Facilitadores para una promoción del condón:	49
a. Importancia del tema	49
b. El papel del Estado	50
c. Experiencias adquiridas con el condón masculino	52
d. Es una nueva opción a los métodos ya existentes, principalmente al considerar que es un método que provee una triple protección	57
1.1.2. Obstaculizadores para una promoción masiva del condón	59
a. Alto costo y baja accesibilidad	59
b. Oposición de grupos conservadores	63
c. Diferencias de género	76
d. Bajo nivel de conocimiento del condón por parte de las autoridades y personas relacionadas con la salud	85
e. Condiciones de pobreza	86
<i>“Estudio Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas”</i>	2
Informe Final	

1.2. Factores personales	88
a. Percepción de riesgo	88
b. Nivel educacional y niveles de información a que accede la población	90
c. Motivación a cuidarse	91
2. Elementos a considerar en una promoción del condón femenino	94
3. Síntesis Módulo Análisis Estratégico	103
G. Módulo III: Percepciones sobre el condón femenino en poblaciones focalizadas	108
1. Objetivos del Módulo	108
2. Fase Cualitativa	109
2.1 Metodología	109
2.1.1 Grupos Objetivo y Muestra	110
2.1.2 Diseño de pautas	113
2.1.2 Levantamiento de la información	114
2.1.3 Sistematización e Interpretación de la Información	118
2.2 Resultados Fase Cualitativa	119
2.2.1 Población Trabajadoras Sexuales	119
2.2.2 Población Mujeres Viviendo con VIH/SIDA	152
2.2.3 Población Estudiantes Universitarias	194
2.3 Síntesis integrada de resultados	224
3. Fase Cuantitativa	236
3.1 Metodología	236
3.1.1 Universo y Muestra	236
3.1.2 Instrumento	242
3.1.3 Recolección de la información	242
3.3 Resultados Encuesta	246
3.4 Síntesis integrada de resultados	311
H. Módulo IV: Recomendaciones para el diseño de estrategias de promoción del condón femenino.	317

A. Presentación

El presente informe da cuenta de los resultados del estudio «Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas», encargado por CONASIDA y el Receptor Principal a Demoscópica.

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos en los distintos módulos que componen el estudio, así como las recomendaciones y estrategias para un posible proceso de promoción del condón femenino en Chile.

B. Marco Teórico de Referencia

El VIH/SIDA es una de las enfermedades que se transmite más rápidamente a nivel mundial. En Chile, se estima que diariamente adquieren el virus 5,9 personas¹ y que actualmente existen en el país 33.314 personas viviendo con VIH/SIDA². En los últimos años ha manifestado un desplazamiento hacia grupos poblacionales de menor nivel socioeconómico según se deduce a partir de las preguntas referidas a nivel educacional y ocupación en la ficha de notificación.

La principal categoría de exposición declarada entre los casos de SIDA es la sexual. Según el Boletín Epidemiológico de Diciembre de 2003, un 94,1% ha declarado esta vía, un 4,3% ha declarado la vía sanguínea³ y un 1,6% la vertical⁴.

La sexualidad por tanto, pasa a ser un aspecto central al momento de pensar en modalidades de prevención del VIH para nuestro país y el mundo, porque “las posibilidades de contraer el VIH forman hoy parte de los riesgos de las personas sexualmente activas”⁵. Entre los riesgos más relevantes en el ámbito de la salud sexual de los sujetos, encontramos el riesgo de adquirir Enfermedades de Transmisión Sexual⁶, y el riesgo de adquirir VIH⁷.

Sin embargo, los estudios de sexualidad están lejos de ser suficientes para abordar los desafíos que la prevención contempla, principalmente porque en nuestro país estos estudios se han concentrado en diagnósticos y/o evaluaciones -“orientados por un interés predominantemente instrumental para el diseño y reformulación de políticas sociales, especialmente en los sectores de

¹ CONASIDA. Boletín Epidemiológico Semestral N° 15. Diciembre 2003.

² Esta cifra incluye las correcciones hechas por subnotificación en el país.

³ Esta se refiere principalmente a prácticas asociadas al uso de drogas inyectables.

⁴ De madre a hijo o hija.

⁵ Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Chile 2000.

⁶ Enfermedades contagiosas que se transmiten a otra persona mediante el intercambio sexual u otros comportamientos sexuales. Muchos de los organismos que ocasionan las ETS viven sobre las membranas mucosas que cubren la uretra, vagina, ano y boca. Algunos también viven sobre la piel. La mayoría de los organismos infecciosos son transferidos por el contacto directo con una úlcera o lesión sobre los genitales o boca. Sin embargo, algunos organismos pueden vivir en los fluidos corporales sin ocasionar una lesión visible y son transferidos por el contacto con estos fluidos. Algunas ETS también pueden ser transferidas por un contacto directo no sexual con tejidos o fluidos infectados. Un modo común de transmisión no sexual es el contacto con sangre infectada, por ejemplo, compartiendo las agujas... en http://www.umm.edu/esp_ency/article/001949.htm.

⁷ Es una infección viral causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que destruye en forma gradual el sistema inmune, causando infecciones difíciles de combatir para el cuerpo (Ibid)

salud y educación”⁸ -y en estudios críticos-“orientados por un interés práctico o emancipatorio, la mayoría de ellos vinculados a movimientos reivindicativos desde la perspectiva de la mujer”⁹.

Entre los principales desafíos con respecto a la prevención se encuentra el que ésta se internalice como una necesidad en los sujetos y que sea permanente, sólo de esa manera se podrá hacer frente a la indiferencia de la población que posee conductas de riesgo, aún cuando en muchos de los casos cuentan con información sobre métodos de prevención.

En este ámbito, resulta clave la percepción que los sujetos poseen del riesgo de adquirir una ETS o el VIH, y con ello, si perciben que sus conductas sexuales implican algún nivel riesgo y la forma en que asumen y enfrentan dichas situaciones. Se consideran como conductas de riesgo todas aquellas prácticas que aumentan la posibilidad de adquirir una enfermedad de transmisión sexual. Si bien, la posibilidad real de adquirir una ETS o VIH, dependen de múltiples factores interrelacionados, y muchas veces difíciles de aislar; diversas investigaciones coinciden en señalar como comportamientos de alto riesgo algunas conductas sexuales particulares como: tener múltiples parejas sexuales (de manera paralela o intercalada), que el sujeto o su pareja sexual, tengan antecedentes de cualquier ETS, no conocer los antecedentes de ETS previas de la pareja sexual, exponerse a situaciones de consumo excesivo de drogas o alcohol que puedan derivar en una relación sexual sin protección, ser consumidor de drogas intravenosas o tener una pareja sexual que lo sea, y sobre todo, tener relaciones sexuales sin protección, es decir donde no se utilice de manera correcta y consistente el condón masculino o femenino.

Así como en la incorporación de medidas de prevención de ETS y VIH, es clave la percepción del riesgo que posea el sujeto, también existe en cada individuo cierta adaptación al riesgo, la que se encuentra condicionada por factores culturales, biográficos y psicológicos que acompañan, particularizan, deforman o neutralizan la información objetiva sobre el riesgo.

Para enfrentar dichas conductas de riesgo, existen ciertos comportamientos que deben evitarse, así como nuevos que deben incorporarse a la vida sexual de los sujetos, y que son denominadas conductas de autocuidado o mutuo cuidado, según cómo se convengan, y que consisten en tomar precauciones en las relaciones sexuales, con el objeto de disminuir el potencial de transmisión o adquisición de ETS y VIH.

⁸ Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Chile 2000

⁹ Ibid.

Dichas conductas de sexo más seguro, varían significativamente en cuanto a sus implicancias, grado de involucramiento del sujeto y su pareja sexual y sobre todo en cuanto a su nivel de eficacia, por ello se presentan como diferentes alternativas, sin que la práctica de alguna de ellas, garantice en un 100% la posibilidad de no adquirir VIH o alguna ETS.

En este contexto, como conductas de autocuidado se citan la abstinencia sexual, la pareja sexual única y para toda la vida con una pareja que no tenga ninguna ETS, y el uso correcto y consistente del preservativo masculino o femenino. Las dos primeras opciones se tratan de una alternativa enfática y segura, pero que no poseen un nivel de eficacia estimable y que además, no resultan siempre practicables durante toda la vida de un sujeto. En tanto, el uso del condón, con una eficacia estimada superior al 95% representa una alternativa con un nivel de eficacia conocido, pero que a la vez depende en gran medida del uso correcto y consistente del mismo, durante toda la vida sexual del sujeto, es decir que se coloque correctamente, que se utilice desde el principio hasta el final del acto sexual, y que se use en todas las relaciones sexuales que se mantengan, sean éstas anales, orales o vaginales.

Con estos antecedentes, el concepto de sexo seguro es debatible, ya que pese a la existencia de ciertas medidas para enfrentar el riesgo de adquirir VIH y ETS, no es posible indicar que al adoptar dichas medidas se asegura la prevención de dicho riesgo. Por ello, se trata de medidas preventivas, que pueden practicarse de manera complementaria, sin que esto implique la existencia incondicional de un denominado sexo seguro.

En este sentido, cobran vital importancia la incorporación de medidas de autocuidado y la adopción conjunta de conductas preventivas con la pareja sexual, que disminuyan el riesgo de VIH y ETS. Como se indicara, para que la incorporación de medidas de prevención ocurra, ha de existir cierta autopercepción de riesgo de adquirir VIH o ETS. Se plantea como necesario entonces, elaborar un discurso que reconstruya para los distintas poblaciones, las opiniones y orientaciones sobre el riesgo y también sobre las medidas de prevención asociadas “para dirigirse eficazmente a cada grupo es menester hablarles en su lenguaje sobre sus prácticas, temores y olvidos en el campo de la sexualidad”¹⁰.

¹⁰ Ibid.

Si bien el mayor número de casos de SIDA sigue concentrándose en los hombres (88,7% de hombres frente a un 11,3% de mujeres), existe un crecimiento relativo de casos de SIDA en mujeres, incluyendo todos los mecanismos de transmisión, “el promedio de incidencia anual en SIDA para el periodo 1998 – 2003 es de 4,7% en las mujeres, versus 3,0% en los hombres”¹¹. La disminución de la brecha entre hombres y mujeres permite hablar de una feminización del VIH/SIDA, cuestión que se ha venido dando desde comienzos de la década del 90 a la fecha. Actualmente la razón entre hombres y mujeres es de 7:1 en SIDA y 4:1 en VIH¹².

Hay varias razones que explicarían la mayor vulnerabilidad de la mujer respecto del hombre para adquirir el VIH/SIDA. Estas razones pueden agruparse de manera analítica en dos grandes tipos: biológicas y socioculturales.

Factor biológico: El virus del VIH/SIDA se transmite de manera más eficiente de hombre a mujer que de mujer a hombre. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que en las relaciones sexuales las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables que los hombres a la infección del virus del VIH¹³. Esto se explicaría porque, por un lado, la carga viral es mayor en el semen de un varón infectado que en los fluidos vaginales de una mujer con el VIH. Por otro lado, en la mujer, el tejido de la vagina y el recto es mucho más vulnerable a la adquisición de infecciones que el tejido que cubre el pene, además, la superficie de contacto en la mujer es mucho mayor.

Factores socioculturales: el aumento de la participación de la mujer en el trabajo, la disminución de los niveles de fecundidad, el mayor protagonismo de la mujer en el ámbito de lo público son algunas muestras de los importantes cambios que se han venido sucediendo en nuestro país en las últimas décadas en relación al género. Sin embargo, esos cambios coexisten con un sinnúmero de antiguas tradiciones enmarcadas en las desigualdades de poder entre los géneros y de los roles culturalmente establecidos. Estos contribuirían a la vulnerabilidad de la mujer frente al VIH/SIDA, principalmente porque la sexualidad es uno de los ámbitos donde se expresa con fuerza las diferencias de género.

¹¹ CONASIDA. Op. cit. 2003

¹² Ibid .

¹³ Organización mundial de la salud, citado por Terra/BBC Mundo, Artículo a propósito del Día Mundial del SIDA. Disponible en línea : <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal3849.htm>

Para Lamas, el género "... toma forma en un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo. Así, mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser hombres y mujeres, de lo que es 'propio' de cada sexo"¹⁴.

Las diferencias e inequidades entre los géneros se dejan ver en varios ámbitos tanto públicos como privados, tales como el acceso a educación e información, a posiciones de poder, cargos de responsabilidad y toma de decisiones, a remuneraciones iguales que los hombres por igual trabajo, entre otros. En el ámbito privado, estas relaciones desiguales entre géneros se observan en las relaciones que cotidianamente establecen los sujetos, donde se tiende a vincular a la mujer con el trabajo doméstico y la reproducción, así como con atributos construidos socialmente como típicos y deseablemente femeninos, tales como la pasividad, la subordinación, la maternidad, la afectividad, entre otros.

La sexualidad es uno de los espacios donde dichas diferencias de género, operan aún con gran fuerza. Por ejemplo, en algunos círculos es mal mirado que una mujer tenga un condón en su cartera, se la califica como "fácil" y no como una mujer que se preocupa de la prevención. Por otro lado, muchas mujeres son dependientes económicamente o viven en ambientes de violencia intrafamiliar, para ellas no es una opción real decir no ante la posibilidad de una relación sexual no deseada o sin protección. Y tampoco son viables algunos métodos de prevención como la abstinencia, la pareja única o el demandar el uso del condón masculino a su pareja. Otro antecedente, es el número de mujeres casadas o con pareja estable que han adquirido el virus en los últimos años¹⁵, básicamente debido a la infidelidad de sus parejas, en donde el patrón cultural dominante en muchos países en desarrollo, da mayor poder y autonomía a los hombres en el ámbito de las decisiones de la vida sexual, y hace de las relaciones con varias mujeres un indicador de virilidad.

14 Lamas, Marta, 1995: "Cuerpo e identidad" en Género e Identidad: ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Luz Arango, Magdalena León y Mara Viveros (Comps), Tercer Mundo editores/ Uniandes, Bogotá.

¹⁵ El estudio sobre derechos sexuales y reproductivos en mujeres viviendo con VIH realizado por Vivo Positivo el año 2003 señala que la mayor parte de las mujeres adquirió el virus a través de su pareja estable, esto se corrobora a través de dos datos, por un lado un 46% de las entrevistadas declara que la razón para realizarse el test de ELISA es porque notificaron a su pareja, y por otro que un 37,5% señaló que la principal razón para no prevenir el VIH/SIDA es que tenían pareja estable. Carrasco, Marina, Vidal, Francisco y Pascal, Rodrigo. "Mujeres viviendo con VIH/SIDA: ¿Derechos sexuales y reproductivos?. Vivo Positivo, Universidad Arcis y FLACSO. Santiago 2003.

Estas situaciones dan cuenta de las dificultades que pueden enfrentar las mujeres para conseguir una mayor autonomía en las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, que por cierto se constituyen en derechos humanos. El concepto de derechos sexuales y reproductivos puede ser comprendido en dos niveles, por una parte el concepto restringido y otro amplio:¹⁶ En su sentido restringido, son comprendidos como derechos de todas las personas a la autodeterminación sexual y reproductiva. En su sentido amplio: son considerados incluyendo el derecho a la atención en salud sexual y reproductiva, el derecho a información, educación sexual, medios y libertad para decidir el número y espaciamiento de los(as) hijos(as), la orientación sexual, la pareja y el método anticonceptivo, entre otros.

Emerge con relevancia en este escenario el tema de la negociación en el ámbito de la sexualidad¹⁷, centralmente en lo concerniente a las medidas de protección necesarias para controlar el VIH/SIDA. “La negociación sexual se refiere a los procesos de acuerdo y de toma de decisiones en una pareja sexual. Este es un proceso interactivo donde las personas involucradas, cuando se enfrentan a intereses distintos llevan a cabo una serie de acuerdos destinados a obtener aquello que desean en esa relación. Este proceso es, por lo tanto, un contexto relevante para las decisiones que las personas tomen respecto a medidas de prevención de la transmisión del VIH; y estaría condicionada por la configuración sociocultural de los roles atribuidos a cada sexo, es decir por el género.”¹⁸

Las desigualdades de género provocan que las mujeres enfrenten de manera no equitativa sus diferencias en este plano. Es necesario por tanto generar e introducir medidas tendientes a favorecer las posibilidades de empoderamiento, negociación y prevención en este ámbito para las mujeres toda vez que estas pueden ser determinantes en el modo como la pareja enfrenta o elude conductas protectoras de su salud sexual.

En este sentido, el mayor nivel educacional y la mayor incorporación de la mujer al mundo del trabajo, no sólo en los niveles inferiores, sino también en responsabilidades ejecutivas, la influencia que ejercen los medios de comunicación, la asimilación de experiencias de otras realidades socioculturales, la conformación de distintos tipos de familia y rol de la mujer asociado a estos tipos de familia (mujeres jefas de hogar por ejemplo), ha significado que en la actualidad y en general, la mujer está en condiciones de asumir una actitud ya no de

¹⁶ Gysling Jacqueline, “Salud y Derechos Reproductivos: conceptos en construcción”, FLACSO Programa Chile, Santiago de Chile, 1993, página 25 y siguientes.

¹⁷ Ministerio de Salud. Op.cit. 2000.

¹⁸ Ob.cit, Gysling, 1993.

sumisión o incluso de negociación con su pareja en lo que se refiere al ámbito de las relaciones sexuales, sino de empoderamiento, en donde la iniciativa para tomar medidas de prevención de VIH/SIDA y otras ETS, así como la decisión final y el uso del método de protección, se encuentren en manos de las mujer, tal y como podría ocurrir con el uso del condón femenino.

El empoderamiento de las mujeres, es el “proceso mediante el cual los individuos obtienen control de sus decisiones y acciones relacionadas con su salud; expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural para responder a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y la de la comunidad.”¹⁹

Por ello es necesario que cualquier política pública que se quiera impulsar en lo que referente a la prevención del VIH/SIDA, ETS y embarazo no deseado, considere este aspecto, es decir, proveer a las mujeres de herramientas que les permitan empoderarse, adquirir información y concientizarse sobre sus derechos sexuales y reproductivos, mejorar su acceso informado a medios de prevención, incorporar prácticas de sexo seguro y autocuidado, sin la necesidad de esperar que el hombre actúe en esta materia, o esperar a que la pareja decida e incentive este tipo de prácticas.

En este contexto, el condón femenino, es una alternativa posible de ser incorporada por las mujeres como método de prevención de VIH, ETS y embarazos no deseados, actuando de esta forma, como un dispositivo que potencia la autonomía y el empoderamiento de las mujeres en el plano sexual y reproductivo.

El preservativo o condón femenino es una funda de poliuretano²⁰ lubricada²¹ que consta de dos anillos, uno interno que facilita la inserción y ayuda a mantenerlo en el cuello del útero; y otro externo que permanece fuera de la vagina y cubre los genitales externos durante la relación sexual. Fue creado en 1985 por el matrimonio danés Gregersen. Actualmente es el único método disponible que entrega triple protección (VIH, ETS, embarazos) y que es controlado por mujeres.

¹⁹ WHO Woman Health Organization, “Health promotion glossary”, 1998.

²⁰ Existen también diseños de látex, aunque no son los más utilizados. CONASIDA. “El Condón femenino. Revisión bibliográfica sobre estudios de efectividad”. Junio 2004.

²¹ Debido a que son fabricados principalmente de poliuretano, pueden ser lubricados con productos en base a agua o aceite, a diferencia de los condones masculinos de látex, que sólo pueden utilizar lubricantes acuosos. También puede incluir o no espermicida. El lubricante se coloca por en la cavidad interna del condón.

Más de 70 países han aprobado su uso²², en Europa está disponible desde 1992, en Estados Unidos desde 1993 cuando la Organización para la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó el marketing y la distribución del preservativo femenino. También se ha aprobado en países de América Latina como Brasil y México. Pese a lo anterior su distribución a nivel mundial es baja comparada con el condón masculino, y se estima que en el 2003, se vendieron poco más de 13 millones de condones femeninos, frente a los 13 ó 14 mil millones de preservativos masculinos.

En general la evaluación de los países respecto al cumplimiento de objetivos para los cuales se ha introducido la utilización del condón femenino ha sido positiva. Principalmente porque se cuenta con una nueva estrategia para la prevención de embarazos no deseados por un lado, y de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH, por otro. Así, el condón femenino es evaluado como una medida que forma parte de una gama más amplia de disposiciones para la prevención del VIH.

Se enfatiza eso sí, que en la mayor parte de los países existen desafíos aún pendientes como la generación de nuevas investigaciones que permitan contar con evidencia científica acerca de la eficacia de este dispositivo. Por otro lado, principalmente en los países en vías de desarrollo, existen importantes desafíos en el nivel de las decisiones políticas necesarias para emprender acciones preventivas en la población con un resultado exitoso, y también existen una serie de nudos “morales” persistentes, los cuales generan resistencia ante una promoción masiva. El contexto social y político de cada país será central al momento de iniciar cualquier tipo de acción tendiente a promover el uso del condón femenino.

A continuación se listan los principales aspectos negativos y positivos reconocidos en el condón femenino con respecto al masculino²³:

Aspectos negativos:

- El alto costo con respecto al condón masculino²⁴. Producir un condón femenino cuesta 20 veces más que producir un condón masculino²⁵.

²² Heidi Brown. “El preservativo femenino: protección contra infecciones de transmisión sexual controlada por mujeres”. Marzo, 2003. disponible en línea: <http://www.prb.org/PrintTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=8780>

²³ La mayor parte de los aspectos señalados provienen de: Retamal Rodrigo, “El Condón Femenino: revisión bibliográfica sobre estudios de efectividad”, CONASIDA, 2004, pág. 10.

²⁴ Actualmente su precio de venta en Chile es de \$2.100 la unidad.

- Insuficientes estudios sobre eficacia, e insuficiente promoción de este dispositivo, produce desconfianza en las personas ante métodos que no son conocidos.
- Riesgo de que se deslice el borde del condón femenino dentro de la vagina durante el acto sexual.
- La aplicación de espermicidas puede ser desordenada o puede causar irritación.
- Molestias o dolores causados por el anillo interno.
- Dificultades para insertarlo.
- Aspecto y percepción al tacto del anillo externo. Al cubrir los órganos genitales se percibe como poco atractivo.
- Ruido durante el sexo

Aspectos Positivos:

- Se fabrica de poliuretano: Sirve para aquellas personas que son alérgicas al látex. Además los condones de poliuretano no son susceptibles al deterioro por humedad o temperatura, por lo tanto son más resistentes.
- Se inserta dentro de la vagina de la mujer: Al ser la mujer quien se pone el dispositivo, le ofrece mayor control sobre la modalidad de prevención, permitiéndole protegerse aún cuando el hombre no quiera usar el condón masculino, o a su vez le permite compartir la responsabilidad en el uso del condón.
- Permite una mayor movilidad del pene en la vagina y el traspaso de calor, aumentando la sensación de placer.
- Los lubricantes que se utilizan pueden ser en base a agua o aceite.
- Puede ser insertado previamente al acto sexual, puesto que no depende de la erección del pene: Esto permite que no haya una interrupción poco placentera en el momento del acto sexual para la colocación del condón.
- Permite anticipar situaciones como consumo de alcohol o drogas que provoquen el olvido del uso del condón masculino.
- No necesita ser sacado inmediatamente después de la eyaculación.
- Cubre gran parte de los órganos genitales femeninos externos, por lo que constituye una barrera más amplia contra las enfermedades ulcerosas genitales, tales como el herpes y el chancro blando.
- Puede ser utilizado en mujeres que sufren de sequedad vaginal para aumentar la lubricación y evitar que las relaciones sexuales sean dolorosas²⁶.

²⁵ Heidi Brown. Op. cit. 2003.

²⁶ CONASIDA. Op. cit. 2004

Los aspectos positivos mencionados relevan un aspecto clave para que las mujeres puedan prevenir el VIH: las facilidades que otorga para potenciar el empoderamiento de las mujeres. Con el condón femenino es posible acceder a un cambio en la perspectiva de análisis respecto del concepto de empoderamiento. Ya no se enfatiza sólo en la capacidad de negociación que tiene o pudiera tener la mujer frente a su pareja sexual, sino en el control de la mujer sobre su propio cuerpo.

Así, la utilización del condón femenino otorga poder a las mujeres en sus negociaciones con los hombres sobre la forma y el contexto de sus relaciones sexuales, porque son ellas quienes controlan este dispositivo. La posibilidad de conocer y manejar el dispositivo, así como el hecho de utilizarlo en su propio cuerpo, facilitan la posibilidad de que las mujeres tomen conciencia de la potencial autonomía sexual y reproductiva que adquirirían con este método, y del nivel de control sobre su salud.

Pese a no ser un dispositivo de tan reciente creación, existen pocas experiencias internacionales relativas la promoción y distribución del condón femenino. En este mismo sentido, se han realizado pocas investigaciones sobre percepción, uso o aceptabilidad, y tampoco hay suficientes registros de experiencias de intervención y promoción del condón femenino en el mundo.

Aún así, existen casos destacables como el de Sudáfrica, donde desde 1998, el Departamento Nacional de Salud, ha llevado a cabo el proceso de introducción del condón femenino a través de un Programa de Introducción Nacional del Condón Femenino y de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia, diseñado y puesto en práctica por la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva (RHRU) de la Universidad de Witwatersrand, con asistencia técnica de FHI.

Este programa busca aumentar las opciones relativas a la prevención de embarazos, VIH y ETS, ya que estas dos últimas registran altas tasas en la región. La forma de promover su uso, fue incorporando el condón femenino en los programas de planificación familiar, para evitar su estigmatización como método exclusivo de prevención de ETS. Este sistema se probó preliminarmente en 30 centros de planificación familiar y centros comunitarios patrocinados por la Asociación de Planificación de la Familia de Sudáfrica (PPASA). En cada centro se entregó capacitación a los jefes de servicios, para una mejor respuesta al programa y manejo del dispositivo.

Los datos preliminares obtenidos durante el primer año y medio de puesta en marcha del programa, consideran a 9.400 usuarias iniciales provenientes de las clínicas estatales, y 1.400 usuarias iniciales que habían aceptado el método en sitios de la PPASA. Los resultados obtenidos son los siguientes:

- Aproximadamente nueve de cada 10 mujeres que habían aceptado el condón femenino también estaban usando inyectables o anticonceptivos orales, lo cual indica un deseo de obtener protección doble contra el embarazo y las ETS.
- La mayoría de las usuarias que habían aceptado el método dijeron que lo usaban para protegerse contra las ETS.
- Aproximadamente 60% de las usuarias que habían aceptado el método notificaron que usaban el condón masculino actualmente.
- Aproximadamente seis de cada 10 usuarias que habían aceptado el método tenían entre 20 y 29 años de edad.²⁷

Luego de esta etapa el Departamento Nacional de Salud decidió ampliar los puntos de distribución del condón femenino a aproximadamente 120 lugares.

Respecto de los estudios de efectividad, si bien estos no han sido tan prolíferos ni certeros como en el caso del condón masculino²⁸, el condón femenino ha sido aprobado por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una alternativa confiable para la prevención de ETS y VIH siempre y cuando se use de manera correcta, al igual que lo que sucede con el condón masculino. “A pesar de que no se han llevado a cabo estudios clínicos que indiquen que el preservativo femenino previene el VIH, estudios de laboratorio indican que el preservativo femenino es impermeable a las enfermedades de transmisión sexual y al VIH”²⁹.

Un estudio de Family Health International (FHI) y Contraceptive Research and Development Program (CONRAD), comenzó en 1990, y es uno de los estudios más citados y serios sobre efectividad del condón femenino, a partir del cual se obtuvo la aprobación de la FDA del condón femenino. El estudio se realizó en Estados Unidos, México y Santo Domingo, entregando condones femeninos a 377

²⁷ Mqoqi N, Mqhayi M, Tshukudu D, et al. The National Introduction of the Female Condom and Emergency Contraceptive Pills Program, Pilot Phase -- Final Report. Bertsham, South Africa: Reproductive Health Research Unit, Chris Hani-Baragwanath Hospital, 2000.

²⁸ Existen pocos estudios tendientes a investigar la efectividad del condón femenino en la prevención de enfermedades de transmisión sexual. La mayor parte de los estudios que existen se refieren a sus cualidades anticonceptivas. Por otro lado los estudios se han realizado mayoritariamente en la década de los 90, sin que existan estudios más actuales.

²⁹ UNAIDS- WHO, “The Female Condom: a guide for planning and programming”

mujeres durante un periodo de 6 meses con uso exclusivo de condón femenino en todas sus relaciones sexuales. Se consideraron sólo mujeres que tenían relaciones monógamas y en las que ambos eran fieles. Finalmente 328 mujeres entregaron datos sobre eficacia. La Tasa de eficacia se realizó considerando la tasa de embarazos no planificados, que fue de 15%. Al considerar sólo a las mujeres que lo utilizaron de manera correcta y consistente, la tasa global de eficacia del condón femenino, se calculó en 95%.

Este 5% de fracaso, es más alto que el del condón masculino, calculado en 3% y más bajo, que el 6% de los casos en que se usan los espermicidas y el diafragma. Lógicamente, la tasa de fracaso, depende también en gran medida del uso correcto y sistemático del dispositivo.³⁰

Respecto a su eficacia para prevenir el VIH y otras ETS, un estudio empleó datos de la eficacia anticonceptiva del condón femenino para extrapolar una tasa estimada de protección contra el VIH. Este estudio calculó que el uso perfecto del condón femenino puede reducir el riesgo anual de contraer el VIH en más del 90 por ciento en las mujeres que tienen relaciones sexuales dos veces por semana con un hombre infectado.³¹

Las conclusiones de varios estudios, enfatizan que el uso del condón femenino es complementario al uso del condón masculino³², por lo tanto, sus distintos atributos permitirían complementar las deficiencias o potencialidades de uno o de otro y en consecuencia mejorar su aceptabilidad y uso consistente.

Es precisamente el tema de la aceptabilidad lo que ha concentrado a los promotores de esta iniciativa en el mundo. Diversos son los estudios que se han hecho respecto de este tema, aunque existen poco registros de los mismos. La mayor parte de ellos concluyen que el nivel de aceptación del condón femenino en la población es bastante positivo.

En el año 2004 se ha iniciado en nuestro país el análisis de la posible promoción del condón femenino. Como se señalara, cualquier medida a tomar, requiere la generación de información que permita conocer las percepciones sobre el tema que se desea abordar.

³⁰ Trussell J, Kowal D. "The essentials of contraception". In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al., eds. *Contraceptive Technology*, Seventeenth Revised Edition. New York, 1998.

³¹ Trussell J, Sturgen K, Strickler J, et al. "Comparative contraceptive efficacy of the female condom and other barrier methods". *Fam Plann Perspect* 1994.

³² Esto no es igual a decir que deben utilizarse simultáneamente, por el contrario la fricción entre el poliuretano y la goma de látex puede provocar la falla del producto.

Principalmente cuando nos referimos a un problema de salud pública, en el que la acción de los sujetos será la piedra angular toda vez que entendemos el riesgo “como un fenómeno interno, maleable y manejable por la misma persona, manifestado por presencia o ausencia de control individual frente a la exposición del organismo a determinadas contingencias que conllevan un riesgo de contagio. Desde esta perspectiva, el virus del SIDA no es por sí sólo un peligro para la salud, el riesgo estaría en la falta de habilidades para el control de la conducta”³³.

Fundamentalmente si pensamos en poblaciones particulares que pudieran ser más permeables a la transmisión como las trabajadoras sexuales, en donde el condón femenino pudiera significar una herramienta tendiente al objetivo más general de mejorar sus condiciones de trabajo. O en mujeres que por su condición serológica necesitan protección para sí mismas por el peligro de “reinfeción”, o para sus parejas, muchas de las cuales son seronegativas³⁴, ayudándolas a tener mejor calidad de vida, y a muchas de ellas, a retrasar la aparición de los síntomas del SIDA. O en mujeres universitarias, cuyas opiniones son de vital importancia en el objetivo de dar sostenibilidad a las iniciativas de promoción del condón femenino y que contribuyen, a nivel de opinión pública, a elaborar un discurso que potencie y fortalezca la autonomía de las mujeres en el ámbito de las decisiones sexuales y reproductivas.

³³ Ministerio de Salud. Op. cit. 2000.

³⁴ En el estudio de derechos sexuales y reproductivos realizado por Vivo Positivo el año 2003, del total de mujeres que contaban con pareja estable, un 52,7% tenía una pareja seronegativa. Carrasco, Vidal y Pascal. Op. cit. 2003.

C. Objetivos

✓ **Objetivo General**

Indagar en las percepciones sobre el condón femenino como método de prevención primaria y/o secundaria en poblaciones focalizadas, determinando los factores que pueden incidir en ellas desde las opiniones, preferencias y hábitos de la población objetivo, vinculados a las prácticas de sexo seguro.

Generar conocimientos relevantes para el diseño de estrategias de promoción del condón femenino, considerando el análisis estratégico de los facilitadores, dificultades y actores que pueden afectar su difusión en el país.

✓ **Objetivos Específicos**

1. Conocer las actitudes, comportamientos y disposiciones actuales y potenciales respecto al uso del condón femenino en grupos focalizados de población, considerando el contexto de las prácticas de sexo seguro.

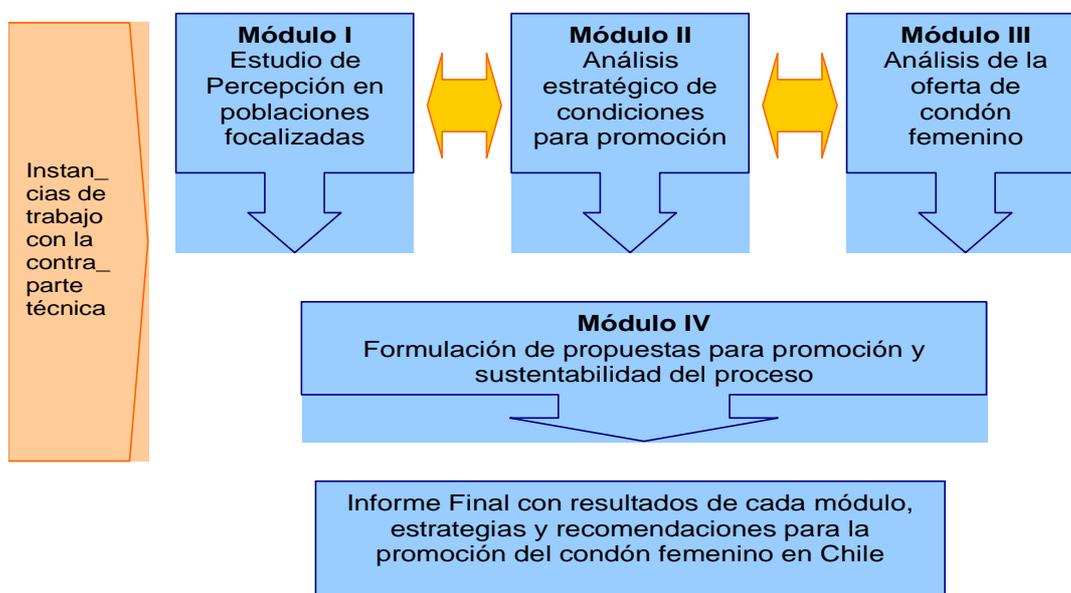
2. Realizar un análisis estratégico de las condiciones ético - políticas que pueden incidir en la promoción del condón femenino en Chile, considerando los facilitadores, las dificultades y los discursos típicos de organizaciones de la sociedad civil e instituciones relevantes para el proceso.

3. Analizar -de manera exploratoria- las condiciones que presenta la oferta existente, para la posible promoción del condón femenino en el país.

4. Proponer conceptos, acciones y estrategias pertinentes de ser empleados en la promoción del condón femenino en las poblaciones focalizadas, a partir de la información primaria producida por el estudio y del análisis de fuentes secundarias sobre otras experiencias ligadas a la aceptabilidad y difusión de este preservativo a nivel nacional e internacional.

D. Metodología de trabajo utilizada

El estudio complementa metodologías cualitativas y cuantitativas, a través de grupos focales, entrevistas en profundidad a las poblaciones objetivo, a actores claves e informantes, así como una encuesta estadística a poblaciones focalizadas. Además se han complementado fuentes de información primaria y secundaria, así como el trabajo del equipo proponente y la contraparte técnica. La metodología utilizada en cada fase, se correlaciona directamente con el objetivo específico buscado, y ha servido de insumo para las etapas paralelas, tal y como señala el siguiente diagrama:



Primero se realizó la fase cualitativa con levantamiento de información en las tres poblaciones objetivos del estudio. Se realizaron cuatro grupos focales con estudiantes universitarias, uno en la I región, otro en la VIII, y dos en la RM. Asimismo se realizaron dos grupos focales adicionales en la RM, uno con mujeres VVIH/SIDA y otro con trabajadoras sexuales. De manera paralela, se llevaron a cabo un total de 32 entrevistas en profundidad, de las cuales, la mitad se efectuaron a mujeres viviendo con VIH/SIDA y la otra mitad, a trabajadoras sexuales en las tres regiones de estudio.

De forma paralela se llevó a cabo la revisión y sistematización de información documental proveniente de diversas fuentes primarias y secundarias relacionadas con el condón femenino, en particular, su eficacia, certificación, la oferta existente, entre otros.

Posteriormente, y considerando la información obtenida en la fase cualitativa, más los insumos de información de las demás áreas de investigación, se desarrolló la fase cuantitativa con recolección de información a través de una encuesta a los grupos objetivo del estudio en cada una de las tres regiones consideradas.

Además, teniendo como insumo la información obtenida en la fase cualitativa, se realizaron entrevistas en profundidad a actores clave del escenario nacional, para conocer la viabilidad de promover el uso del condón femenino en Chile. Junto a ello, se consultó a diversos informantes claves para conocer la oferta de condones femeninos en el país.

Si bien, preliminarmente la propuesta del estudio consideraba la posibilidad de intercambiar y complementar información con el estudio de aceptabilidad que se realizaría en forma paralela, esto no fue posible, ya que dicho estudio se postergó, sin lograr al momento de desarrollo de la presente investigación, obtener información al respecto.

La elaboración de recomendaciones y estrategias para la promoción del condón femenino en Chile, fue realizada por un equipo de expertos en el área de salud pública, producción y oferta, opinión pública y campañas de comunicación social. Por ello, dicho módulo integra tanto la información producida por el estudio, como las sugerencias y estrategias elaboradas por dicho equipo profesional.

E. Informe Módulo I: Análisis exploratorio de la oferta del condón femenino, para su posible promoción en el país

Una de las características que presenta la expansión del VIH/SIDA en nuestro país es el alto porcentaje de mujeres que lo han adquirido, dando paso a un crecimiento relativo de casos de SIDA en ellas, incluyendo todos los mecanismos de transmisión; “el promedio de incidencia anual en SIDA para el periodo 1998 – 2003 es de 4,7% en las mujeres, versus 3,0% en los hombres”³⁵. La disminución de la brecha entre hombres y mujeres permite hablar de una “feminización del VIH/SIDA”, cuestión que se ha venido dando desde comienzos de la década de los 90 a la fecha. Actualmente, la razón entre hombres y mujeres es de 7:1 en SIDA y 4:1 en VIH³⁶.

Lo anterior, se relaciona con que las mujeres son cuatro veces más vulnerables de adquirir el VIH que los hombres; el área de los genitales femeninos expuestos a semen y otros fluidos sexuales es más grande que la de los varones. Además, el semen de un hombre que vive con el virus contiene mayor carga viral que los fluidos vaginales de una mujer viviendo con el virus. A pesar de esto, las mujeres tienen muy poco control sobre la elección de una manera de protegerse porque hasta ahora sólo existía el condón masculino como método de protección de ETS, el cual no era de control exclusivamente femenino. De ahí la importancia de que exista un dispositivo sobre el cual las mujeres tengan un mayor control, como es el caso del condón femenino.

El condón femenino es el primer método de barrera, de iniciativa femenina, que protege contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), y que a su vez, también previene el embarazo. Este dispositivo fue diseñado en 1985 por el matrimonio danés compuesto por Eric y Bente Gregersen y fue vendido por primera vez en Suiza en 1992. Desde ahí en adelante, se ha expandido su venta en varios países del mundo.

³⁵ CONASIDA. Boletín Epidemiológico Semestral N° 15. Diciembre 2003.

³⁶ Ibid .

1. Caracterización del producto y sus atributos

El condón femenino es una funda que mide aproximadamente 17 cm. de largo, 8 cm. de ancho y 0,05 ml. de grosor³⁷. Es una talla única, no hay variedad de tamaños ni de formas. Este preservativo ha sido diseñado para adaptarse a cualquier tamaño de pene, de manera que no apriete ni cause molestias en el hombre cuando la mujer lo utiliza.

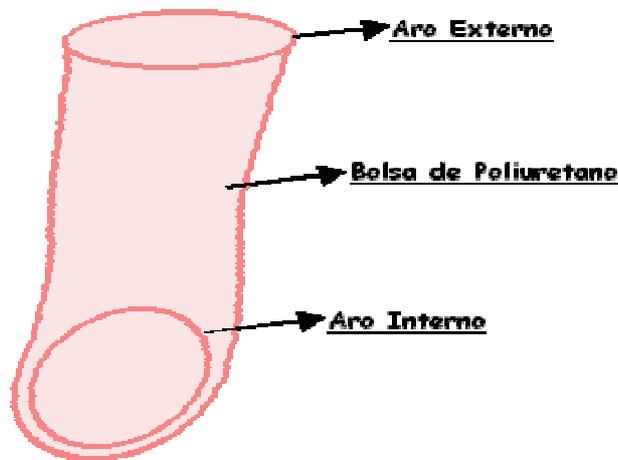
En el mundo se fabrica de poliuretano principalmente, sin embargo también existen condones femeninos de látex³⁸ y de Nitrilo³⁹ los cuales no se venden en Chile. El poliuretano es un plástico delgado, más durable y resistente que el látex. Permite mejor el traspaso del calor, lo cual aumenta las posibilidades de placer tanto en el hombre como en la mujer.

Este dispositivo combina en su forma las características de un condón masculino y un diafragma. Consta de dos anillos blandos y flexibles, colocados en la parte superior e inferior. El primero sirve para proteger la parte externa de la vagina y, a la vez, impedir que el dispositivo se deslice dentro de la misma. El segundo, que es más pequeño, pero un poco más grueso, es utilizado para insertar el condón hasta el cuello del útero.

³⁷ Una variación es el condón femenino Janesway, un calzón de algodón al que se le ha incorporado una bolsita de látex en la entrepierna. El calzón cubre toda el área genital femenina externa y está destinado a prevenir el intercambio de fluidos o el contacto de las áreas genitales entre la pareja. El condón Janesway se halla en etapa de preparación en HHH Development y el Consejo de Salud Familiar de California

³⁸ Existe un condón de látex para mujeres denominado V-Amour. Este es un método de barrera que al contrario que su predecesor de poliuretano y con forma de anillo, es blando, y de látex, unido a una estructura flexible en forma de V. Dentro del depósito de almacenamiento hay una esponja blanda de poliuretano. El V-Amour cuenta con la aprobación de la Comunidad Europea para su venta en Europa. En la actualidad, el producto está disponible en las tiendas de Alemania, y se está negociando para que el producto V-Amour se comercialice en Reino Unido. V-Amour proporciona los mismos beneficios protectores esenciales de todos los condones. V-Amour se vende a un precio aproximado de la mitad del que tenía la marca Reality en Europa y se distribuyen de forma exclusiva por Intelx Inc. de Petoskey, Michigan, Estados Unidos. Disponible en línea <http://prninternational.com/cgi/news/release?id=94672>

³⁹ Corresponde al condón llamado de segunda generación, al cuál se hará referencia más adelante.



Lubricación: Dado que la mayor parte de los condones femeninos son de poliuretano, pueden ser lubricados con esencias a base de aceites o de agua. Algunos de ellos vienen con un envase adicional que contiene un lubricante para las usuarias que prefieren más lubricación. En Chile sólo se dispone de condones lubricados con silicona, sin envase de lubricación extra.

Existe una variedad importante de lubricantes en el mercado nacional. Se pueden encontrar lubricantes en base de aceites, en base de agua o de silicona. Pero además incorporan otras características, por ejemplo hay algunos que contienen espermicidas (de manera más frecuente Nonoxynol-9), otros que contienen una sustancia que provoca un efecto retardante en la eyaculación masculina (Su principal compuesto es la benzocaína -5%-). También hay lubricantes con olor y sabor. No obstante la variedad, el lubricante más utilizado en el mercado nacional es la silicona, la cual es compatible con los condones de látex y de poliuretano.

Duración: La fecha de caducación del condón femenino se calcula en dos años desde su fabricación⁴⁰. Sin embargo, se cree que su período de conservación puede ser más extenso (el tiempo que puede guardarse sin que deje de ser seguro ni pierda su eficacia durante el uso). Si los estudios indicaran que se garantiza un tiempo de conservación más largo, la fecha de expiración de dos años podría extenderse, pero aún no se han llegado a nuevas conclusiones al respecto. El envase del único condón femenino distribuido en Chile indica claramente la fecha en que los condones vencen, pero no indican su fecha de elaboración.

⁴⁰ <http://www.fhi.org/sp/networks/sv10-4/ns10411.html>

Condiciones de almacenamiento: La duración está relacionada con las condiciones de almacenamiento necesarias para una buena conservación del condón femenino. Como se ha señalado los condones femeninos son elaborados de poliuretano, material más resistente que el látex, por lo tanto el condón femenino generalmente no se ve afectado por las condiciones atmosféricas como la altitud, humedad o cambios de temperatura ocurridos durante el almacenamiento. Cabe considerar sin embargo, que los condones femeninos, al igual que los masculinos, no pueden estar expuestos a condiciones extremas de temperatura.

Rompimiento: Tal y como sucede con el condón masculino, los condones femeninos se pueden romper al estar en contacto con cualquier objeto puntiagudo, punzante o filiforme, como uñas, anillos, tijeras u otros. De ahí que el envase sólo se debe abrir según las indicaciones, con las yemas de los dedos en el lugar indicado. Es de máxima importancia que las mujeres aprendan a manipular correctamente y con cuidado el condón femenino, ya que al introducirlo con los dedos dentro de la vagina son mayores las probabilidades de rompimiento.

Uso complementario de otros elementos de prevención: Puede usarse complementariamente con cualquier anticonceptivo que no sea de barrera (por ejemplo, los anticonceptivos orales) y con gel o crema espermicida. Sin embargo, no se recomienda que se use con un condón de látex masculino, puesto que la fricción de los dos dispositivos puede desplazarlos o romperlos.

Reutilización del condón femenino: Los condones femeninos se pueden utilizar sólo una vez. Sin embargo, el precio del mismo ha llevado a algunas instituciones ligadas a la salud, entre las que destacan la Organización Mundial de la Salud (OMS), a encargar estudios para determinar la admisibilidad y la seguridad de la reutilización del preservativo femenino. “La OMS ha elaborado un borrador de un protocolo para limpiar y manipular condones femeninos para que puedan volverse a utilizar sin peligro.

El protocolo declara que un condón femenino puede usarse hasta cinco veces, siempre y cuando se limpie y se manipule después de cada uso conforme a las directrices de la OMS. El protocolo presenta un paso de desinfección que consiste en remojar el dispositivo durante un minuto en una solución de hipoclorito sódico (blanqueador) diluido con agua en una proporción de 1:20 lo más pronto posible después del uso. El dispositivo luego debe lavarse,

secarse, guardarse y lubricarse antes de volverlo a usar, conforme a los procedimientos del protocolo”⁴¹.

“Los estudios de laboratorio muestran que, en su estructura, el condón femenino se mantiene seguro y sigue impidiendo el paso de patógenos y esperma hasta después de diez lavados con una variedad de regímenes, incluyendo la decoloración”⁴². Sin embargo, aún no es una información oficial ni respaldada por estudios humanos, aún cuando se sabe que varios países en desarrollo llevan a cabo esta práctica⁴³. Sigue presente el riesgo de que la reutilización del condón femenino posibilite la entrada de nuevos agentes patógenos, que la mujer no lo lave adecuadamente o, simplemente que no siga las acciones de desinfección, lavado, secado, almacenamiento y relubricación que serían necesarias en el caso de aprobarse esta disposición oficialmente.

Segunda generación del condón femenino: El 30 de septiembre del presente año, la Presidente y Directora de Operaciones de Female Health Company (FHC), Mary Ann Leeper, ha anunciado que se ha desarrollado “el Condón Femenino FC2 de segunda generación para el mercado no estadounidense”. Éste será ofrecido a países en desarrollo a un precio mucho menor por la compra de grandes volúmenes. Este nuevo condón, disponible por ahora sólo en Sudáfrica y Brasil, podría prevenir miles de infecciones por VIH y ahorrar millones de dólares en costos de atención médica.

La segunda generación del condón femenino denominado FC2, es elaborado de un material sintético llamado Nitrilo, “tiene el mismo aspecto y ofrece el mismo resultado que el Condón Femenino FC (FC1) de FHC, que es el único dispositivo de barrera para la mujer aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), creado con el fin de proteger a las mujeres del VIH, otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no deseados”⁴⁴. El material de fabricación es la única diferencia con el condón femenino actual⁴⁵. La FHC señala que su efectividad es similar a la del condón femenino tradicional (FC). No se ha corroborado si este nuevo condón ya está aprobado por la FDA.

Leeper realizó el anuncio en una reunión cumbre sobre el uso y la disponibilidad de condones femeninos, donde también instó al sector

⁴¹ Este protocolo sólo se aplica al condón femenino de poliuretano fabricado por la Female Health Company” Disponible en línea: <http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Briefs/fcbriefs/reuse.htm>

⁴² <http://www.global-campaign.org/clientfiles/SPFFemaleCondom.doc>

⁴³ <http://www.prb.org/PrintTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID>

⁴⁴ Reporte de prensa de Afrol news. Disponible en línea: <http://www.afrol.com/es/articles/16987>

⁴⁵ <http://www.femalehealth.com/pdf/FC2%20factsheet%20layout2r.pdf>

público global a buscar maneras de garantizar que el nuevo condón (FC2) esté disponible al precio más bajo posible. "El precio de FC1 ha hecho que algunos programas de prevención del VIH no puedan incorporar de lleno este condón a una estrategia intensa de prevención del VIH (...), pero en grandes volúmenes que equivalen a tan sólo 3% del mercado estimado del condón masculino, FC2 puede venderse en apenas 22 centavos de dólar por unidad, lo que hace que sea muchísimo más accesible" señaló Leeper⁴⁶.

Este valor de venta, equivale a poco menos de un cuarto de dólar, que en moneda nacional equivaldrían a cerca de \$120, según el precio promedio del dólar en diciembre de 2005. En este contexto, si bien el precio final de venta podría aumentar respecto a este valor mayorista, tendría la posibilidad de competir de manera real con el condón masculino, que hoy, tiene un precio final de venta unitario cercano a los \$400.

⁴⁶ Reporte de prensa de Afrol news. Disponible en línea: <http://www.afrol.com/es/articles/16987>
"Estudio Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas" 26
Informe Final

2. Eficacia del condón femenino⁴⁷

Respecto de la eficacia del condón femenino es necesario distinguir entre dos temas, por un lado la eficacia para prevenir embarazos no deseados y por otro, la eficacia en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre las que se cuenta el VIH/SIDA. En ambos, la eficacia del condón estará condicionada por el uso correcto y consistente del mismo.

Lo anterior pone de relieve la pertinencia de especificar la diferencia entre eficacia práctica y teórica, es decir la eficacia del método y la eficacia de uso del método. La eficacia del método sólo se puede medir cuando el dispositivo se utiliza de manera correcta y sistemática, por tanto sólo considera las fallas atribuibles al condón en sí. La eficacia del uso, dependerá de una serie de factores relacionados con la usuaria, ajenos al condón, entre ellos: experiencia de uso, cuidado en el uso, nivel de información, etc⁴⁸. La consideración de este aspecto será fundamental en las conclusiones de los distintos estudios, tanto para medir su eficacia anticonceptiva, como profiláctica.

2.1 Eficacia anticonceptiva

Entre los estudios más emblemáticos respecto de la eficacia del condón femenino para evitar embarazos no deseados, por la trayectoria y prestigio de las instituciones que los realizan, como por la difusión y utilización que se ha hecho de ellos, se cuenta un estudio realizado por la Family Health International (FHI) y el Contraceptive Research and Development Program a cargo de Farr y Al, en 1994.

Este estudio, comenzado en 1990, incluyó a 328 participantes en Estados Unidos, México y la República Dominicana, y midió las tasas acumulativas brutas de embarazo a los seis meses. Para ajustar los hallazgos a tasas de embarazo a los doce meses, los investigadores utilizaron la relación de tasas de embarazo a seis y doce meses respecto al diafragma, el capuchón cervical y la esponja. Se les solicitó a las mujeres que utilizaran sólo el preservativo femenino como método anticonceptivo durante seis meses, explicándoseles a

⁴⁷Para esta sección se ha utilizado principalmente el estudio elaborado por Rodrigo Retamal Vallejos sobre efectividad del condón femenino en Junio de 2004, puesto a disposición por CONASIDA.

⁴⁸ Los principales errores atribuibles a mal uso de los condones son el rompimiento en la apertura del envase, la incorrecta colocación, y el incorrecto retiro del dispositivo. Lo último se debe a que las mujeres no cierran bien la parte exterior del condón femenino para retirarlo y se derrama semen dentro de sus vaginas.

través de un documento cómo debe usarse el dispositivo, pero no entregándosele ninguna explicación extra. El estudio concluye que si el método es utilizado correcta y consistentemente, la probabilidad de falla del método es de sólo 5%⁴⁹.

Otro estudio realizado en Gran Bretaña en 1992, en un grupo de 106 mujeres que sólo podían utilizar el preservativo femenino, concluyó que la eficacia del condón femenino se puede situar entre los límites de las tasas de eficacia constatadas para el preservativo masculino, es decir entre un 88% y un 97%.

La revisión de distintos estudios⁵⁰ arrojan conclusiones similares en cuanto a la efectividad del condón, las cuales pueden resumirse en que el condón femenino, al igual que los otros métodos de barrera existentes, como el condón masculino y el diafragma, posee una eficacia para la prevención de embarazos no deseados de aproximadamente 95% si se usa correctamente y de manera constante⁵¹. De ahí que exista consenso respecto de este tema entre los principales organismos internacionales relacionados con la salud sexual y reproductiva, en recomendar el uso del condón femenino abiertamente.

2.2 Eficacia para la prevención de ETS y VIH

Respecto de la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre las que se cuenta el VIH/SIDA, no existe investigación acabada en seres humanos⁵² que permita afirmar la eficacia del método. Sin embargo, según sostiene la Family Health International (FHI) “la capacidad que tiene el condón femenino para evitar la transmisión del VIH y otras enfermedades sexuales es teórica, pero prometedora. Según los estudios de laboratorio, el condón femenino

⁴⁹ “Con los participantes del estudio de Farr y al. que utilizaron el preservativo femenino en cada acto sexual de manera correcta (es decir, que los autores definieron como una “utilización perfecta”) la tasa de embarazo en 6 meses fue de 2,6% para las mujeres de EEUU y de 9,5% para aquellas de América Latina, o sea una tasa de embarazo mundial de 4,3%”. Citado por Rodrigo Retamal. “El Condón femenino: Revisión bibliográfica sobre estudios de efectividad”. CONASIDA. Junio, 2004.

⁵⁰ En el documento de Rodrigo Retamal sobre estudios de efectividad del condón femenino, se mencionan los distintos estudios existentes al respecto, con la limitación que la mayor parte de la información existente es una referencia a los estudios originales. Retamal, Rodrigo. “El Condón femenino: Revisión bibliográfica sobre estudios de efectividad”. CONASIDA. Junio, 2004.

⁵¹ World Health Organization and UNAIDS. 1997. The Female Condom: An Information Pack. Geneva: WHO,UNAIDS. April 1997.

⁵² Según la Family Health International (FHI), sólo se ha realizado un estudio respecto al uso humano para evaluar sus propiedades de prevención contra las ETS. Entre 20 mujeres con tricomoniasis vaginal recurrente, ninguna de ellas se reinfectó al usar el dispositivo en forma correcta y sistemática. <http://www.fhi.org/sp/networks/sv10-4/ns10411.html>

es impermeable a varios organismos que causan las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH”⁵³.

Otros organismos, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), también establecen que el condón femenino es eficaz en la prevención de ETS. Estos organismos fundamentan sus opiniones en estudios de laboratorio: “Estudios In Vitro confirman que el preservativo femenino otorga una barrera efectiva contra aquellos organismos que son más pequeños que aquellos que se sabe que provocan las enfermedades de transmisión sexual. Sobre la base de estos estudios, el preservativo femenino puede brindar protección contra otras enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al VIH, si es que es utilizado correcta y constantemente”⁵⁴.

Por otro lado, dado que el anillo exterior cubre parcialmente los genitales externos, a diferencia del condón masculino, es posible que el condón femenino proteja más contra las infecciones ulcerativas genitales, como el herpes y el chancroide, que el condón masculino.

La mayor parte de los estudios de eficacia del condón femenino se han centrado en la “eficacia técnica” del método. Sin embargo, también existen algunos estudios que buscan medir la “eficacia social o en salud pública”, mediante el estudio de la reducción de tasas de ETS en poblaciones por la incorporación del método. Estos últimos no han sido todo lo concluyentes que se esperaba, pues ha habido estudios con conclusiones que se contradicen. Por ejemplo, un estudio desarrollado en Tailandia indica que las tasas de ETS se reducen cuando se incluye el condón femenino entre los métodos de prevención. “Las mujeres que tenían acceso a los condones masculinos y femeninos (249 trabajadoras del sexo) registraron una incidencia de 2,8 ETS por 100 mujeres por semana. Las que tenían acceso sólo a condones masculinos (255 trabajadoras del sexo) tuvieron 3,7 ITS por 100 mujeres por semana”⁵⁵.

En cambio, un estudio realizado en una población rural de Kenia con 1600 mujeres repartidas en un grupo base y uno de control, arrojó que la incorporación del condón femenino no significó una baja en la prevalencia de ETS, ya que los resultados del grupo base –que incorporó el condón femenino- fueron similares a los obtenidos en el grupo de control, que no lo había incorporado.

⁵³ <http://www.fhi.org/sp/networks/sv10-4/ns10411.html>

⁵⁴ The Female Condom: a guide for planning and programming (UNAIDS –WHO). Citado por Rodrigo Retamal. “El Condón femenino: Revisión bibliográfica sobre estudios de efectividad”. CONASIDA. Junio, 2004.

⁵⁵ Family Health International. 2005. “Eficacia para prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual”. Disponible en línea: <http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Briefs/fcbriefs/EffectiveSTIs.htm>

El tipo de estudio recién señalado no resta efectividad al método desde el punto de vista técnico, es decir, los estudios de laboratorio siguen asegurando la efectividad del condón femenino para prevenir las ETS. Sin embargo, como se señaló anteriormente, el éxito del preservativo no sólo se definirá a partir de sus características técnicas, sino también a partir de una serie de otros aspectos de tipo cultural, social, etc., que determinarán la relación que establezcan las usuarias y sus parejas con los preservativos. Por tanto, es importante concluir que el condón femenino sí es eficaz para la prevención de ETS, siempre y cuando se complemente su uso con una campaña educativa y motivacional importante, no sólo para las mujeres, sino también para los hombres, de tal manera de reducir las fallas de este dispositivo atribuibles a mal uso, al uso no regular o a barreras de tipo social y cultural.

2.3 Estudios de aceptabilidad

El tema de la aceptabilidad es central en cualquier proyecto para promocionar el condón femenino de manera masiva, porque permite poner en antecedentes las preferencias y los posibles obstáculos de las usuarias al momento de decidir, o no, utilizar un condón femenino y así generar interés inicial y demandas en futuras usuarias.

Se han realizado numerosos estudios de aceptabilidad en el mundo. La FHI56 destaca la investigación reciente patrocinada por ONUSIDA en Costa Rica, Indonesia, México y Senegal. Ésta observó que las mujeres que introducían el uso del condón femenino en una relación, notificaban que éste les permitía comunicarse mejor en cuanto a relaciones sexuales de menos riesgo. En un estudio en el que participaron 377 mujeres de la República Dominicana, México y Estados Unidos, a cuatro de cada cinco aproximadamente les gustó el dispositivo y dijeron que lo recomendarían a otras.

En otros países como Zambia y Zimbawe, se han realizado experiencias de mercadeo social del condón que han puesto a disposición condones femeninos a una proporción importante de la población de esos países. Los estudios realizados con posterioridad a esas experiencias, que contabilizaban encuestas para muestras representativas de mujeres de aproximadamente 1500 personas en cada una, señalan que el condón femenino es percibido como un beneficio a la población.

Otros estudios se han centrado en mujeres con alto riesgo de adquirir VIH, específicamente en trabajadoras sexuales. Ellos

⁵⁶ <http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Briefs/fcbriefs/acceptability.htm>

demonstraron que existe una disposición mayor a usar el método sostenidamente cuando se ha llevado a cabo un proceso educativo y sensibilizador sobre sus beneficios⁵⁷. En Chile, en el año 1998, también se realizó un estudio de aceptabilidad con 11 trabajadoras sexuales. A ellas se les entregó los dos tipos de condones, femenino y masculino, y se les explicó el modo de uso. El perfil de las mujeres participantes en el estudio fue: edad promedio de 35 años, escolaridad básica predominante, la gran mayoría de ellas declaran tener pareja "estable"; sin embargo, sólo una de ellas usó el condón femenino con esta pareja, el resto sólo lo usó con clientes. Los resultados revelaron una buena aceptabilidad, sin diferencias sustantivas con los obtenidos en otras investigaciones⁵⁸.

Así, la FHI señala que los estudios realizados en más de 40 países en África, Asia, América Latina, Europa, Canadá y Estados Unidos han observado una buena aceptabilidad inicial del dispositivo por parte de personas con distintos antecedentes sexuales, edades, niveles sociales y condición económica, sin embargo para saber exactamente el perfil de las potenciales usuarias se requieren más estudios. Algunas de las conclusiones que se han podido establecer, respecto de los estudios de aceptabilidad efectuados son:

✓ Aspectos positivos:

- Las mujeres y los hombres notifican que, comparado con el condón masculino, el condón femenino tiene menos probabilidades de deslizarse o romperse, es más durable y afecta menos a la espontaneidad sexual y la intimidad.
- La mujer puede colocárselo mucho antes de que comience el acto sexual, lo cual le da más control personal.
- Después de la eyaculación, el compañero no tiene que retirarse inmediatamente para evitar que el condón se deslice cuando todavía está dentro de la vagina.
- Los hombres notifican que el condón femenino es más cómodo que el masculino, puesto que no disminuye la sensación sexual ni aprieta el pene.

⁵⁷ algunos de los países en los que se realizaron este tipo de estudios son: Zambia, Kenia, Tailandia, Zimbawe, Nairobi, Sudáfrica, entre otras.

⁵⁸ CONASIDA. Boletín Técnico N°8. Actualización sobre el preservativo. Marzo 1999. disponible en línea: <http://www.conasida.cl/bol/bol08/bol08tec.htm>

✓ Aspectos negativos:

- Las mujeres se quejan de que el dispositivo es demasiado largo, puesto que el anillo exterior queda fuera del cuerpo.
- Algunas notifican que los anillos son incómodos y que el condón es antiestético. Los hombres y las mujeres se han quejado del ruido que hace durante el uso y de la lubricación excesiva.
- Es posible que se estigmatice el condón femenino por creerse que se usa sólo en relaciones casuales y a corto plazo para la prevención de enfermedades, y por ello, asociarlo con la promiscuidad.
- Algunas mujeres notifican haber tenido problemas inicialmente al colocarse el dispositivo.

Por lo tanto:

El asesoramiento ayuda a superar las dificultades iniciales que las mujeres experimentan con el uso del dispositivo. Para su correcto uso es necesaria una pequeña capacitación sobre forma de colocarlo, retirarlo, lubricarlo etc. El desconocimiento del propio cuerpo en muchas mujeres, y las características del producto, hacen que sea necesario entregar apoyo y consejería al menos la primera vez que se usa.

Las campañas de promoción dirigidas a los hombres y el aprendizaje de aptitudes de negociación de las mujeres son importantes para superar la resistencia al uso por parte de los hombres.

Con el tiempo, el uso tiende a concentrarse en un subconjunto de mujeres o de parejas altamente motivadas para usarlo.

3. Identificación de las fuentes de abastecimiento asociados a marcas y origen

El condón femenino disponible en la actualidad en el mundo lo fabrica la Female Health Company (Compañía de Salud Femenina), a través de su subsidiaria Chartex International en Chicago, Illinois⁵⁹. El producto tiene nombres comerciales distintos en diferentes países, por ejemplo FC Female Condom, Reality, Femidom, Dominique, Femy, Myfemy, Protectiv' y Care.



El condón femenino FC2 (segunda generación) se fabrica por la Female Health Company (FHC) en Malasia⁶⁰, y “lleva la marca europea del CE de Union’s para la calidad”⁶¹.

En Chile, sólo una marca de condones está disponible, The Female Condom, de la misma empresa ya citada. Los distribuye desde hace 5 años la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA). Los importan a través de la Federación Internacional de Planificación Familiar con sede en Londres. El volumen de ventas entre Enero y

⁵⁹ “Female Health Company, ubicada en Chicago, es titular de determinados derechos mundiales del Condón Femenino FC, que comprenden patentes emitidas en Estados Unidos, el Reino Unido, Japón, Francia, Italia, Alemania, España, la República Popular de China, Canadá, Nueva Zelanda, Corea del Sur y Australia. El Condón Femenino FC es el único producto disponible controlado por la mujer, destinado a protegerla contra enfermedades de transmisión sexual tales como el VIH/SIDA, y embarazos no deseados” disponible en línea: <http://www.femalehealth.com/>

⁶⁰ A diferencia del condón femenino original que se fabrica en el Reino Unido. Disponible en línea: <http://www.femalehealth.com/>

⁶¹ Reporte de prensa de Afrol news. Disponible en línea: <http://www.afrol.com/es/articles/16987>

Junio del presente año fue de 82 condones⁶². Su valor comercial es de \$2.100. Cuentan con dos salas de venta en la RM y hacen distribución regional si algún comprador lo solicita, con cargo al costo del condón. No tienen un convenio formalizado para distribución regional.

APROFA tiene expectativas, no formalizadas aún, de expandir la promoción del condón femenino, no sólo para aumentar los volúmenes de venta, sino porque está convencida, como institución, que este dispositivo es un buen método para la protección de embarazos no deseados y ETS⁶³. Su principal obstáculo es el financiamiento de medios de difusión para promover este dispositivo.

APROFA tiene convenio con la farmacia Galénica, distribuyéndole los condones a menor precio. La farmacia Galénica vende condones femeninos en tres de sus locales ubicados en la RM, -dos ubicadas en Santiago Centro y uno en Ñuñoa, desde Enero de este año. También vende este dispositivo en una de las sucursales de la V región, la correspondiente a Viña del Mar. Su valor comercial es de \$2.100.

Las ventas en cada uno de los locales en que está presente el producto no superan la unidad mensual, el encargado de supervisión de ventas de la entidad comenta que en algunos de los locales han pasado por lo menos dos meses en que no han vendido ninguno. Lo atribuye centralmente al desconocimiento por parte de la población de la existencia de esta medida. Por eso percibe en este estudio y en los resultados que pueda arrojar una buena oportunidad para que se promocióne este dispositivo, ya que confía plenamente en los beneficios que conlleva, enfatizando el empoderamiento femenino que permite⁶⁴.

También se hace distribución del condón femenino a través del Programa de Prevención de Conductas de Riesgo y Derivación en los ámbitos de la Afectividad, Sexualidad y Derechos Reproductivos de los Estudiantes de la Universidad de Chile. La Dirección de Bienestar Estudiantil (DBE) implementa una mesa informativa itinerante, la que se instala en los campus universitarios.

Este espacio informativo se caracteriza por generar una dinámica interactiva con los y las estudiantes que se acercan, a quienes se les entregan folletos relacionados con el tema, material educativo;

⁶² Verónica Cozoi, representante de APROFA, no tiene una estimación exacta del volumen de condones vendidos en los dos años. Sin embargo, señala que no ha habido variaciones en el volumen de ventas, por lo tanto se puede hacer una aproximación a 300 condones, calculando lo vendido el primer semestre de este año y multiplicándolo por 4.

⁶³ La fuente es Verónica Cosoi, Jefa División Desarrollo de Recursos, APROFA

⁶⁴ Miguel Ordenes, supervisor de ventas de Farmacia Galénica.

explicando en estas actividades, de forma didáctica, el correcto uso del condón femenino y masculino; mostrando lubricantes compatibles con el uso correcto del preservativo; aclarando dudas, “todo a través de un diálogo claro, libre de ambigüedades, anulando mitos erróneos que dificulten el autocuidado”⁶⁵. El total de condones, tanto masculinos como femeninos, distribuidos durante el año 2004 en todas las facultades fue de 2.932 condones.

⁶⁵ <http://www.vaa.uchile.cl>

4. Calidad y Marco Regulatorio

➤ Condón masculino

A nivel internacional existen lineamientos bastante claros para el control de calidad y certificación de los condones masculinos, estableciendo las propiedades que requieren los condones y los métodos de prueba que se deben realizar para mejorar su seguridad. Las principales agencias que han establecido estándares para la fabricación del condón, a nivel internacional, son International Organization for Standardization (ISO)⁶⁶, el Comité Europeo de Normalización (CEN) y la Sociedad Americana para Ensayos de Materiales (ASTM).

Las normas que estas agencias fijan pueden o no ser adheridas por los países, sin embargo, cada vez es mayor el número de países que se rigen por estos estándares para la fabricación o importación de condones masculinos. Chile es uno de ellos, a través de las normas que establece el Instituto Nacional de Normalización (INN).

➤ Normas de producción y certificación del condón masculino

El 22 de Mayo de 2004, fue publicado en el Diario Oficial N° 37.886 el Decreto exento N° 342 emanado por el Ministerio de Salud, el cual fija la obligatoriedad de certificación para su fabricación, importación, distribución y comercialización de los preservativos – Condones masculinos de látex de caucho. Esta obligatoriedad y su fiscalización entrarían en vigencia 270 días contados desde su publicación en el Diario Oficial, sin embargo se postergó hasta junio del 2005⁶⁷.

Conforme a lo anterior, a contar del mes de Junio de 2005, es obligatoria la certificación y verificación de la conformidad otorgada por una entidad autorizada por el Instituto de Salud Pública (ISP) o por el propio Instituto a falta de ellas, de modo que estos productos no podrán fabricarse, importarse, comercializarse ni distribuirse sin contar con el correspondiente certificado de conformidad.

⁶⁶ En el 2002 fue publicada la última versión de la norma ISO 4074 para la fabricación del condón de látex masculino. Es importante señalar que las pautas de la ISO contemplan condiciones de almacenamiento desfavorable, ambiente desfavorable y poco cuidado de los usuarios para resguardar la calidad del producto, sobre todo en lo concerniente al envasado y las rotulaciones del mismo.

⁶⁷ Exento N°264. Santiago 14 de Febrero 2005. Modificación del decreto N° 342 de 2004, señalando que ese decreto entrará en vigencia el 1° de Junio de 2005. (VER ANEXO 1)

Internacionalmente, son seis pruebas de laboratorio las que se realizan para garantizar la calidad del condón masculino: Densidad (ausencia de orificios), prueba de aire, prueba de elongación o tensión, cantidad de lubricante, integridad del envase, dimensiones. Algunos laboratorios también realizan las pruebas después de un proceso llamado de “envejecimiento”, el cual se trata básicamente de simular las condiciones ambientales a las que estaría expuesto un condón: luz, temperatura, etc.

A continuación se presenta un cuadro resumen con las pruebas que se realizan a nivel internacional al condón masculino para certificar su calidad.

	Propósito	Equipamiento	Limitaciones
Densidad (Ausencia de orificios)	Detectar orificios que puedan dejar pasar espermios o ETS.	Aparato que mantiene suspendido verticalmente condones llenos con agua.	Se limita a detección u observación visual.
Prueba de aire	Mide la resistencia del condón.	Aparato capaz de inflar 150mm del condón desde su base.	Requiere técnicos laboratoristas, calibración y mantenimiento del equipo.
Elongación	Mide la capacidad de estiramiento del condón.	Prueba de tensión equipada con un anillo fijador (sostenedor).	Tantea sólo una pequeña parte del condón.
Cantidad de lubricante	Determina la cantidad de lubricante y otros elementos complementarios aplicados al condón.	Balanza analítica	La precisión depende de la experiencia técnica.
Integridad del envase	Para asegurar que el envase está apropiadamente sellado, libre de orificios y limpio.	Cámara húmeda o seca (es una maquina al vacío que se deja seca o con humedad).	Requiere técnicos entrenados.
Dimensiones	Mide el tamaño del condón (ancho, largo, grosor).	Herramientas graduadas, reglas, densitómetro, etc.	Requiere técnicos entrenados.
Envejecimiento	Sirve para imitar el envejecimiento natural antes de aplicar las pruebas de aire y tensión	Instrumento capaz de mantener una temperatura constante de 70° C o más por 7 días o más.	No necesariamente predice las condiciones de almacenamiento.

Fuente: Family Health International (FHI). The Latex Condom -- Recent Advances, Future Directions. Capitulo 5. ⁶⁸.

⁶⁸ Disponible en línea <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/booksReports/latexcondom/index.htm>

En Chile, la certificación del condón masculino se rige principalmente por las normas de la ISO⁶⁹, aunque el país no ha actualizado sus normas, según lo ha hecho la ISO en el año 2002, lo que provoca que las normas nacionales hayan quedado obsoletas y, en algunos, casos con requisitos menores que los estipulados por la norma internacional.

El organismo encargado de estudiar y preparar las normas a nivel nacional para producción de condones masculinos es el Instituto Nacional de Normalización (INN). Estas normas para la producción del condón se dividen en 10 partes: NCh 2224/1 a la NCh 2224/10 y concuerdan en gran medida con las normas de la ISO 4074/1 a 4074/10 -1990. Básicamente la parte 1, describe las definiciones y los requisitos que se deben cumplir, y las partes restantes, describen cada una de los métodos de ensayo que se deben realizar a los condones de látex de caucho para verificar el cumplimiento de esos requisitos.

Las normas del INN han sido aprobadas en 1993 y declaradas normas oficiales de la República en Octubre de 1995. Ellas están referidas sólo a condones de látex de caucho, por lo tanto, como se señaló anteriormente, los condones de poliuretano, -femeninos o masculinos-, no están incluidos en esas normas.

Condón femenino:

El condón femenino, fue aprobado en Estados Unidos por la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA) en 1993. En la última década, las investigaciones realizadas sobre este producto por instituciones públicas y privadas aumentaron, así como su introducción en cerca de 60 países. Sin embargo, sólo se ha encontrado un estudio de calidad (incluyendo las pruebas realizadas y los resultados de las mismas) realizado al condón femenino en México, el cual, entre una serie de marcas de condones masculinos, analiza una marca de condón femenino, la única presente en México y la misma que está presente en Chile: The Female Condon, de la Female Health Company. El cuadro que sigue muestra las pruebas realizadas y los resultados para cada una de ellas.

⁶⁹ La ISO es una de las principales autoridades internacionales en el plano de establecer normas de calidad. Los estándares pueden ser genéricos o de productos específicos. Su creación está a cargo de un comité técnico integrado por profesionales especialistas en los campos respectivos

➤ **Condomes Femeninos**

Marca/ modelo/ país	The Female Condom Inglaterra
Presentación (piezas)	1 unidad
Pruebas que no afectan la seguridad del condón	Completa
	Cumple
	Sin defectos
Pruebas que si afectan la seguridad del condón	☺
	☺
	Sin orificios
Precio por pieza	15.00 pesos mexicanos
Evaluación global de calidad	100

El estudio recién citado permite establecer que las pruebas realizadas al condón femenino en el plano internacional, son similares a las realizadas al condón masculino. La siguiente fotografía ilustra la prueba de aire realizada a un condón femenino. Las máquinas con que estas pruebas se realizan son adaptaciones singulares para las dimensiones y forma del condón femenino. La siguiente fotografía muestra la realización de una de las pruebas⁷⁰



Un técnico de FHI mide la resitencia de un condón femenino.

En Chile el condón femenino, al igual que el masculino forma parte del grupo de los dispositivos médicos, sin embargo el condón femenino aún no ha sido incluido entre los dispositivos que deben

⁷⁰ http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v20_2/NWvol2000-2femcond.htm

ser analizados formalmente para asegurar la certificación y verificación de la conformidad, a cargo del Instituto de Salud Pública. Aún no existen expectativas formales respecto de su inclusión entre los dispositivos que deben ser analizados por ley, principalmente si se considera que el condón masculino recién ha empezado a ser analizado obligatoriamente en Junio de este año⁷¹.

➤ Normas de distribución y comercialización

Respecto de la distribución y comercialización, no existen normas particulares para el caso de los condones femeninos. Estos deben regirse por criterios similares a los de los condones masculinos, que tampoco están establecidas formalmente, aún cuando se debe tener en cuenta que el poliuretano es más fuerte y resistente que el látex, por lo tanto está menos propenso a roturas⁷². Dichos criterios se pueden sistematizar en:

- Transporte, se enfatiza en la calidad de las cajas que transportan los condones. Si bien no hay una norma del grosor de las mismas, éstas son más gruesas que las de otros artículos. También ellas se llenan con chips de plumavit y se sellan con un plástico exterior. Este funciona como aislante de temperatura, impidiendo que los condones estén expuestos a temperaturas altas. No se especifica nada sobre los camiones que se utilizan para transportar.

- Almacenamiento, las bodegas deben estar protegidas con un aislante térmico en el techo, de tal manera de conservar una temperatura ambiente “fresca”. No se especifica el máximo de grados en el que se pueden almacenar los condones. Los preservativos están puestos en cajas, de la cuales ya se señaló algunas particularidades, que se organizan en unas especies de repisas llamadas racks.

Los condones femeninos son comprados y distribuidos a granel. Es decir su envase no contempla una caja protectora por unidad o grupos de unidades para su venta, como en el caso de los condones masculinos. Los condones femeninos son almacenados en cajas de 144 unidades cada una. Estas cajas no tienen otras características particulares que las ya mencionadas en cuanto al grosor.

⁷¹ Verónica Cosoi, Jefa División de desarrollo de recursos de APROFA, ha señalado al respecto que los condones que importan se rigen por las normas internacionales de fabricación y distribución del condón, que básicamente son las mismas que rigen a los condones masculinos.

⁷² La misma fuente señala que los condones femeninos se trasladan y almacenan de manera similar a los condones masculinos. No se encuentran disponibles normas de almacenamiento específicas para poliuretano.

5. Análisis de ventajas y desventajas del condón femenino

Es pertinente presentar aquí un análisis de las características del condón femenino en términos de ventajas y desventajas que estarían asociadas a un grado mayor o menor de aceptabilidad por parte de las potenciales usuarias.

✓ **Ventajas**

Eficacia: El condón femenino muestra una elevada eficacia teórica, similar a la del condón masculino. Al igual que con este último, su eficacia real puede reducirse por el mal uso, por lo que se recomienda que la persona reciba buena información y un eventual entrenamiento para la primera vez que lo utilice

Material: El condón femenino es elaborado de poliuretano. Este material es más resistente que el látex, inodoro, no causa reacciones alérgicas, por lo tanto un mayor número de personas pueden utilizarlo. Es pertinente mencionar que el condón masculino es fabricado principalmente de látex, y que este material causa reacciones alérgicas en muchos usuarios, disminuyendo para ellos las posibilidades de protección⁷³.

Por otro lado, la mayor resistencia del poliuretano, respecto del látex, posibilita que el uso del condón femenino por HSH provea de mayor seguridad en las relaciones anales al disminuir los riesgos de rompimiento.

Forma: El condón femenino no aprieta el pene, como lo hacen los condones masculinos y permite mayor movilidad de éste dentro de la vagina. Como resultado, la sensibilidad puede ser mejor para los hombres. Del mismo modo, las mujeres han dicho que la pérdida de sensación es mínima cuando usan el producto⁷⁴.

⁷³ Los estudios han señalado que hay personas que son alérgicas o altamente sensibles a los condones de látex debido a las proteínas que posee el látex natural, a los productos químicos agregados a las formulaciones del látex, y a los espermicidas agregados a los lubricantes en la producción del condón. La alergia al látex no es un problema menor a considerar, se estima una prevalencia de anticuerpos IgE contra el látex aproximadamente de un 6% en la población general, sin embargo menos del 1% desarrolla síntomas de mayor o menor gravedad. Family Health International (FHI). *The Latex Condom -- Recent Advances, Future Directions*. Research Triangle Park: FHI. (1998). (Disponible en línea en www.fhi.org/en/fp/fpoother/conom/index.html).

⁷⁴ http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v20_2/NWvol2000-2barmethpref.htm

Al ser más grande también cubre una zona mayor de los genitales femeninos, por lo tanto constituye una barrera más amplia, y en cierto modo, puede ofrecer más protección que los condones masculinos contra las enfermedades ulcerosas genitales, tales como el herpes o el chancro blando.

Uso de lubricantes: a diferencia de los condones de látex, el poliuretano puede ser utilizado con lubricantes en base de aceites o de agua, aumentando la diversidad de lubricantes posibles y disminuyendo las posibilidades de rompimiento⁷⁵. Estos lubricantes pueden o no contener espermicidas.

Mayor control por parte de la mujer (empoderamiento): Se inserta en la vagina, cubriendo los genitales internos y externos de la mujer, así como la base del pene. El que este dispositivo se introduzca en la vagina otorga un poder de decisión mayor al género femenino sobre su protección contra embarazos no deseados y ETS, y en definitiva sobre su salud y su calidad de vida, porque le otorga a la mujer más control y autonomía, y la insta a compartir la responsabilidad de la protección mediante la información y la acción. Esto significará un avance en cuanto a la equidad de género, enfatizando el respeto a los derechos sexuales y reproductivos. No obstante es importante señalar, que aún cuando el condón femenino puede ser introducido sin el consentimiento ni participación de los varones, es importante que en la pareja se comparta la responsabilidad de protección, el condón es una opción para que esa responsabilidad sea compartida. Sólo la comunicación y el consenso podrán asegurar protección efectiva y permanente.

Introducción previa: Puede ser introducido hasta 8 horas antes del acto sexual, ya que no requiere que el pene esté erecto. Este atributo permite solucionar los problemas planteados por algunas parejas respecto de la interrupción del acto sexual para colocar el condón masculino, lo que restaría romanticismo y placer al encuentro. Relacionado con lo anterior, representa también una ventaja el que el condón femenino no tenga que ser retirado inmediatamente después de la eyaculación.

El poder colocarlo antes también permite que su introducción sea más calmada, permitiendo mayor cuidado, disminuyendo así las posibilidades de rompimiento por desenvolturas apresuradas o poco cuidadosas del dispositivo. Cabe recordar al respecto que las mayores proporciones de falla del condón masculino son atribuidas a fallas humanas en su utilización.

⁷⁵ Los condones masculinos fabricados de látex no pueden ser utilizados con lubricantes en base a aceites porque sufren el riesgo de romperse.

✓ Desventajas

Precio: Una de las desventajas más importantes del condón femenino es su precio, ya que comparado con el condón masculino cuesta 20 veces más caro producirlo⁷⁶. Las diferencias en el costo de producción también se trasladan al precio a los usuarios, aunque no necesariamente en proporciones similares. Como referencia se puede utilizar el precio del condón femenino en Estados Unidos, el cual alcanza aproximadamente los U\$2 a U\$3, mientras el del condón masculino sólo llega a U\$ 0,05⁷⁷.

En Chile, el condón femenino tiene un valor de \$2.100 pesos, lo que representa objetivamente una barrera a su acceso. El hacer que el condón femenino sea más accesible y asequible dependerá, entre otras cosas, de los esfuerzos políticos que se hagan a nivel de países, por ejemplo a través de la subvención de su precio para la distribución pública. “A medida que se vaya introduciendo en más países como un componente central de la salud reproductora y en estrategias de prevención del VIH, la demanda irá en aumento y el coste y precio de fabricación disminuirán”⁷⁸. Otras de las posibilidades para disminuir su precio efectivo, es la opción de la reutilización, que, como ya se ha señalado, está en estudio, pero aún no ha sido oficialmente aprobada.

En este sentido cabe señalar lo auspicioso que puede ser el Condón Femenino FC2 de segunda generación para el mercado estadounidense que puede llegar a venderse en apenas 22 centavos de dólar por unidad, esto es similar a los valores de comercialización de los condones masculinos en el país.

Tamaño: Su tamaño es un elemento que impresiona negativamente a las mujeres en una primera instancia, pudiendo esto ser un obstáculo para un uso masivo⁷⁹. Por otro lado, el que cubra los genitales externos aún cuando provee de una mayor protección, resulta poco atractivo estéticamente para muchas parejas.

Dificultades de utilización: Otras de las dificultades derivadas de la forma y/o tamaño del condón son las posibles dificultades para su colocación. Esto porque debe introducirse dentro de la vagina. Es

⁷⁶ En *Brown Heidi*: “El preservativo femenino: protección contra infecciones de transmisión sexual controlada por mujeres *disponible en línea*:
<http://www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=8780>

⁷⁷ <http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Briefs/fcbriefs/overview.htm>

⁷⁸ <http://www.global-campaign.org/clientfiles/SPFemaleCondom.doc>

⁷⁹ http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v20_2/NWvol2000-2femcond.htm

pertinente señalar que las mujeres, culturalmente, tienen dificultades para tocar y conocer sus genitales. Muchas veces no distinguen con claridad por donde se menstrua o se orina y puede complicarlas el introducir dentro de su cuerpo un elemento extraño. Se recomienda por el fabricante que las mujeres hagan por lo menos una prueba antes de utilizarlo en una relación sexual, para asegurar que el dispositivo esté bien puesto⁸⁰.

Poca variedad en la oferta: En la actualidad existe poca variedad en los condones, no existen colores, sabores, tamaños, texturas, atributos que pudieran convertirlo en un elemento más atractivo y lúdico. Una mayor variedad contribuiría a traspasar el discurso desde el deber ser (usar condón es sinónimo de responsabilidad) a un discurso más de querer ser, es decir que el uso de condón pueda ser un dispositivo preferido por las personas para hacer más placenteras sus relaciones sexuales: “lo uso porque me gusta usarlo”.

Fallas del Método: Al igual que ocurre con otros métodos de protección, el condón femenino no ofrece una protección completa contra todas las enfermedades de transmisión sexual. Esto ocurre principalmente en aquellas áreas que no están cubiertas por el condón, en las cuales se transmiten infecciones como por ejemplo el virus del herpes simple o las verrugas venéreas.

También el condón femenino puede tener el riesgo de falla, el cual es muy poco común. Estas fallas pueden deberse, por un lado, a fallas de calidad, que se traducen en roturas, las cuales alcanzan a 1% según un ensayo clínico⁸¹, menor que la tasa de roturas de los condones masculinos (entre 2 y 5%). También pueden deberse a deslizamientos del condón dentro de la vagina durante el coito, o finalmente a fallas asociadas a mal uso.

Ruido y baja sensibilidad: Otra de las desventajas es el ruido “crepitante” y la disminución de la estimulación del clítoris que se ha percibido durante su uso, ambos aspectos, han sido declarados por las usuarias en estudios de aceptabilidad del condón femenino, entre los que destacan los desarrollados por la Family Health International⁸². Una posible solución a los dos problemas es aumentar la cantidad de lubricante en los condones.

Carencia de marco regulatorio: Una última desventaja es que no existe un marco normativo particular para el caso de Chile. Si bien la producción de condones a nivel internacional se rige por estándares

⁸⁰ http://www.mujeresdeempresa.com/linea_natural/fitness_salud/salud020801.shtml

⁸¹ En Rodrigo Retamal. “El Condón Femenino. Revisión bibliográfica sobre estudios de efectividad. CONASIDA Junio 2004.

⁸² <http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Briefs/fcbriefs/acceptability.htm>

establecidos y regulados, en el caso de Chile no existe ninguna instancia de certificación de cumplimiento de ellos. Este problema se acentúa si los importadores y distribuidores de condones femeninos aumentan, lo cual es muy probable y positivo, si la promoción del condón femenino tiene éxito. En ese caso, se requeriría de un marco normativo particular y claro, que establezca las garantías y asegure a los chilenos el acceso a dispositivos seguros y eficaces e información sobre los riesgos y beneficios de los mismos.

6. Conclusión: Dificultades y Facilitadores para la Oferta del Condón femenino en Chile

Si bien el condón femenino es más caro que el masculino, su incorporación amplía la gama de alternativas de dispositivos para el control de la natalidad y de las enfermedades de transmisión sexual. Las personas tienen mayor número de opciones para escoger, encontrando en el condón femenino atributos que no tienen otros métodos de prevención. Además, supone una buena alternativa para aquellos que no pueden utilizar el condón masculino correctamente y de manera constante, o porque sufren de reacciones alérgicas al látex.

La promoción del preservativo femenino también es rentable teniendo en cuenta que es una medida de prevención que siempre será mejor y más barata que medidas de solución posteriores, cuando el problema ya se ha generado⁸³.

El precio del condón femenino sigue siendo la principal barrera en cuanto a accesibilidad. El sector público, además de educar y difundir entre la población de sus beneficios, deberá desempeñar un papel importante a la hora de hacerlo más asequible y aumentar su disponibilidad. Para garantizar su accesibilidad es preciso un compromiso continuado que proporcione apoyo constante a usuarias y proveedores, mediante materiales informativos, mensajes promocionales y formación.

Por otro lado, también es necesario desarrollar en Chile un marco regulatorio para este dispositivo, principalmente que permita certificar por ley su calidad. De esa manera, la población se sentirá más segura, pues tendrá un respaldo de la calidad de los dispositivos que está utilizando.

Luego de esta barrera inicial, una promoción del condón femenino deberá poner énfasis en los atributos del producto, generando también una diversidad en el mercado mediante la incorporación de propiedades al diseño como color, textura, sabores, etc., tal y como ha ocurrido con el condón masculino.

El condón femenino debería instalarse en las personas, que lo llamen de distintas maneras, que se apropien de él, que lo conozcan, que su imagen sea común para toda la población. Para ello es necesario visibilizarlo como una segunda alternativa de protección para la población.

⁸³ World Health Organization and UNAIDS, 1997.

La campaña debería poner énfasis en las mujeres que forman parte de poblaciones más vulnerables y/o que pudieran ser más proclives a su utilización. Para ello se deben generar estrategias en los sectores de salud que permitan acompañar a las mujeres que quieren probar el método. Este acompañamiento es fundamental, puesto que un uso consistente y correcto por parte de las usuarias dependerá en gran medida de esta guía inicial que enseñe la manera correcta de colocarlo, retirarlo, lubricarlo en caso de ser necesario, como enfrentar las posibles dificultades en el uso, como ruido o deslizamiento, etc. Sólo después de estos pasos previos se puede pasar a una utilización efectiva, constante y cuidadosa, que le otorgue a la mujer un nivel de autonomía mayor.

F. Informe Módulo II: Análisis estratégico de las condiciones ético-políticas

En los años 80, cuando el tema del SIDA estaba recién dimensionándose se pensó que era un problema básicamente individual. Sin embargo, con el correr del tiempo se ha asumido el tema como un problema social, en donde los factores socioculturales tienen una cabida protagónica.

Las normas y expectativas sociales, así como la actitud y políticas de la comunidad hacia el papel y el comportamiento de los hombres y mujeres, contribuyen al riesgo que tienen de adquirir el VIH/SIDA y dificultan los intentos de abordar la pandemia. Agravan el riesgo, algunas prácticas culturales tradicionales como las que todavía se dan en algunos países de África⁸⁴ y otras mucho más cercanas, propias de nuestra cultura latinoamericana, aspecto fundamental a considerar en un estudio de las características del presente.

La metodología de trabajo del módulo ha consistido en complementar por una parte la recolección de información sobre experiencias internacionales de promoción del condón femenino, y por otro, la información recogida en una serie de entrevistas a actores claves en el ámbito nacional.

A partir de este material, se han identificado los factores que subyacen al éxito de las experiencias en el extranjero, así como a los aspectos que podrían resultar relevantes en un eventual proceso de promoción del dispositivo en el país, según la opinión entregada por diversos actores en el ámbito de la salud pública, la academia, los medios de comunicación, representantes de la Iglesia Católica y Pentecostal, y colegios profesionales entre otros.

⁸⁴ “En Camerún 40% de las adolescentes declararon que el primer coito fue forzado. Las jóvenes a veces se rinden a las demandas sexuales por temor a que, si las rechazan, se las violará de cualquier manera. En algunos países se practica la poligamia, lo que significa que el varón puede tener numerosas esposas. En África, cuando el marido busca una nueva esposa, generalmente más joven, posiblemente tenga en ese proceso contacto sexual con varias mujeres y corre el riesgo de llevar el VIH a su hogar. En algunas culturas se practica dejar en herencia a la esposa, una tradición por la cual, cuando muere el marido, se entrega la esposa al cuñado de ésta. De tal manera cualquiera de los dos puede estar en riesgo de adquirir VIH si el otro ya lo tiene. Las viudas jóvenes están especialmente en riesgo porque es más probable que busquen, o las busquen, otras parejas sexuales”. <http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sl12/l12boxes.shtml#culture>.

1. Factores socio - culturales que intervienen en la aceptación o rechazo del condón

Para los efectos de este análisis se diferenciará entre dos tipos de factores relacionados, aquellos estructurales y aquellos individuales o personales. Los factores estructurales se relacionan con el funcionamiento estructural de las sociedades. Sirven de contexto y permean lo que los individuos piensan y/o hacen. Los factores personales, son aquellos que están relacionados con el individuo, pero que pueden ser compartidos por grandes grupos de personas. Tienen que ver con las percepciones, los intereses y las motivaciones de los sujetos. La distinción es sólo analítica, pues ambos tipos de factores están continuamente influenciándose e interrelacionándose.

1.1. Factores estructurales:

Dentro de los factores estructurales se distinguen los facilitadores y los obstaculizadores para una promoción del condón femenino.

1.1.1. Facilitadores para una promoción del condón

a. Importancia del tema

Uno de los primeros aspectos estructurales que se pueden reconocer en la revisión internacional y nacional, es la importancia del tema, ya que el VIH/SIDA es una de las enfermedades que se transmite más rápidamente a nivel mundial. Lo anterior torna urgente, desarrollar medidas que vayan en dirección del control de la pandemia. Para graficar la importancia que ha adquirido la enfermedad en el mundo, es pertinente mostrar algunas cifras.

Las estimaciones del Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA), muestran que hasta fines del 2003, había en el mundo un total de 40 millones de personas viviendo con VIH/SIDA⁸⁵. Lo anterior ha llevado a los gobiernos de distintos países ha tomar medidas concretas.

⁸⁵ CONASIDA. Boletín Epidemiológico Semestral N° 15. Diciembre 2003.

El condón femenino se ha transformado en una de las opciones en la lucha por la prevención. Así lo demuestran algunas experiencias internacionales de promoción del condón, como las de Tanzania y Kenia, que han nacido desde el Estado⁸⁶.

En Chile, se estima que diariamente adquieren el virus 5,9 personas⁸⁷ y que actualmente existen en el país 33.314 personas viviendo con VIH/SIDA⁸⁸. El SIDA está instalado en nuestro país como una problemática central que debe ser abordada y que no deja a nadie indiferente.

“Bueno, uno de los mayores problemas que yo me, me llevé la sorpresa porque el lunes compré el diario y veo un artículo que realmente me sorprendió poh, Dice: ‘Arica lidera tasa de incidencia de VIH, en Chile... Entonces, me llevó, y me llamó la curiosidad y al ver que realmente estamos enfrentados en una situación bien delicada poh. Bien delicada al ver, emmm, lo que salió en diario, entonces eso nos conlleva también a que vamos a tener que comenzar a preocuparnos de, de esta situación.”
(Esteban Valero, Jefe Zona I,
Pastor Iglesia Metodista Pentecostal de Chile, I Región).

b. El papel del Estado

Consistente con la relevancia y significación del VIH/SIDA como problema de salud pública, es el reconocimiento del papel fundamental que le cabe al Gobierno a través del Ministerio de Salud. El que el Estado apruebe la incorporación del condón femenino como un método complementario al condón masculino en la prevención del VIH, facilitará la legitimación del dispositivo, en términos de confiabilidad científica y también en la percepción de la opinión pública.

En opinión de la mayor parte de los entrevistados, la acción de muchos grupos ligados al tema del condón femenino, como proveedores, distribuidores, etc. estará condicionada al compromiso del Estado a estas materias. La aprobación del Ministerio provocará que se amplíen los campos de acción.

⁸⁶ http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v22_4/nt2242.htm

⁸⁷ CONASIDA. Boletín Epidemiológico Semestral N° 15. Diciembre 2003.

⁸⁸ Esta cifra incluye las correcciones hechas por subnotificación en el país.

“La gente que está en esta idea debiera conversar en el Ministerio de Salud, plantear esto y ver la respetabilidad y convencer con buenos argumentos que es una buena iniciativa y que el Ministerio la tome, la haga propia y ahí, ya amplía el campo de acción para poder empezar a hacer eso públicamente (...) distinto es que la autoridad diga no y los grupos reaccionan frente a eso, pero si la autoridad sanitaria dice sí, nos parece que si ayuda y contribuye, abre muchas puertas, porque los laboratorios, los proveedores están mirando qué dice la autoridad, si la autoridad dice que no, nadie se arriesga.”
(Dr. Juan Luis Castro, Presidente del Colegio Médico)

“Yo creo que de las jefaturas aquí acatan mucho lo que dice el Ministerio, si el Ministerio dice que esto es lo bueno para la prevención y los manda, vamos a tener que nosotros como centros de ETS manejarlo.”
(María Ruth Del Valle, matrona jefe Centro ETS,
Hospital Higuera VIII Región)

Algunos de los entrevistados consideran que el papel del Estado en el campo de la prevención de VIH por un lado, y de los derechos sexuales y reproductivos por otro, ha sido efectivo. Que se han dado avances en esas materias y que se cuenta en Chile con un sistema de salud que funciona.

El SEREMI de salud de la RM, sostiene que nuestro país ha logrado controlar la expansión del virus bastante bien en comparación con el resto de los países de la región. A esto agrega que los recursos que se han invertido han tenido buenos resultados, al punto que se ha logrado atenuar la incidencia en determinados grupos, abriendo el desafío de preocupación por otros grupos emergentes, como las mujeres.

“Nuestro país tenía una tendencia al alza importante, si uno compara con lo que han hecho otros países tenemos una tendencia muchos más suavizada respecto a lo que ha ocurrido en países vecinos, (...) que da cuenta también de la tradición salubrista de nuestro país, que tiene una gran cultura.”
(Dr. Mauricio Ilabaca, SEREMI de Salud, RM)

Algunas de las acciones principales del gobierno en la prevención del VIH han sido los avances en la ley del SIDA, que resguarda la no discriminación, el aumento de cobertura de la triterapia y el apoyo a la promoción del uso del condón masculino. Las tres acciones mencionadas dan cuenta de la importancia de la voluntad política en

las acciones que se puedan sostener para restringir el avance de la enfermedad.

“Se trabajó este tema cuando se acordó la Ley especial sobre SIDA, esa es una ley especial que se hace para la no discriminación, para el respeto a los derechos de los pacientes, y ahí se trabajó mucho el tema de reproducción, el tema, todo lo que tiene que ver con el ámbito, no cierto, sexual, de la, sexo seguro, de métodos de planificación familiar, en fin, se trabajó ahí”.

(Carlos Olivares, Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados).

“Chile tiene tan buen sistema de salud, eh...yo lo he vivido desde adentro siempre, me, me siento muy orgullosa del sistema de salud chileno... la estructura existe, los profesionales también”
(Leticia Lorenzetti, Presidenta del Colegio de Matronas)

Para otros, el papel exitoso del Estado en estas materias no es tan claro y siempre queda la tarea pendiente de mejorar. Opinan que no hay evidencia de la disposición y decisión real de las autoridades de salud para hacerse cargo del tema, por ejemplo por la vía del subsidio de este producto que permita distribuirlo a un menor precio. Existiría una ausencia de decisión política.

“... Yo creo que la mayor dificultad yo creo que va a tener a nivel de política de salud, no hay una voluntad de poner el condón femenino en el mercado, o sea embarcarse en otra riña, otra discusión no creo que tengan mucho ánimo, en el Ministerio de Salud pienso completamente. O sea, no han sido capaces en las últimas campañas de jugarse por el condón masculino.”

(Benedicta Aravena y Rosa Espínola, representantes Foro de Salud y DDSSRR)

c. Experiencias adquiridas con el condón masculino

La experiencia adquirida con el condón masculino es un facilitador para la promoción del condón femenino tanto a nivel público como privado. En el primero, el condón forma parte de las políticas de gobierno, tanto de los programas de planificación familiar, como de los de prevención de ETS. En el nivel privado, existen distintas asociaciones de la sociedad civil que trabajan el tema de la prevención y de los derechos sexuales y reproductivos. Además, se

cuenta con empresas, fabricantes y distribuidores, que se interesan desde un nivel comercial en que el uso del condón masculino se generalice. El que la preocupación por el tema de la prevención y la necesidad de incorporar este dispositivo para ese objetivo se encuentre instalado en el discurso y en la acción pública y privada, facilita una serie de procesos para su futura promoción.

i. Difusión del condón masculino: la difusión que ha tenido el condón masculino es una herramienta en cualquier proceso de promoción masiva que se comience con el condón femenino. Los argumentos que provocan que este dispositivo deba ser usado por la población son similares para ambos. Los dos tipos de dispositivos tienen un doble rol, proteger de los embarazos no deseados y proteger de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH. Hay un camino recorrido en cuanto a que la gente vaya, poco a poco, conociendo y familiarizándose con los atributos del condón.

“Si lo vemos como una mirada un poco más amplia que es en relación a la prevención del VIH, que con el condón masculino ha tenido bastantes estudios, accesibilidad, se ha comprobado realmente su eficacia y que ha tenido una difusión bastante amplia, masiva, entonces yo creo que ahí también puede estar como esa estrategia para fortalecer el uso, más allá de que sea como una anticoncepción sea un método para que la mujer pudiera ir en la prevención del VIH”

(Katty Zúñiga, Matrona encargada de Unidad ETS, CDT Eloisa Díaz).

“Yo creo que ganamos la pelea de la promoción preservativo masculino hace un par de meses atrás, la ganamos, y eso nos permitió hacer nuestra fiesta del condón sin ningún problema, sin prácticamente nadie que se opusiera”

(Dr. Mauricio Ilabaca, SEREMI de Salud, RM)

El camino de la difusión también se ha visto allanado por la publicidad que han desarrollado los fabricantes y distribuidores de condones, en donde su principal atributo es la cantidad de gente a la que llegan desde distintos frentes, apropiándose ya no sólo de los medios tradicionales como la televisión o la radio, sino también de los espacios públicos. Esto provoca que se vayan cimentando estructuras que permitirían una promoción masiva del condón femenino en términos de difusión. A esta publicidad también se agregan puntos alternativos de venta, como las máquinas dispensadoras.

“También hay que mencionar la ayuda de marketing a nivel de laboratorios o de otras empresas, todas estas (...) pero esta forma de acceso como de las maquinitas... los condomáticos entonces, que por un lado, bueno, yo creo que igual tuvo cierta dificultad para poder ser ingresado al mercado por todos estos mitos, cuestiones sociales, dificultades para poder llegar a estos pero igual se los puso porque hay que pensar en todas las poblaciones, o sea, no solamente aquellas personas que rechazan o que se sienten todavía que no debe ser difundido sino que pensar justamente en aquellas personas que necesitan una accesibilidad más fácil.”

(Dr. Mauricio Ilabaca, SEREMI de Salud, RM)

“Estructuralmente yo creo que la industria publicitaria en Chile está súper desarrollada... tal vez no en términos creativos pero si en términos de presencia en todas partes. Es decir, está súper desarrollado el tema de los espacios públicos como soportes publicitarios, el transporte público... para qué hablar de los medios de comunicación que están en todas partes, es decir, han conquistado prácticamente todos los lugares a los que pueden acceder. Ya tú ves avisos en las partes más insólitas, o sea, tapan edificios enteros para... o sea... en ese sentido, creo que estructuralmente están dadas todas las condiciones para hacerlo bien, o sea, habiendo plata y alguien interesado en hacerlo se puede hacer... porque está, las alternativas existen.”

(Rodrigo Martinic, editor periodístico Megavisión)

La principal dificultad sería el financiamiento de una campaña que promueva un producto como este, porque es un producto caro y desconocido. Desde una perspectiva comercial, la dificultad es no tener claro la demanda como para realizar una inversión.

“El financiamiento, es decir, qué tan profundo pueda ser el mercado o el público objetivo de ese producto... como para ameritar una inversión publicitaria que haga conocido un producto que hoy en día es desconocido, o sea, me imagino que eso debe costar mucho dinero y si no está claro qué cantidad de gente estaría dispuesto a comprar ese producto a lo mejor no vale la pena. Ese sería un tema estructural que no habría como resolver si es que no hay un público... no hay consumidores, en el fondo del producto.”

(Rodrigo Martinic, editor periodístico Megavisión)

ii. Existencia de redes: Existen en Chile una serie de redes de cooperación que actuarían como facilitadores en una promoción masiva y pública del condón femenino. Esas redes no sólo tienen que ver con una perspectiva intersectorial del tema de la prevención, que es muy importante, sino también, con redes prácticas, operativas de cooperación, principalmente entre los servicios públicos vinculados a salud y las organizaciones de la sociedad civil preocupadas por ese tema, de manera específica del VIH. Estas redes ya se han puesto en práctica con la experiencia de promoción y distribución del condón masculino.

“Con otros grupos, porque por ejemplo Vivo Positivo, todos esos se han encargado de ayudar a ese tipo de educación con folletos, con material, o sea, yo creo que esa es una ventaja y una fortaleza bastante grande... hay una red bastante bien equipada en cuestión de promoción y acercamiento”
(Katty Zúñiga, Matrona encargada de Unidad ETS, CDT Eloisa Díaz).

La participación del Estado en las redes es evaluada por los entrevistados como importante. Ésta tiene distintas características que van obedeciendo a distintos requerimientos. Uno de los sentidos en que el Estado, a través de la SEREMI de Salud, participa en las redes que se conforman es por la vía de la coordinación de los programas implementados a través de la red asistencial. A su vez, trabajan con distintas organizaciones de la Sociedad Civil, principalmente en el financiamiento de proyectos por la vía de los fondos concursables.

“Existen distintas actividades que estamos realizando, de canalización, de coordinaciones con la Sociedad Civil en la Región Metropolitana, con las distintas poblaciones y agrupación que están trabajando en la prevención del VIH/SIDA como también estamos trabajando con grupos emergentes, con ONGs que hemos invitado a participar en concursos, en proyectos que permiten recoger recursos que son utilizados ya sea para abordar grupos vulnerables, poblaciones vulnerables, grupos tradicionales de mayor riesgo de adquirir SIDA y también los grupos emergentes como son la población rural, la población femenina, la población estudiantil juvenil y los migrantes, y actualmente las personas que están encarceladas, privadas de su libertad, entre otros.”
(Dr. Mauricio Ilabaca, SEREMI de Salud, RM)

Otra de las formas en que el Estado se relaciona con las organizaciones de la sociedad civil, en la temática de la prevención del VIH y de los derechos sexuales y reproductivos, es a través del poder legislativo. La entrevista al presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, permite establecer que también existen, por lo menos a nivel discursivo, los canales para que las asociaciones públicas y privadas ligadas a la salud, puedan transmitir sus demandas y sus objetivos. El poder legislativo en nuestro país también tiene la atribución de proponer mociones parlamentarias, por lo tanto no es menor la relación que pudiera existir entre las organizaciones de la sociedad civil y el Estado a través de su comisión de salud. Esta relación permitiría la proposición de temas y perspectivas importantes de tener en cuenta al momento de diseñar un proyecto de ley o de hacer modificaciones del mismo.

“Nos relacionamos mucho por ejemplo con el Ejecutivo a través del Ministerio de Salud, también con los distintos Servicios de Salud, con instituciones de la civilidad, con organizaciones que representan enfermos, corporación. Y también con privados, con laboratorios farmacéuticos, asociaciones de profesionales como el Colegio Médico, Colegio de Enfermeras, en fin, y con otras instituciones estatales o gubernamentales que tienen que ver con el área de la salud básicamente”
(Carlos Olivares, presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados).

iii. Interés comercial: A nivel comercial, uno de los aspectos prácticos a considerar es que Chile ya cuenta con una red de importadores y distribuidores de condón masculino que sobrepasan la treintena⁸⁹. Estando presente este producto en todas las farmacias y Sex Shop. Por tanto, la incorporación del condón femenino podría utilizar los mismos canales de distribución. Esto requeriría que las empresas asociadas lo identifiquen como un negocio provechoso en términos de rentabilidad. Cuestión íntimamente relacionada con la demanda que el dispositivo pueda tener.

Por otro lado, si el condón femenino se visualiza como una oportunidad económica, podría haber de parte de las empresas fabricantes, un interés mayor por la investigación, de tal modo de poder incorporar al condón femenino nuevos atributos y mejorar la aceptabilidad de las usuarias directas y de los usuarios indirectos.

⁸⁹ CONASIDA. “Estudio Mercadeo Social del Condón Masculino en Chile”, realizado por Demoscópica para CONASIDA. 2005.

Contando con el ejemplo de la amplia y diversa oferta que existe en el condón masculino, podrían diversificarse los tipos de condón femeninos existentes en términos de colores, tamaños, materiales, productos asociados, etc.

Desde el punto de vista comercial, algunas de las fortalezas relacionadas con atributos del producto, reconocidas en el condón masculino y que puede extenderse a los condones femeninos es la calidad certificada con que cuentan. A nivel internacional existen normas concretas y exigentes respecto de la calidad con que deben contar los condones. Organismos como la International Organization for Standardization (ISO) o la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA) son organismos que participan en asegurar que los condones sean confiables. En nuestro país a partir de este año 2005, también se están certificando los condones de manera obligatoria. La certificación esta a cargo del Instituto de Salud Pública (ISP) (*para más información ver módulo de la oferta del presente informe*).

Que los usuarios cuenten con la seguridad de que el producto que están usando es confiable, es un tema que se debe tomarse en cuenta al momento de promocionar una iniciativa de este tipo. Principalmente cuando los riesgos que pudieran producirse ponen en juego la salud y la vida. En este sentido, la certificación obligatoria será una decisión política a tener presente al momento de decidir sobre una campaña de promoción del condón femenino.

“Convencidos estamos de que el control de calidad de los preservativos que uno los distribuye realmente tienen los objetivos, cumplen los objetivos de la prevención, nosotros lo demostramos, tratamos de fortalecer siempre eso en el paciente, porque la idea de la persona es que lo que está regalado por el Ministerio es lo que más malo es, ya, entonces nosotros tenemos esa otra contraparte para poder educar al paciente de que no es así.”
(Katty Zúñiga, Matrona encargada Unidad ETS, CDT Eloisa Díaz).

d. Es una nueva opción a los métodos ya existentes, principalmente al considerar que es un método que provee una triple protección

El condón femenino se constituye en una alternativa frente a los objetivos de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados. Para los embarazos no deseados existe una variedad de alternativas conocidas, algunas más utilizadas que otras. Sin embargo para la prevención de enfermedades de

transmisión sexual, los métodos científicos realmente eficaces de prevención hasta ahora, son sólo el condón masculino y el femenino.

“Yo creo que esta es una alternativa, según lo que yo veo, una alternativa complementaria, yo creo que de todas maneras debiera haber una buena recepción... cuando la mujer ve que su pareja, por ejemplo, no usa el preservativo va a ser ella quién lo va a poder usar, yo creo que eso es muy importante a la hora de evaluar la posibilidad de introducir este método anticonceptivo y también, no cierto, como barrera para las enfermedades de transmisión sexual... método que va a ser alternativo y complementario, va a ser un complemento a lo que ya hay, desde ese punto de vista yo creo que viene a ocupar un espacio, un vacío que hay, no sé de qué magnitud, pero viene a ocupar un espacio.”
(Carlos Olivares, Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados)

Una campaña comunicacional también puede apuntar a la utilización de ambos tipos de condones de manera intercalada. Mauricio Ilabaca, SEREMI de salud de la RM menciona que la promoción del condón femenino sumado a la campaña del condón masculino, como una opción más, sería una buena alternativa para prevenir la transmisión de ETS y del VIH/SIDA.

“Presente en la misma campaña de promoción del uso del preservativo masculino, puede usar el preservativo masculino o el femenino, elige tú, pero tienes que usar, o sea, si has optado por una vida sexual activa utiliza siempre en forma permanente, continua, no te lo saques, el preservativo, masculino o femenino, no vería yo una distinción”
(Mauricio Ilabaca, SEREMI de salud, RM).

1.1.2. Obstaculizadores para una promoción masiva del condón

a. Alto costo y baja accesibilidad

El alto costo del condón femenino es uno de los principales obstáculos que se reconocen a nivel mundial. El costo del condón está ligado a la cantidad de condones que se usan. En experiencias internacionales respecto del condón masculino, se ha podido demostrar que la disminución de los precios provocaron un aumento en la venta de condones. Como ejemplo se pueden citar los casos de Haití, cuya venta de condones aumentó al doble cuando se redujeron los precios a la mitad; o Brasil, en donde las ventas se triplicaron mediante la introducción de condones subvencionados⁹⁰. El condón femenino podría seguir la misma lógica, sin embargo, cabe no olvidar que el costo de producción del condón femenino, es bastante elevado respecto del costo de producción del condón masculino.

A nivel mundial el precio en el comercio minorista del condón femenino, es de US\$1 para arriba⁹¹, hecho que lo hace prohibitivo para muchas personas de los países en desarrollo. Los condones importados generalmente están sujetos a derechos de importación, impuestos, derechos de licencia, costos de envío y la participación de los distribuidores mayoristas y minoristas que pueden encarecer de manera relevante los precios. Comparado con el condón masculino, el condón femenino es ostensiblemente más caro.

“En estos momentos yo creo que una de las grandes dificultades es que tiene un alto costo, o sea sobre dos mil pesos y, eh, eso hace quizás que el interés de los proveedores no se haya instalado todavía ahí entonces mientras que no haya una difusión desde el mercado, o sea, creer que la gente va a pensar en ir a probar, no lo va a hacer, entonces pienso que, no sé poh, a diferencia del condón masculino, por último uno va un consultorio y te entregan tres o cuatro, pero tener un condón femenino a ese costo sin que esté en el mercado...”
(Benedicta Aravena y Rosa Espínola, representantes
Foro de Salud y DDSSRR)

⁹⁰ Population Information Program, The Johns Hopkins University: “Nuevos condones para el nuevo milenio”. Disponible en línea:
<http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sh9/h9chap5.shtml>

⁹¹ Idem

La posibilidad de reutilización de los condones femeninos es una de las opciones que se están estudiando para abaratar los costos del condón femenino⁹². Sin embargo hasta que esos estudios no tengan una conclusión terminante, la recomendación es utilizar los condones femeninos una sola vez. Sería arriesgado volver a usarlo si quedaran organismos patógenos, y el condón podría perder su integridad estructural.

El tema del precio de los condones también ha llevado al cuestionamiento sobre si es beneficioso entregarlos de manera gratuita. Una de las opiniones más extendidas a nivel internacional, es que los programas de salud no deberían entregar estos dispositivos de manera gratuita porque se podría incurrir en un gasto innecesario, pues no se tiene claridad si las personas que reciben condones gratuitamente tienen la intención efectiva de utilizarlos. Al pagar un precio por el dispositivo, aún cuando este sea subvencionado, se asegura que la persona que paga el costo tiene la intención real de utilizar el condón.

Lo anterior defiende la idea que si bien es beneficioso que el condón sea subvencionado, no lo sería tanto que se entregara de manera gratuita. Esto también tiene que ver con la idea de empoderamiento que se desea generar en las mujeres, en cuanto es importante que ellas decidan y busquen sus propios modos de protección. Si se tiene una actitud asistencialista con las potenciales usuarias del condón, no se asegura que una vez que esta política asistencialista termine, las mujeres sigan protegiéndose. El que las usuarias deban pagar un precio, también se asocia al deseo de instalar en la población la cultura del autocuidado⁹³. Sobre una experiencia de promoción internacional del condón en Brasil, la matrona de Arica comenta:

“Pero ellas hablaban mucho de eso, de lo importante que era, que estén disponibles... ella hablaba mucho de que era también importante... no... no los regalaban me decía, a pesar de que tenían, como una manera de que cada mujer se hiciera también responsable de adquirir, digamos, sus herramientas de prevención. Que no considerara de que era una obligación ni un regalo, sino que era... ella tenía que hacer sus gestiones para tener sus... lo enfocaban desde ese punto de vista que también me pareció bien, a un precio de costo sin ningún fin de lucro, sino que era sólo para que hubiera conciencia”
(Roxana Gálvez, Matrona encargada Unidad ETS y VIH, Hospital de Arica).

⁹² Ver capítulo de la Oferta

⁹³ Population Information Program, The Johns Hopkins University: “Nuevos condones para el nuevo milenio”. Disponible en línea: <http://www.inforhealth.org/pr/prs/sh9/h9chap5.shtml>

Chile no está ajeno al problema del alto costo del condón femenino. Esto dificultaría el que las personas lo tomen como opción. En Chile el condón femenino tiene un costo de \$2100 por cada uno. Si lo comparamos con el precio de los condones masculinos, es elevadamente mayor⁹⁴. Esto sin considerar que en los centros de salud se hace entrega gratuita de condones masculinos para quien lo solicite. La subvención desde el Estado es una de las alternativas que en opinión de los entrevistados podrían ayudar a que el costo bajara y que, por lo tanto, sea más accesible para todas las personas. Sin embargo, también se plantea desde los entrevistados la posibilidad que se genere una sobre demanda, que el Estado no sería capaz de asumir desde el punto de vista económico.

*“Precio, habría un problema en el sentido de que se genere una demanda, se fomente una demanda y el Estado no la pueda responder, por ejemplo en nuestro caso hemos tratado de resolver un tema de entrega de preservativos a una ONG que trabaja con travestistas y no hemos tenido todos los preservativos que quisieran ellos que pudiéramos repartir, me imagino esto, si esto vale unitariamente 200 pesos, 300 pesos a que este cueste 2000 hay una diferencia sustantiva”
(Dr. Mauricio Ilabaca, SEREMI de Salud, RM).*

El tema del alto costo se torna más problemático si se considera que en los últimos años el VIH/SIDA ha manifestado un desplazamiento hacia grupos poblacionales de menor nivel socioeconómico, según se deduce a partir de las preguntas referidas a nivel educacional y ocupación en la ficha de notificación. Por lo tanto, si se piensa en promocionar el condón en sectores desproveídos económicamente, el problema del alto costo es fundamental de solucionar.

En opinión de los entrevistados, el condón femenino no debería ser privativo de clases sociales. Los individuos con menores recursos deberían poder acceder a este método, principalmente cuando las personas que han sido identificadas por los entrevistados como grupo objetivo, pertenecen mayoritariamente a los sectores de menores ingresos, es el caso de las trabajadoras sexuales, y también de muchas de las mujeres que viven con VIH⁹⁵.

⁹⁴ El condón masculino cuesta aproximadamente entre \$300 y \$400 cada uno.

⁹⁵ Este tema será tratado en la sección sobre elementos a considerar en una promoción masiva del condón femenino.

*“El costo... es harto, mayor el costo que el condón masculino y... el problema que se produce es que es una sola vez, entonces es el costo, porque resulta que a lo mejor casi es comparativo con un anticonceptivo hormonal pero ese lo usa todo el mes”
(Leticia Lorenzetti, Presidenta del Colegio de Matronas)*

Una opinión generalizada entre quienes están de acuerdo con la promoción masiva del uso del condón femenino es que el Estado debería intervenir en el tema de los costos, subvencionando el producto para que de esa manera sea accesible a un número mayor de personas.

*“Ahora también depende de los costos obviamente si es un producto me parece que es bastante más caro que el masculino también hay que hacer campañas ahí, o sea de alguna forma que se pueda subvencionar la producción de esta, de estos condones y que puedan salir a precio público bastante bajo de tal forma que cuando la gente se informe y sepa de este producto y conozca que es un producto mejor que el masculino, y la mujer lo vaya a buscar se encuentre con un precio que sea accesible que no sea un precio prohibitivo y que vaya y tenga que decir que no digamos, y no poder ni siquiera conocerlo, ni siquiera tocarlo o saber como es”
(Rodrigo Germany, Gerente general Diario La Crónica, VIII Región)*

Otro de los temas que dificultan el acceso al condón femenino, es que en Chile hay sólo dos lugares de venta de este dispositivo: APROFA y Farmacias Galénica⁹⁶. Ambas entidades cuentan a su vez con sólo dos puntos de venta cada una, en total, hay dos puntos de venta en la comuna de Santiago Centro, otro en Providencia y uno más en La Florida.

*“Por la accesibilidad económica sería un factor altamente importante... que no hay como la disponibilidad, como un poquito más ampliada de donde obtenerlo lo hace más difícil también... ocurre por ejemplo con los métodos anticonceptivos, no sé poh, tipo implantes que la persona como que se siente interesada en acceder pero ya cuando empiezan a ver el asunto del precio como que se restringe un poco y más encima si le dicen exclusivamente tienes que ir allá, o sea lo dificulta más también”
(Katty Zúñiga, Matrona encargada Unidad ETS, CDT Eloisa Díaz).*

⁹⁶ Son sólo dos sucursales de Galénica las que venden el producto. Ambas están ubicadas en la comuna de Santiago.

El problema se acentúa en regiones. APROFA⁹⁷ ha informado que se hace distribución a regiones si alguien lo solicita, pero con cargo a quien lo pide, encareciendo el precio final del condón.

“O sea, yo siempre... a ver, con el condón femenino yo, cuando me toca hablar con mis pacientes o salir a dar talleres yo trato de ser bien realista, o sea, yo les cuento que existe un condón femenino, pero no me atrevo a dar grandes expectativas porque yo sé que es algo que aquí no está disponible. Entonces por qué me voy a poner a hacerle tanta propaganda a algo que no existe. Les doy a entender que existe y que sería bueno, a mi gusto, que alguna vez estuviera disponible para comprarlo.”

(Roxana Gálvez, Matrona encargada de Unidad de ETS y PVVIH, Hospital de Arica)

b. Oposición de grupos conservadores

Aún cuando el avance del VIH/SIDA es uno de los temas más preocupantes a nivel mundial, pues miles de personas mueren día a día por su causa, existen voces divergentes que se oponen a la utilización del condón como medida de protección. Entre los diversos representantes de estas posturas se destacan aquellos que tienen poder a nivel mundial y nacional, aquellos que se constituyen en una opinión de peso frente a las discusiones políticas y sociales que pudieran generarse. Su fuerza también se relaciona con que estos grupos conservadores, si bien actúan de acuerdo a sus condiciones históricas y a los marcos jurídicos y políticos de sus países respectivos, establecen fuertes relaciones entre los sectores conservadores de diferentes naciones, a la vez, que reciben un fuerte apoyo a todos ellos por parte de sectores conservadores del Vaticano⁹⁸. Estas redes generadas y los apoyos proveídos, los fortalece.

Entre los principales grupos conservadores se encuentra la Iglesia Católica. Su presencia en el mundo occidental, y particularmente en América Latina es muy importante, llegando según cifras de la institución, a 1.100 millones de católicos bautizados. En cuanto al número de católicos practicantes, no existen en la actualidad estadísticas confiables. El continente americano es el que cuenta con

⁹⁷ La fuente es Verónica Cosoi, Jefa División Desarrollo de Recursos, APROFA

⁹⁸ Pardo, Gastón. 2004. “Los católicos conservadores en América Latina”. Disponible en línea: <http://www.redvoltaire.net/article813.html>

la mayor proporción de católicos bautizados: 49,8% (aproximadamente 541 millones de personas).

En Chile, aún cuando la constitución señala que nuestro país es un Estado laico, la Iglesia Católica se constituye como un referente de opinión fuerte. En el último Censo Nacional realizado, el 70% de los habitantes de 15 años o más se declaró católico⁹⁹. Su importancia es tal, que a la vez actúa influenciando a otros grupos, los que incorporan sus dogmas y replican sus posturas.

Por ejemplo, la Iglesia Católica apoya a diversos movimientos provida en América Latina y en el mundo mediante instituciones como el Consejo Pontificio para la Familia, grupos internacionales como la Alianza Latinoamericana para la Familia y Familia de las Américas, y también a través de coaliciones, como Vida Humana Internacional, que desde Miami coordina a grupos provida de países latinoamericanos y promueve en ellos campañas contra el aborto, la anticoncepción de emergencia, el uso del condón”, entre otras¹⁰⁰. En Chile, la existencia de grupos como Red La Vida y La Familia encabezados por el abogado Jorge Reyes, manifiestan que el país no está ajeno a la acción de los grupos que se oponen a la promoción del condón en Chile.

Las razones esgrimidas por la Iglesia Católica para estar en contra del condón son básicamente dos: por un lado, el condón, aparte de ser un dispositivo para prevenir enfermedades de transmisión sexual, también es un método anticonceptivo. Para la Iglesia Católica no debería existir el control de la natalidad con métodos que no sean naturales. La idea que está detrás es que la anticoncepción, si no es natural, atenta contra la vida. Por otro lado, el uso de condones incentivaría a las personas a tener relaciones sexuales prematrimoniales, acción condenada por dicha iglesia. Se asocia el condón a promiscuidad, a libertinaje y a irresponsabilidad.

La posición de la Iglesia en el mundo, incluso en Sudáfrica¹⁰¹, uno de los países con mayor prevalencia del virus, es que la lucha contra el SIDA debería enfocarse desde la abstinencia sexual y no desde el uso del condón. Sus principales acciones frente al condón están referidas a cuestionar su eficacia. Básicamente los argumentos se centran en que la eficacia del condón en cuanto a la protección no llega al 100%, o que las pruebas realizadas para medir eficacia no son absolutamente confiables. Muchos de los más de 4.435 obispos

⁹⁹ Instituto Nacional de Estadísticas (INE) . Censo 2002.

¹⁰⁰ Pardo, Gastón. 2004. “Los católicos conservadores en América Latina”. Disponible en línea: <http://www.redvoltaire.net/article813.html>

¹⁰¹ El cardenal Wilfred Napier, líder de la Conferencia de obispos católicos en África Austral, criticó al gobierno de Sudáfrica señalando que este país, debe seguir el ejemplo de Uganda y enfocar su campaña de lucha contra el SIDA en la abstinencia sexual y no en la promoción del condón.

del mundo negocian activamente con los gobiernos y en Naciones Unidas para restringir el acceso a los condones, aduciendo que los condones causan el SIDA en lugar de prevenirlo. Por ejemplo, la Conferencia Episcopal del Sur de África afirmó: "La promoción indiscriminada y generalizada del condón es un arma inmoral y equivocada en nuestro combate contra el VIH/SIDA. Los condones pueden ser, incluso, una de las principales causas de la diseminación del VIH/SIDA"¹⁰².

En Chile la Iglesia Católica también ha ejercido una importante influencia opositora. En opinión de algunos de los entrevistados como el presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, la oposición de grupos conservadores, entre los que destaca la Iglesia Católica, también se constituye en un obstáculo para la promoción del condón femenino, tal y como ha sucedido con el condón masculino, cuyas trabas para su promoción han sido bastante importantes desde los sectores más conservadores, en su mayoría ligados a la esta iglesia.

“No va a tener ni más ni menos que las mismas, los mismos obstáculos que tiene el condón tradicional, el conocido. En el sentido que va a haber factores de tipo ético que van a impedir un poco la difusión o el uso, pero yo no veo ni más ni menos que ese tipo de dificultad, la que conocemos en el sentido de que hay sectores que se oponen... hay sectores de la Iglesia Católica que se oponen al uso del condón, del preservativo tradicional... de estos grupos cristianos se oponen al uso del condón, entonces va a tener esa dificultad.”
(Carlos Olivares, presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados)

Como es de esperarse, los argumentos para tal oposición son los mismos entregados por la Iglesia a nivel internacional. El principal, se relaciona a la dimensión anticonceptiva del condón. En cuanto este dispositivo, al no ser un método natural, iría en contra de la vida. Para los entrevistados representantes de la iglesia, ésta tiene el deber de anunciar todo lo que se relaciona con la concepción de vida, la que para ellos se sustenta desde el primer momento, a diferencia de lo que se está dando hoy día con las distintas posiciones en que hay variabilidad de conocimiento al respecto. Se postula que la mano del hombre quiere modificar lo natural y establecido por Dios, sin embargo, la Iglesia seguirá en camino para anunciar su palabra, que para la institución es su verdad.

¹⁰² www.condoms4life.org

“En cuanto a la responsabilidad, de engañar al otro, de convertirme yo en un Dios, en un administrador de la vida, en el centro de la vida, por eso la Iglesia no puede promover métodos anticonceptivos que no sean naturales.”

(José Cartes, Asesor Diocesano de la Pastoral Familiar, Iglesia Católica, VIII Región)

Para la iglesia, la puesta en práctica de este preservativo conlleva a una relación sexual exenta de amor y con limitada satisfacción de parte de las personas. En su opinión las parejas se están enfrentando en un mundo egoísta, donde lo que prima es el placer producido por lo material y donde los valores quedan de lado.

“Claro más de ejercitación digamos sexual, pero no hay amor, no está, a mí me complica mucho todo esto porque veo que vamos en una espiral... estamos viviendo una sociedad muy egoísta, muy hedonista, muy centrada en lo material, en el tener, muy preocupada tal vez de todas estas cosas económicas de lo material, digamos y no estamos preocupado de la calidad de vida.”

(José Cartes, Asesor Diocesano de la Pastoral Familiar, Iglesia Católica, VIII Región)

Desde la perspectiva de la Iglesia Católica, ella tiene la atribución de guiar la acción de los católicos de acuerdo a los valores que les son propios y, por su parte, el Estado debe preocuparse de gobernar. Pero eso no los excluye a ellos como institución de opinar sobre los temas que les parecen relevantes. Se menciona que la Iglesia no restringe a partir de normas, sino que sólo se dedica a anunciar lo que Jesucristo es, a vivir la vida como Jesús la vivió y a guiar a las personas para que vivan la vida de acuerdo a los valores de Jesucristo.

“El Gobierno tiene una misión para nosotros que es la de gobernar, tiene sus políticas, pero por otro lado nosotros tenemos un deber de anunciar con la misma libertad con la que ellos lo pueden hacer, porque nosotros vemos que el papel de la Iglesia su deber es anunciar estas cosas, defender la vida humana desde su concepción”

(José Cartes, Asesor Diocesano de la Pastoral Familiar, Iglesia Católica, VIII Región)

La diferencia entre las perspectivas del Gobierno y la de la Iglesia Católica para abordar la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, no equivale a decir que esta iglesia no está atenta a los problemas que se están viviendo a nivel social hoy en día. Los representantes de esta institución plantean la postura de la Iglesia Católica como una alternativa. Ellos no estarían imponiendo un modo de pensar o de obrar, sino que estarían proponiendo y guiando un accionar distinto.

“Es una ayuda, para decirles, mire si usted es católica y viene a hablar con nosotros, decirle mire, hay otra cosa, que no te va a producir ningún efecto, pero que al contrario, te va a unir más tu matrimonio, y nosotros tenemos la experiencia de ver reencantarse con el matrimonio, bueno la gente que está, que son usuarios de estos métodos, son felices, porque lo saben llevar, tienen la preocupación de aprender estos métodos y son los dos partícipes”
(José Cartes, Asesor Diocesano de la Pastoral Familiar, Iglesia Católica, VIII Región)

Valoran la información y el afrontar los problemas que la modernidad acarrea y avalan esa opinión con ejemplos concretos como las acciones que ha emprendido la Iglesia respecto de estos temas. Al respecto mencionan los programas desarrollados que abordan temas como la sexualidad, embarazo adolescente, VIH/SIDA, entre otros. Los representantes de la Iglesia Católica hacen hincapié en que ésta no tiene mayor dificultad para tocar estos temas, pero que siempre lo hacen desde el punto de vista de los valores que quieren transmitir como institución.

“Bueno lo que es la pastoral familiar se han hechos cursos de SIDA. Bueno nosotros no tenemos ningún tabú a hablar sobre la sexualidad, en ninguno de los cursos de nuestra pastoral. Yo creo que a nosotros nos interesa que la gente pueda tener mucho conocimiento para tener una responsabilidad en las cosas que hace porque el ignorante nunca va a saber lo que hace”
(José Cartes, Asesor Diocesano de la Pastoral Familiar, Iglesia Católica, VIII Región)

Los argumentos en contra de la promoción de un método de protección que no sea natural, como el condón, también se sustentan en apreciaciones concretas sobre la salud de las usuarias, escapando del ámbito puramente valórico y espiritual. En opinión del representante de la Iglesia de la VIII Región, hay un deterioro importante en la calidad de vida de las mujeres que utilizan este tipo

de dispositivo porque ellas tienen que someterse al uso de métodos que finalmente atentan contra su salud física.

“Sí, porque tú ves que todas las mujeres que usan este anticonceptivo, en este seminario que fui, mostraban a las mujeres que usaban la T, y las terribles infecciones que eso les provocaba, mutilaban sus cuerpos, luego las personas comienzan a tener problemas cardíacos, problemas de obesidad, todas las cosas que estamos relacionando en este momento y que están en nuestra sociedad en el fondo las estamos alimentado pero en el fondo no nos estamos preocupando del efecto de porqué se produce.”
(José Cartes, Asesor Diocesano de la Pastoral Familiar, Iglesia Católica, VIII Región)

Dentro de la Iglesia Católica también existen distintos grupos y matices, unos más de avanzada, otros conservadores. Existen muchos miembros de la Iglesia Católica trabajando en la prevención del VIH/SIDA, así como también en el cuidado de las personas que lo han adquirido. En opinión del director ejecutivo del Programa de Naciones Unidas contra el VIH/SIDA (ONUSIDA), el doctor Peter Piot¹⁰³, los miembros del clero, cuanto más cerca están de la realidad de los afectados por la enfermedad, más abiertos se muestran a la utilización de los preservativos para evitar la transmisión, mientras que a medida que se asciende por la jerarquía eclesiástica, las posturas son más dogmáticas y cerradas. No se puede negar que en las últimas décadas ha habido una especie de transición desde posturas sumamente cerradas en torno al tema, a una especie de debate interno que ha dado lugar a que haya sectores más abiertos a este tipo de prevención.

Por ejemplo, entre los católicos existe un grupo llamado Catholics for a Free Choice (CFFC). En Chile este movimiento también tiene su versión: católicos por el Derecho a Decidir en Chile. Estos últimos han impulsado en el país una campaña que se ha venido desarrollando a nivel internacional llamada “Condomes por la vida”. Ella busca poner fin a la prohibición del condón por parte de los obispos católicos. Sus principales consignas son “Prohibir el condón es condenar a muerte” y “A los católicos sí nos importa. ¿Y a nuestros obispos?”. Este esfuerzo, dirigido a personas católicas y no católicas, tiene el propósito de elevar la conciencia pública sobre el efecto devastador de la prohibición del condón por parte de los obispos católicos en la prevención de nuevos casos de VIH/SIDA. En el mundo los obispos ya han reaccionado, e intentado anular esta

¹⁰³ Yahoo New. Informe de prensa. Disponible en línea: <http://es.news.yahoo.com>

campaña. Sin embargo, los anuncios aparecerán en una docena de países el próximo año, tomando ya carácter de una campaña mundial¹⁰⁴.

En contraposición a esos grupos más de avanzada se encuentran grupos altamente conservadores como el Opus Dei. Hoy en día esta organización es una de las más poderosas, moralistas y ultra conservadores de la Iglesia Católica. Se les califica como altamente disciplinados y decididos. Pertenecen a lo que internacionalmente se ha llamado la derecha de la Iglesia Católica. Históricamente han estado vinculados a los grupos de poder en las distintas sociedades, a los ricos y poderosos. Invierten grandes sumas de dinero en las causas que ellos consideran justas. Los han caracterizado su oposición a las concepciones modernas de la salud sexual y reproductiva, la familia y el género y su fomento de la agenda del Vaticano en lo que se refiere a reproducción, la sexualidad y el género.

La influencia de la Iglesia también ha llegado a otros grupos conservadores en distintos ámbitos, entre ellos los medios de comunicación, centros de educación y partidos políticos entre los más importantes. En Chile, la Iglesia Católica, no está ajena a su tendencia mundial ya comentada, y ha jugado un rol activo en la oposición a las políticas propuestas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, tanto en su carácter de institución religiosa, como en su condición de activo agente educacional, así como en su posibilidad de influir en los medios de comunicación propios y de consorcios privados afines a su postura.

Así, en algunos medios de comunicación de masas se comparte la idea que la educación sexual fomenta la experimentación y promiscuidad sexual. Más aún cuando se habla específicamente del condón. Se visualiza la promoción del condón como una invitación a la promiscuidad y al libertinaje. En consecuencia, los programas y campañas generalmente se ven limitados en lo que pueden decir¹⁰⁵.

Otro de los nichos donde más fuertemente se ha visualizado la oposición de la Iglesia Católica a las medidas de protección no naturales como el condón, es en los centros de educación, como colegios y universidades, actuando estos como importantes difusores de las ideas planteadas por dicha iglesia, y ayudando a que ellas tomen una fuerza difícil de rebatir. Por ejemplo, “los educadores de la Universidad de El Cairo, en Egipto, han tenido que alterar su

¹⁰⁴ www.condoms4life.org

¹⁰⁵ El tema de los medios de comunicación será tratado cuando se revise la influencia de estos medios en una posible promoción del condón femenino.

programa educativo “para no ser acusados de propaganda inmoral”¹⁰⁶

En Chile, la polémica desatada por las jornadas de conversación de sexualidad y afectividad (JOCAS) en 1995, también es una muestra del control que quiere tener la Iglesia Católica sobre los programas educativos. En ese tiempo, se desató una importante discusión en torno a la pertinencia de conversar las temáticas de sexualidad y afectividad por jóvenes escolares. La opinión de los representantes de la Iglesia fue que comprendían la preocupación del Estado ante los problemas derivados de las relaciones precoces, los embarazos, el recurso al aborto y los casos de SIDA, pero opinaron y opinan que se buscó la solución “por caminos equivocados y profundamente dañinos a la educación de los futuros hombres y mujeres adultos de nuestra Patria”¹⁰⁷.

Actualmente, acompañando la reforma educacional el MINEDUC incorpora a los Objetivos Fundamentales Transversales, OFT, el tema de la educación en sexualidad. Así se asegura un marco curricular mínimo que permite implementar temas relacionados con la sexualidad, a través de todos los subsectores o asignaturas. En este marco, cada escuela o liceo puede elaborar sus propios programas de educación sexual de acuerdo a las necesidades y características de su comunidad escolar. De este modo, cada colegio tiene la autonomía de enseñar a sus alumnos la educación sexual que estime conveniente. En este sentido, los colegios católicos cuentan con la libertad para realizar educación sexual centrándola en lo biológico reproductivo.

En el ámbito de la educación superior, Universidades como la Pontificia Universidad Católica, la Universidad Cardenal Raúl Silva Henríquez, La Universidad del Desarrollo, entre otras, comparten los pensamientos y acciones de esta iglesia, promoviendo entre sus alumnos también concepciones en que el condón no es considerado una buena estrategia de prevención, frente a otras alternativas como la abstinencia sexual o la pareja única. Para el representante del centro de Bioética de la Universidad Católica, dado que el VIH/SIDA se trasmite principalmente a través de una conducta sexual la mejor manera de prevenir es ejercer una vida sexual bajo ciertas condiciones éticas. Esas condiciones se refieren básicamente al desarrollo de la vida sexual con una pareja estable y fiel, y el compromiso de una vida en común para siempre.

¹⁰⁶ Family Health International.2005. “Comunicación a través de los medios de difusión” Disponible en línea: <http://www.infoforhealth.org>

¹⁰⁷ http://www.copesa.cl/DE/1996/_Des1996/09_18/temas.html

“Nosotros consideramos que la mejor manera de prevenir, la mejor manera de prevenir y lo que de alguna manera lo lleva a desempeñarse en una vida sexual mucho más plena es una relación de pareja estable, donde se realice la vida sexual en completas condiciones éticas, eso requiere un compromiso en el tiempo, una pareja estable, etc., una pareja estable, no tener muchas parejas, y en el momento adecuado y desde ese sentido no se necesitaría el condón, ahora yo personalmente entiendo que a veces algunas personas que les cuesta alcanzar ese, ideal pero no se debiera olvidar que eso es lo que debiera tenerse, entonces por eso te digo que desde la perspectiva nuestra es a eso lo que debiera tenderse y no solamente a decir miren si quieren prevenir el SIDA utilice el condón, sino que lo que debiera decirse miren realidad si quieren prevenir el SIDA tienen que tener una lo que debiera decirse miren realidad si quieren prevenir el SIDA tienen que tener una pareja estable.”

(Mauricio Besio, miembro del comité de ética del Centro de Bioética de la Universidad Católica).

Surge nuevamente, en opinión del entrevistado del Centro de Bioética, la necesidad de que coexistan una pluralidad de pensamientos. Es decir se trataría para el entrevistado de no imponer procedimientos, sino de poder proponer. La misión de entidades como el centro de bioética es promover una sexualidad sana basada en los valores, no desde el punto de vista de salud, sino moral.

“No todo el mundo está de acuerdo en que debiera promoverse, que la solución del SIDA está solamente con la promoción del condón, y que debiera darse énfasis en otro tipo de aspecto, que se han hecho esfuerzos, yo escuchaba, me parece que escuchaba al Ministro Bitar... él hacía mucho énfasis en que la nueva campaña que va a haber de sexualidad en los colegios se le va a dar mucho énfasis hacia la parte afectiva de la sexualidad y no solamente a la sexualidad en cuanto a biológica, en cuanto a evitar embarazos, sino que darle importancia a la parte afectiva”.

(Mauricio Besio, miembro del comité de ética del Centro de Bioética de la Universidad Católica).

Para el entrevistado, el uso del condón sería sinónimo de relaciones desconfiadas. Parejas cuyos miembros tengan confianza uno en el otro no tendrían por qué necesitar de este dispositivo. Su cuidado está basado en la fidelidad y en el cuidado del otro.

“La perspectiva nuestra sería, bueno entonces no tengas relaciones sexuales si no tienes una confianza plena porque, uno, no solamente es peligroso sino que además no va a ser satisfactorio 100% porque nunca se va a poder entregar 100% en uno al otro cuando hay una desconfianza.”

(Mauricio Besio, miembro del comité de ética del Centro de Bioética de la Universidad Católica).

Otro de los ámbitos donde la influencia de la Iglesia Católica se ha hecho notar es en la política, específicamente en el accionar de los partidos políticos como actores en la sociedad. Aún cuando pudiera pensarse que la religión y la política son ámbitos opuestos, en cuanto uno está referido a lo netamente espiritual y el otro esta referido a cuestiones terrenales, la influencia de la Iglesia Católica también se muestra en el ambiente político donde conviven varias posturas ideológicas y religiosas. Esta influencia viene desde los primeros tiempos de vida de los partidos políticos, en donde los partidos conservadores, estaban fuertemente ligados a la institución y donde cuyas preocupaciones fundamentales eran las controversias político religiosas. Lo fundamental de esto, es que las acciones y políticas públicas para la ciudadanía se verán permeadas por las posturas ideológicas de los partidos políticos. Así, los partidos conservadores se oponen a propuestas de políticas y leyes que pudieran estar en contra de sus concepciones ideológicas, como el uso del condón.

Aparte de la Iglesia Católica, también existen otras ramas del cristianismo cuya postura es un referente importante en la opinión que se genera en la población, un ejemplo es la Iglesia Metodista Pentecostal de Chile, que ha experimentado un crecimiento sostenido en los últimos años según los datos registrados por el Censo del 2002.

Aunque no tienen una postura oficial respecto del tema del uso o no uso del condón, su concepción de la vida, del mundo y de Dios se asemeja en muchos aspectos a los de la Iglesia Católica. Defienden la pareja única y heterosexual como primera fuente de protección. Los argumentos los basan en la Biblia, señalando que Dios no permite relaciones homosexuales y tampoco infidelidades; las personas que accionan de esta manera están en pecado y no entrarán al “reino de Dios”. Ponen énfasis en el sistema valórico que debe acompañar a cada persona fortaleciendo los conceptos de matrimonio, fidelidad, heterosexualidad y familia.

“Bueno, nosotros al tomarlo de lo que es la palabra del Señor, nosotros sabemos cómo viene, no cierto, la enfermedad, dónde los hombres tienen relación entre hombres que es como, por lo general, emmm, se puede infectar con este flagelo o esta enfermedad como el VIH, cierto, VIH SIDA, emmmm, es teniendo, como digo, una sola pareja y poder decirle lo que la, la palabra del Señor dice que ninguna afeminado entrará en el reino del cielo ni el que se acueste con varón, entonces habría que tomar, no cierto, algunos pasajes bíblicos, para poder emmm, enseñar lo que es al respecto, poder enseñarle em, lo importante de lo que es la prevención y poder decirle, ahí es como le decía anteriormente, de que la única manera en que podemos nosotros evitar de poder infectarnos, en esta situación, sería manteniendo sólo una pareja, solamente su esposa.”
(Esteban Valero, Jefe Zona I, Pastor de la iglesia Metodista Pentecostal, I Región).

Algunos matices frente a la postura de la Iglesia Católica, los podemos encontrar en su concepción sobre la planificación familiar con métodos no naturales. Estas diferencias se explicarían principalmente por su cercanía a las situaciones cotidianas de lo que se llama el mundo laico en la Iglesia Católica. Los pastores evangélicos pueden contraer matrimonio y tener hijos, por tanto utilizan también las herramientas de planificación familiar disponibles en el sistema de salud público, por ello, aceptan el concepto de planificación familiar a través de métodos anticonceptivos no naturales, enmarcándolo como el derecho de toda familia a recibir los hijos que Dios decida enviar, pero asegurándoles una vida digna que otorgue la alimentación y cuidados necesarios.

“La visión es... hay muchos métodos anticonceptivos que son las situaciones y las herramientas que hoy se tienen y por lo general dentro del matrimonio se conversa esta situación, emmm, y no, de hecho, nuestras esposas están yendo a los consultorios y se ponen en tratamiento, no cierto se ponen en tratamiento para, para poder, emmmm, el, no tener claro, mantener controlada lo que es la... el como lo que lo ofrece la autoridad de gobierno y la situación en que estamos viviendo... La palabra del Señor los dice que nosotros debemos respetar las autoridades que están por delante porque las autoridades que están han sido colocadas por Dios, y como tal nosotros somos respetuosos, en ese sentido, a lo que son nuestras autoridades.”
(Esteban Valero, Jefe Zona I, Pastor de la iglesia Metodista Pentecostal, I Región).

Se observa de esta manera, que la postura de la Iglesia Metodista Pentecostal varía en términos prácticos respecto de la Iglesia Católica en cuanto al uso de métodos anticonceptivos no naturales, ya que la Iglesia Metodista distingue dos ámbitos de la vida social e individual independientes entre sí, uno sería el ámbito donde rigen las leyes de Dios, y otro sería el ámbito mundano o humano donde se deben respetar la leyes y la autoridad terrenal (Estado) por sobre todas las cosas. Ambos espacios deben convivir integrada y respetuosamente en la vida de los fieles, por ello, se debe seguir la palabra de Dios, pero respetando a las autoridades y leyes que rigen la vida terrena. En este sentido, si las autoridades tienen políticas sanitarias que buscan el bien común en materia de salud de la población, y autorizan el uso y distribuyen métodos anticonceptivos, ellos como Iglesia, deben aceptarlo y hacer uso, si así los estima cada sujeto, de dichas disposiciones y herramientas. Surge de esta forma la posibilidad de decisión autónoma del sujeto, dentro de las opciones disponibles para la anticoncepción.

Frente al uso del condón, La Iglesia Metodista no lo prohíbe a sus fieles, como sugiere la Iglesia Católica, pero señalan, que en el marco del matrimonio, con pareja única y fiel para toda la vida, el condón no es necesario para prevenir el VIH, porque simplemente no existe posibilidad de adquirir el virus en este tipo de uniones.

“... Una de las mayores prevenciones para esto, es desde pequeños, enseñarles que solamente tiene que tener una sola pareja o solamente el matrimonio. Es la única manera en que podemos prevenir... desde pequeños tenemos que enseñarle que solamente ellos tienen que guardarse, no cierto, para una sola mujer, no tener 2 ni 3 si no que ser fieles a la esposa que el Señor nos dio... entonces bajo esos términos bíblicos, nosotros vamos a ver que emmm, como cristianos nosotros no tendríamos por qué estarnos infectando por esta enfermedad a no ser de algún accidente como ya hablábamos anteriormente... entonces nosotros le enseñamos que la mujer tiene que cuidarse para su futuro marido, e igualmente a los jóvenes, les enseñamos que tienen que guardarse para su mujer, que no entren en lo que es la fornicación, lo que es el adulterio, entonces, emmm, evitando eso se puede evitar lo que es poder infectarse con esta enfermedad.”
(Esteban Valero, Jefe Zona I, Pastor de la iglesia Metodista Pentecostal, I Región).

Coinciden con la Iglesia Católica, en los valores de fondo que sustentan sus creencias y preceptos morales, resguardando valores fundamentales para sus dogmas como el matrimonio, la función reproductiva de las relaciones sexuales, la necesidad de la pareja única y fiel para toda la vida, la prevención del VIH fundamentalmente a través de la pareja única o abstinencia, y el rechazo de la homosexualidad, promiscuidad y las relaciones prematrimoniales.

En opinión de algunos de los entrevistados, la fuerza que ha tenido esta oposición de grupos conservadores a la promoción del condón masculino, va en descenso. Contribuyen a esta situación la acción de los sectores más de avanzada de la Iglesia Católica, que de cierto modo ayudan al encuentro de distintas posturas. De hecho, un estudio realizado en Agosto del 2005, por Adimark denominado “Los católicos opinan”, muestra que muchas de las opiniones de los católicos chilenos, comunes y corrientes, difieren del pensamiento de la jerarquía eclesiástica.

Algunos datos emblemáticos señalan por ejemplo que el 60% de quienes se declaraban católicos¹⁰⁸ piensa que es válido ordenar como sacerdote a una mujer; que el 75 % se muestra de acuerdo con la idea de que los obispos sean escogidos de manera local en sus diócesis, sin que el Vaticano intervenga, y que las opiniones frente al aborto, el control de la natalidad y el uso de preservativos estuvieran en clara contradicción con lo que, supuestamente, es la norma católica. Por ejemplo el condón como método para prevenir el SIDA es aceptado por el 95,1% de los católicos.

También contribuye la importancia que tiene el SIDA hoy en el mundo, comentado al inicio del capítulo, en donde las cifras de PVVIH y la rapidez con que aumentan relevan la urgencia de las medidas. Así también, las estadísticas dan cuenta que cada vez más jóvenes inician su vida sexual en la adolescencias y que muchos mantienen relaciones sexuales prematrimoniales, así mismo que la abstinencia y la pareja única no son opciones realizables para una parte de la población. Por otro lado, se relevan algunos atributos del dispositivo, en cuanto a que no es un producto invasivo desde el punto de vista farmacológico, o que evita el contacto del óvulo con el semen, en cuya unión se generaría la vida. Pero estas discusiones son mucho más específicas y pertenecen a otro ámbito, no pertinente ahora.

¹⁰⁸ La pregunta hecha por Adimark para conocer la religión de sus entrevistados fue la misma que utilizó el Censo de 2002: “¿Qué religión profesa usted?”.

“La Iglesia, en la misma forma en que ha hablado respecto del preservativo masculino pero que en todo caso viene en baja a mi juicio, ya no tiene la misma fuerza que tenía antes, con la emergencia del SIDA ya el argumento de que no es un método ya ha ido cayendo drásticamente dentro de la cultura de la de la propia Iglesia, si bien no se dice que se está a favor pero ya no hay una lucha en contra del preservativo como lo había hace diez años atrás o veinte años atrás, yo creo que aparte de eso, que se diga lo mismo del condón femenino, qué más se puede decir para atacarlo”
(Dr. Juan Luis Castro, Presidente del Colegio Médico)

c. Diferencias de género¹⁰⁹

Existen diferencias entre la manera en que se espera actúen las mujeres y la manera en que se espera que actúen los hombres. Ellas definen las diferencias en cuanto a oportunidades, responsabilidades, “roles” y grado de autonomía entre ambos géneros. Estas diferencias provienen de lo que se ha denominado Sociedad Patriarcal, la cual tenía un modelo establecido de lo que era ser un hombre y una mujer.

Si bien ha habido muchos cambios con el advenimiento de la modernidad, a principios del siglo XXI permanecen muchas de dichas concepciones confluyendo en definitiva en una mayor inequidad entre hombres y mujeres; la cual es estructural, pero tiene su correlato en dimensiones cotidianas, que afectan a los individuos.

Por ejemplo, respecto de las diferencias en las maneras de concebir la sexualidad entre hombres y mujeres, la virginidad femenina aún es un aspecto altamente valorado entre las personas. Sonia Montecino¹¹⁰ refiere que nuestra sociedad latinoamericana está muy impregnada de la imagen de la virgen María, así el modelo mariano sería el modelo “correcto” de seguir, las mujeres deberían parecerse a ella en los valores de abnegación, sumisión, sacrificio y por supuesto de virginidad. Por temor a ser reconocidas como

¹⁰⁹ El género es una construcción cultural y social. Por tanto las relaciones de género que se establecen responderán a la construcción que haga o aprenda cada sociedad, cada grupo o cada individuo de lo propio de lo femenino o lo masculino. El comprender la categoría género de esta manera nos permite erradicar el determinismo biológico que subyace a explicaciones reduccionistas sobre la diferencia entre hombres y mujeres. Nos permite trasladar la reflexión desde el terreno biológico, al terreno social y simbólico

¹¹⁰ Montecino, Sonia; Dussuel, Mariluz; Wilson, Angélica, 1988: “Identidad Femenina y Modelo Mariano en Chile”, en *Mundo de Mujer: Continuidad y cambios*, Centro de Estudios de la Mujer, Santiago. .

sexualmente activas, muchas jóvenes se ven impedidas de buscar información y medios para proteger su salud, desechando la conducta de sexo seguro, así ocurre, según un estudio realizado por la Family Health International (FHI)¹¹¹ sobre jóvenes y VIH.

Los varones tienen una relación distinta con el sexo, se espera de ellos la búsqueda de aventuras sexuales o la pluralidad de parejas. En Brasil y algunos otros países, se considera normal y aceptable la infidelidad de los hombres casados. Entre los zulúes de Sudáfrica, el término “isoka”, con el que se denomina al hombre con numerosas parejas sexuales, es el máximo cumplido¹¹². Y así los ejemplos suman y siguen. Muchas de estas conductas no son protegidas, no existe conciencia de los varones acerca del riesgo que corren al intimar sexualmente con varias mujeres, la mayor parte de las veces sin protección. Estas conductas son consideradas de riesgo, pero no se traducen en un aumento del uso del condón.

Por otro lado, las diferencias de poder entre hombres y mujeres, se traducen en diferencias tangibles como inequidades en los sueldos entre los géneros por trabajos similares, diferencias en los tipos de trabajo o cargos a los que pueden optar, dificultades de algunas mujeres para participar del mundo laboral por impedimento de sus parejas, violencia intrafamiliar, entre otros. Todas estas diferencias provocan el que no sean viables para muchas mujeres las estrategias actuales para prevenir el VIH basadas en la abstinencia, la monogamia, el uso del condón y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Debido a su falta de poder social y económico, muchas mujeres no están en capacidad de negociar relaciones basadas en estos principios; en su condición de inferioridad con relación al hombre, la abstinencia o la insistencia en el uso de preservativos no constituyen opciones realistas para las mujeres.

Otras concepciones acordes con los estereotipos tradicionales de lo femenino y lo masculino, tampoco aseguran éxito respecto de la prevención del VIH. La idea de la pareja única en la mujer, o el matrimonio para toda la vida se han visto cuestionadas por resultados adversos respecto de la transmisión del VIH, lo cual sería otra razón para promover masivamente el condón. En los países más afectados por la epidemia, la mayoría de las mujeres que han adquirido el virus a través de relaciones heterosexuales lo hicieron a

¹¹¹ Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University. “Los jóvenes y el VIH/SIDA: ¿Podremos evitar una catástrofe?”. Disponible en línea: http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sl12/l12chap3_3.shtml

¹¹² Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University. “Los jóvenes y el VIH/SIDA: ¿podremos evitar una catástrofe?”. Disponible en línea: http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sl12/l12chap3_3.shtml

partir de sus parejas estables¹¹³. En Chile, si bien no hay cifras tan alarmantes respecto de ese tema en particular, también hay indicios claros que el matrimonio o la pareja única no aseguran absolutamente el no contagio¹¹⁴. Esto es importante porque afirma que en las relaciones estables, también es importante el uso del condón, sin embargo este grupo de personas con pareja estable constituyen un nicho especialmente difícil de “convencer” de que también se encuentran en riesgo¹¹⁵.

“Yo lo que he ido mencionando desde un principio que ese grupo que nos ha resultado tan difícil en realidad en todo este tema de lo que es la sexualidad, las ETS y todo lo demás, que es el grupo de la ama de casa, o sea, y dentro de la ama de casa no una ama de casa de 16-18 años, no el adolescente, sino aquella, sobretodo el grupo, si se puede decir, más como de generación un poco más adulta, que es complicado, súper complicado... yo te pongo un ejemplo una persona que viene con una, una mujer que viene con una ETS, con un condiloma o una gonorrea, que sabe que su pareja única ha sido la persona con la que está de hace 10-20 años pero tú le planteas la posibilidad de que él, si tiene una ETS es porque esa persona se la pasó, o sea, no existe, y aún así se sienten íntimamente como culpables, solamente el hecho de tener una ETS ya la estigmatiza y ya la convierte como en culpa y como en qué hago y yo que hice, sin ver al otro factor, o sea, a la otra persona, y ahí es como difícil tratar de buscar, pero mire y utilice esto y utilice lo otro porque se genera justamente rasgos de cultura, de formación, que ya vienen desde mucho antes”
(Katty Zúñiga, Matrona encargada de Unidad ETS, CDT Eloisa Díaz).

Frente a los temas presentados, el condón femenino se constituye como una opción que mejora las posibilidades de negociación de las mujeres porque se presenta más fácil negociar la utilización de un condón femenino que depende del uso en el cuerpo de la mujer, que de un condón masculino por las características que hemos descrito previamente¹¹⁶. Sin embargo, aparecen nuevas reticencias relacionadas con las diferencias entre los géneros. Por ejemplo, en

¹¹³ En los países donde los porcentajes de VIH son más altos, como Sudáfrica, Kenia, entre otros, la mayoría de las mujeres se casa antes de los 20 años, y las casadas tienen tasas de VIH más altas que las solteras sexualmente activas <http://www.fhi.org>

¹¹⁴ Vidal Francisco y Carrasco Marina: Mujeres viviendo con VIH: ¿Derechos sexuales y reproductivos?. FLACSO, Vivo Positivo, Universidad Arcis. 2004.

¹¹⁵ Tan sólo el 4,9% de las mujeres casadas en edad de procrear usan condones (lo que oscila entre 1,3% en África y 10,5% en Europa oriental). Population Reference Bureau. 2004. La vulnerabilidad de las mujeres y las niñas. Disponible en línea: <http://www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section=Portada&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=12282>

¹¹⁶ Ver capítulo de caracterización del producto en Módulo de la Oferta.

nuestra sociedad latinoamericana es mal mirado que una mujer lleve un condón en su bolso o cartera. Se asocia en el imaginario machista que la protección es un sinónimo de promiscuidad. Esta idea no plantea diferencias según si hablamos de un condón femenino o masculino. El problema se acentúa en localidades pequeñas, donde todas las personas se conocen. La importancia atribuida al “qué dirán” puede convertirse en un importante freno a la utilización.

“Si la mujer tiene la iniciativa de ella llevar el preservativo masculino puede ser objetada moralmente o como sea o de ser caricaturizada, rotulada desde el punto del vista del varón, ah esta mujer es una suelta o una promiscua, entonces genera una mala imagen, que la mujer si no tiene la suficiente personalidad y una credibilidad sobre el punto va a ser un aspecto que la va a inhibir a ella a portar preservativo masculino, por lo tanto el hecho de que exista este instrumento, el preservativo femenino, ella resuelve todos estos problemas”
(Dr. Mauricio Ilabaca, SEREMI de Salud, RM).

Otro tema que también se relaciona con las diferencias de poder entre los géneros es la desvinculación de las mujeres con el placer, consignándose que la función reproductiva excluye a las mujeres de vivir su sexualidad placentemente. Esto deriva en que las mujeres no conozcan su propio cuerpo¹¹⁷, lo que les dificulta usar una herramienta de este tipo por la dificultad que conlleva acciones sencillas como explorarse o tocarse los genitales, o por los temores que el mismo desconocimiento provoca, en cuanto este método pudiera generar algún daño, dolor o molestias.

“Lo otro que tiene que ver con que si la mujer encuentra que introducirse ella misma algo que a las mujeres no les gusta mucho como tocarse o introducirse los dedos, muy pocas mujeres están como dispuestas a examinarse e incluso antes se pensaba que uno podía, uno podía controlar el dispositivo intrauterino pero no, no hay muchas mujeres que estén dispuesta, ni siquiera se conocen sus partes genitales, ahí va a ver un problema cómo introducirlo, va a haber que hacer como un manejo con un espejo, que como colocárselo, en una de esa hasta se toman los óvulos porque se

¹¹⁷ Los conocimientos limitados de la anatomía femenina pueden graficarse a partir de las respuestas de las usuarias en un proyecto realizado en Kenia, algunas usuarias expresaron temor de que el condón pudiera “meterse en el estómago”, o “perderse en la matriz” o “pegarse en la vagina”. Family Health International (FHI). 2005. “Lecciones aprendidas de un ensayo de intervención comunitaria relativo al condón femenino en la zona rural de Kenia”.
<http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Briefs/fcbriefs/Kenya.htm>.

equivocan y no lo usan intravaginales hasta ese punto, o están equivocadas porque la parte por donde uno orina es la misma que por donde uno tiene relaciones, o sea eso yo creo que va a ser un problema, un impedimento el hecho del poco conocimiento de la parte biológica de las mujeres”
(María Ruth Del Valle, matrona jefe Centro ETS,
Hospital Higuera VIII Región)

Las mujeres se complican cuando tienen que introducirse un producto en la vagina. Esto se relaciona con la baja apropiación de la mujer de su cuerpo y la falta de información que posee de él. Se requeriría por tanto de un proceso de capacitación muy específico para que cada mujer lo use, principalmente para que esté dispuesta a utilizar un mecanismo nuevo y de estas características (intravaginal). En esto es fundamental el papel de los proveedores de salud, puesto que ellos tendrán la responsabilidad inicial de acompañar a las mujeres en el proceso de capacitación.

“Que las mujeres, podría ser, introducirse algo raro, por ejemplo yo lo homologo esto a podría ser un problema lo que antes se usó como método del diafragma, no es lo mismo pero es parecido, la mujer puede sentirse complicada de colocarse algo ahí... que si quedó bien puesto... que si se corrió... ese tipo de cosas a veces pesan”
(Dr. Juan Luis Castro, Presidente del Colegio Médico).

“La colocación del condón femenino no es fácil... eehh... yo creo... no me ha tocado enseñar en vivo y en directo como se coloca. A mi me ha tocado sólo en talleres con diapositivas mostrando cómo, pero creo que para que uno realmente aprenda... yo... a ver... siento que, bueno, me toca ver... hay mujeres que no se atreven a tocarse sus genitales, ni a mirarse, ni examinarse, ¡nada!, creo que mucho menos se podrían atrever ellas solas a probar la inserción de un condón. Creo que eso tiene que ser con educación, ojalá asistida la primera vez. Yo más o menos me imagino una mujer con VIH que me diga – ya, lo voy a usar – yo creo que va a necesitar ayuda esa primera vez, para que ella toque y vea cuál es el cuello del útero, vea hasta dónde lo tiene que insertar y la primera vez yo creo que tiene que ser como acompañada. En ese sentido yo veo un poco más de... lo veo más difícil, por ejemplo, en el condón femenino que en el masculino”
(Roxana Gálvez, Matrona encargada de Unidad de ETS y PVVIH/SIDA del Hospital de Arica).

Uno de los estudios realizados sobre impacto del condón femenino desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra VIH/SIDA – ONUSIDA, señala que “la barrera más importante para la comunicación abierta y efectiva sobre sexo es la creencia, frecuentemente compartida por las propias mujeres, de que hablar sobre sexo y manifestar sus deseos sexuales, no es apropiado para las mujeres y puede derivar en dudas y preguntas sobre su moralidad”¹¹⁸

*“... A pesar de que los procesos igual que las mujeres bien informadas con el condón y todo eso, hay una población, por ejemplo las mujeres temporeras, las mujeres que viven violencia, las mujeres de los sectores rurales que están sometidas a un abuso de poder ellas ni siquiera tienen la más remota idea de eso, ¿cómo vas a negociar el condón?, no se lo imaginan, no porque es bastante rivalizado en sus relaciones, además serían muy cuestionadas por sus por sus parejas, veo que más que las dificultades externas, creo que hay muchas dificultades de las mismas mujeres, es mi percepción, más eso que, de que es un proceso, de el condón masculino, la gente lo conoce, lo ha llevado, yo tengo esta otra percepción de que va a costar más de las propias mujeres.”
(Benedicta Aravena y Rosa Espinola, representantes
Foro de Salud y DDSSRR)*

La cultura sexual en Chile se constituiría en uno de los principales obstáculos en opinión de las personas entrevistadas. Por años se ha intentado hablar de sexualidad de manera abierta, sin embargo, aún cuando se han dado múltiples avances, para muchos sigue siendo un tema tabú. El no hablar de sexualidad conlleva a que no se hable ninguno de los temas relacionados: no se habla de genitales, no se habla de placer, no se habla de condón. Estas omisiones se hacen manifiestas cuando surge un método que requiere que las usuarias deban introducirse un elemento en la vagina. En opinión de los entrevistados, la mujer chilena tiene una relación complicada con su cuerpo, no lo conoce, se enajena de él, ellas deberían tener una relación con su cuerpo distinta a la que se ha hecho tradicional. Por lo tanto, una campaña de promoción del condón femenino debería incorporar también, incluso de manera previa, una campaña de educación para conocer el cuerpo femenino, desde el punto de vista biológico y para apropiarse de su cuerpo, desde el punto de vista cultural. Trasladar a ellas la responsabilidad por su cuidado.

¹¹⁸ Retamal, Rodrigo. “El Condón femenino: Revisión bibliográfica sobre estudios de efectividad”. CONASIDA. Junio, 2004.

“Yo creo que para que la gente lo acoja hay grandes dificultades en nuestra cultura sexual, yo creo que más que el condón masculino, o sea con el masculino ya sabemos todos ... como bañarse con ropa y todas esas estupideces pero, para usar éste implica que las mujeres tienen que tener una relación con su cuerpo que creo que en Chile mayoritariamente no existe, o sea este es un país donde los tampones a duras penas se usan, a las mujeres les da miedo pasar mas allá de los labios menos en su propio cuerpo entonces si es esto olvídate.. o sea tiene la misma aceptabilidad que el diafragma, cero, en Chile quien usa el diafragma y antes del SIDA era un muy buen método pero, nunca se usó porque involucra un manejo del cuerpo que no existe en este país no más y que ojalá alcanzáramos pero, eh, si vamos para ya yo creo que nos va a tomar mucho tiempo, yo creo que vale la pena, o sea yo creo que no va a existir ejercicio de derecho sin conocimiento del cuerpo entiendes... en ese sentido creo que nosotros trabajamos para allá pero, se necesita mucho, mucho, mucho...”

(Silvia Lamadrid, Sectorialista de Salud - Área Mujer, Familia y Calidad de Vida de SERNAM)

El condón femenino se constituye en una buena alternativa porque permite niveles de autonomía mayor. Permite que la mujer tenga una herramienta para compartir la responsabilidad de la protección. Ya no se centra la prevención en la necesidad de convencer al hombre que use condón. En términos prácticos si un hombre no quiere usar condón, queda la posibilidad que ella lo use. La mujer ha adquirido y adquiere cada vez más espacios en la sociedad chilena, y en ese sentido la promoción del condón femenino formaría parte de un discurso de empoderamiento de la mujer y de igualdad de oportunidades.

“Hay un problema de equidad, o sea por qué la mujer no, por qué la mujer no va a tener acceso a un sistema que como el hombre sea muy eficaz como esta probado hoy en día, que le da igualdad de condiciones, que hacía recaer en el hombre solamente un aspecto preventivo como este que no ha todos los hombres les gusta usar preservativo pero sin embargo ya la fuerza de las ideas de prevención del SIDA sobretodo ya se han instalado, o sea, el condón renació con el SIDA...volvió a la mente del hombre como algo ya obligatorio ya, no era una cosa que uso esto o uso la píldora de ella o el dispositivo intrauterino, no ahora no, el condón no sustituye las otras cosas para efectos del SIDA.

Entonces en ese mismo sentido coloca en igualdad de condiciones al hombre y la mujer para la prevención del VIH”

(Dr. Juan Luis Castro, Presidente del Colegio Médico)

“Estudio Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas” 82
Informe Final

“Sería un aporte muy grande, porque en este momento es el hombre el que tiene que llevar el preservativo y la mujer tiene que tener un rol más pasivo, y eso está cambiando pero generaría menos problemas en muchos sentidos porque desde el momento en que la mujer tiene la opción ella, por iniciativa propia, de tener un medio de barrera, preservativo que la protege no sólo del embarazo sino que además de ETS y entre ellas el SIDA, ella es la que opta en ese caso... desde ese punto de vista le entrega a la mujer un instrumento muy relevante de decisión, ya no queda a la negociación, al diálogo con la pareja sino que la mujer tiene con este instrumento la posibilidad de ella decidir sin consultarle a nadie”
(Dr. Mauricio Ilabaca, SEREMI de Salud, RM)

Aunque desde una perspectiva distinta a la de los otros entrevistados, la posibilidad de empoderamiento femenino es un tema que reconocen incluso aquellos que no están de acuerdo con la promoción masiva del condón. Si bien al representante del Centro de Bioética de la Universidad Católica le es difícil situarse desde un punto de vista a favor, menciona que a la mujer este producto le entrega la posibilidad de protegerse. Mirada que considera individualista y en la que no está de acuerdo pero que considera real.

“Desde la perspectiva técnica, la ventaja que tiene el condón femenino al condón masculino es que de alguna manera es una acción que depende de la mujer, o sea, te fijas tú que ahí se nota de muy bien lo que es, cualquiera de los dos... ya hay una cosa rara porque no es una relación sexual, como te podría decir, en que se entreguen libremente o cien por ciento el uno al otro porque hay una cierta medida de protección entremedio... desde esa mirada, la ventaja que tendría el condón femenino es que si una mujer tiene una relación sexual con un hombre en el cual no tiene una confianza plena dependería de ella el protegerse y no del otro en el cual no tiene una confianza plena”
(Mauricio Besio, Miembro del Comité de ética del Centro de Bioética de la Universidad Católica).

Aún cuando el condón femenino es una opción para que las mujeres mejoren los niveles de negociación con sus parejas acerca de la prevención, de todos modos hay que tener en cuenta que ambos miembros de la pareja deben estar de acuerdo. La comunicación en una pareja es un factor clave para lograr el uso correcto y sistemático de los métodos de barrera. Sin embargo, en muchas sociedades pocas parejas rara vez abordan los temas de salud de la

reproducción¹¹⁹. De hecho un estudio realizado en Sudáfrica iniciado en 1998 señala que “la objeción del compañero fue el obstáculo principal que hizo que las mujeres dejaran de usar el condón femenino”¹²⁰.

En Chile también hay consenso en que la situación esperable es que ambos deben estar de acuerdo en usar este dispositivo. Se plantea la importancia que el varón conozca y comprenda la importancia de la prevención, y que incorpore el condón femenino como una herramienta de protección. Por lo menos eso es lo que se espera, se debe trabajar para que suceda. Esto pudiera ser más difícil en las personas con pareja estable. La negociación de un condón, masculino o femenino, en esos casos se dificulta porque el tema se traslada al ámbito de la confianza.

“Absolutamente, porque lamentablemente tú dependes de una pareja para tener una relación o sea si tu pareja está como en contra de lo que estás usando para que, para la relación sexual aunque sea para protección, si él te dice no que perdemos el amor es muy malo, se lo van a sacar”
(María Ruth Del Valle, matrona jefe Centro de ETS, Hospital Higuera, VIII Región)

En definitiva, las diferencias de género siempre se constituirán en un factor importante a la hora de diseñar cualquier tipo de estrategia para promocionar de manera masiva la utilización del condón femenino. Adquiere importancia entonces la acción de grupos interesados en la inclusión de la perspectiva de género en las políticas públicas, especialmente en los referidos a planificación familiar y a prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA. Estas acciones nacionales e internacionales estimulan el respeto a los derechos de las mujeres mejorando su situación general.

¹¹⁹ http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v16_3/nt1634.htm

¹²⁰ “En 1998, el Departamento Nacional de Salud inició un Programa de Introducción Nacional del Condón Femenino y de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia. Diseñado y puesto en práctica por la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva (RHRU) de la Universidad de Witwatersrand, con asistencia técnica de FHI, el programa procura aumentar las opciones relativas a la protección contra el VIH, otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo. El condón femenino se introdujo primero mediante programas comunitarios y clínicas de planificación familiar a fin de ampliar su aceptación y no estigmatizarlo como un método usado únicamente para prevenir las ITS”. 2005, Family Health International (FHI). Introducción del condón femenino en Sudáfrica. <http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Briefs/fcbriefs/southafrica.htm>

d. Bajo nivel de conocimiento del condón por parte de las autoridades y personas relacionadas con la salud

Si bien hace doce años que se encuentra disponible el condón femenino en el mundo, éste es un dispositivo bastante desconocido por la población¹²¹. Conocer el condón femenino, apropiarse de sus atributos, será fundamental para incorporarlo como medio de prevención. La población no utilizará de manera consistente este dispositivo, si primero no lo conoce.

La mayor parte de los actores clave, entrevistados para este módulo conocen el condón femenino sólo referencialmente, sin haberlo tenido entre sus manos antes. Las razones de las personas que declararon conocerlo, obedecían más bien a experiencias personales que a iniciativas desde la institucionalidad. Fueron pocos los que declararon que tuvieron acceso al condón femenino por vía de alguna capacitación de tipo institucional. Esto deja en evidencia el nivel precario de conocimiento de este condón. Por lo tanto, una promoción masiva debería comenzar por generar un proceso educativo que instale el condón femenino en las personas, comenzando por los profesionales y autoridades ligadas al área de la salud. Veremos más adelante lo importante que es el papel de los proveedores de salud en el incentivo de la población para protegerse y para decidir por qué medio hacerlo. Informar y motivar en este nivel es proritario.

“Como médico he tenido acceso a información que viene de, si mal no lo recuerdo, Estados Unidos, he leído alguna literatura al respecto, respecto de en qué consiste, cómo se debería usar, en fin, lo más grueso digamos, la efectividad también no cierto. Básicamente una información general, más que nada por el hecho de ser médico”

(Carlos Olivares, Presidente de la Comisión de salud de la Cámara de Diputados).

“No, para nada, lo que vi ahora... tampoco había escuchado hablar de él...en esta entrevista que he conocido materialmente el condón femenino”
(Dr. Juan Luis Castro, Presidente del Colegio Médico)

¹²¹ Ver Módulo Percepción del Condón femenino en poblaciones focalizadas: resultados fase cuantitativa.

“Sé que existe, sé que es un instrumento que ha sido puesto en el mercado, estaba yo en el SESMA como director cuando se lanzó al mercado pero no lo he visto jamás, nunca lo he tocado, nunca he tenido la oportunidad de tener un contacto con el preservativo así que no sé como funciona, no sé cuál es la sensación y también no sé cuál es la prevalencia respecto de su uso, la verdad es que en ese sentido...no tengo un conocimiento mayor del tema, ni siquiera sé si acaso de vende en las farmacias chilenas.”
(Dr. Mauricio Ilabaca, SEREMI de Salud, RM)

e. Condiciones de pobreza

La pobreza no sólo se define por carencia de recursos materiales, sino también carencia de recursos sociales, simbólicos, culturales, etc. Tampoco es posible distinguir la pobreza como un factor puramente estructural, pues también presenta un sin número de dimensiones que son simbólicas, culturales y que tienen un correlato en situaciones cotidianas o personales. Los factores que acompañan la pobreza son transversales a todos los aspectos mencionados y potencian la adquisición de VIH/SIDA: “desnutrición; falta de agua potable, de saneamiento y de condiciones higiénicas de vida; niveles generalmente bajos de salud; sistemas de inmunidad debilitados; alta incidencia de otras infecciones, incluidas las genitales, y exposición a enfermedades diversas; inadecuados servicios públicos de salud; analfabetismo e ignorancia; presiones en favor de los comportamientos de alto riesgo, la violencia por motivos de género; y, por último, falta de confianza o de esperanza en el futuro”¹²².

Todos estos aspectos de la pobreza, y sin duda muchos otros que no hemos mencionado, se constituyen en un obstáculo para la prevención del VIH. No sólo por las dificultades materiales de acceso a protección, como el costo de un condón, las que pueden ser paliadas por políticas públicas de apoyo, sino también por las deficiencias que existen en los accesos de estas personas a niveles de información adecuados y a las motivaciones necesarias para el autocuidado. Por otro lado, las personas que viven en situación de pobreza también son más proclives a creer en mitos o informaciones erróneas respecto del virus y de los métodos de prevención, lo que provoca convencimientos erróneos o actitudes desfavorables.

¹²² 2005: United Nations Population Found: “El VIH/SIDA y la Pobreza”. Disponible en línea: <http://www.unfpa.org/swp/2002/espanol/ch1/index.htm>

“En los sectores populares, hay un desconocimiento total acerca de los diafragmas y eso, por primera vez veían un diafragma, el condón femenino, o sea, no conocen su cuerpo, algunas tienen miedo de que se les vaya pa` dentro, o sea hasta ese extremo, ¿te das cuenta?... y el condón femenino, a nivel de población femenina mujeres dueñas de casa, de sectores más populares es complejo, es dificultoso, o sea habían mujeres que no sabían cuántos orificios tiene, hay gente que no sabe, yo quedé impresionada.”
*(Benedicta Aravena y Rosa Espínola, representantes
Foro de Salud y DDSSRR).*

1.2. Factores personales

En los factores personales no se ha distinguido entre facilitadores y dificultadores para una promoción masiva del condón porque son factores subjetivos que, a modo de análisis se pueden entender como un continuo que tiene un polo positivo y uno negativo, intentando abordar en la exposición cuáles serían los aspectos positivos para facilitar una promoción del condón exitosa.

a. Percepción de riesgo: Uno de los temas identificados como central en los factores personales relacionados con una promoción masiva y exitosa del condón femenino a nivel personal es la percepción de riesgo. La cual tiene su razón de ser en que cada individuo se identifique como una persona que tiene posibilidades, igual que el resto, de adquirir el virus. En un estudio realizado por la FHI en jóvenes se señala que “en Tanzania, por ejemplo, solo 26% de los estudiantes varones entrevistados pensaban que estaban en “alto riesgo” de contraer el VIH/SIDA, pese a que 48% pensaban que sus amigos estaban en alto riesgo”¹²³

La adaptación al riesgo también estará condicionada por factores culturales, biográficos y psicológicos que acompañan, particularizan, deforman o neutralizan la información objetiva sobre el riesgo. Por tanto, las razones para no tener conductas de autocuidado que disminuyan el riesgo de transmisión del VIH son variadas y difieren de un grupo a otro, en consecuencia, una estrategia de prevención debería orientarse diversificadamente y enfocarse según las prácticas de riesgo específicas de los distintos grupos de la población.

“... Yo creo que la mayor dificultad a todo nivel, juveniles y de gente más adulta, es la escasa percepción del riesgo y yo creo que es eso lo que dificulta y lo que no ha generado la necesidad del uso del condón, o sea, hay grupos, hay sectores que a lo mejor si tienen una conciencia de riesgo y lo usan pero la gran mayoría de la población no se siente en riesgo, entonces esa es la mayor dificultad, entonces, ¿para qué vamos a usar condón?, si nosotros somos una pareja, una pareja estable, el tema de la fidelidad, esos temas no son temas conversados en términos de la sexualidad, entonces pienso que por ahí va el mayor conflicto, la mayor dificultad.”

*(Benedicta Aravena y Rosa Espínola, representantes
Foro de Salud y DDSSRR)*

¹²³ Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University. “Los jóvenes y el VIH/SIDA: ¿Podremos evitar una catástrofe?. Disponible en línea: http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sl12/l12chap3_3.shtml

La evaluación realizada por los actores entrevistados, a nivel de país, es que se han hecho esfuerzos pero que las campañas no han tenido éxito en cuanto a crear conciencia del riesgo. Señalan que han planteado tres proposiciones: abstinencia, uso del condón y pareja única, pero cada una se ha interpretado como se ha querido. Con el uso del condón ha pasado lo mismo, no se ha internalizado la idea de que el uso es permanente. Además, en la medida en que hay menos personas que se mueren de SIDA ha disminuido el temor y ha empezado a ser desconocido el tema.

“Yo creo que la CONASIDA ha hecho un trabajo bastante efectivo dirigido a los grupos de riesgo tradicionales, pero, que por razones ajenas a su voluntad digamos no ha tenido la campaña amplia, nacional de modo que todo el público entienda la necesidad de prevenir, o sea los resultados de las últimas investigaciones es que no es verdad que la gente sabe como prevenir, no tienen idea, están llenas de mito, por ejemplo la pareja exclusiva nadie entiende que sea efectivamente exclusiva, todos creen que es tener una pareja principal y eventualmente usar condones en la otra pero, eventualmente o sea no se entiende, lo que se supone que son tres las proposiciones pero, esas tres se entienden a la chilena más o menos, abstinencia, pareja exclusiva, fidelidad y la fidelidad es estar enamorado de una no más pero darse permiso para otras también, no se entiende la necesidad técnica de la exclusividad”
(Silvia Lamadrid, Sectorialista de Salud - Área Mujer, Familia y Calidad de Vida de SERNAM)

La baja percepción de riesgo también se enfatiza por la tendencia a estigmatizar o focalizar demasiado la promoción del uso del condón masculino (y por derivación del femenino) a poblaciones de riesgo, lo que facilita que la población común y corriente se sienta lejana al tema, no se identifique y no perciba los riesgos.

“...Siento que lamentablemente el condón se quedó, como el tema del VIH todavía muy focalizado a los grupos de riesgos o tradicionales, entonces no existe la inquietud de que me puede pasar a mí, este es un problema de gente muy lejana.”
(Benedicta Aravena y Rosa Espinola, representantes Foro de Salud y DDSSRR)

b. Nivel educacional y niveles de información a que accede la población: contar con un nivel educacional suficiente o alto se ha considerado en el mundo como uno de los factores relacionados con una mejor promoción del condón en general y del condón femenino en particular. La razón es que las personas estarían en mejores condiciones de entender la información que se les provea durante las campañas motivacionales y estarían en un mejor pie de comprensión de sus beneficios, influyendo esto en la aceptabilidad inicial del condón y en la permanencia de su uso.¹²⁴

Al contrario, un menor nivel educacional provocaría mayores dificultades para entender la información que se les está entregando, poniendo mayores desafíos a las campañas comunicacionales partidarias del condón. Relacionado con el bajo nivel educacional está el hecho que muchas de las mujeres poseen un conocimiento inadecuado sobre el VIH y sobre el condón femenino, incluso muchas de ellas no saben que existe. Esto se constituye en un obstáculo importante a la hora de sensibilizarlas sobre la importancia de que utilicen un condón y más aún un condón femenino, el cual aún es desconocido por gran parte de la población.

“Lo otro es la educación, ah, personas que han tenido posibilidad de llegar a cursos más avanzados están como más sensibilizadas, hay más flexibilidad, no así las personas que no y que se han dedicado a la casa. Dueñas de casa, mucho más difícil que aquella mujer que puede tener accesibilidad a algún trabajo, que salga de su casa. Bueno, también el asunto de la pobreza, ah, factor socioeconómicos, los otros antecedentes que también se ven mucho acá el asunto de la drogadicción, alcohol, ese es un problema, te llegan con y es el que mayor riesgo está”

(Katty Zúñiga, Matrona encargada de Unidad ETS, CDT Eloisa Díaz).

Por lo tanto, en una promoción del condón femenino, los actores entrevistados concuerdan en que el primer paso debe ser implementar un plan educativo eficiente e integrador de distintas áreas. Ese plan debería contener una fase importante de educación sexual, sustentada en la base de la prevención y del autocuidado y también, una mirada biológica para que la mujer conozca su cuerpo, cuestión fundamental para el uso de este dispositivo.

¹²⁴ En Kenia y Zambia, por ejemplo, las mujeres jóvenes con preparación académica superior tienen más probabilidad de usar anticonceptivos. En Mozambique el nivel alto de escolaridad estaba relacionado con el mayor uso de condones. En Uganda las mujeres jóvenes con educación secundaria exhibían los descensos más notables de prevalencia del VIH de 1991 a 1997.

“O sea yo siento que el condón masculino es más fácil para la gente entender cómo se usa, o sea, es mucho más obvio donde se instala y todo eso, y el condón femenino, a nivel de población femenina mujeres dueñas de casa, de sectores más populares es complejo, es dificultoso... hay gente que, mujeres que creían que orinaban por el clítoris, entonces yo creo que es más difícil, más difícil que el masculino, y el término les resulta extraño...”
(Benedicata Aravena y Rosa Espinola, representantes
Foro de Salud y DDSSRR)

En opinión de los entrevistados, esa base inicial es fundamental para una segunda fase del proceso de educación, relacionada con información puntual sobre el condón femenino y un proceso sensibilizador sobre el mismo, incorporando datos sobre su efectividad y la experiencia de promociones internacionales. Eso otorgaría a la población mayor seguridad para la utilización de este dispositivo.

“Habría que educar, yo por ejemplo como médico, soy presidente del colegio médico, yo estoy hoy día enterándome de que existe el condón femenino y que existe en Chile además, porque podría existir en otras partes y no en Chile, significa que este es un tema que ha estado escondido o algo pasó con esto que no, no se sabe, no se maneja, algo ha sucedido que no hay ningún acceso a información de este método, entonces si quienes lo propician o quienes lo quieren promover están en una resuelta campaña de que esto sea un hecho ya aceptado o legal y ética y políticamente en Chile hay que hacer una campaña para eso”
(Dr. Juan Luís Castro, Presidente del Colegio Médico)

De ahí que toda promoción sobre el condón femenino debe ir acompañada de una campaña educativa que incorpore en la población los conocimientos sobre las bondades del uso de este dispositivo y que aumente el uso correcto, ya que sólo el uso correcto del condón femenino, al igual que el masculino, asegura una protección eficiente.

c. Motivación a cuidarse: se debe distinguir entre el nivel de información que provea de una base necesaria, no suficiente, para una buena promoción del uso del condón y las motivaciones que los individuos tengan al respecto. El trabajo por tanto no debe estar sólo enfocado a mejorar los niveles de información sobre el VIH/SIDA, el condón o los alcances que puede tener la enfermedad, sino que debe lograr pasar de la información a la acción. Entre los principales

desafíos con respecto a la prevención se encuentra el que ésta se internalice como una necesidad en los sujetos y que sea permanente, sólo de esa manera se podrá hacer frente a la indiferencia de la población que sigue incurriendo en conductas de riesgo, aún cuando en muchos de los casos cuentan con información sobre métodos de prevención.

*“Como se habla mucho en el programa SIDA, gestionar tu riesgo, oye yo me siento en este minuto en riesgo con esta persona me protejo y punto, porque yo me lo voy a colocar o sea el hecho de introducirte un asunto adentro es que tú estás dispuesta, tú buscaste la manera de protegerte no fuiste esa cosa del asunto de pasarle el sobrecito del condón colócatelo por favor, no yo me lo coloqué ya punto, porque ella no tendría como preguntarle, me lo coloco ¿sería así?”
(María Ruth Del Valle, matrona jefe Centro ETS, Hospital Higuera VIII Región)*

La experiencia con el condón masculino muestra que es bajo el porcentaje de personas que lo usan. El uso no sólo tiene que ver con atributos del producto, sino con una concientización de la necesidad de protección. Depende de la persona. El uso del condón masculino aún no es regular, por lo tanto el uso del condón femenino podría presentar los mismos desafíos.

*“El condón masculino, tiene una tasa irregular de uso demostrado en las mismas encuestas, en parejas jóvenes sobretodo de mayor riesgo o parejas esporádicas se sabe que el uso no es más allá del 10% muchas veces, o sea, una misma pareja intermitentemente usa o no usa y lo usa parcialmente en acto sexual y no completamente, entonces ahí hay una dificultad”
(Dr. Juan Luis Castro, Presidente del Colegio Médico)*

Sin embargo, los problemas encontrados en el uso de otros métodos puede poner en ventaja al condón femenino en el sentido de contar con una nueva estrategia de prevención. Al respecto el presidente del Colegio Médico opina que el condón femenino emerge como una buena alternativa principalmente si cuenta con los atributos de ser mecánico, de no ser farmacológico, y que puede evitar el olvido de uso. Eso, entre otros atributos desarrollados en capítulos anteriores.

“El uso de los dispositivos intrauterinos está reservado médicamente a mujeres, ya ojalá que hayan tenido hijos, no mujeres sin hijos, por los riesgos de inflamación que puedan tener. El uso de la píldora anticonceptiva tradicional requiere regularidad, requiere que la mujer sea constante, y que no se olvide... Entonces, si hay un método... que es mecánico, que no es farmacológico, que evite el olvido en el uso, yo creo que sería perfectamente aceptable, ¿por qué no?”
(Dr. Juan Luis Castro, Presidente del Colegio Médico).

La motivación a cuidarse y a usar el condón femenino se relaciona con aspectos que ya han sido mencionados en otras secciones. Destaca entre ellos el empoderamiento de la mujer. Con el condón femenino, se le está proveyendo de un mecanismo de protección que la hace responsable de su autocuidado. Esta dimensión se enfatiza principalmente en las mujeres más jóvenes y en las con mayor educación. Puesto que ellas son las que otorgan mayor importancia a la autonomía y a la protección y ejercicio de sus derechos.

“Yo creo que con las jóvenes podría ser distinto, más con las jóvenes universitaria, creo que hay mas noción de identidad individual, más noción de ser una persona con derechos y todo eso, pero, en general la mayoría de la mujer chilena son para otros y ese principal otro son los hijos, entonces en función de los hijos yo creo que es posible sugerir la necesidad de cuidarse”
(Silvia Lamadrid, Sectorialista de Salud - Área Mujer, Familia y Calidad de Vida de SERNAM)

Otra de las motivaciones que se relevan está relacionada con la condición de género que las mujeres comparten, donde uno de los principales rasgos es la maternidad. Ésta, como motivador, provocaría que las mujeres sean más responsables al momento de decidir protegerse. Esto principalmente en las mujeres más adultas.

“Protegerse para después vivir y cuidar a sus hijos, la maternidad”
(Silvia Lamadrid, Sectorialista de Salud - Área Mujer, Familia y Calidad de Vida de SERNAM)

2. Elementos a considerar en una promoción del condón femenino

En la promoción del condón femenino se reconocen varios actores: los proveedores privados, que desde un punto de vista comercial podrían visualizarla como provechosa, siempre y cuando exista la demanda suficiente; los proveedores públicos, que ven en la promoción del condón femenino un aspecto fundamental de salud pública relacionado con la prevención de ETS, VIH y de embarazos no deseados; las organizaciones y grupos que están en pro o en contra de este tipo de política pública y que actuarán como grupo de presión para su promoción o en oposición a ella; y por último, la población a quienes se dirigiría la promoción.

La mayor parte de los actores entrevistados consideran que es viable impulsar en Chile, una estrategia de promoción masiva del condón femenino. La viabilidad la atribuyen a varias razones, entre ellas, que el condón femenino se constituye en una alternativa de triple protección (embarazo-ETS-VIH), para lo cual sólo existía el condón masculino y que posee varios atributos positivos que facilitarían su inserción pública, las cuales ya se han desarrollado.

Consideran que la promoción del condón femenino debería ser focalizada hacia las poblaciones que pudieran manifestar una mejor aceptación, entre ellas las de mayor riesgo como las trabajadoras sexuales y las MVVIH y las más empoderadas y menos conservadoras, como las jóvenes universitarias o las mujeres organizadas. Así, sería bueno promoverlo en las mujeres universitarias, básicamente por dos razones: una porque es un grupo más receptivo en tanto tienen más conciencia de sus derechos y crean opinión; y porque parte considerable de ellas serán futuras profesionales del sector salud o educación. Las mujeres organizadas en tanto, se constituirían en un grupo receptivo porque suponen una sensibilización y un acceso a la información distinta y pueden constituirse en un agente replicador importante para reproducir el mensaje. Para las trabajadoras sexuales se constituye como un buen instrumento, puesto que mejora su negociación de protección con el cliente y para las MVVIH el condón femenino es una nueva alternativa de protección para impedir la readquisición y la transmisión del virus.

“Yo creo que habría que promoverlo en la universidad.... a ver por 2 razones una porque evidentemente es un grupo más receptivo, con más noción de sus propios derechos pero también porque de algún modo creo que los jóvenes universitarios crean opinión, eso por un lado; y por otro, una parte considerable de esos universitarios van a ser profesionales de salud o educación y también entonces ahí tenemos un espectro amplio de resonancia bien grande... y por otro lado igual yo creo que con el público mujeres en general, sobretudo con mujeres organizadas, también por lo mismo porque las organizadas pueden, tiene voz para reproducir y las trabajadoras sexuales... yo creo que es un buen instrumento para ellas”
(Silvia Lamadrid, Sectorialista de Salud - Área Mujer, Familia y Calidad de Vida de SERNAM)

La mayor parte de los entrevistados muestran disposición a apoyar una campaña de este tipo, excepto aquellos que por su concepción valórica o ideológica están en contra de la utilización de este dispositivo como la Iglesia Católica o los medios de prensa con una línea conservadora, tal como se ha detallado en la sección sobre los grupos de oposición.

“Nosotros no participamos de la política o de la doctrina que hay ahora de los derechos reproductivos que en el fondo dice bueno todo el mundo tiene derecho a ejercer la sexualidad como quiere, donde quiera, con quién quiera y libre de enfermedades y libre de embarazos, nos parece que eso es muy pobre como promoción de una adecuada sexualidad, que es que el ser humano como persona merece mucho más y debe aspirar a mucho más, especialmente los jóvenes que no se pueden conformar con menos porque la sexualidad es muy rica, es muy hermosa, siempre que se de bajos ciertas condiciones... se requiere una adecuada intimidad, se requiere una cierta confianza, un proyecto en común, en ese sentido una serie de requisitos que no se dan como se ejerce la sexualidad en estos momentos”
(Mauricio Besio, Miembro del comité de ética del Centro de Bioética de la Universidad Católica).

También existe consenso en que el papel del gobierno será fundamental en cualquier política de promoción. Por ejemplo, si la iniciativa nace del gobierno o es apoyada por éste, lo tendrá como garante de la efectividad del método y se facilitarán una serie de procesos como el impulso a medidas formales de regulación u otros. Sin embargo, la iniciativa o el apoyo de gobierno también se pueden convertir en un arma de doble filo, en cuanto puede verse permeada

por intereses políticos, restando importancia a los aspectos fundamentales.

*“Se me ocurre que sí, porque de repente son más liberales que antes, se me ocurre que no, porque en temporada de elecciones eso puede complicar políticamente y preferirían no hacerlo, puede ser cualquiera de las dos cosas, depende del momento...a lo mejor marzo del otro año, con un gobierno nuevo, ya asumido, con la elección ya ganada estarán dispuestos a soportar el costo que eso podría significar, en términos de discusión, de oposición... que lo hagan, pero yo creo que puede ser cualquier cosa”
(Rodrigo Martinic, editor periodístico Megavisión)*

Influencia de los medios de comunicación de masas: Algunos medios de comunicación, como la radio y la televisión, llegan a un gran número de personas de manera instantánea. De ahí que su capacidad para transmitir información –veraz o errónea– sea un aspecto central a considerar en un análisis de los aspectos ético políticos relacionados con una promoción del condón a nivel público o masivo.

Los medios de comunicación muestran historias, y como todas las historias nos estructuran la experiencia, los medios filtran las complejidades del entorno social y ofrecen una visión acotada o pulida de la realidad social. Esta situación da cuenta de la capacidad de los medios de estructurar y organizar el mundo cotidiano de los sujetos, de su público. Específicamente la prensa, puede tener escaso éxito cuando intenta hacer pensar pero es extraordinariamente eficaz a la hora de promover la opinión y dar prioridades temáticas.

De esta forma, los medios masivos tienen la capacidad de transferir la relevancia de una noticia en su agenda a la de la sociedad, alrededor de los cuales se organizan entre otras la opinión pública, las campañas políticas, los programas de gobierno, etc. De esta forma influyen tanto en el proceso de formación de nuestras opiniones, como en la relevancia dada a cada uno de estos temas.

Así, el acceso a la información por parte de las personas depende en gran medida de la oferta informativa que entregan estos medios. Por tanto, el tratamiento que hagan de ciertos temas, o las perspectivas que puedan tener quienes los gestionan, marcará la pauta del tipo, cantidad y calidad de información que disponga la ciudadanía.

Los medios de comunicación podrían convertirse en aliados o enemigos de los planes a favor de aumentar los niveles de prevención frente al VIH. Principalmente entre los jóvenes, que son uno de los grupos más permeables a la influencia de los medios de comunicación¹²⁵ y a la vez, uno de los más vulnerables frente a la pandemia del VIH/SIDA¹²⁶.

“... Los medios no generan transformaciones, los medios son la herramienta y valga la redundancia el medio para generar estas transformaciones por lo tanto si nosotros vemos una actividad social importante, nosotros vamos a ser el medio para canalizarlo a la gente pero si no vemos que hay una actividad importante vamos a estar en otras palabras haciendo el loco o vamos a estar haciendo acciones que por si solas no dan ningún resultado”
(Rodrigo Germany, gerente general diario La Crónica, VIII Región)

Una muestra de la dualidad mencionada es lo que enfatiza uno de los estudios internacionales realizados en torno al tema, se señala que “a través de los programas de entretenimiento transmitidos por los medios de difusión las personas jóvenes obtienen gran cantidad de información sobre la salud reproductiva, pero muchos de estos programas tienen el efecto de promover una actitud y tipos de comportamiento peligrosos y presentan imágenes de la sexualidad que fomentan la tendencia a ponerse en riesgo”¹²⁷.

En el mundo, las organizaciones están considerando a los medios de comunicación de masas para crear presentaciones correctas y sanas de temas sexuales. “En una revisión llevada a cabo en Europa en 1999 se encontró que los medios de difusión promovían el debate público y franco acerca de la sexualidad responsable. En los mensajes se estimulaba la sexualidad sana sin acentuar el temor o la vergüenza. En los Estados Unidos el Proyecto de Medios de Difusión honra a los miembros de la industria del entretenimiento que incorporan en sus programas retratos fieles y honestos de la sexualidad. En Sudáfrica un programa de Soul City ayuda a los jóvenes de ambos sexos a comprender que los programas de la

¹²⁵ Por ejemplo en un estudio de 23 países entre escolares de 12 años de edad cuyos hogares tenían electricidad, más de 90% de ellos veían en promedio tres horas de televisión por día. Estudio desarrollado por United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Warning!: Children are watching. UNESCO Sources, No. 102, UNESCO, Jun. 1998. Citado por Family Health International. 2005. “Comunicación a través de los medios de difusión”. disponible en línea: <http://www.infoforhealth.org>.

¹²⁶ La vulnerabilidad de los jóvenes se explicaría por varios factores, entre ellos: Su permeabilidad ante la opinión de los pares, la inmadurez cognoscitiva, SEGUIR

¹²⁷ Family Health International.2005. “Comunicación a través de los medios de difusión” Disponible en línea: <http://www.infoforhealth.org>

televisión y la radio no siempre presentan la realidad y que deben verlos y oírlos con sentido crítico”¹²⁸.

Algunas experiencias internacionales¹²⁹ muestran que los medios de comunicación de masas cuentan con una diversidad de alternativas para hacer una prevención seria, masiva y aprehensible por parte de la población, que los inste a un comportamiento positivo en cuanto a su salud. Programas como “¡África Viva!” colaboran con artistas conocidos e ídolos del deporte para llegar a la juventud con mensajes sobre el VIH/SIDA. Los diferentes canales de comunicación llegan a distintos auditorios, y los mensajes tienen una eficacia máxima cuando se refuerzan con varios canales de comunicación. En Sudáfrica, el 38% de las personas jóvenes que veían el programa de televisión Soul City declararon haber usado siempre condones, en comparación con 26% de los que no lo veían”¹³⁰.

Chile no se diferencia de la tendencia mundial en cuanto a la importancia que tienen los medios de comunicación en la formación de opinión y en la generación de acciones. También se han desarrollado algunas iniciativas como campañas comunicacionales para promocionar el uso del condón. Estas campañas han conseguido que el tema se instale en la mesa pública. Por apoyo o por oposición, se ha logrado que la gente converse de sexualidad, que se plantee el tema del uso del condón. Existe una relación importante entre el uso masivo y la promoción en un medio de comunicación, por lo tanto los medios de comunicación son un excelente y probado mecanismo de difusión.

Sin embargo, aún existen fuertes voces divergentes emitidas desde posiciones conservadoras que se oponen siquiera a instalar el tema de la sexualidad en niveles públicos¹³¹, hasta aquellas que desean que dicha discusión se lleve a cabo exclusivamente en sus propios términos. Estas voces divergentes se traducen en acciones puntuales desde los medios de comunicación como la negación a la transmisión de los spots que forman parte de la campaña comunicacional impulsada por el gobierno para prevenir la transmisión del VIH. Es el caso del Canal de la Universidad Católica (Canal 13) y Megavisión. Los argumentos para la oposición a campañas de este tipo tienen que ver con el enfoque que el

¹²⁸ Family Health International.2005. “Comunicación a través de los medios de difusión” Disponible en línea: <http://www.infoforhealth.org>.

¹²⁹ Por ejemplo el Proyecto de Comercialización Social para la Salud Sexual de los Adolescentes (SMASH), de Botswana, Camerún, Guinea y Sudáfrica. Family Health International.2005. “Comunicación a través de los medios de difusión” Disponible en línea: <http://www.infoforhealth.org>

¹³⁰ Family Health International.2005. “Comunicación a través de los medios de difusión” Disponible en línea: <http://www.infoforhealth.org>

¹³¹ Tema tratado en la sección en torno a la oposición de grupos conservadores.

Gobierno le ha dado, principalmente porque se basan en la utilización del condón, cuestión con que los canales conservadores no están de acuerdo.

Por ejemplo, la perspectiva desde la que Megavisión aborda el tema de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y sexualidad en general se relaciona con una mirada valórica del Canal y se adscribe a la postura de la Iglesia Católica. En ese sentido promueven el fortalecimiento de la familia enmarcada dentro del matrimonio y la abstinencia como mecanismo de prevención en las personas que no viven en matrimonio. Sostienen que la prevención del VIH/SIDA se ha reducido demasiado al uso del condón y que se debe tratar desde una perspectiva más valórica, ya que en los últimos años, el tema se ha relegado a las fuerzas del mercado sin dejar espacio a lo fundamental, la perspectiva de los valores. En este sentido, para el representante de Megavisión, algunos medios de comunicación estarían ejerciendo una mala influencia hacia la población, en cuanto promueven conductas riesgosas, vinculadas principalmente a la sexualidad vivida de manera poco responsable o los constantes llamados a tener sexo sin que sea condicionado por un vínculo formal como el matrimonio. La oposición de Megavisión a exhibir las campañas de prevención del VIH del gobierno no se traduce en un desarrollo de campañas propias que pongan énfasis en la perspectiva valórica que promueve el canal, a diferencia de Canal 13 que sí ha desarrollado campañas alternativas instalando el tema del VIH/SIDA, aunque desde otra perspectiva.¹³²

“La gente tiene... yo creo que tiene súper claro el tema... cuál es la mirada valórica que tiene el canal respecto a todos los temas ligados a la sexualidad y ahí lo que básicamente se hace es promover el tema de la fortaleza de la familia, de... básicamente de la abstinencia como el mecanismo más pertinente, más adecuado para evitar cualquier tipo de contagio o enfermedad, dentro del marco del matrimonio y la familia y que es la postura que plantea la Iglesia a lo cual adscribe en cierta medida el canal”
(Rodrigo Martinic, editor periodístico Megavisión)

¹³² El presente año, Canal Trece generó una campaña de “prevención del VIH” paralela a la campaña oficial, lanzada en el mes de septiembre, con un mensaje ad hoc a los valores y principios de la Iglesia Católica.

“Está demasiado relegado a las fuerzas del mercado en ese sentido de... la gente está muy expuesta a la influencia de los medios o la propaganda, la publicidad que es muy erotizante hoy en día en muchos ámbitos... esa fuerza está como demasiado omnipresente en la sociedad actual y ahí es donde uno debería entrar a reforzar el tema valórico. Claro, esto choca con la libertad de las personas, la libertad de escoger... pero esa discusión es el fondo y de repente no se ha hecho, no hay espacio para hacerlo porque de repente es demasiado profunda, no sé...”

(Rodrigo Martinic, editor periodístico Megavisión)

Considerar los medios de comunicación como aliados en una campaña de prevención que considere el uso del condón femenino, que ayude a las mujeres a conocer este dispositivo y que promueva su uso como una alternativa confiable, es una tarea fundamental. Principalmente frente a los desafíos que impone el avance de la pandemia, así como también, las transformaciones propias de la modernidad, en donde la mujer va adquiriendo nuevos espacios de poder y ella es la que decide (o debería decidir) en los aspectos que tengan que ver con su cuerpo, con su salud y, en definitiva, con su vida.

La proliferación de medios de comunicación, ya no tan sólo los escritos, visuales y radiofónicos, sino también todo el amplio y creciente aspecto de los medios de comunicación electrónicos (Internet), se presenta como una oportunidad para lograr el objetivo de promover el condón utilizando canales que permitan llegar a públicos específicos con mensajes adaptados a sus intereses y necesidades.

Este desafío se dificulta en el caso de los medios de comunicación conservadores, principalmente aquellos escritos y TV, en cuanto muchos de ellos presentan una concentración importante de la propiedad, impidiendo el desarrollo de reflexiones beneficiosas, aspecto grave, toda vez que significa la homogenización y muchas veces imposición de ideas, que no dejan cabida a la pluralidad. De ahí que la radiofonía se convierta en una opción al momento de integrar perspectivas más diversas y contrarias a los grupos hegemónicos, principalmente porque presentan una mayor diversidad editorial y también porque pudieran ser un medio más “cercano” a la gente, más local y que permite mayor interacción con la audiencia.

Para los entrevistados, el rol de los medios de comunicación será informar y difundir, siempre y cuando noten que es un tema de interés. Opinan que mientras el condón femenino siga siendo desconocido para la mayor parte de las personas, los medios de comunicación no tomarán una acción protagónica.

La experiencia de los representantes de los medios de comunicación entrevistados, muestra que los temas de sexualidad o de salud siempre interesan a la audiencia, por lo tanto instalar la difusión del condón femenino o la prevención no debería ser problemático, excepto por consideraciones éticas y valóricas que ya se han mencionado.

“Sí, claro o sea, el SIDA está claro que no es nuevo y probablemente a lo mejor no se ha hecho todo lo que debiera hacerse en cuanto a difusión del contagio o de que sé yo pero, siempre estos temas uno nota que son de interés de las personas, uno como medio se debe a su audiencia, uno como medio en el caso de nosotros nos debemos a los lectores, que nosotros tenemos que andar buscando las cosas que le interesen a los lectores bajo obviamente todas las normas éticas y condicionales que implica en andar en la búsqueda de las cosas que le interesa a la gente pero, claramente cuando uno trata estos temas son de interés general a la gente le interesa informarse y más a los segmentos que uno llega...”

(Rodrigo Germany, gerente general diario La Crónica, VIII Región)

El papel de los proveedores: El papel de los proveedores (personal de los servicios de salud o de donde se distribuyan los condones femeninos en el caso de ser parte de un programa) será central al momento de realizar una campaña de promoción porque son ellos el primer contacto con las usuarias y serán también a quienes dirijan las preguntas que pudieran surgir. La influencia de los proveedores de salud en el éxito de una iniciativa de promoción del condón puede ser positiva o negativa, por eso es fundamental tener a estos actores en cuenta en la generación y desarrollo de cualquier iniciativa.

La importancia de la influencia del papel de los proveedores se puede graficar a partir de los siguientes ejemplos: En el mismo estudio mencionado con anterioridad realizado en Sudáfrica¹³³, las entrevistas revelaron que el apoyo de los coordinadores de los programas de planificación familiar donde se insertaron los condones femeninos era un elemento importante para la distribución eficaz de

¹³³ <http://www.infoforhealth.org>

este dispositivo. Por otro lado, entre las conclusiones de un estudio realizado en la zona rural de Kenia se concluye que: “Las ideas preconcebidas de los proveedores pueden limitar las oportunidades de las mujeres de usar el dispositivo”¹³⁴.

En Chile se vive una situación similar, los proveedores se transforman en protagonistas de cualquier estrategia que se quiera impulsar relacionada con salud. Su papel en una campaña parte desde la necesidad de educarlos y sensibilizarlos sobre el dispositivo y sobre sus beneficios, para que ellos se transformen en agentes difusores y replicadores. Están legitimados ante la población, por lo tanto un consejo de su parte o una experiencia directa que compartan con un (o una) paciente es un aliciente en la tarea de difundir estrategias de prevención y autocuidado.

*“Sí, yo pienso que así como se incluyen o se piensa en trabajadoras sexuales mujeres viviendo con VIH, universitarias, siempre tienes que tener en cuenta, creo, el personal femenino que trabaja también en esto... cuando uno puede compartir con su paciente algo, eso es como tranquilizador... deberíamos probarlo también, o sea, ¿como uno va tratar de educar o incentivar si ni siquiera yo me lo he puesto nunca!... Me refiero a las mujeres que trabajamos en salud, para que sea una experiencia vivida y no una cosa teórica”
(Roxana Galvez, Matrona encargada de Unidad ETS y PVVIH Hospital Arica)*

Por lo tanto, será central que los proveedores estén totalmente convencidos de la importancia del tema y de los beneficios que puede significar la incorporación del condón femenino entre las estrategias de prevención, tanto de embarazos no deseados, como de ETS, incluida el VIH/SIDA.

*“Somos una voluntad, y quiéralo uno o no, si bien es cierto no la obliga a la mujer la induce, porque en el fondo la aconseja... Mire señora le voy a mostrar esto, sirve pa’ esto, pa’ esto y pa’ esto, usted tiene estas características... entonces somos líderes de opinión, en ese sentido y conductora en cuanto a salud, por eso es bueno que un grupo como nosotras tenga también sus propias percepciones”
(Leticia Lorenzetti, Presidenta del Colegio de Matronas).*

¹³⁴Family Health International (FHI). 2005. “Lecciones aprendidas de un ensayo de intervención comunitaria relativo al condón femenino en la zona rural de Kenia”. <http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Briefs/fcbriefs/Kenya.htm>.

3. Síntesis Módulo Análisis Estratégico

El VIH/SIDA y todos los efectos relacionados a la enfermedad, han provocado una nueva era en la promoción de los condones. Este método es uno de los anticonceptivos modernos más antiguos y ha estado disponible por muchos años. Pero antes del SIDA sólo unos pocos programas de planificación familiar lo promovían activamente. Hoy día los condones se promueven ampliamente como parte de las campañas de prevención del VIH/SIDA puesto que es la única estrategia que presta una doble protección para la planificación familiar y para evitar el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Puede resultar difícil promover una práctica o un producto que se percibe como capaz de interferir con el placer sexual, que puede ser complicado de usar, no ofrece recompensa inmediata, que es asociado comúnmente con la sensación de desconfianza y con la promiscuidad, y cuya seguridad y eficacia suelen cuestionarse.

Para resultar eficaz, la promoción del condón debe interesar a la gente, llegar a ella emocionalmente y persuadirla de que el uso de condones es importante, aceptable, conveniente, etc. De ahí la importancia de considerar los factores éticos y políticos relacionados a una posible estrategia pública de promoción del condón, que a su vez es parte de un objetivo mayor y transversal de reducir la incidencia del VIH y prevenir las ETS.

Para el diseño de una estrategia de promoción del condón hay que considerar las posturas de los distintos actores involucrados en términos de sus efectos para lograr el objetivo que se persigue. Esto provoca que cualquier iniciativa de este tipo se torne más compleja, pues se conjugan varios factores relacionados, por un lado con el contexto sociocultural en que los individuos viven y se relacionan, y por otro, con el antecedente particular y subjetivo que cada miembro de la sociedad posee.

El primer paso para un proceso de promoción del condón femenino, es definir el objetivo o meta que se persigue, teniendo en cuenta que la promoción del condón femenino se inserta en un contexto de políticas ya en desarrollo, del fomento de otras formas de protección. Luego pasaría a ser una pieza más de una estrategia general, no es el eje de la estrategia sino un complemento. A lo mejor su objetivo es contribuir a sensibilizar, y por esa vía fortalecer las otras conductas de auto-cuidado ya comunicadas, antes que el propio uso del condón femenino.

Uno de los primeros aspectos importantes de relevar es que el condón femenino se constituye en una parte de la estrategia para prevenir el VIH/SIDA, toda vez que se inserta en un contexto de políticas ya en desarrollo que promueven la prevención basada en el autocuidado. El elemento principal de esas políticas ha sido el uso del condón masculino. De manera importante la experiencia y aprendizajes adquiridos con su promoción marcará la pauta de la potencial incorporación pública del condón femenino a las políticas del gobierno. Así, muchas de las situaciones vividas por el condón masculino se mantendrán y también muchas de las posturas que los actores tienen en torno a ellas.

Los principales obstáculos idiosincrásicos se relacionan con la oposición de grupos conservadores, cuyo principal representante es la Iglesia Católica y algunos medios masivos de comunicación. Esta oposición se basa en argumentos similares a los que se ponen al condón masculino, por un lado, se relacionan con la característica anticonceptiva del condón, en cuanto éste sería un método no natural de prevención del embarazo, situación a la que los grupos de este tipo se oponen con firmeza porque consideran que la concepción y la vida en definitiva, sólo conciernen a Dios, que los seres humanos no tienen atribuciones para controlarla. Por otro lado, también se oponen al uso del condón, masculino o femenino, porque lo ligan a relaciones promiscuas e irresponsables.

De tal manera que una promoción de estos métodos instaría a los potenciales usuarios o usuarias a relaciones de este tipo. Finalmente, restan veracidad a la eficacia del condón para proteger de las enfermedades de transmisión sexual. Su postura es que un método que no provea del 100% de protección no debería ser difundido por el gobierno como parte de una política de salud pública.

Otro gran obstáculo se vincula a las diferencias que siguen existiendo en la sociedad respecto de los géneros. Principalmente esto tiene que ver con la concepción simbólica que se espera del género femenino. En esa concepción, la sexualidad aparece negada a la mujer como mecanismo de placer. Debe estar vinculada sólo a la procreación, idealmente dentro del matrimonio.

El principal aspecto que aparece relevado por los entrevistados respecto de este tema es que esta desvinculación de la mujer con el placer provoca que muchas de ellas no conozcan su cuerpo y dificulta a su vez, el que medios de protección como el condón femenino puedan ser utilizados. Por otro lado, producto de las inequidades entre los géneros, muchas mujeres no tienen posibilidades reales de optar por la protección, ya sea por aspectos económicos, abusos de poder (violencia), o acceso a la información o al producto mismo.

De ahí que la característica de empoderamiento de las mujeres posibilitada por el condón femenino, es una de las principales potencialidades para el uso de este dispositivo. Permitiría a las mujeres mayores niveles de autonomía y mejorar las condiciones de negociación, por los atributos que incorpora el condón y porque es posible que la mujer sea quien lo utilice, provocando que ella comparta la responsabilidad de la protección y posibilitando que el hombre muestre mayor disposición a protegerse, pues no necesita ser él quien use el dispositivo¹³⁵.

Desde un punto de vista más práctico, otro de los obstáculos que se debe solucionar es el del precio del condón femenino. Principalmente porque aun cuando las potenciales usuarias manifiesten disposición efectiva para su utilización, el alto costo puede constituirse en un freno para que eso ocurra.

El tema del precio está directamente relacionado con la posibilidad de un acceso igualitario para todas las personas, sin importar su nivel socioeconómico. El VIH/SIDA en Chile se ha convertido en una enfermedad que está afectando principalmente a los grupos más pobres, en ello intervienen un sinnúmero de factores, como las dificultades en el acceso a la información, condiciones sanitarias, atribución de importancia al autocuidado, etc.

Una de las decisiones será entonces si el Estado debe hacerse parte en una subvención del producto o no, o eventualmente incluso en una entrega gratuita, tal como sucede con el condón masculino, esto a pesar de que los estudios internacionales proponen que la entrega gratuita no es la mejor opción en cuanto no existe seguridad de que las beneficiarias sean usuarias reales de este dispositivo, incurriendo el gobierno en un gasto innecesario. Y por otro lado, se desecharía el aspecto simbólico que se promueve mediante el pago de los mecanismos de protección, enfatizando el autocuidado y la toma de conciencia.

El Estado deberá evaluar los costos versus los beneficios, resguardando el uso responsable de los recursos públicos y teniendo en cuenta las ventajas y desventajas respecto del condón masculino en el objetivo que se persigue.

En el nivel de los factores personales se releva la importancia de la baja percepción de riesgo que presentan las personas en torno a la adquisición del VIH. Las personas en general no se perciben como susceptibles de adquirir el virus, principalmente porque siguen

¹³⁵ Se ha revisado en el capítulo de la oferta que varios de los atributos del condón femenino podrían mejorar la disposición de los hombres a protegerse.

identificándolo con los grupos que tradicionalmente se han establecido como de alto riesgo: homosexuales, trabajadoras sexuales, drogadictos, etc. La centralidad del tema es que si las personas están convencidas que ellos no son propensos de adquirir el virus, no tomarán ninguna medida de protección.

Esto es fundamental, ya que el protegerse, no está condicionado sólo por la información que la persona posea sobre el tema, sino también, de manera central, tendrá que ver con la disposición que la persona manifieste a protegerse. Esa motivación sólo se incrementará en la medida que la población se identifique con posibilidades concretas de adquirir el virus y que se interiorice la cultura del autocuidado. Por tanto, cualquier campaña de promoción del condón debe considerar en su generación y desarrollo un proceso educativo y sensibilizador, que actúe en los fenómenos emocionales e intelectuales involucrados en la toma de decisiones y en la implementación de estrategias de autocuidado.

En este proceso educativo tendrán un papel fundamental los prestadores de salud. Ellos pueden transformarse en un canal de comunicación efectivo para la población, porque tienen contacto directo con la mayor parte de las posibles usuarias y porque cuentan con legitimidad entre la gente. Por lo tanto, deberán estar convencidos y ser partícipes de las iniciativas que se deseen proponer.

Otro de los actores claves a considerar serán los medios de comunicación. Son ellos responsables en gran medida de los niveles de información que dispone la población y también de las percepciones y/o opiniones que se generen, en cuanto los medios de comunicación no siempre gozan de imparcialidad, sino que también se vinculan a determinados imaginarios ideológicos que marcan su postura frente a determinados temas, como por ejemplo el condón. Por lo tanto, también pueden transformarse en actores que jueguen a favor o en contra de lo que a nivel de gobierno se intente proponer.

Los cambios sociales que se han venido sucediendo, la importancia del tema y las experiencias que se han adquirido con el condón masculino en el país, facilitarán la tarea de promover la utilización del condón femenino como política pública de salud. A eso se suma, que el país ya cuenta con actores involucrados dispuestos a colaborar y a comprometerse en la tarea.

Sin embargo, restan una cantidad importante de desafíos para que la iniciativa se cumpla con éxito. Entre ellos las principales se refieren a las posturas conservadoras de actores importantes en la sociedad que se oponen al condón. Se torna necesario generar en el país un clima de encuentro de posturas, para que el diálogo permita

encaminar mejores soluciones. Luego se encuentran aspectos mencionados en el capítulo de la oferta que se relacionan con el precio, la accesibilidad y la necesidad de generar un marco normativo pertinente y eficiente que regule la existencia de los condones femeninos en el país, decisión que es política y cuya importancia es transversal a los otros temas.

G. Módulo III: “Percepciones sobre el condón femenino en poblaciones focalizadas”

1. Objetivos del Módulo

El objetivo del módulo ha sido indagar en las percepciones sobre el condón femenino como método de prevención primaria y/o secundaria en poblaciones focalizadas.

Entre sus objetivos específicos se encuentran:

- Conocer las actitudes, comportamientos y disposiciones actuales y potenciales respecto al uso del condón femenino en grupos focalizados de población, considerando el contexto de las prácticas de sexo seguro.
- Conocer y describir las motivaciones, hábitos y actitudes de la población objetivo hacia las prácticas de sexo seguro, el uso del condón femenino y masculino, y otros métodos anticonceptivos.
- Determinar los factores facilitadores y dificultades en el acceso al condón femenino, según población objetivo, segmentación socioeconómica, edad y ubicación geográfica, entre otros.
- Conocer los factores motivadores e inhibidores para probar e incorporar el uso del condón femenino como método de prevención de VIH/SIDA en poblaciones focalizadas.
- Generar conocimientos relevantes para la proyección estratégica del conocimiento y uso del condón femenino en poblaciones focalizadas a nivel nacional.

2. Fase Cualitativa

2.1 Metodología

La fase cualitativa del estudio, se llevó a cabo con anterioridad a la fase cuantitativa, sirviendo como insumo para las fases posteriores de investigación.

En particular, en esta fase se realizaron entrevistas en profundidad con las poblaciones de trabajadoras sexuales y mujeres viviendo con VIH/SIDA, y grupos focales con los mismos grupos objetivo más las estudiantes universitarias.

Los grupos focales buscaron abordar a través de conversaciones grupales entre pares, los principales ámbitos de interés del estudio. En los grupos focales el segmento de interés discutió y planteó sus opiniones, percepciones, motivaciones, creencias, discursos y experiencias relativas a la sexualidad en general y al condón femenino en particular.

Por otra parte, las entrevistas en profundidad permiten conocer las percepciones, motivaciones, creencias, usos y experiencias de la población objetivo respecto el condón femenino y las prácticas de sexo seguro. En el caso de las poblaciones de mujeres viviendo con VIH/SIDA y de trabajadoras sexuales, las entrevistas permitieron abordar percepciones sobre el condón femenino y vivencias sobre la sexualidad, en un ambiente personalizado, íntimo y en algunas dimensiones más profundo.

2.1.1 Grupos Objetivo y Muestra

a) Grupos Objetivo

Los grupos objetivos de la investigación han sido tres, a saber, estudiantes universitarias, trabajadoras sexuales y mujeres viviendo con VIH/SIDA, todas sexualmente activas.

En particular, estudiantes universitarias, mayores de 18 años, residentes en las regiones I, VIII y RM, todas mujeres sexualmente activas, estudiantes de centros de educación superior de la Región de origen, pertenecientes a los niveles socioeconómicos medio, medio bajo y bajo. Trabajadoras sexuales, mayores de 18 años, residentes en la Región Metropolitana, pertenecientes a los niveles socioeconómicos medio, medio bajo y bajo. Mujeres Viviendo con VIH/SIDA, mayores de 18 años, residentes en la Región Metropolitana, pertenecientes a los niveles socioeconómicos medio, medio bajo y bajo.

Los grupos focales se realizaron con las tres poblaciones, en tanto que las entrevistas en profundidad se llevaron a cabo sólo con trabajadoras sexuales y con MVVIH/SIDA. Se realizaron en total seis grupos focales y treinta y dos entrevistas en las poblaciones objetivos señaladas.

A fines del mes de julio, se realizó una reunión inicial con la contraparte para acordar canales de comunicación y ajustar cambios a la propuesta original. Puntualmente, se efectuaron cambios en la composición de la muestra, incorporando la realización de dos nuevos grupos focales en la RM, uno con trabajadoras sexuales y otro con MVVIH. Las entrevistas en profundidad mantuvieron el tamaño y distribución original de la muestra.

b) Muestra Grupos Focales

Respecto a los grupos focales, cuatro de éstos fueron realizados con estudiantes universitarias, uno en la I Región, otro en la VIII Región, y dos en la RM. Para el grupo de mujeres viviendo con VIH/SIDA, se llevó a cabo un grupo focal en la RM, y otro, en la misma región con trabajadoras sexuales.

La distribución final de los grupos focales fue la siguiente:

	I Región	RM	VIII Región	Total
Estudiantes universitarias	1	2	1	4
Trabajadoras sexuales	-	1	-	1
Mujeres VVIH/SIDA	-	1	-	1
Total	1	4	1	6

Al interior del grupo objetivo de estudiantes universitarias, se realizaron 4 grupos focales, dos en la Región Metropolitana que concentran la mayor parte de las mujeres estudiantes de educación superior, y 2 grupos focales en regiones, a saber, uno en la I Región, ciudad de Arica, y otro en la VIII Región, en la ciudad de Concepción.

En la Región Metropolitana se llevó a cabo un grupo focal con estudiantes de Universidades del Consejo de Rectores y Universidades Privadas, y otro grupo con estudiantes de Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica, todas pertenecientes a los niveles socioeconómicos medio, medio bajo y bajo.

El grupo focal con mujeres viviendo con VIH/SIDA, realizado en la Región Metropolitana, consideró tanto a mujeres organizadas como no organizadas, todas pertenecientes a los niveles socioeconómicos medio, medio bajo y bajo, y sexualmente activas.

De igual forma se procedió para seleccionar a las participantes del grupo focal de trabajadoras sexuales, considerando tanto a trabajadoras sexuales organizadas como no organizadas, todas pertenecientes a los niveles socioeconómicos medio, medio bajo y bajo. Así también, se intentó incluir tanto a aquellas que trabajan de manera independiente como aquellas que lo hacen en clubes o locales.

c) Muestra Entrevistas en Profundidad

En total, se efectuaron 32 entrevistas en profundidad, 16 de las cuales se realizaron a mujeres viviendo con VIH/SIDA, y 16 restantes entrevistas a trabajadoras sexuales.

Al interior del grupo objetivo de mujeres viviendo con VIH/SIDA, la distribución según edad, pertenencia a organizaciones y regiones fue la siguiente:

Edad	Participación en organizaciones de PVVIH/SIDA	Región			TOTAL
		I	RM	VIII	
Entre 18 y 35 años	Organizadas	1	2	1	4
	No organizadas	1	2	1	4
Entre 36 y 50 años	Organizadas	1	2	1	4
	No organizadas	1	2	1	4
TOTAL		4	8	4	16

En la población de trabajadoras sexuales, también se realizaron 16 entrevistas en profundidad, segmentadas según edad, pertenencia a organizaciones de trabajadora sexuales y según su región de residencia.

La distribución final de la muestra de entrevistas a trabajadoras sexuales fue la siguiente:

Edad	Participación en org. Trabajadoras Sexuales	Región			TOTAL
		I	RM	VIII	
Entre 18 y 30 años	Organizadas	1	2	1	4
	No organizadas	1	2	1	4
Entre 31 y 50 años	Organizadas	1	2	1	4
	No organizadas	1	2	1	4
TOTAL		4	8	4	16

2.1.2 Diseño de pautas

Paralelamente al proceso de instalación del trabajo de campo e inicio de la fase de convocatoria, se elaboraron pautas temáticas semi estructuradas para guiar las entrevistas en profundidad de cada una de las poblaciones objetivo así como los grupos focales con cada una de las tres poblaciones, es decir en total, se elaboraron tres pautas para grupos focales y dos pautas para entrevistas en profundidad. (VER ANEXO N° 1: Pautas Fase Cualitativa. Punto 1, 2, 3, 4 y 5)

Preliminarmente se construyeron pautas que fueron revisadas por la MTCF (Mesa de Trabajo del Condón Femenino), luego la Mesa envió observaciones que fueron incorporadas a las pautas preliminares. Con posterioridad se llevó a cabo una reunión de trabajo con algunos integrantes de la MTCF incorporando las observaciones planteadas.

En esta reunión, se decidió realizar testeos de las pautas, para lo cual, se realizaron entrevistas con una mujer de cada población objetivo. La pauta de grupos focales de estudiantes se testeó a través de una entrevista a una estudiante universitaria. A partir de dichas pruebas de las pautas, se introdujeron nuevas modificaciones que contaron con la aprobación final de la contraparte técnica. Sin perjuicio de lo anterior, las pautas se fueron ajustando en el momento de la entrevista o grupo focal, a la situación y realidad de las mujeres que participaron en dicha sesiones.

2.1.3 Levantamiento de la información

Para el contacto de mujeres no organizadas, tanto para grupos focales como para entrevistas en profundidad se establecieron contactos del equipo de psicólogas en cada región, con las matronas encargadas de centros de atención de PVVIH para el caso de MVVIH/SIDA y en los centros de salud sexual o centros de ETS para el caso de trabajadora sexuales, asimismo, en las reuniones con las matronas se entregaron cartas de invitación para que fueran distribuidas entre las mujeres interesadas en participar en el estudio. En el caso de trabajadoras sexuales, también se realizaron invitaciones directas efectuadas en puntos de la calle y locales de comercio sexual en cada una de las regiones del estudio.

Los contactos de estudiantes se realizaron a través de centros de alumnos, federaciones y consejeros, así como a través de contactos directos con mujeres estudiantes de los centros de educación superior en patios, cafeterías, kioscos, etc. En estas modalidades de contacto se explicó brevemente el sentido del estudio, verificando que cumplieran con los requisitos para formar parte de la muestra, y cursando las invitaciones a las sesiones grupales. Para estudiantes universitarias se realizaron 4 grupos focales, dos en RM, y uno en cada región (I y VIII). Para estudiantes de institutos y centros de formación técnica se realizó un grupo focal, en la RM. En esta población, tanto para estudiantes organizadas como no organizadas, el proceso de convocatoria se realizó sin registrar dificultades ni demoras.

El proceso de convocatoria a mujeres no organizadas, fue llevado a cabo sin mayores dificultades, pese a que se trató de un proceso más lento de lo planificado preliminarmente.

En el caso de trabajadoras sexuales y MVVIH/SIDA no organizadas, se presentaron tres dificultades, que finalmente fueron superadas: Primero, que el trabajo se realizó más lento de planificado, dada la sobrecarga de trabajo que poseen los equipos profesionales de los centros salud, hecho que dificultó realizar las invitaciones respectivas de manera ágil y expedita. La segunda dificultad, fue que una gran proporción de las MVVIH/SIDA que asisten a los centros de salud, y que aceptaron participar en el estudio, no son mujeres sexualmente activas, requisito fundamental para formar parte de la muestra, por lo que la etapa se hizo más lenta. Tercero, que algunas MVVIH/SIDA que no pertenecen a organizaciones de PVVIH, rechazaron la posibilidad de asistir a un grupo focal con mujeres organizadas, ya que les resultaba complejo compartir sus experiencias con personas desconocidas, finalmente se logró encontrar a dos mujeres no organizadas que aceptaron participar en el grupo focal de RM.

El proceso de convocatoria a mujeres organizadas fue más complejo que el anterior. Se consideraron para estos efectos como mujeres organizadas de los grupos objetivo de trabajadoras sexuales, a aquellas mujeres que participan en el Sindicato de Trabajadoras Sexuales Angela Lina, y como mujeres VVIH/SIDA organizadas, a aquellas que participan en la red Vivo Positivo.

En el caso de los contactos con mujeres organizadas, se llevó a cabo un trabajo conjunto con la contraparte técnica, en particular, con Vivo Positivo y el Sindicato de Trabajadoras Sexuales Angela Lina.

La metodología para convocar a las mujeres organizadas, consistió en que cada organización constituyente de la MTCF, a saber, Vivo Positivo y Sindicato de Trabajadoras Sexuales Angela Lina, entregara contactos en cada una de las regiones del estudio, con el objeto de que las psicólogas que realizarían el trabajo de campo en cada región, se pudieran poner en contacto con los encargados de las organizaciones a nivel regional, y planearan con ellos las formas de contacto de las mujeres participantes.

La entrega de dichos contactos tardó más de lo planificado, por lo que el proceso de convocatoria de mujeres organizadas comenzó más tarde que la convocatoria de mujeres no organizadas.

En el caso de Vivo Positivo se entregaron organizaciones de contacto en las regiones I y VIII y los datos de sus dirigentes; y a nivel de RM se trabajó con el equipo central de Vivo Positivo. Cada organización regional, invitó a participar a mujeres con el perfil requerido, explicando los objetivos del estudio, periodo de levantamiento de información, entre otros. Una vez que las mujeres aceptaban participar en el estudio, el dirigente regional entregaba de manera directa a la psicóloga encargada, los datos de contacto de la mujer interesada para fijar personalmente con ella, una fecha, hora y lugar para realizar la entrevista en un sitio cómodo, tranquilo y en el horario que mejor se ajustara a la entrevistada. En el caso del grupo focal en RM, la fecha, hora y lugar se fijaron a priori, por lo que si la mujer no podía asistir, se intentó realizarle una entrevista para no perder el contacto.

En el caso del Sindicato de Trabajadoras Sexuales, éste entregó nombres de personas a quienes se podía contactar en las regiones I y VIII, de manera que éstas actuaran como fuentes de acceso a más trabajadoras sexuales, o bien a lugares donde se ejerce el comercio sexual en cada región, para facilitar el proceso de invitación a participar en el estudio. En la RM se trabajó directamente con las dirigentes del sindicato, donde ellas mismas invitaron y convocaron a

las trabajadoras sexuales a participar en las entrevistas y el grupo focal, no registrándose dificultades en este proceso.

En general, se observó que en regiones la presencia de las organizaciones involucradas es menor que en la RM, y que el proceso general de convocatoria fue más lento que lo planificado inicialmente. Esta demora se debió a tardanzas en la entrega de la información de contactos, y también por las dificultades propias que registran la mayoría de los estudios de esta magnitud, más que al tema de estudio, donde se registran mujeres que no llegan a las citas, que postergan las mismas, o que resulta complejo localizar.

A continuación se presentan las fechas de las actividades del trabajo de campo en cada una de las regiones de estudio:

-Proceso de convocatoria para las entrevistas y grupos focales:

Región Metropolitana: 01 agosto al 05 de septiembre.

I Región: 08 agosto al 03 de septiembre.

VIII Región: 12 al 29 de agosto.

-Levantamiento de información a través de entrevistas:

Región Metropolitana: 17 agosto al 07 de septiembre.

I Región: 16 agosto al 06 septiembre.

VIII Región: 13 agosto al 01 de septiembre.

-Levantamiento de información a través de grupos focales:

Región Metropolitana: 18 agosto al 01 de septiembre.

I Región: 02 de septiembre.

VIII Región: 24 agosto.

En cada región, se organizó un equipo cualitativo. En las regiones I y VIII, el equipo se compuso de dos psicólogas cada uno. En la Región Metropolitana, el equipo se compuso de una psicóloga como coordinadora regional, y seis profesionales psicólogas y sociólogas para el levantamiento de la información.

Las mismas profesionales en cada una de las regiones, convocaron a través de los canales establecidos como se indicara previamente. Como parte del proceso instructivo de las profesionales del equipo cualitativo, se realizaron sesiones de capacitación con el objeto de revisar los objetivos del estudio, la información relativa al condón femenino, las adecuaciones metodológicas pertinentes y el enfoque exploratorio y confidencial del estudio para abordar y llegar a cada una de las tres poblaciones objetivo.

En esta fase en la RM se llevaron a cabo, dos reuniones con integrantes de la MTCF y mujeres pertenecientes a dos de los grupos objetivos de la investigación, a saber, trabajadoras sexuales y

MVVIH/SIDA. La reunión con dirigentes del Sindicato Angela Lina y trabajadoras sexuales se realizó en un restaurante del centro de Santiago, a la cual asistió una representante del Receptor Principal. La reunión con dirigentes de Vivo Positivo se llevó a cabo en dependencias de dicha organización, con dos dirigentes de la entidad, y la presencia del equipo Demoscópica. El objetivo de ambas reuniones fue socializar a las profesionales del equipo cualitativo con las realidades, lenguajes y formas de abordar a cada población objetivo. Dichas conversaciones fueron grabadas y enviadas a regiones, para transmitir a los equipos regionales dicha información.

Una vez iniciada la fase de convocatoria, se implementaron las labores de producción y logística pertinentes, así como la organización del material de registro de entrevistas y grupos focales.

En general, el trabajo de campo efectuado por el equipo de profesionales en cada una de las regiones fue evaluado como satisfactorio, ya que se logró acceder a las poblaciones objetivo, se cubrieron los temas y objetivos a abordar en cada una de las sesiones y el trabajo concluyó conforme a las directrices estipuladas.

2.1.4 Sistematización e Interpretación de la Información

Una vez concluido el levantamiento de la información, se procedió a transcribir cada una de las cintas con las grabaciones de las entrevistas y de los grupos focales. Estas transcripciones fueron entregadas en una copia en CD y vía mail, a la MTCF en el mes de septiembre de 2005.

Tanto para las entrevistas en profundidad como para los grupos focales, se elaboraron matrices para la sistematización de la información, facilitando su posterior interpretación según las dimensiones analíticas definidas para el estudio, y dependientes de los objetivos y dimensiones incorporadas en las pautas de moderación. Estos informes parciales, junto con las transcripciones de cada una de las sesiones, permitieron el análisis integrado de toda la información obtenida.

Para la elaboración del informe final, se llevaron a cabo varias reuniones con las MTCF, con el objeto de definir los contenidos y enfoques a considerar en dicho documento.

2.2 Resultados Fase Cualitativa

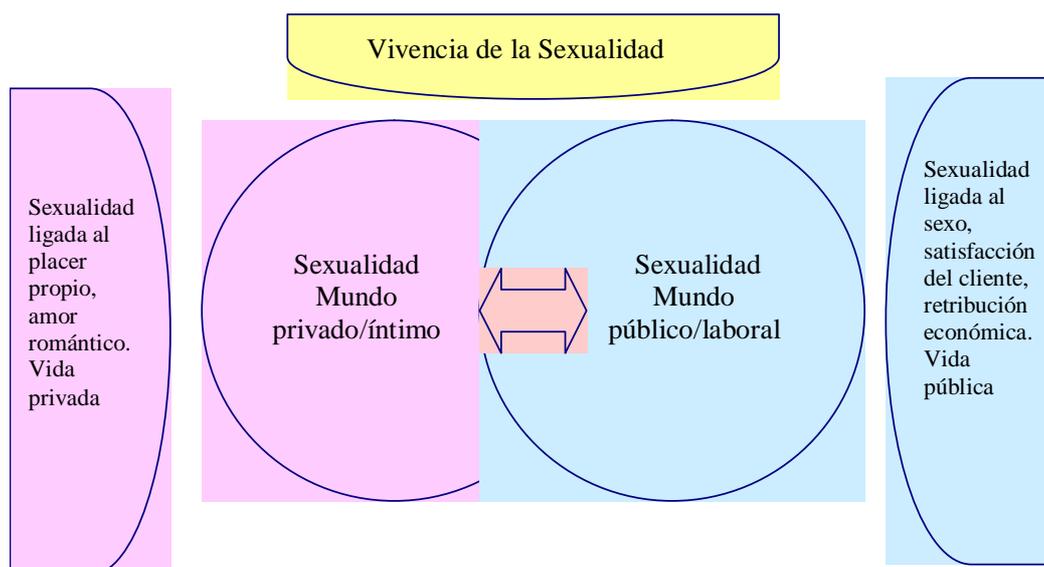
2.2.1 Población Trabajadoras Sexuales

2.2.1.1 Motivaciones, hábitos y actitudes hacia las prácticas de sexo seguro, uso de condón y otros métodos de prevención

➤ Percepciones sobre la sexualidad

Entre las mujeres trabajadoras sexuales se distinguen dos mundos de la vida completamente distintos respecto de las vivencias de la sexualidad y sus implicancias. Por una parte se encuentra el ámbito de la sexualidad vivida con la pareja, sin que necesariamente esta sea una pareja estable, sino por el hecho de que es una pareja consentida, deseada, elegida por la mujer (y no a la inversa donde el cliente la elige). Este ámbito, es un espacio para el amor romántico, la sexualidad placentera, disfrutada y vivida desde el mundo propio y privado, desde la intimidad, y con ello un espacio más reservado, en el que suelen profundizar menos. Por otra parte, existe una sexualidad “más pública”, donde se ejerce el comercio sexual, y se desarrolla un trabajo. Este ámbito, es el mundo de la sexualidad ligada más al sexo, al placer y satisfacción que se quiere dar al cliente, al aprendizaje y desarrollo de habilidades para realizar el trabajo, al mantenerse alerta frente a posibles riesgos y a recibir un beneficio económico.

Con ello, la sexualidad se percibe y vive de manera diferenciada según se trate de la vida privada, o del trabajo o comercio sexual. Dos ámbitos claramente diferenciados y distinguidos por las trabajadoras sexuales, entre los que se transita continua y casi cotidianamente.



La sexualidad es concebida indistintamente como sexo o relaciones sexuales, se observa que las mujeres no realizan diferencias entre dichos conceptos. Respecto al sexo con clientes, en muchos casos existe indiferencia respecto a su valoración, y tampoco asociaciones con el placer, deseo o recuerdos agradables, sino más bien, es concebido como una fuente de ingresos, y en algunos casos como un trámite que implica un reembolso económico positivo. Al considerar el sexo como un trabajo, el cuidado de la salud y la higiene adquiere una connotación de cuidado de la fuente de trabajo.

“... Para mí la parte sexual como trabajadora eh, ha sido como la, la forma de, de ganarme la vida no, no lo hago por un deseo sexual si no por... por mi trabajo, entonces de repente es como, como medio difícil decirte yo siento esto en la parte sexual porque como es mi trabajo, yo lo miro así no, no sé poh, no voy a tener ningún placer sexual en esta parte.”
(TS organizada, adulta, RM)

“Son los ingresos nada más, y dejar satisfecho al cliente con el que estoy no más”
(TS No organizada, adulta, VIII Región)

“... Tiene que ver mucho con el cuidado de uno mismo, con la prevención, del tema de la salud, en este tema puntual con la notificación de poseer enfermedades sexuales, considerado como bichos... digamos el tema de el peligro de enfermedades...”
(TS organizada, adulta, I Región)

En un ámbito más personal, la sexualidad significa construcción de identidad, como mujer, ser humano y trabajadora sexual. Es relevante señalar que este discurso es compartido principalmente por líderes sindicales. Estas mujeres coinciden en que la sexualidad trasciende el ámbito de las relaciones sexuales, siendo una forma de expresar la identidad personal a los demás.

“Eh, en lo cotidiano, lo cotidiano de la vida abarca también la sexualidad, porque si yo me arreglo, si me pongo bonita, yo me doy alegría, yo me siento bella, me siento hermosa... yo decido, por lo que quiero y lo que quiero hacer, con mi cuerpo, con mis genitales, esa es parte de mi sexualidad...”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)

El sexo es un tema importante para la mayoría de las entrevistadas, sin embargo, es un tema complejo. La dicotomía entre sexo en la vida privada y laboral, entrega distintos niveles de importancia y valoración a la sexualidad y al sexo.

En la vida privada, con la pareja sexual, sea estable o no, las relaciones sexuales en general, se disfrutan, se aprecia el sentirse queridas, el entregarse y sentir y hacer sentir placer. En este ámbito la sexualidad y el sexo, adquieren importancia y son valorados positivamente como espacios para el amor, la felicidad y el placer.

Por otra parte, la vida sexual con clientes, es importante en la medida que aporta los ingresos para la subsistencia, pero no necesariamente es un ámbito valorado positivamente, ya que no es concebido como un espacio para el placer propio, sino que se asocia con el cumplir lo que el cliente busca, se trata entonces de una relación mediada por el interés, donde el objetivo es dejar satisfecho al cliente y recibir la retribución económica acordada.

“La verdad que no mucho, o sea con mi pareja sí es importante pero con las otras personas no, no pah na...”
(TS No organizada, joven, RM)

“Eh... la plata, cuando estoy trabajando a mi solamente me interesa la plata no el leseo con el hombre... Son los ingresos nada más, y dejar satisfecho al cliente con el que estoy no más.”
(TS No organizada, adulta, VIII Región)

“¡Sí! (es importante), pero con pareja estable sí, pero con clientes no, lo veo sólo como trabajo sin darle importancia... para mí es una relación no más...”
(TS organizada, adulta, I Región)

➤ Percepción de riesgos en la vida sexual

Entre las trabajadoras sexuales se distinguen ciertos riesgos transversales a la vida sexual, y algunos específicos según se trate de comercio sexual, o de la vida sexual privada.

Los principales riesgos percibidos, transversales a ambos ámbitos de la vida sexual (vida sexual privada/vida sexual laboral) son:

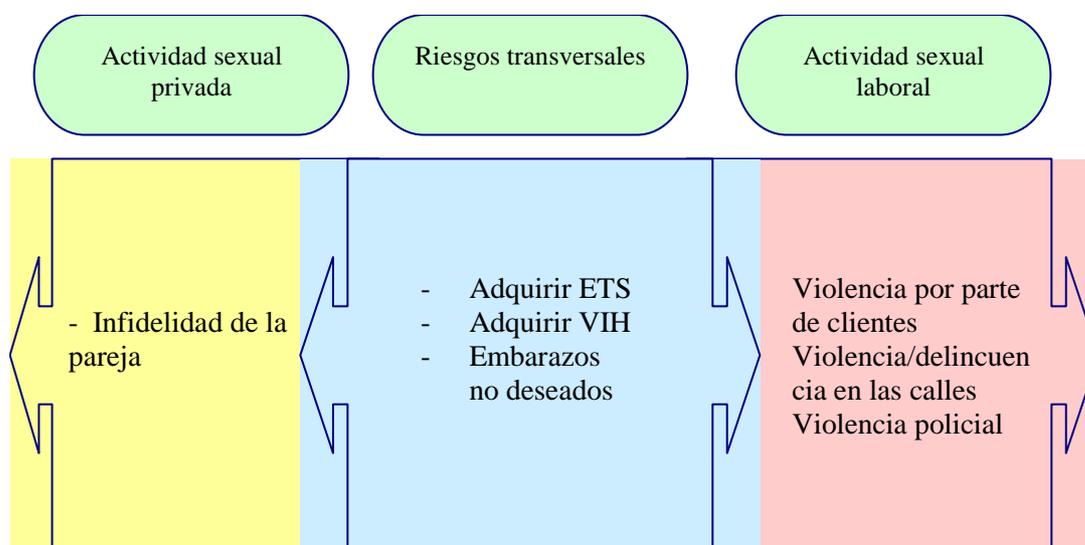
- Riesgo de adquirir alguna ETS
- Riesgo de adquirir VIH
- Embarazos no deseados

Los riesgos específicos percibidos en el ejercicio del comercio sexual son:

- Riesgo de ser víctimas de violencia por parte de los clientes.
- Riesgo de ser víctimas de violencia callejera (delincuentes, pandillas, etc.) o de la policía.

El principal, y prácticamente único riesgo percibido en la vida sexual privada o con la pareja sexual, principalmente con parejas estables, está:

- Riesgo de infidelidad de la pareja, y consecuentemente la posibilidad de adquirir alguna ETS o VIH.



Pese a que el riesgo de adquirir ETS o VIH, se percibe tanto con clientes como en la actividad sexual privada, la intensidad con que se percibe dicho riesgo aumenta en los contactos sexuales con clientes, ya que muchas veces no se tiene certeza sobre sus antecedentes de ETS, su vida sexual pasada, entre otros.

*“... Tú no conoces a esa persona...
no es lo mismo cuando tú tienes tu pareja, tú la conoces,
bueno uno nunca llega a conocer a las personas pero,
por lo menos sabes que son pa’ pasar, o confías por ese momento
que están sanas, en cambio con estas personas acá (clientes)
tú no puedes ni confiar ni nada, porque no las conoces,
aunque sean tus clientes.”
(TS No organizada, adulta, RM)*

*“Son las enfermedades venéreas poh, el SIDA y todas esas cosas,
no sé, de repente te vai con alguien que no conoces y no sabes
quién es, no sabes de donde viene y no sabes las intenciones
verdaderas que tiene poh...”
(TS No organizada, joven, RM)*

En este sentido aumenta la percepción del riesgo la posibilidad de que los métodos de protección utilizados, puedan fallar o no sean eficaces.

*“Que el preservativo sea de mala calidad que se rompa,
que quede un poco grande y que se salga...”
(TS No organizada, joven, VIII Región)*

Con las parejas, estables u ocasionales, por lo general no se perciben riesgos como los percibidos en los contactos con clientes en términos de situaciones de violencia o abuso. Si bien se percibe el riesgo de adquirir alguna ETS o VIH, el principal riesgo percibido en las relaciones con la pareja, sobre todo con parejas estables, es el embarazo no deseado y la posibilidad de que la pareja sea infiel.

*“Bueno, ahí, (habla riéndose) uno corre el riesgo de
confiar no más en esa persona, que no te va a engañar
y todo eso, pero, eso nada más...”
(TS No organizada, joven, RM)*

En la actividad sexual con clientes, los riesgos de violencia se perciben con intensidad en términos de posibles agresiones de parte de clientes, de delincuentes, sobre todo cuando se ejerce el comercio sexual en la calle, y la represión por parte de la policía. Se observa que las trabajadoras sexuales organizadas, perciben este riesgo con mayor intensidad, y poseen una postura de defensa de los derechos humanos básicos e integridad física y psicológica de toda trabajadora sexual mientras desarrolla su trabajo.

“...Que me agredan y que me maten, todo eso es el riesgo que uno corre y yo siempre estoy con ese miedo... a veces uno sale con clientes a moteles porque yo no quiero estar en el local y en el momento ese que voy saliendo digo señorcito que este no me vaya a matar porque este gallo me puede violar y matarme y quien va a saber de mi y como voy a reclamar cómo voy a avisar ese miedo como le digo...”
(TS organizada, adulta, VIII Región)

“... ¡Han abusado y han sido población cautiva las mujeres que trabajan en la calle! De todos, no solamente de los pacos, sino que vienen los “lancitas” por ahí y no tienen a quien robarle, a quién le roban, ¡a las mujeres!. Y eso es así...”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)

“Yo creo que lo más relevante es la violencia policial. Que es violencia a los derechos humanos, violencia por ser trabajadora, violencia porque se está parado en la esquina.”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)

➤ **Percepciones y experiencias con métodos de protección**

Casi la totalidad de las trabajadoras sexuales que participaron en el estudio, conoce la existencia de diversos métodos anticonceptivos. Junto a ello, la mayor parte señala utilizar al menos un método de protección, y en algunos casos dos métodos complementarios.

En esta población el uso del condón masculino es masivo y la mayor parte de las veces consistente, y se utiliza principalmente en los contactos sexuales con clientes. Entre quienes señalan tener pareja (en términos afectivos, sea ésta estable o no), es frecuente no utilizar condón con la pareja sexual, pero sí, algún método anticonceptivo, siendo los más nombrados los dispositivos intrauterinos y los anticonceptivos orales.

Para la mayoría de las mujeres, en el proceso de decisión del método de protección a usar, tienen un papel central las consejerías e información que reciben en los Centros de Salud Sexual, y puntualmente, la información y orientación que entrega la matrona que las atiende. En este sentido, los profesionales del equipo de salud, y puntualmente la matrona que realiza el control de salud sexual, representa una instancia relevante y clave al momento de entregar decidir qué método usar, así como en lograr que la mujer internalice la necesidad de un uso correcto y consistente del método escogido.

Si bien para el uso del condón masculino, se observa que no necesariamente media una consejería, sino más bien las experiencias de compañeras de trabajo o terceros, resulta un facilitador y motivador esencial para que las trabajadoras sexuales utilicen el condón masculino en sus relaciones sexuales con clientes, el hecho de que estos dispositivos sean entregados de manera gratuita en el centro de atención y que el equipo de salud, promueva el uso del mismo.

Así como en otras dimensiones de la vida sexual de las trabajadoras sexuales se distingue entre la actividad sexual con clientes y la actividad sexual en la vida privada, en el uso de métodos de protección también se utiliza esta distinción, diferenciando el uso de métodos y los motivos de uso de los mismo, según se trate de relaciones sexuales con clientes o relaciones con parejas sexuales que no son clientes.

El método más utilizado con clientes es el condón masculino, por la triple protección frente a ETS, VIH/SIDA y embarazo. De esta forma es percibido como un método que otorga mayor seguridad y confianza. En este tipo de relaciones sexuales, el condón masculino ha sido y es usado por todas las entrevistadas, en algunos casos lo utilizan en todos los contactos sexuales que mantienen, y en otros casos, evitan su uso con cierto tipo de clientes, fundamentalmente con aquellos clientes más antiguos, más conocidos y en quienes se tiene cierta confianza.

“Sí, el preservativo lo veo como necesario para tener contacto con clientes, para no contagiarse de enfermedades venéreas”.
(TS No organizada, joven, I Región)

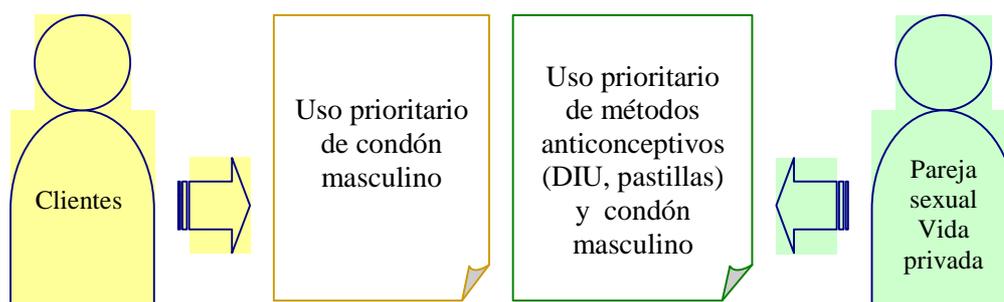
“Más que nada por prevención de salud, por él (cliente) y por mí, yo creo que más por el lado de los dos, si yo tengo algo y no lo sé, no se lo contagio, o si él tiene algo y no lo sabe me evito contagiármelo yo también.”
(TS organizada, joven, RM)

En el caso de las relaciones sexuales en la vida privada, las mujeres tienden a no utilizar condón masculino, y a reemplazar su uso por otros métodos fundamentalmente con fines anticonceptivos, ya que la percepción de riesgo de ETS y VIH se neutraliza cuando se trata de parejas más estables, lo que genera un sentimiento de seguridad, confianza y menor riesgo; en tanto que aumenta la percepción del riesgo de embarazos no deseados y la posibilidad de infidelidad. También incide en esta elección, el hecho de que a las parejas sexuales no les guste usar el condón masculino.

“Siempre las pastillas, pero el condón con él (pareja) no lo utilizo... uso para no quedar embarazada, pero el condón no es necesario, ya que llevamos cuatro años y apenas tiene tiempo para mí, menos para otras relaciones.”
(TS No organizada, joven, I Región)

“No uso el preservativo (con pareja), pero uso las pastillas, que son solamente para no quedar embarazada.”
(TS No organizada, joven, RM)

“Con tu pareja tú no te cuidas tanto, completamente nunca confías porque piensas que igual te puede por ahí andar traicionando, pero igual confías cuando te entregas a él, tú no estás pensando estará enfermo, no estará enfermo porque, si ya lo conoces... porque tú vienes y te entregas no más... porque lo amas.”
(TS No organizada, adulta, RM)



El no utilizar métodos como el condón con la pareja sexual aparece como una expresión de amor y confianza hacia el otro, y no en relación con el propio cuidado. Así, se percibe a la pareja, sobre todo aquella estable, como otro que puede adquirir ETS, pero incapaz de transmitirlas. La trabajadora sexual accede a no usar el condón con su pareja por diversas razones, pero muchas veces asumiendo que el riesgo potencial radica más en ella, por el trabajo que desarrolla, que en su pareja sexual. En quienes observan la posibilidad de una infidelidad de la pareja, el uso del condón tiende a ser más frecuente, aunque no por ello consistente.

*“... Generalmente no uso el condón con él....
eh, no sé, yo creo que es porque le tengo demasiada confianza a mi pololo, y por eso no lo ocupo...”*
(TS organizada, joven, RM)

“Porque... como te dijera... es mi amor poh, como me voy a poner un condón, no puedo poh. ¡Al amor no se le colocan condones!.”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)

“Lo cuido mucho (a su pareja), porque es casado. Yo tengo que cuidarlo y le coloco condón.”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)

Para la gran mayoría de las entrevistadas, en las relaciones con clientes, el uso del condón es imprescindible, por ello, se observa un uso bastante consistente, pese a que en algunos casos deben negociar y convencer al cliente, o que en otros definitivamente aceptan no usar el condón, cuando se trata de clientes antiguos y con quienes se establece una relación de mutua confianza.

“Algunos se quedan, eh, eh, cuando son clientes nuevos, uno, yo no me arriesgo, cuando son clientes ya antiguos, mayores que vienen, han venido muchas ocasiones, mucho tiempo, de repente yo me he, me he acostado sin condón, en algunas ocasiones.”

(TS organizada, adulta, RM)

El uso consistente del condón se observa con mayor frecuencia entre mujeres con mayor conciencia sobre el derecho que tienen a decidir sobre su propio cuerpo y de las implicancias que el no utilizar condón podría traer a su salud sexual y reproductiva, así como a su desarrollo laboral. Lo anterior, potencia y facilita que la trabajadora sexual sea capaz de imponer el uso del condón masculino en los contactos sexuales con clientes.

“No, lo ocupo siempre, aunque él no quiera, se lo instalo igual, se lo instalo igual, sino, no hay fiesta sin gorrito.”

(TS organizada, joven, RM)

El uso de métodos complementarios es frecuente cuando se trata de mujeres que además de las relaciones sexuales con clientes, poseen una pareja -sobre todo cuando es percibida como estable- con la cual utilizan métodos anticonceptivos. En general, las mujeres que utilizan métodos complementarios, combinan el uso de preservativos en las relaciones con clientes, y el uso de otro método anticonceptivo con sus parejas, sean éstas estables u ocasionales.

“La T, ya que no tengo que preocuparme de tomarme nada, ni de ponerme nada, está ahí, es segura pal embarazo... y el condón con los clientes pa’ cuidarme de enfermedades”

(TS No organizada, adulta, I Región)

“... Anticonceptiva y cuando no son mi pareja, preservativo... aparte de yo cuidarme (...) O sea con mi pareja solamente mi método pero, con otras personas preservativo... mis pastillas no las dejo de tomar nunca pero con otras personas preservativo.”

(TS No organizada, joven, RM)

➤ **Negociación con el cliente y con la pareja sexual**

La mayor parte de las entrevistadas decide ella misma qué método de protección usar en sus relaciones sexuales. En el caso de las relaciones sexuales con clientes, las mujeres coinciden en que la mayor parte de las veces se generan una serie de estrategias para asegurar el uso del condón masculino, que se tratan más bien de establecer antes de tener el contacto sexual, que el uso del condón masculino es una condición necesaria para tener la relación sexual. En tanto, que con las parejas sexuales en la vida privada, pese a que principalmente son ellas quienes deciden el uso de algún método de protección, muchas veces se trata de una situación conversada con la pareja sexual.

*“¡Yo!, yo lo decido, con mi pareja y con los clientes...
que si yo no me cuido, quien lo va a hacer por mi, poh”
(TS No organizada, joven, I Región)*

“Como pareja igual se negocia... claro que no con dinero pero se negocia... llegamos a un acuerdo, hagámoslo así para... estar mejor, para no embarazarme, para esto, para lo otro, entre los dos.” (TS No organizada, adulta, RM)

El uso del condón masculino en los contactos con clientes es considerado como imprescindible para las trabajadoras sexuales, y condición necesaria para llevar a cabo el contacto sexual. Si el cliente no desea utilizar el condón masculino, la trabajadora sexual intenta disuadirlo y convencerlo sobre su uso, destacando la protección que entrega y haciendo que el cliente perciba los riesgos que implica una relación sexual sin condón. Cuando no se logra convencer al cliente sobre la necesidad de usar condón, por lo general, la trabajadora sexual tiende a desechar al cliente y no llevara a cabo el contacto sexual.

*“No hay decisión, yo lo hago esas son mis reglas y si no le gustan, no estoy con él, y si a él no lo gusta no voy no más.”
(TS No organizada, adulta, I Región)*

*“Si el cliente no está dispuesto, chao no más... se va con otra niña o... ven, en el fondo si él acepta cuáles son tus condiciones.”
(TS No organizada, adulta, RM)*

“Charla, algunos clientes que aceptan la charla, les empiezo hablar del SIDA, de las infecciones venéreas, de los hongos a algunos les encanta que yo les de charla y otros que no ah ya chao, y buscan a otra... yo les digo no es tan por ti, es por los dos cuidarnos... y ahí les doy su charla los conocimientos que tengo... y algunos aceptan.”
(TS organizada, adulta, VIII Región)

Se observa un proceso de socialización y aprendizaje continuo de las trabajadoras sexuales en el manejo y gestión de los riesgos que enfrentan sobretodo en el ejercicio del comercio sexual. En gran medida, este manejo depende de la experiencia y habilidades personales, pero también, se ve fortalecido por las experiencias y relatos de otras compañeras de trabajo. En este sentido, se desarrolla un proceso continuo de aprendizaje y retroalimentación respecto a información sobre salud sexual, prevención y control de ETS, prevención y manejo de situaciones de violencia con clientes, en la calle, y con la policía, estrategias para convencer a los clientes sobre el uso del condón, técnicas para poner el condón de manera correcta, entre otros.

Lo anterior, facilita el empoderamiento de las trabajadoras, en el sentido de otorgarles mayor conciencia y herramientas para ser capaces de imponer el uso del condón en los contactos sexuales con clientes. En la vida privada en cambio, estas habilidades adquiridas en el ejercicio del comercio sexual, no siempre son aplicadas con las parejas sexuales en la vida privada. La capacidad de negociación que tengan con sus parejas, se ve en varias ocasiones limitada por el lazo afectivo con la misma, en este sentido mientras existe mayor confianza, seguridad y estabilidad en la relación, menor es la capacidad de la mujer de imponer el uso del condón masculino, y se opta por el uso de métodos exclusivamente anticonceptivos.

➤ **Autopercepción de riesgo de adquirir VIH/SIDA y otras ETS, experiencias de autocuidado**

La mayor parte de las trabajadoras sexuales consultadas, tiende a percibir un riesgo menor o igual al resto de la población frente a la posibilidad de adquirir VIH o ETS. Esta baja autopercepción de riesgo se relaciona con:

- Percepción de un nivel de conocimiento elevado sobre salud sexual, por mayor acceso a información sobre salud sexual y puntualmente sobre ETS y VIH. Tienden a percibir que por razones laborales están más interiorizadas e informadas sobre formas de adquisición/transmisión de ETS, primeros síntomas, formas de prevención, entre otros.

*“Con menos riesgo, porque estoy más enterada de todo, las enfermedades o el riesgo que puedo correr al tener relaciones con una u otra persona...”
(TS No organizada, adulta, VIII Región)*

*“... Felizmente, yo tengo muchas compañeras aquí que nos controlamos y ninguna tiene ningún problema, eh, porque también tenemos más conocimientos y sabemos cuidarnos...”
(TS organizada, adulta, RM)*

- Por el uso correcto y consistente de preservativos en los contactos sexuales con clientes, así como la percepción de mayor capacidad de imponer el condón masculino en dichos contactos sexuales.

*“Uno tiene menos riesgo, la trabajadora sexual tiene menos riesgo, porque se cuida más.”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)*

*“No, porque yo uso el condón o sino como dije no hay relación sexual. Y eso me protege de todo... menos riesgo, ya que yo uso preservativo.”
(TS organizada, adulta, I Región)*

- Seguridad que brinda el tener los controles de salud sexual al día, y la percepción de que si adquiriesen alguna ETS, la detectarían a tiempo y tendrían tratamiento oportuno.

*“El riesgo es bajo, existen chequeos mensuales acá”
(TS No organizada, joven, VIII Región)*

*“Es menor, porque tú tienes control de salud sexual cada tres meses.
Si tú teni una ETS, una gonorrea, una, un herpes genital
una, un sífilis, te lo detecta el examen.”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)*

Algunas mujeres, perciben igual riesgo de adquisición de ETS o VIH que el resto de la población, asociado a posibles fallas e ineficacia del condón masculino, y a los riesgos propios del comercio sexual, donde el riesgo se encuentra implícito a los contactos sexuales.

*“... Uno igual se arriesga, usando preservativo igual, porque el preservativo es como un 99 y algo.”
(TS No organizada, joven, RM)*

*“Que uno tiene más riesgo... tienes más riesgo, mucho más, todo, todo el riesgo, porque no sólo te puede enfermar de una cosa sino de todos... o sea tienes riesgo de, hasta porque te toque, hasta por un beso.”
(TS No organizada, adulta, RM)*

*“Con más yo creo, mucho más riesgo porque uno es promiscua y está propensa a infecciones peor que está atendiendo a un cliente y a lo mejor el cliente es maldaoso... eh... no sé, me puede infectar con una jeringa pero más riesgo.”
(TS organizada, adulta, VIII Región)*

2.2.1.2 Percepciones, experiencias, motivaciones y disposición respecto del uso del condón femenino

➤ Imaginario y percepción del condón femenino

La mayor parte de las trabajadoras sexuales entrevistadas no conocen previamente el condón femenino, ni han escuchado hablar de él. Sólo una pequeña parte de las entrevistadas ha escuchado hablar o conoce el condón femenino. En estos casos, el nivel de conocimiento de las características del producto es bajo.

Por lo anterior, en algunos casos el imaginario sobre el condón femenino es también reducido, ya que les cuesta imaginar algo de lo que no se tiene referencia alguna. En este sentido, por el nombre del dispositivo, se tiende a asociarlo con el condón masculino. No se asocia de manera inmediata a protección, sino más bien a un objeto que contendrá algo, hecho que produce curiosidad, respecto a la forma de uso del dispositivo. Por homologación al condón masculino, se le atribuyen sus características de seguridad y eficacia.

*“No sé, me da la impresión que puede ser un... una cuestión así me imagino, es que no sé, es que no me lo imagino.”
(TS No organizada, joven, RM)*

*“Bueno si es condón femenino, me imagino que debe ser un condón como amplio, una cosa así y que se debe de poner por encima así como para que vaya directamente el pene.”
(TS organizada, joven, RM)*

*“...Más ancho y cuando el tipo penetre se va a quedar como pa' él, no sé poh supongo”
(TS organizada, joven, I Región)*

*“Me da la impresión que debe ser algo así como un, como el... es como un algodón filtrante... algo más delicado que eso, hay unos gorros que les ponen a las... carteras, que va así, que forran, para hacer los bordado encima...”
(TS organizada, adulta, RM)*

*“Yo me imagino que es para nosotras porque es femenino... en la vagina... por lo que dice de femenino, yo me imagino que es para nosotras.”
(TS No organizada, adulta, RM)*

No existe un imaginario profundo sobre el condón femenino que permita develar múltiples asociaciones, sino más bien, se trata aún de un concepto abierto, sin demasiado contenido, prejuicios e información circulante, por ello se trata de un término en construcción, que aún no se instala con un referente claro. Por ello, cuenta con más posibilidades de ser generado y modelado destacando sus atributos positivos a través de una posible campaña comunicacional. Cuando no hay referentes precisos, las mujeres sienten curiosidad y surgen dudas y preguntas respecto al método, inquietudes sobre las formas de uso, su eficacia y sobretodo apariencia.

*“Me imagino que debe ser un poco complicado colocarlo...
Lo que no me imagino es cómo sacarlo”
(TS No organizada, joven, VIII Región)*

*“Más que ideas preguntas... ¿cómo se debe... se adhiere?”
(TS No organizada, joven, RM)*

El principal lugar para haber conocido o escuchado el condón femenino entre trabajadoras sexuales, son las charlas o talleres realizados en Centros de Salud Sexual. Estas charlas, según se deduce del relato de las entrevistadas, las realizan trabajadoras sexuales del Sindicato de Trabajadoras Sexuales, con el apoyo de las matronas y equipo de salud de los centros de atención. Fundamentalmente lo conocen trabajadoras sexuales organizadas, y de las regiones VIII y Metropolitana.

*“Por la organización supe, la (...) me lo mostró.”
(TS organizada, adulta, VIII Región)*

*“En mi control sanitario, porque ahí nos hicieron unas charlas, eh lo eh, también nos mostraron el uso del, como teníamos que, que usarlo. Nos enseñaron el uso de usarlo, y me gustó.”
(TS organizada, joven, VIII Región)*

*“En un taller... nos mostró la posibilidad de verlo y tomarlo.”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)*

*“El condón de la mujer que lo conocí en un taller que fui a hacer a Los Ángeles el mes pasado, que yo no lo conocía y ahí me lo mostró la (...), lo mostró, lo expuso como era, cómo se usaba y ahí lo conocí...”
(TS organizada, adulta, VIII Región)*

Entre quienes conocen el condón femenino, es más fácil asociarlo a ideas concretas, y más que preguntas surgen expectativas positivas frente al método y la intención de poder adquirirlo y usarlo.

“Yo pienso ojalás a nosotros los dieran ese método de, de pa cuidarnos, en el hospital, el condón femenino, y a los hombres por ser deberían darles esos condones poh (condón masculino), y a nosotras condón femenino... Entonces ya sería dos o tres cosas menos para nosotras.”
(TS organizada, joven, VIII Región)

“.... Yo creo que lo único que uno está esperando bien esto, bien ansiosa y que esto, este condón sea aprobado y que, y que sea distribuido.”
(TS organizada, adulta, RM)

➤ Experiencia de uso del condón femenino

Sólo tres trabajadoras sexuales que participaron el estudio han usado el condón femenino. Todas ellas, lo han usado en promedio en dos o tres ocasiones, por lo que las experiencias de uso del dispositivo son menores, y no se observa un uso prolongado y consistente del mismo.

*“Sí, o sea, porque me regalaron como dos...
Las únicas dos veces que me lo regalaron.”
(TS organizada, joven, VIII Región)*

Dos de ellas, tuvieron una buena experiencia con el condón femenino, sin embargo, la tercera, las dos veces que utilizó el dispositivo, lo hizo con clientes que no consintieron su uso, descubriéndola durante el acto sexual. Esta situación generó incomodidad e insatisfacción con el condón femenino.

*“Yo intenté usarlos porque el gallo me dijo sin preserv... y yo le dije a ya poh ningún problema, claro si tenía el mío yo poh, igual me pilló poh, entonces pa’ uno no le sirve... traté de usarlo, pero igual me pillaron. Entonces yo creo eso es cuando tú ya tienes pareja, o en pololo o cosa así. Pero que sepa la persona que le podai contar.”
(TS No organizada, adulta, RM)*

Los atributos del producto también son bien evaluados, por las trabajadoras sexuales que utilizaron el método.

*“Lo de la flexibilidad, porque dolor no te va a causar al introducirlo, flexibilidad que tiene, eh, seguridad también, o sea bien.”
(TS organizada, joven, VIII Región)*

*“Además que tú lo sientes calentito igual. Sí, si las veces que he usado ese preservativo me ha gustado, he sentido bien...”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)*

Se valora positivamente el uso del condón femenino, debido a su potencial como juguete erótico que permite llevar a cabo fantasías de los clientes.

Para la entrevistada que evalúa mal el método, el motivo de insatisfacción son las argollas del condón femenino, que incomodan y producen dolor.

*“... Porque sí poh, porque cuando tú teni relaciones, depende del tamaño, del tipo, es como se te, se te, estira la cuestión cachai, y de repente igual la argollita te, te molesta un poquito (...) sí, el tirón claro, por eso pa’ mí es más cómodo el otro, aparte, que los gallos ya saben, les deci tú, todos saben, así que, yo por lo menos no, uso preservativos no ma... no me interesa pah na (el condón femenino).”
(TS No organizada, adulta, RM)*

Las primeras experiencias de uso del condón femenino, son fundamentales para que la mujer logre establecer una relación satisfactoria y agradable con el método. En este sentido, si las primeras experiencias son negativas y no se logran superar las dificultades de uso presentadas inicialmente, las posibilidades de utilización futura se van a ver sustancialmente limitadas.

El tener una experiencia inicial positiva y satisfactoria con el método, va a depender de múltiples factores. Para las trabajadoras sexuales algunos aspectos adquieren mayor relevancia al momento de posibilitar un uso frecuente del dispositivo en el futuro; entre los principales se pueden mencionar:

- que los atributos físicos del producto sean los adecuados, evitando que causen dolor, daños o incomodidad a la mujer;
- que el dispositivo sea considerado por la mujer como un método seguro y eficaz para enfrentar los riesgos que percibe con mayor intensidad (ETS, VIH y/o embarazos);
- que pueda ser utilizado en el contexto de relaciones sexuales con clientes, considerando ámbitos como satisfacción del cliente, precio del dispositivo, posibilidades de negociación de uso del método, entre otros;
- que se trate de un método de fácil manejo, en donde la mujer lo conozca y aprenda a utilizarlo de manera correcta apoyada por los profesionales de salud, para así asegurar su nivel de eficacia y poder incorporarlo lúdicamente en el contacto sexual;
- y por último, que sea un método accesible en término económicos, si el acceso al producto tiene un costo económico demasiado alto, el acceso al mismo puede verse limitado.

➤ Nivel de conocimiento del condón femenino

Se observa en general un bajo nivel de conocimiento del condón femenino, y menos de sus características específicas. Entre quienes conocen medianamente el condón femenino, se reconoce como un preservativo seguro, de uso femenino, que por lo mismo es preferido frente a otros métodos de protección. Asimismo, se señalan ciertas características específicas del producto que generan una valoración positiva del mismo, y también, la posibilidad de entregar poder de decisión a la mujer. Se observa que las mujeres tienden a conocer ciertos aspectos del condón femenino en términos generales, y en algunos casos vagos, sin certeza sobre la veracidad de la información que se maneja.

“... Sé que trae dos partes, que son cómo una manga, como de plástico, pero no sé si es de plástico o no, no sé de qué material es. Pero sé que tiene dos puntas, pero no sé la forma de colocarlo, ni sé, ni como te digo antes si se lava no se lava, si es desechable o no desechable...visualmente lo conozco, pero no sé el uso.”
(TS organizada, adulta, RM)

“Que es como ser... más independiente en ese sentido de la protección, como decir: “a, ya, si tú no quieres usar preservativo no me importa, me lo pongo yo” entonces como que es como más independiz... es como un paso más a la independencia de la mujer y a ser más liberal porque si el hombre no quiere usar, entonces usa la mujer y bien...”
(TS No organizada, joven, RM)

Las entrevistadas que conocen o que han usado el condón femenino, conocen más características puntuales sobre el dispositivo, tales como precio, tamaño, forma de uso, entre otras. Surgen algunas inquietudes y requerimientos de información más detallada sobre el dispositivo, asimismo, algunas mujeres expresan su disposición e intención de usarlo en el futuro.

“Es grande el envase es más grande que el del hombre, es más grueso que el del hombre, eh... es más suave... tiene como más vaselina... eso... lo que yo me acuerdo y que lo que no sé si es incómodo para el hombre penetrar a una mujer con un condón, como que eso queda más suelto, me da esa impresión...”
(TS organizada, adulta, VIII Región)

“Del condón femenino, lo encontré feo, es como una bolsa, no sé, hasta me lo imaginé incómodo, pero yo creo que tiene que ser efectivo porque es muy grueso, tiene un material muy diferente al del condón masculino. Yo creo que es muy efectivo, tiene hartito aceite, tiene que ser muy seguro (...).”
(TS organizada, joven, RM)

“... Creo que hay que colocarlo seis horas antes, seis horas antes de las relaciones, lo que yo no tengo claro, lo que no he preguntado es eh, este condón sirve me imagino para una sola relación, porque tú no te vas a estar colocando condón y acumulando, acumulando semen de diferentes clientes, me imagino yo que no es así poh.”
(TS organizada, adulta, RM)

“Eh, si poh, por, por lo que yo he entendido que no está al alcance por ejemplo de nosotras, que no lo podríamos comprar. Creo que vale como tres mil...”
(TS organizada, joven, VIII Región)

➤ Reacciones espontáneas al conocer el condón femenino

Aún entre las trabajadoras sexuales que ya conocían el condón femenino, al ser éste presentado y expuesto, las primeras reacciones tienden a concentrarse en su apariencia y presentación poco agradable.

En un primer momento, el condón femenino se percibe como feo y extraño. Llama la atención su tamaño, considerado como muy grande; su grosor, que es percibido positivamente porque aporta la sensación de seguridad; y la argolla superior, que causa inquietud y cierto temor por la posibilidad de que cause dolor o incomodidad al insertar el condón y al usarlo durante el acto sexual.

*“Es feo... es algo raro que no hemos visto.”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)*

*“Parece una bolsa pero... yo lo puedo ver grande pero puede ser
justamente para lo que uno desea...”
(TS No organizada, adulta, RM)*

*“Es que uno no piensa que tiene la vagina tan grande poh”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)*

*“Se ve como grueso, más grueso que el condón masculino,
más seguro.”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)*

Se valora positivamente la posibilidad que otorga de decidir de manera unilateral el uso de protección. En esta población, el condón femenino es percibido como un dispositivo promotor de la capacidad de decisión autónoma de la mujer sobre su propio cuerpo, y sobre su salud sexual y reproductiva en general. En este sentido, el condón femenino, más allá de sus implicancias en términos prácticos como método de triple prevención (VIH, ETS, embarazo), se constituye en un elemento empoderador de la mujer, que potencia una sexualidad libre, segura y en donde la mujer asumen un rol central en el autocuidado.

*“La precaución 100% y el hecho de poder hacer algo que tú
controlas el primer dispositivo en el fondo que depende, que es
seguro y que depende de la mujer usarlo bien.”
(TS No organizada, joven, RM)*

En el comercio sexual, el condón femenino permitiría no tener que negociar con el cliente para que use el condón masculino, lo que es percibido de manera positiva por varias trabajadora sexuales tanto para su bienestar como para la comodidad del cliente. Asimismo, la posibilidad de colocarlo varias horas antes del contacto sexual, harían más satisfactoria la relación para el cliente, ya que no habría interrupciones durante el acto sexual, para poner el dispositivo.

*“... Que uno puede estar tantas horas con él... puesto...
Entonces si yo ando con esto bien, me lo puedo poner en mi casa...
y es súper seguro...”*
(TS No organizada, joven, RM)

*“Sirve para los clientes que no les gusta el preservativo
(masculino)...”*
(TS No organizada, adulta, RM)

*“... Yo creo que esto debe ser regio pa’ trabajar...
porque mira se coloca el aparatito y llega y se acuesta
y el gallo no tiene idea poh, claro poh...”*
(TS organizada, adulta, RM)

➤ Percepción de aspectos positivos del condón femenino

Luego de las reacciones espontáneas, y al ser expuestas algunas de las características del condón femenino, las mujeres tienden a destacar por sobre la apariencia del condón, los atributos positivos, entre los que se destacan que depende de la iniciativa y decisión de la mujer, y que no necesita ser negociado con el cliente, e incluso el cliente no tendría por qué enterarse del uso de dicho dispositivo.

“... Lo que más me gusta, o sea, la precaución, el hecho de evitar contagiarte de algo, y que exista la posibilidad de que nosotras podamos usar algo independiente de los hombres...”
(TS No organizada, joven, RM)

“Que al tipo no le voy a tener que decir, ya, quédate tranquilito weon pa meterte la wea (Condón) (Risas), y en cambio él feliz porque yo me voy a estar cuidando y él si ni siquiera se va a dar cuenta que lo tengo puesto”
(TS No organizada, joven, I Región)

“... Una parte para los clientes que no les guste... los clientes, qué van a saber que están penetrando ahí, no te andan revisando tampoco, entonces uno viene así, a los clientes a veces igual uno los engaña... entonces uno yo me imagino, como los puedes engañar... lo importante es que, tomarle el truco, que uno no sepa, que no se den cuenta que hay eso, como cuidarlo, y esas cosas...”
(TS No organizada, adulta, RM)

El hecho de ser una alternativa al condón masculino, abre las posibilidades de protección para las mujeres. El condón femenino, tiende a ser comparado con el condón masculino, y se destacan sus atributos positivos tales como:

- Mayor área de protección que el condón masculino, lo que brinda sensación de mayor seguridad y eficacia sobre todo frente a ETS.

“Al parecer protege más que un condón de hombre... La forma se parece, pero el de la mujer parece que protege más y es flexible.”
(TS No organizada, adulta, I Región)

- Es una alternativa real de protección, pues permite usarlo con parejas sexuales (tanto clientes como no clientes) a las que no les gusta el condón masculino.

*“Sabes por qué me gustaría, porque así esos clientes mañosos, que no quieren usar condón, eh... no tendría para que explicarles que lo usaran.”
(TS organizada, adulta, RM)*

- Es un material flexible, blando que se adapta a la forma de la vagina y la temperatura, por lo que genera la sensación de ser cómodo y manejable. El hecho de que contenga más lubricante que el condón masculino es valorado positivamente, pues potenciaría los atributos de adaptabilidad y comodidad en el uso.

*“Tiene bastante lubricación. Más que el preservativo(masculino), entonces va a ser más cómodo, más ligero.”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)*

- Finalmente, la decisión de protección depende exclusivamente de la mujer, pues se usa en su propio cuerpo. Con el condón masculino, la necesidad de convencer a la pareja sexual, de verificar que se coloque bien el preservativo o de colocarlo personalmente, son factores que comparativamente, hacen del condón femenino un dispositivo de más fácil decisión y manejo, junto con entregar mayor confianza a la mujer pues ella misma puede verificar que haya quedado bien puesto.

*“Sí, es decisión mía no tengo que consultarlo con nadie, y por eso me gusta, sería yo la que decide, no esperar que sí o no.”
(TS organizada, joven, VIII Región)*

*“Yo creo que eso es lo más importante. Que podemos decidir para cuidarnos.”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)*

*“Yo creo que lo bueno es, es que ellas pueden decidir ponérselo, ella es la que decide, es una buena protección para la mujer...”
(TS organizada, joven, RM)*

*“... Yo lo encuentro espectacular y me daría mucha, mucha confianza y seguridad de trabajar con esto, más que con los otros (condón masculino)”
(TS organizada, adulta, RM)*

➤ Percepción de aspectos negativos del condón femenino

Varias entrevistadas no perciben aspectos negativos en el condón femenino. En este sentido, adquiere relevancia para identificar posibles factores negativos el hecho de haberlo probado alguna vez, por ello, varias mujeres señalan que dicha evaluación dependería de la primera experiencia con el dispositivo, que permita evaluar sus atributos respecto a material, comodidad al usarlo, facilidad para ponerlo y retirarlo, eficacia, entre otros.

“O sea no, en este minuto no, tendría que después de probarlo ver si hay algo incómodo, o si para mí es incómodo o para mi pareja, pero... así a simple vista no, no me parece nada de malo.”
(TS No organizada, joven, RM)

Entre quienes perciben aspectos negativos del condón femenino, principalmente éstos surgen al compararlo con el condón masculino. Las diferencias de género en este sentido, contribuirían a que el uso de un método de protección que depende de la mujer, pudiese derivar en que los clientes y parejas sexuales en la vida privada, creyeran que la mujer posee alguna ETS o VIH.

Asimismo, las mujeres indican que en general a los hombres no les gusta que el poder de decisión sobre los métodos de protección radique en la mujer, pues entrega demasiada autonomía a las mismas, y se asocia a promiscuidad y libertinaje. La desigualdad de género, se expresan con mayor fuerza en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, en este sentido, no es bien valorado por la sociedad, el que las mujeres tengan el control total sobre su cuerpo, y menos, la libertad para decidir sobre su actividad sexual de manera autónoma y sin necesidad de consultar y contar con la aprobación de la pareja sexual.

“Los hombres y los clientes, al darse cuenta que estoy utilizando esto, van a creer que estoy infectada de algo y no van a querer hacer nada poh, ya que no están acostumbrados... que el hombre chileno es muy machista en ese aspecto...”
(TS organizada, adulta, I Región)

“Al hombre chileno le gusta ellos sentir que manejan la situación y si ven que yo estoy usando algo, van a pensar que tengo cualquier enfermedad...”
(TS organizada, adulta, I Región)

Para algunas trabajadoras sexuales, el condón masculino, si bien es negociado y puesto como condición para el contacto sexual, provee al hombre de la percepción de ser él, quién decide finalmente el uso del dispositivo, ya que éste se utiliza en el cuerpo del mismo. En el caso de las relaciones sexuales con clientes, esta relación desigual entre ambos géneros se fortalece, ya que el cliente además de tener mayor poder frente a la mujer, es quien paga por el servicio, por lo que se presume, que la trabajadora sexual debe estar dispuesta a negociar e incluso ceder en ciertos aspectos, para lograr captar y mantener al cliente.

Otros aspectos negativos percibidos en el condón femenino se refieren a características del producto, tales como:

- Tamaño, al ser percibido como grande genera dudas respecto a su posible comodidad al usarlo.

*“No entiendo por qué la goma al final del plástico,
pero lo encuentro exageradamente grande,
no sé si todas las mujeres seremos iguales por dentro,
pero yo creo como te digo que hasta ahora es muy grande...”*
(TS organizada, joven, RM)

- Precio elevado, en el contexto de las relaciones sexuales con clientes, el precio unitario del condón femenino es percibido como muy alto para el comercio sexual, frente al acceso gratuito que se tiene al condón masculino en los Centros de Salud Sexual.

“El precio... Muy caro, no está al alcance de uno.”
(TS organizada, joven, VIII Región)

*“Sea si quisieras usarlo con todos los clientes quedaría sin recursos...
Ahora, si bajarán los costos y por lo menos trabajan con nosotros,
por lo menos con las que ejercemos, a un costo menor yo creo que
sería pero espectacular.”*
(TS organizada, adulta, RM)

- Por último, la necesidad de capacitación para aprender a usarlo de manera correcta, produce que la mujer perciba que tendrá que iniciar un proceso de aprendizaje con el nuevo método, similar al realizado con el condón masculino, y que sólo después de dicha etapa, podría comenzar a usarlo con seguridad y confianza.

*“La cuestión de que hay que aprender la técnica... que hay que
saber, pero... quizás una aprendiendo va a ser diferente.”*
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)

➤ Disposición a probar el condón femenino

Las entrevistadas se muestran dispuestas a probar y utilizar el condón femenino, ya que se percibe como un elemento novedoso que aporta seguridad, protección y autonomía en las decisiones de autocuidado.

*“Primero por la seguridad...
si estuviera con alguien que no quiere usar preservativo
porque le molesta o porque le aprieta sería como una opción”
(TS No organizada, joven, VIII Región)*

*“... Uno cuidarse de todas las enfermedades que, que existen, o sea,
para la seguridad de la salud de uno mismo.”
(TS organizada, adulta, RM)*

Si bien hay algunas mujeres que señalan que los usarían con sus parejas estables, el uso del condón femenino tiende a asociarse fundamentalmente a las relaciones con clientes, marginándolo en la mayor parte de los casos, de las relaciones sexuales en la vida privada. Esto probablemente se debe a que la percepción de riesgo es diferenciada según el tipo de pareja sexual que se tenga (clientes/no clientes). Por ello, el condón femenino emerge como un método esencialmente ligado a la protección de ETS y VIH y con ello, al comercio sexual.

*“Si el cliente no quiere usar el condón masculino y se tenga a mano
ese condón femenino, poder usar ese condón femenino.”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)*

*“Sí lo usaría siempre con los clientes,
pero con mi pareja actual no, la verdad que con él no.”
(TS No organizada, adulta, I Región)*

*“Con los clientes.
Ahora, podría sorprender a mi pareja un día y
¿qué tenis ahí?, ¡noo! yo pienso que más que nada con los clientes.”
(TS No organizada, joven, RM)*

Se observa gran interés y motivación por probar el método y aprender a utilizarlo. Se cree que sería aceptado por las parejas sexuales de manera más fácil que el condón masculino, ya que no resultaría incómodo para el hombre ni interrumpiría el acto sexual. En este sentido, el condón femenino es percibido positivamente por las mujeres, y se encuentran dispuestas a probarlo, como una alternativa nueva para protegerse principalmente de ETS y VIH.

Pese a que las trabajadora sexuales están dispuestas a probarlo, no es posible asegurar su uso futuro, ya que según las mismas, las primeras experiencias de uso, definirían si resulta de fácil manejo, cómodo, seguro y si es fácil incorporarlo en los contactos sexuales con clientes. Asimismo el acceso al producto está restringido por el elevado precio, por ello, no se podría utilizar de manera regular sino sólo para algunos contactos sexuales.

*“Si me resulta bueno, lo usaría siempre.”
(TS organizada, joven, RM)*

*“Yo compraría especialmente para los que no usan preservativo,
no para todos porque... la verdad, está caro... dos mil cien...
en un café, no te pagan tanto...”
(TS No organizada, adulta, RM)*

*“Mira yo creo que el precio influye mucho, pero mientras se pueda
comprar, yo lo compraría, si lo usaría, pero hay que esperar a que
baje un poquito la economía, que lo vendan por mayor, no uno solo.”
(TS organizada, joven, RM)*

2.2.1.3 Sugerencias de población focalizada para promover el condón femenino

Las sugerencias realizadas por las trabajadoras sexuales para promover el condón femenino, señalan tres puntos esenciales a considerar. En primer lugar la entrega masiva y focalizada de información sobre el condón femenino, facilitando el conocimiento del producto y la familiarización con el mismo. Luego, la posibilidad de acceder a capacitación para aprender a utilizarlo, permitiendo un acercamiento más profundo al producto, con conocimiento de sus características específicas respecto a eficacia, forma de uso, ventajas, desventajas, entre otros. Finalmente sugieren ampliar los puntos de venta y distribución para la población en general, y también en lugares de fácil acceso para las trabajadoras sexuales tales como centros de salud sexual, lugares donde se ejerce el comercio sexual, etc.

Todas las mujeres entrevistadas coinciden en que debería tratar de entregarse información sobre el condón femenino, en la mayor cantidad posible de medios y lugares, así como en diferentes formatos según la población a la que se desee llegar. Existe consenso respecto a darlo a conocer en medios masivos, en centros de atención de salud, farmacias y establecimientos educacionales, con el objeto de informar y sensibilizar a la mayor cantidad posible de población sobre la existencia del dispositivo y formas de acceder al mismo.

Entre los lugares mencionados para entregar información sobre el condón femenino, las trabajadoras sexuales distinguen puntos para entregar información a la población en general, y espacios apropiados para entregar información a las trabajadoras sexuales. Entre los primeros mencionan medios masivos, como la televisión, radio y prensa; luego, establecimientos de educación como colegios y liceos para informar a adolescentes y jóvenes; y por último lugares de acceso masivo como consultorios, farmacias, discoteques y pubs, entre otros.

“... Dar más información televisiva, en colegios, en farmacias, tener más accesivo (referido a hacerlo más accesible), en hospitales, o sea que todos los, las mujeres lo lleguen a conocer desde la adolescencia.”

(TS organizada, joven, VIII Región)

*“En los medios de comunicación, en farmacias, en los consultorios, colegios, liceos, incluso en las discoteques, pueden usar folletos y estas cosas que se pegan.”
(TS organizada, joven, RM)*

*“De repente en los colegios también... yo creo que igual estaría bueno que lo pudieran mostrar en una clase de sexualidad.”
(TS No organizada, joven, RM)*

Entre los lugares para promover y entregar información sobre el condón femenino a la población de trabajadoras sexuales, se encuentran los Centros de Salud Sexual donde se realizan controles de salud a trabajadoras sexuales y existen las instancias para realizar charlas y talleres sobre salud sexual. Otra alternativa son los locales nocturnos y puntos donde se ejerce el comercio sexual.

*“En sanidad, donde trabajamos niñas de la noche y donde nos atendemos todas, ya que allí nunca nos han mostrado esto.”
(TS organizada, adulta, I Región)*

*“Donde uno se controla, en los mismos lugares donde se promueve el condón masculino...”
(TS No organizada, joven, VIII Región)*

*“En las partes donde se trabaja, o sea... el lugar donde se trabaja directamente.”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)*

Quizás por el desconocimiento sobre el condón femenino, muchas mujeres no saben qué información específica necesitarían sobre el dispositivo para sentirse informadas. Tienden a pedir que se les informe de todo, es decir, sobre formas de obtenerlo, ponerlo, retirarlo, eficacia, características de tamaño, material, lubricación, riesgos, ventajas, desventajas, etc. reconociendo que es favorable conocer tanto los aspectos positivos como negativos del producto.

*“¿Cómo debe usarlo? Eh...
¿para cuántas relaciones sirve cada condón?...”
(TS organizada, adulta, RM)*

*“Eh... bueno todo referente al condón, las ventajas las desventajas”
(TS No organizada, joven, VIII Región)*

“...Sobre riesgos, por ejemplo que un pene muy grande me lo pueda romper, que, no sé, hay algunos que usan esos anillos... pircing... no sé, riesgos no más.”
(TS organizada, adulta, RM)

Un nudo en las posibilidades de promoción del condón femenino es la escasez y prácticamente nula presencia de puntos de venta en el país. Al respecto, las mujeres identifican claramente que se requiere de una ampliación y fuerte diversificación de los lugares para acceder al condón femenino. Al respecto sugieren su venta en farmacias, moteles y hoteles, locales de comercio sexual, sex shops y supermercados. Asimismo sugieren su distribución gratuita en centros de salud sexual y consultorios.

“En farmacias... en esas tiendas de sexo...”
(TS No organizada, adulta, VIII Región)

“Supermercados, farmacias... en moteles, en los hoteles... en cualquier lado, todos.”
(TS No organizada, adulta, RM)

“Que se entreguen en los consultorios, en el centro de ETS, que se entregue a cualquier tipo de matrona común de barrio, que va cualquier mujer equis dueña de casa y se dé a conocer ahí.”
(TS organizada, joven, RM)

“En las farmacias principalmente porque es a lo primero que uno acude es a una farmacia, en los consultorios por un tema de prevención y porque van niñas en busca de un método anticonceptivo... en los hospitales en estas salas donde nos atienden a nosotras que son especialmente relacionadas con el tema de sexualidad y transmisión...”
(TS No organizada, joven, RM)

La mayoría de las mujeres entrevistadas señala que la mejor forma de promover el condón femenino, es mostrándolo y explicándole a las trabajadoras las características del producto, forma de uso correcto, eficacia, etc. Las mujeres sugieren que estas actividades deberían realizarse a nivel masivo para que el condón femenino lo conozca toda la población, pero también a nivel focalizado entregando información en los lugares donde ellas se encuentran con mayor frecuencia, tales como locales nocturnos, calle y Centros de Salud Sexual.

Se observa que las trabajadoras sexuales organizadas son quienes más interés poseen en generar estrategias para promover el condón femenino entre las trabajadoras sexuales. En este sentido tienen gran relevancia el trabajo directo realizado por las organizaciones en el sentido de promover el autocuidado, entregar alternativas reales de protección eficaz, instalar el concepto de derechos sexuales y reproductivos en el comercio sexual, así como la dignidad y respeto por las trabajadoras.

“Yo como sindicato haría con mis pares por supuesto, haría una conferencia de prensa masiva, anunciando... ¡anunciando! Ni siquiera diciendo... anunciando el condón femenino. Que nosotras estamos bien paradas en la lucha contra el VIH SIDA, nos cuidamos nuestras vaginas...”
(Focus Group TS organizadas y no organizadas, RM)

“Visitando los locales, haciendo terreno, nosotros hemos hecho terreno y ha sido aceptado... dejando folletos y dando condones y explicando por qué estamos dando esto...”
(TS organizada, adulta, VIII Región)

El Centro de Salud Sexual y puntualmente la figura de la matrona, son piezas clave en la difusión de información a trabajadoras sexuales. Ellas perciben dichos centros y a la matrona como entidades que entregan información confiable, segura y que les ayuda en un marco de respeto y dignidad a mantener un trabajo y vida sexual saludable.

Por ello, deben ser un punto de difusión y promoción fundamental, para llegar de manera directa y efectiva a la población de trabajadoras sexuales. En zonas donde la presencia del Sindicato de Trabajadoras Sexuales es débil, el centro de salud sexual se transforma en “el” referente y punto de encuentro de las trabajadoras sexuales.

“Allí donde nos atendemos nosotras... sería bueno que nos mostraran...”
(TS organizada, adulta, I Región)

“... A través, como te digo, de los talleres... a grupos en dónde se haga conciencia de los problemas que estamos viviendo, del Sida y de las enfermedades de transmisión sexual...”
(TS organizada, adulta, RM)

2.2.2 Población Mujeres Viviendo con VIH/SIDA

2.2.2.1 Motivaciones, hábitos y actitudes hacia las prácticas de sexo seguro, uso de condón y otros métodos de prevención

➤ Percepciones sobre la sexualidad

La sexualidad es vivida y percibida como una dimensión relacionada con la afectividad y bienestar emocional. Desde esta dimensión afectiva, se valora positivamente y representa un ámbito importante en el desarrollo y bienestar individual.

Entre las mujeres no organizadas, pese a ser percibido como un ámbito íntimo valorado positivamente, se observa la presencia de varios mandatos sociales e ideales respecto a cómo vivir la sexualidad. En este sentido, tienden a hablar más desde sus representaciones ideales, es decir, desde sus deseos y anhelos, más que desde sus vivencias personales. De esta forma, se asocia la sexualidad con la pareja estable, el amor, la familia, y la procreación.

La situación anterior, puede deberse a la alta carga emotiva que representa enfrentar esta materia para las mujeres viviendo con VIH. Si bien para la sociedad en general es un tema acallado del cual cuesta hablar, se observa un conflicto interno acentuado en las mujeres viviendo con VIH, pues representa un ámbito positivo pero a la vez lleno de temores y culpas, por lo que intentan rescatar sus aspectos ideales y la dimensión afectiva con la pareja y los hijos, por sobre aquellas ligadas a las relaciones sexuales, los deseos y el placer.

*“Con el amor, tener hijos, milagro, cariño...”
(Focus Groups MVVIH organizadas y no organizadas, RM)*

*“De que forma lo veo, es una entrega mutua sincera, respetuosa,
leal de compañeros, eso es para mí.”
(MVVIH No organizada, adulta, I Región)*

*“...Entra todo, amor, eh, compatibilidad entre la pareja, deseo entre
ambos, eh. Eso es para la mi sexualidad, no solamente llegar al acto
(...) es como más entregativa, más, es como más, como se siente
como más deseo de tener algo con la otra persona.”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)*

“Eeeeh... bueno primero pa mí la sexualidad es tener amor... sentir algo por esa persona, y después. eeeh, son varios complementos para mí, importante, que, el respeto, el respeto, la confianza, el... la comunicación, y eso. Aparte (pequeñas risas) tener sexo.”
(MVVIH organizada, joven, RM)

Entre las mujeres organizadas, adquieren mayor importancia las asociaciones ligadas al placer, el propio cuerpo y el autocuidado. La noción de sujeto de derecho, y de derechos sexuales y reproductivos emerge con fuerza en este ámbito. En este contexto, la sexualidad forma parte de la vida cotidiana de las mujeres, y no necesariamente se encuentra relacionada con la actividad sexual en sí, sino con lo femenino y el autocuidado. De esta forma, la vivencia de la sexualidad y el sexo dependen en gran medida de cómo la mujer construya su identidad de género, es decir, cómo viva su sexualidad, cómo se autoperciba en cuanto su género, y el rol que asigne a la sexualidad en su identidad como mujer.

“Tiene que ver con la vida con el desarrollo humano, tiene que ver como mi identidad como persona tiene que ver con mi goce con mi deseo, con mi necesidad de sentirme amada y también con la necesidad de expresarme físicamente con otro...”
(MVVIH organizada, adulta, VIII Región)

“Conocerse a uno mismo, su cuerpo. Entonces yo separo la sexualidad de tener una relación sexual...”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

“...Lo asocio a mi vida diaria eh... todo lo que yo haga lo que sienta cómo me toco, lo que siento, todo se relaciona con la sexualidad, no tengo que estar sexualmente activa para tener sexualidad.”
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)

La dimensión del autocuidado es relevante para esta población, en la medida que también muchas veces se encuentra asociado a los temores y miedos en la vivencia de la propia sexualidad. Se trata de una sexualidad vivida con aprensiones y presiones, lo que inhibe el placer propio y potencia los sentimientos de culpa y preocupación, pero que a su vez potencia la sexualidad vivida con responsabilidad y las prácticas de mutuo cuidado para protegerse uno misma y a la pareja sexual.

“Eh... cuidándose al máximo, cuidándose tanto como en la pareja y al mismo tiempo uno también como mujer, claro que es complicado de repente decirle a su pareja que se cuide bueno cuando no, no sabe que está infectado... entonces eso es una responsabilidad quien lleva uno... es una responsabilidad muy grande...”
(MVVIH No organizada, adulta, VIII Región)

“Claramente, hay mucha frustración, no llegar al orgasmo, el dolor, pero eso lo puede uno evitar empezando a conocer su sexualidad”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

“... Implica todo lo que soy yo... tristeza también, eh, soledad, eh, compromiso, pero no un compromiso así, con la otra persona sino conmigo.”
(MVVIH organizada, joven, RM)

La sexualidad se vive satisfactoriamente en la mayor parte de los casos, y forma parte del bienestar individual integral, pese a no llegar a constituirse en un aspecto central de sus vidas. En este sentido, la sexualidad es importante en una dimensión del bienestar individual, pero se destaca aún más su valoración y contribución para mantener a la pareja sexual y la familia.

“... Importantísimo... porque conlleva a muchas cosas, conlleva a los afectos, a los regalones, a las carencias, a la capacidad que uno tiene de dar, a la capacidad de recibir, es una manera de vivir, una manera de expresar...”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)

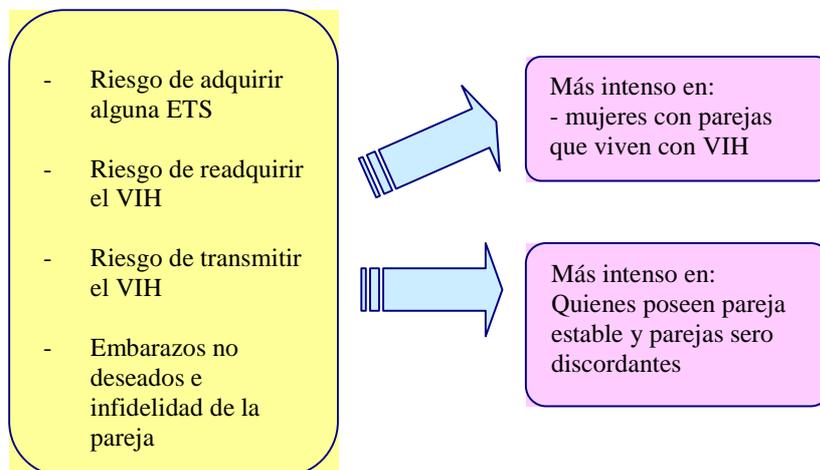
“Yo creo que, por una parte es importante, como le digo yo para conservar el matrimonio, para conservar a la pareja que tiene al lado. ... Por ejemplo a veces con mi esposo siento placer, otras veces no. Entonces no sé si es algo que está funcionando mal en mí, no sé si es por cosas que me pasaron antes, no sé si será por eso.”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)

“Es importante en el sentido de...de organizar una familia”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

“... Para no estar sola, porque uno puede compartir, puede apoyarse, como que no estar tan sola me entiendes, en la vida.”
(MVVIH No organizada, joven, I Región)

➤ Percepción de riesgos en la vida sexual

En cuanto a la percepción de riesgos en la vida sexual, en el grupo de mujeres viviendo con VIH se relacionan fundamentalmente con el riesgo de re-adquirir el virus y con mayor fuerza, con la posibilidad de adquirir alguna infección o ETS que pueda afectar su estado de salud; luego con el riesgo de transmisión del VIH a las parejas sexuales, percepción que es mucho más intensa entre quienes poseen pareja estable; luego; tercero, el riesgo de un embarazo no deseado y en la eventualidad que éste ocurra, la posibilidad de transmitir el virus al hijo(a); por último, en algunos casos, se percibe como un riesgo, la posibilidad de infidelidad de la pareja.



La preocupación constante por el estado de salud entre las mujeres que viven con el virus, hace que el principal riesgo percibido en la vida sexual radique en la posibilidad de adquirir alguna ETS que pudiese perjudicar su estado de salud y desestabilizarlas. Por otra parte, el riesgo de re-adquirir el virus, es percibido por algunas mujeres, sobre todo en aquellas que poseen una pareja que también vive con el virus.

“... Yo ahora estoy con terapia con triterapia, entonces corro bastante riesgo porque tengo el riesgo a retransmitirme el virus, entonces el virus que yo tengo se puede aumentar y re importante el riesgo que yo corro, me quedo sin defensas yo y además corro el riesgo de una gran infección.”
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)

“A ver, hoy día, hoy día existen las infecciones que ya está más que claro y que ese riesgo ya es un hecho...”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)

La percepción del riesgo de transmitir el VIH se observa con mayor fuerza entre quienes poseen pareja estable y en parejas sero discordantes. En este tipo de relaciones, la mujer percibe una elevada probabilidad de transmitir el VIH a su pareja sexual, y pese a que se fortalece el uso de medidas de protección, persiste la preocupación constante y en algunos casos un sentimiento de culpa, sobre todo en quienes tienen una relación estable.

*“Yo creo que el temor también a transmitir el virus...
uno igual está con ese temor”*
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

La percepción del riesgo de embarazos no deseados y de infidelidad de la pareja, es relativamente baja, y ambos se intensifican según las consecuencias que cada una de estas situaciones podría acarrear. Así por ejemplo, un embarazo no deseado se percibe como un riesgo alto, en la medida que implique transmitir el virus al hijo(a); y el riesgo de infidelidad se percibe como negativo por las consecuencias emocionales que podría tener así como la posibilidad de que la pareja adquiriera alguna ETS que pudiese ser transmitida a la mujer.

“Muchos, enfermedades, poder contagiar a mi pareja o tener un hijo enfermo, como que son miedos a veces.”
(MVVIH No organizada, joven, I Región)

“El contagio, una, una infección... y también una infidelidad poh, si pa’ que estamos con cosas, todos esos riesgos tú corres.”
(MVVIH No organizada, joven, VIII Región)

Existe un grupo significativo de mujeres viviendo con VIH que no percibe ningún riesgo en su vida sexual. Esta situación se debe a múltiples factores, pero entre las principales razones para tener una baja más bien nula autopercepción del riesgo se observan tres situaciones relevantes:

- En primer lugar no percibe riesgo alguno, quienes utilizan de manera consistente el condón masculino en sus relaciones sexuales.

*“No... en las mía no ninguna porque nosotros usamos preservativo... y eso riesgo, ya de nada y tampoco igual ya de contagiarme de otra cosa ya no creo...”
(MVVIH No organizada, joven, RM)*

*“Yo tengo relaciones sexuales en este momento sin riesgo... porque uso condón.”
(MVVIH organizada, adulta, RM)*

- Tampoco perciben riesgos, quienes confían en que sus parejas sexuales les son fieles, es decir, que señalan tener pareja única y exclusiva.

*“¿Riesgos?... honestamente no veo ninguno, porque tengo confianza en mi pareja, él me es fiel... y además de que confío en él.”
(MVVIH organizada, adulta, I Región)*

- Por último, no perciben riesgos quienes poseen un nivel elevado de información respecto a las formas de transmisión y adquisición del virus y de ETS. En este sentido, la información provee protección.

*“A ver, la verdad es que como riesgo, ninguno, porque me manejo súper bien el tema, entonces, conozco mucho... súper bien los riesgos, ahora, después de que fui enfrentada al tema.”
(MVVIH organizada, joven, RM)*

En general, se observa que las MVVIH/SIDA tienden a percibir un bajo nivel de riesgo en las relaciones sexuales que mantienen, por lo tanto, no visualizan una necesidad mayor de desplegar estrategias ante posibles riesgos. Quienes perciben riesgos en la vida sexual incorporan algunas medidas de protección entre las que priman el uso del condón masculino y en algunos casos la abstinencia.

Se observa que inciden en la reducida incorporación de medidas de protección en la vida sexual de las MVVIH/SIDA los siguientes factores: existe la sensación de no transmitir o de ser muy poco probable la transmisión del VIH a sus parejas sexuales hombres por el hecho de ser mujeres (menor eficacia en la transmisión mujer – hombre, que de hombre a mujer); el hecho de mantener relaciones con sujetos seropositivos hace que no se perciba mayor riesgo, pues el VIH ya se adquirió y nada más podría adquirirse; la existencia de pareja única estable genera plena confianza sobre su fidelidad, lo que evita la posibilidad de adquirir alguna ETS; y la baja importancia atribuida o en algunos casos el desconocimiento de la posibilidad de readquisición del VIH. Las dimensiones anteriores, operan como factores que impiden que estas mujeres sientan actualmente que pueden correr riesgos y por lo mismo, pensar en nuevas formas de protección.

“Ninguna poh, no porque es mi pareja y si no estoy con él no estoy con nadie... Y él acepta esta situación (no usar condón) y corre los riesgos de adquirirla él... los corre no más poh.”
(MVVIH No organizada, joven, I Región)

“Yo lo tengo desde hace seis años, ¿de qué me podría proteger si el VIH lo adquirí de otra persona?”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

“O sea, yo pienso que después de que una tiene una pareja por tantos años, yo tengo VIH, no creo que tuviera una pareja negativa porque si no estaría con ella, entonces yo no siento que tenga que cuidarme ni que yo tenga que cuidarlo a él, todos los preservativos y métodos están y la pregunta está siempre ahí.”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

Entre quienes identifican riesgos y adoptan medidas de protección de una manera más consistente, surge una nueva medida de protección que -si bien, aún no ha sido incorporada por las mujeres- la conocen y les llama la atención. Esta nueva medida de protección señalada por la MVVIH es el condón femenino.

“Bueno, si existiera el condón femenino pienso que sería bastante más fácil, para nosotras las mujeres... Si existiera la posibilidad de que fuera más acsequible, ¿assequible?(se refiere a asequible)”
(MVVIH organizada, adulta, RM)

*“... Ahora que sale el preservativo de la mujer mucho mejor, que mejor todavía porque a veces nos atrevemos solas en algún momento poh... Claro porque de repente, para hacerle la vida más fácil a la pareja puede ser también.”
(MVVIH No organizada, adulta, VIII Región)*

*“Había pensado en este tema del condón femenino, porque te decían que te lo podías poner ocho horas, cuatro horas antes”
(MVVIH organizada, joven, RM)*

*“El preservativo femenino, esa es como otra opción... Yo con los antecedentes que tengo del condón femenino, para mí sería una solución, definitivamente, porque tengo entendido que lo puedo colocar 8 horas antes, de tener relación, cosa que no creo en el condón masculino porque al hombre le incomoda el hecho que estén justo excitado y para un poquito sacar el preservativo y colócatelo...”
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)*

El condón femenino aparece como una nueva medida de protección que neutralizaría la negativa de sus parejas sexuales a usar el condón masculino, dado que este nuevo dispositivo no interrumpiría el acto sexual, además no resultaría incómodo para el hombre en la medida que no le aprieta, duele ni molesta.

➤ Percepciones y experiencias con métodos de protección

La mayor parte de las mujeres viviendo con VIH/SID conocen diversos tipos de métodos anticonceptivos. En la mayor parte de los casos, la mujer decide qué método usar por prescripción del médico tratante o la matrona del centro de atención de PVVIH. A diferencia de las otras dos poblaciones, trabajadoras sexuales y estudiantes, en este grupo incide con mayor intensidad la opinión de los profesionales de salud, que poseen, según las entrevistadas, conocimientos específicos sobre el uso de métodos de protección o de anticoncepción en personas viviendo con VIH/SIDA.

*“Cuando te dan el diagnóstico en el hospital te explican que tenís que usar condón y todo lo demás.”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)*

*“En el hospital. A una le dicen que hay que usar preservativo.”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)*

*“En el hospital, a la doctora o a la matrona que esté en el hospital (...) es que nosotros como que nos quedamos con eso con lo que nos da el hospital no buscamos como otros métodos.”
(MVVIH No organizada, joven, RM)*

Es frecuente entre MVVIH informarse sobre los métodos de protección en los grupos de apoyo tanto de los centros de atención a PVVIH, como de las organizaciones de PVVIH, aún cuando no se pertenezca de manera activa a ellas. Pese a que la información entregada por los profesionales de salud en los centros de atención es valorada positivamente, y se confía en ella, la información que es entregada por las agrupaciones de PVVIH/SIDA es percibida como más confiable y actualizada.

*“No, básicamente de las agrupaciones porque uno cree que los profesionales de la salud están siempre capacitados para dar esa información y cuando uno conoce la agrupación y empieza a adquirir información, uno se da cuenta que es muy poco lo que entregan, es muy poco lo que manejan, entonces ahora yo confié mucho más en las agrupaciones porque están mucho más al día con todo, en toda la información.”
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)*

“Aparte que te derivan a otros grupos y te dicen anda participa y ahí con los mismos pares una se va enterando, de repente hasta el mismo médico sabe menos que uno.”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

La mayoría de las MVVIH/SIDA señala que el principal método de protección que utilizan es el condón masculino, por su triple prevención de ETS, readquisición / transmisión del VIH y embarazos. Se observa que el condón masculino es utilizado de manera irregular principalmente por negativa de la pareja sexual e incomodidad, así como por la baja autopercepción de riesgo. De esta forma, pese a que el condón es muchas veces el único método de protección que se utiliza, éste no es usado de manera consistente, básicamente porque las mujeres no son capaces de imponer su uso ante parejas sexuales que lo consideran incómodo, molesto y que no desean usarlo.

“Condón, a veces solamente porque igual es difícil que el hombre acepte ponerse condón, entonces cuando puedo.”
(MVVIH No organizada, joven, I Región)

“Solo el preservativo en ocasiones, es más la abstinencia sexual, de hecho él tiene que estar muy bien excitado para usar el condón...”
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)

Algunas mujeres entrevistadas utilizan otros métodos anticonceptivos complementarios al condón masculino, que van desde los dispositivos intrauterinos a las píldoras anticonceptivas. También se menciona la esterilización. Se observa que el preservativo masculino se utiliza por su protección frente a ETS y la posibilidad de transmitir el virus o de readquirirlo, en el caso de mujeres que poseen parejas seropositivas.

“... Ahora estoy colocándome el “mesejil” que es una inyección que se coloca una vez al mes y preservativo porque sin preservativo no tenemos relaciones.”
(MVVIH No organizada, joven, RM)

“Solamente el condón masculino... Sí porque yo ya no puedo tener guagua así que no necesito cuidarme de la fertilidad digamos, ahora yo me cuido sólo de que, de no adquirir nada.”
(MVVIH organizada, adulta, RM)

Varias entrevistadas señalan que no utilizan ningún método de protección en las relaciones sexuales que mantienen, o bien, que utilizan condón masculino sólo de manera circunstancial. El no uso de algún método de protección se relaciona con la baja o nula autopercepción de riesgo. Se observa que por el hecho de vivir con el VIH/SIDA, varias mujeres, no identifican nuevos riesgos reales que pudiesen movilizarlas a utilizar de manera consistente algún método de protección, sobretodo para no readquirir el virus o alguna ETS.

“No, nada.”

(MVVIH No organizada, joven, VIII Región)

“Lo hago sin preservativo con mi marido... se supone que lo tengo que hacer con preservativo y lo hago sin preservativo, le digo a la doctora que sí, a todos que sí pero, lo hago sin preservativo porque a él no le gusta poh... yo no estoy ni ahí, me da lo mismo...”

(MVVIH No organizada, joven, RM)

La mayor parte de las usuarias de condón masculino, hace un uso poco consistente del mismo. Los principales motivos para no usar el preservativo se deben a la negativa de sus parejas sexuales, en particular señalan que es incómodo, interrumpe el acto sexual y les aprieta. A lo anterior se suma, que varias mujeres perciben una baja probabilidad de adquirir alguna ETS, sobretodo cuando confían en la fidelidad de sus parejas estables; también tiene una baja o en ocasiones nula percepción del riesgo de readquirir el virus, sobre todo cuando tienen parejas sexuales que también viven con VIH/SIDA. La conjugación de estos factores hace que muchas mujeres VVIH no perciban la necesidad real de utilizar el condón masculino como método de protección, y su uso se restringe a situaciones particulares (sentirse mal, baja en las defensas, irritación de los genitales u otros) o parejas sexuales específicas por lo general ocasionales.

“No (usamos condón masculino)... los dos sentimos que no es lo mismo que así natural, no... cuando a él de repente le salen unas cositas en el pene y es mucho el deseo, dice ya recuremos al preservativo.”

(MVVIH No organizada, adulta, RM)

“...Nos protegemos... como cuando yo digo “me siento muy mal, me siento débil”, o él igual, nos prevenimos pero son ocasiones.”

(MVVIH No organizada, joven, VIII Región)

“Preservativo no siempre... porque para él era un atado usar preservativo... además que he escuchado otras versiones de que uno tiene pocas posibilidades de infectar a la pareja, entonces una queda como más tranquila sin preservativo...”
(Focus Groups MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

“La verdad es que yo lo he usado siempre... pero en algún momento él me pidió que no lo usáramos cuando ya llevábamos una relación más estable y... porque a mi pareja no le gusta usarlo, no le gusta dice que se le corta la leche, que le da lata que le aprete, le incomoda y él opta por terminar afuera, porque cree que así no corremos ningún riesgo, igual corremos riesgo.”
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)

Sólo algunas mujeres VVIH utilizan condón masculino en todas sus relaciones sexuales. Por lo general, se trata de mujeres con mayor percepción de riesgo de readquirir el virus o que sus parejas lo readquieran y mujeres multipareja.

“Sí siempre, no, porque me contagié más, porque eso pasa si nosotros no usáramos preservativo yo lo contagio más a él, y él me contagia más a mi ... y el virus se hace más fuerte.”
(MVVIH No organizada, joven, RM)

“Siempre, siempre, porque yo no tengo pareja estable.”
(MVVIH organizada, adulta, RM)

Las mujeres coinciden en que la poca disposición de sus parejas hacia el uso del condón, es la razón por la cual no utilizan el dispositivo en todas sus relaciones sexuales. Esta razón y la percepción de que la relación sexual es más placentera sin preservativo, resulta un argumento aceptable para ellas, que incluso contribuye a que algunas vivan sus relaciones sexuales con mayor tranquilidad. Se observa que se privilegia el evitar posibles conflictos y la satisfacción sexual, por sobre el cuidado de la salud.

El bajo nivel de empoderamiento está asociado a quienes mantienen relaciones afectivas. De esta forma en relaciones sexuales ocasionales las mujeres logran imponer el uso del preservativo con mayor eficacia, muchas veces condicionando la relación sexual al uso del método, sin embargo, cuando se establece una relación estable en términos afectivos, la capacidad de negociar y de imponer el condón se reduce considerablemente, primando la satisfacción sexual así como evitar posibles conflictos con la pareja por no querer usar preservativo.

*“...Que me cuesta un mundo pa’ que lo use,
así que de repente me hago la loca y no lo usamos.”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)*

La minoría de las mujeres usa frecuentemente el condón masculino. Las razones de uso continuo tienen que ver con autocuidado, en particular con evitar posibles ETS o riesgos de infecciones, y también con evitar el malestar emocional de pensar que se está transmitiendo el VIH o readquiriendo una nueva cepa del virus.

*“Yo personalmente, porque yo soy portadora de VIH, porque obviamente que soy un riesgo para cualquier persona que yo vaya a tener relaciones con él... entonces es sentir que estás haciéndole un daño a alguien que a lo mejor no... que obviamente no lo merece.”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)*

*“Por el miedo a, a infectar a otra persona...
que no su sufra lo mismo que yo sufrí... Y yo también,
porque también corro el riesgo de, de otras infecciones.”
(MVVIH organizada, joven, I Región)*

*“Bueno porque yo soy VIH y él no... de modo para que él se cuidara... sí, y para cuidarme a mí también... de las infecciones, de las enfermedades oportunistas que andan por ahí.”
(MVVIH organizada, joven, RM)*

➤ **Decisión y negociación sobre método de protección con la pareja sexual**

En general, las entrevistadas señalan que la decisión sobre el uso de métodos de protección es una decisión conjunta entre la mujer y su pareja, en particular con su pareja estable, sin embargo, se observa que el uso final de dicho métodos depende en mayor medida de la autopercepción de riesgo y nivel de empoderamiento de cada mujer, es decir que poseen un mayor control sobre sus decisiones y prácticas de autocuidado.

La mayor responsabilidad en estas decisiones es asumida por las mujeres, y el uso consistente de métodos como el condón masculino, depende en gran medida de la autonomía y capacidad de negociación de cada mujer, más que de una decisión conjunta y en menor medida, de una iniciativa de la pareja, porque por lo general, el condón masculino es rechazado por las parejas sexuales de las MVVIH.

“No, sí a veces se habla como un acuerdo, eh, pero a veces más que nada soy yo la que me, estoy ma’ -oye- así poh, pero el hombre es como ma’... y para qué, por si acaso, con más cuidado...”
(MVVIH No organizada, adulta, I Región)

“Los dos... no sé cuando ya hemos estado como un buen rato los dos, como que se da en el momento, es como algo natural, al principio no, era así como que cortaba todo... pero teníamos que hacerlo, pero ahora seguimos y es mejor.”
(MVVIH No organizada, joven, RM)

“Yo creo que es una decisión conjunta... si el otro no está de acuerdo se conversa antes siempre... se negocia.”
(MVVIH organizada, adulta, VIII Región)

Entre aquellas mujeres que no tienen pareja estable, quienes poseen una mayor autopercepción del riesgo de readquirir y transmitir el virus, así como un mayor empoderamiento en sus decisiones de salud sexual y reproductiva, se observa una mayor capacidad para imponer el condón masculino a sus parejas sexuales. Se plantea en este sentido que la preocupación de los hombres tiende ser menor, y que éstos no incorporan prácticas de auto y mutuo cuidado por lo que las mujeres deben, para cuidarse ellas mismas, usar alguna medida de protección en su vida sexual, para enfrentar los riesgos.

“Lo decido yo en realidad, sí, lo decido yo... Viene desde mí, porque los hombres nunca te van a plantear eso, es muy raro que tú vayas a algo y el tipo ande con el condón en el bolsillo...”
(MVVIH organizada, adulta, RM)

“Es parte de la relación, ahora, sí soy yo la que provee el tema, la que me encargo de comprarlos, la que me encargo de que nunca me falten, la que me encargo de siempre andarlos trayendo en la cartera, porque a la hora que le digo: “acuérdate de traerlos” ¡jamás!”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)

“Yo (decido)... antes no, antes estuve con mi marido... y eeh, sin nada... ahora no, ahora conversar, y la forma de cuidarse... eeh, decirle la verdad que soy VIH, que, que él tiene que cuidarse.”
(MVVIH organizada, joven, RM)

En menor proporción, el uso del condón en las relaciones sexuales está asumido por la pareja sexual, por ello no es necesario tener que negociar su uso constantemente, y de hecho, el hombre tiende a imponer su uso en mayor medida que la mujer. Cuando la mujer quiere usar condón masculino y el hombre no, el uso tiende a ser menos consistente y la negociación más compleja, porque la mujer señala que finalmente la decisión de usar o no usar condón masculino, depende del hombre. En cambio cuando el hombre desea imponer el preservativo a la mujer, ésta asume y acepta de mejor manera utilizar protección.

“Eh... él decide... ahí me deja imposibilitada en poder decidir sobre lo que yo quiero, porque si él lo usa o no lo usa eh... a mí no me da ninguna opción, no tengo ninguna opción.”
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)

“Si él se da cuenta que va a pasar, simplemente se coloca el preservativo y ya no es que yo lo esté obligando o si yo le tenga que decir o rogarle que se yo que él me haga escándalo, es que pucha, no... simplemente se lo coloca... es algo mutuo no es una cosa obligada ni nada...”
(MVVIH No organizada, adulta, VIII Región)

“Al principio éramos los dos, pero en realidad él decide si lo usa o no lo usa, porque son los condones, entonces él decide cuando lo va a usar, a veces no lo usa, porque no le gusta.”
(MVVIH No organizada, joven, I Región)

El grado de autodeterminación en las decisiones de salud sexual y reproductiva, generalmente se reduce e inhibe cuando la mujer posee una relación afectiva que percibe como estable. La confianza en la fidelidad de la pareja, el amor y compromiso inciden en reducir la capacidad de gestionar su riesgo, y en particular de negociar e imponer finalmente el preservativo. Lo que la mujer busca, es evitar posibles conflictos con la pareja, junto con percibir que el hombre tiene derecho a decidir no usar preservativo, ya que este dispositivo se utiliza en su cuerpo, y por ello, puede negarse a usar el condón masculino si éste le molesta o incomoda.

“Uno puede decirle que el preservativo, el condón, pero al final, si no se lo quiere poner, no queda otra.”

(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

“Ahí me deja imposibilitada en poder decidir sobre lo que yo quiero, porque si él lo usa o no lo usa eh... a mí no me da ninguna opción, no tengo ninguna opción...”

(MVVIH organizada, joven, VIII Región)

“Ahí es donde uno al final dice que sí, se hace la loca.”

(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

“Hemos tenido unas peleitas con respecto... hay que presionar un poco... porque como te digo él utiliza la técnica de que “no, que me aprieta, que son muy chicos, que molestan”...”

Entonces tratamos de buscarle el lado lúdico...”

(MVVIH organizada, joven, RM)

“Va por una parte de la cultura del hombre, porque la cultura del hombre no le dice que hay que usar preservativo... o sea tener relaciones con preservativo es no sentir nada en no sentir placer, ¿cachai?, entonces ellos se van limitando.”

(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

En el caso de mujeres sin pareja estable, y que indican tener relaciones con parejas sexuales ocasionales, previamente al acto sexual, hay un diálogo y negociación con la pareja sexual. En estas mujeres se observa mayor empoderamiento, además de poner el condón como requisito para tener la relación sexual, principalmente buscando protegerse de alguna ETS o de infecciones que puedan perjudicar su estado de salud. Esta negociación consiste en conversar previamente al acto sexual, y manifestar que el uso del condón es un requisito para tener relaciones sexuales; si esta negociación fracasa, se opta por no tener relaciones sexuales.

*“Como dije yo no, con condón o nada, yo no voy a ceder eso”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)*

*“Sí claro, yo tengo mi estuchito y saco mi cosita y lo pongo en la mesa y les digo “ahí está” Sin, esto, entre nosotros no hay juego sin esto. Y al principio los hombres se asustan, preguntan por qué, entonces tienes que decirles: “porque es necesario, por prevención pa ti y pa mi, yo no sé con quién andas tú y tú no sabes con quién ando yo, por prevención...”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)*

*“No hay relación sexual... no hay sexo... en el caso de que por ejemplo cuando empieza no que no, que no sé, que no sé cuanto? ya estoy como en terreno y explica y por qué y no tengo porque explicarle a todo el mundo que yo vivo con VIH, tú negocias hasta cierto punto cuando ya empiezan a oír que tenía algo qué?... chao yo no voy a permitir que la persona que me va a penetrar que va a tener sexo conmigo, me esté cuestionando porque eso, es indigno cachai.”
(MVVIH organizada, adulta, VIII Región)*

La situación final respecto del uso de protección cuando la pareja sexual no quiere usar el condón es que la mayoría de las mujeres finalmente tiene la relación sexual sin protección. La minoría señala que si la pareja sexual no quiere usar el condón masculino, no se tiene la relación sexual y esta situación ocurre con mayor frecuencia entre mujeres con parejas sexuales ocasionales y que poseen mayor autonomía en sus decisiones sobre salud sexual y reproductiva.

➤ Incidencia de la experiencia de notificación en la vida sexual

La experiencia de notificación implica una vivencia de duelo por parte de todas las mujeres, y señalan que ha impactado negativamente en su vida sexual y en la construcción de relaciones de pareja. La notificación, en la mayoría de los casos, fue una situación dramática que marca un quiebre entre un antes y un después en la vida sexual y afectiva de algunas de las entrevistadas.

Muchas de ellas coinciden que la notificación implica una experiencia de alto impacto emocional, que genera dificultades en todos los ámbitos de la vida, en particular a nivel personal implica un quiebre en los proyectos de vida y en los planes futuros; a nivel de pareja representó muchas veces una ruptura dramática, así como pérdida de la confianza en la pareja y la creencia de que no se volvería a encontrar una pareja en quien confiar. A nivel familiar, surgen angustias respecto al bienestar de los hijos y temores respecto al cuidado futuro de los mismos.

“Es decir, los primeros dos o tres años fueron espantosos, espantosos porque creí que nunca más en mi vida iba a ser capaz de hacer el amor de nuevo, por temor, no por una incapacidad física, si no que por temor...”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)

“Bueno la afectó porque resulta que... en mi vida sexual a mí me castraron de un huascaso... Hay un antes y un después, sí, para mí lo fue pero absolutamente y te digo que fue terrible...”
(MVVIH organizada, adulta, RM)

“Yo me puse en... en la, en mi, en mi mente que no puedo estar con otra persona... porque no me gustaría que otra persona pase lo mismo que yo pasé... y que me iba a morir, que me iba a morir... se me vino al tiro a la mente eso.”
(MVVIH organizada, joven, I Región)

“Un año de duelo... un año de duelo sexual, un año de reconocimiento de mi persona, de negarme a tener otra pareja esporádica, cachai, o del momento ¡y ni siquiera pasarme por mi mente la idea de rehacer de nuevo mi vida con otra persona!, yo decía - ¡no! -, más encima yo decía - quién te va a querer con esto...”
(MVVIH organizada, joven, RM)

“Horrible, vivir con miedo de infectar a la gente, con miedo de tener hijos y de morir también, esta es una enfermedad que te morís... hay que vivir con el susto, con más precauciones y miedo...”
(MVVIH No organizada, joven, I Región)

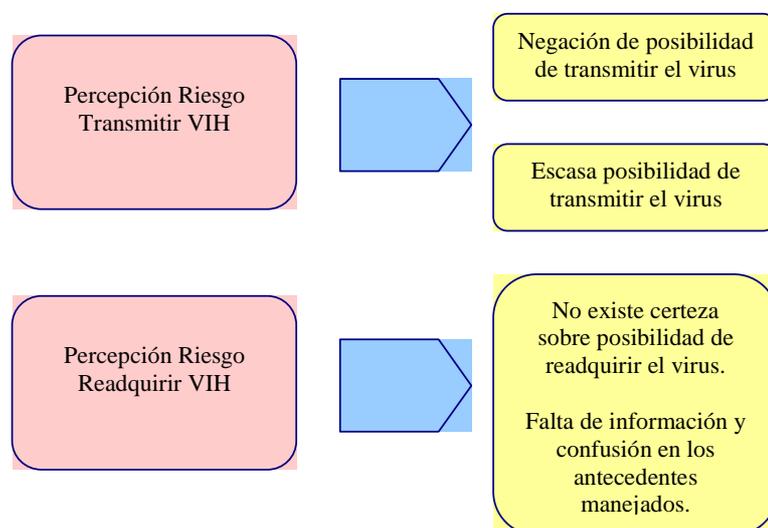
“No hay interés porque eh... el hecho de hacer el amor podemos enfermar más, es una lata pensar en eso, hemos hablado el tema por qué Dios nos castigó con esto...”
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)

Algunas mujeres viven con malestar las relaciones sexuales cuando sus parejas no quieren usar protección, ya que surge la sensación de culpa y de necesidad de asumir el rol de cuidar al otro, aún cuando éste se niegue.

“El siempre lo supo, yo le decía pasa esto conmigo no me interesa me dijo él; bueno le dije yo pero usemos preservativo, una pura vez si, la segunda no quiso, no hubo caso, pero siempre andaba con la angustia, que la persona a la que más quiero le hago daño, como si fuera mi hijo... y tampoco se quiere hacer los exámenes, porque es reacio a eso, me costaría un mundo.”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

➤ **Autopercepción de riesgo de transmitir el VIH/SIDA.**

Basadas en la baja eficacia de la transmisión del VIH de mujer a hombre, la mayor parte de las entrevistadas percibe un bajo, y en ocasiones nulo riesgo de transmitir el VIH a sus parejas sexuales hombres. Asimismo, la mayoría no tiene información suficiente para saber que existe la posibilidad de readquirir el virus, por ello se observa confusión en el manejo de antecedentes sobre la materia, hecho que redundo en que muchas mujeres no perciban el riesgo de readquirir el virus en las relaciones sexuales que mantienen.



Algunas mujeres señalan no tener certeza ni manejar información específica sobre su capacidad de transmisión del virus a sus parejas sexuales, y otras indican que manejan antecedentes que indican que esta posibilidad de transmisión mujer a hombre no existe. Es probable que la baja eficiencia en la transmisión del virus de mujer a hombre confunda a las mujeres, en el sentido de homologar una baja eficiencia en la transmisión con una nula probabilidad de que dicha situación ocurra. Esta postura es adoptada tanto por mujeres organizadas como no organizadas.

En este contexto se observan dos relatos, por una parte, mujeres que niegan rotundamente la posibilidad de transmitir el virus, y por otro lado, mujeres que indican que esta posibilidad es tan baja, que prácticamente no existe.

Quienes señalan que no hay posibilidad de transmitir el virus aluden que aún manteniendo relaciones sexuales sin protección, no le han transmitido el virus a sus parejas sexuales, segundo, que el mantener una carga viral indetectable o baja anula la posibilidad de transmitirlo, y por último, que si se utiliza de manera correcta el preservativo no hay posibilidad de transmitir el virus. Esta última posición, no niega la posibilidad de transmisión del virus al hombre, pero sí señalan que la inhibe o controla de manera eficaz, al punto de hacerla una posibilidad muy remota, casi nula.

“...Estuve hace poco con las mujeres de una organización y recién ahí supe que uno no transmite el virus, que estaba puro leseando, y yo te digo por experiencia propia.”

(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

“Yo tuve una pareja durante seis años y nunca le pasó nada.”

(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

“Yo sé que no tengo ningún riesgo de transmitirlo, porque en este minuto estoy indetectable, lo que hace que el virus esté muy bajito... así que sé que no puedo infectar.”

(MVVIH organizada, joven, RM)

“No a transmitirlo. No, porque yo coloco el condón perfecto. Si la otra persona se lo coloca y yo tengo un riesgo que se pueda romper, porque yo sé que lo puedo colocar bien, porque a la más mínima duda yo lo saco y lo vuelvo a colocar de nuevo, cachai...”

(MVVIH organizada, joven, RM)

Quienes indican que existe la probabilidad de transmitir el VIH de una mujer a un hombre es tan baja que prácticamente no existe, utilizan los siguientes argumentos para reafirmar su postura: que no hay estudios científicos que demuestren que la mujer transmite el virus al hombre, y por otra parte, la eficiencia en las transmisión es tan baja, que prácticamente no ocurre.

“Sí, existe la posibilidad... pero en las mujeres es menos frecuente que en el hombre... como que cuesta más que le hombre se contagie... en cambio la mujer no, puede que en la primera relación sexual con un portador o un... una persona infectada se contagie, corra la mala suerte de contagiarse automáticamente.”

(MVVIH No organizada, joven, VIII Región)

“Lo que pasa es que nunca se han hecho estudio sobre eso en la mujer, además está comprobado científicamente, pero sí la mayoría que estamos enteradas y nos manejamos en esto, sabemos que la posibilidad de que una mujer le transmita el virus a un hombre en mucho menor a que un hombre le transmita el virus a una mujer.”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

Junto a la percepción de baja probabilidad de transmitir el VIH, se observa una baja percepción del riesgo de readquirir el virus; primero, porque no manejan antecedentes claros sobre la posibilidad de que el virus se pueda readquirir, segundo, que al usar métodos de protección en las relaciones sexuales sienten que esta posibilidad es prácticamente nula.

Quienes han tenido relaciones sexuales sin protección no han observado un aumento en su carga viral y por ello, se tiende a pensar que la posibilidad de readquisición no existe. Esta opinión se reafirma en el caso de mujeres que no han recibido información certera, fundamentalmente del personal de salud del centro de atención o de las organizaciones en las que participan, que les indiquen y comprueben “científicamente” que esta posibilidad de readquisición existe. Asimismo, los controles periódicos de salud de ellas y sus parejas sexuales, no dan cuenta de alzas en la carga viral, por lo que tienden a pensar que la posibilidad de readquisición no es cierta.

“De la re-infección, que le llamamos, la verdad te voy a confidenciar, que yo en lo personal no creo mucho en eso... porque nosotros llevamos un año y tanto juntos y por la cantidad de veces que hemos dejado de usar el condón y todo lo demás y no ha habido ninguna alza en lo que es la carga viral...”
(MVVIH organizada, joven, RM)

“Por supuesto que sí lo tengo (riesgo de readquirir el virus), pero como te decía hace un rato yo tengo la confianza de tener pareja única... y aparte de que igual, tener exámenes periódicamente, que él tiene, igual me enteraría.”
(MVVIH organizada, adulta, I Región)

“A ver, el readquirirlo... los dos riesgos (transmitir y readquirir) no creo estar, entre comillas poniéndome en riesgo, porque si estoy tomando las prevenciones que tengo a la mano de hacerlas lo hago, por lo tanto estoy previendo...”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)

2.2.2.2 Percepciones, experiencias, motivaciones y disposición respecto del uso del condón femenino

➤ Imaginario y percepción del condón femenino

La mayor parte de las mujeres VVIH tiende a asociarlo de manera positiva con una nueva opción de protección, asimismo lo asocian a un elemento propio de las mujeres, por la asociación de palabras femenino, mujer, cuidado de la salud de la mujer.

*“No sé, igual pienso que debe ser parecido como al de hombre...”
(MVVIH No organizada, adulta, VIII Región)*

*“Lo relaciono con libertad sexual, libertad, con liberarme yo como mujer el darme la herramienta para decidir como protegerme, protegerme antes de una relación.”
(MVVIH No organizada, joven, VIII Región)*

Cuando intentan imaginar su aspecto, lo asocian al condón masculino, en cuanto a forma, material y utilidad, porque es el más cercano y casi único referente que les permite imaginarlo. Se asocia a un receptáculo similar a la forma del condón masculino, que se introduce en la vagina, también se relacionan al material del condón masculino, látex o goma.

*“Una custión así como de goma, se me imagina así como una forma de tapa, una pelela... una guevía así que te metis por la vagina.”
(MVVIH No organizada, joven, I Región)*

*“Lo veo como un condón femenino, lo veo como el mismo plastiquito, el mismo látex que usan los hombres pero en vez de usarlo pa fuera lo usai pa dentro... es una muy buena herramienta pa las mujeres, definitivamente...”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)*

Al no existir referentes conceptuales ni visuales sobre el condón femenino, a muchas mujeres les cuesta imaginar su aspecto y atributos. Por ello, el dispositivo genera curiosidad, y es asociado positivamente a algo novedoso que dan ganas de conocer.

En este contexto, surgen muchas dudas e inquietudes respecto al condón femenino, en particular sobre su aspecto y forma de uso. Lo desconocido del dispositivo genera cierta atracción e interés por obtener más información así como por poder conocerlo, lo que favorece una disposición favorable e interés por acceder al método de manera directa, es decir poder verlo, tocarlo y sentirlo, además de obtener la información necesaria sobre su modo de uso.

*“No sé, porque no se me imagina, porque cuando lo escuché, dije cómo puede ser... no entiendo algo que se meta... no sé, no cacho.”
(MVVIH No organizada, joven, RM)*

*“Se me imagina que puede ser cómodo no más... grande, largo, y no sé cómo se pondrá (Ríe), esa es la duda que tengo, cómo se podrá afirmar. Me llama la atención.”
(MVVIH No organizada, adulta, I Región)*

➤ Experiencia de uso del condón femenino

Si bien muchas mujeres viviendo con VIH conocen el condón femenino, la mayor parte de ellas no lo ha usado, y tampoco conocen personas cercanas que hayan tenido dicha experiencia. Entre quienes lo han usado se destaca la posibilidad de contar con el método como otra opción de protección, sin embargo, pese a que se observa que las experiencias con el condón femenino han sido positivas, las mujeres sienten que han sido pocas y que para el condón femenino, se necesita cierto manejo y práctica en el uso, que les permita llegar a utilizarlo correctamente y que éste no resulte incómodo.

*“Sí, yo lo he usado... No fue como permanente o en un tiempo prolongado en un tiempo largo, fue esporádico... (lo usé) 5, 6, 8 (veces). Al principio, enredá y complicá, pero no, después te acostumbras y te conoces y... lo sabes usar no más poh.”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)*

*“Sí, lo use una vez pero en muy malas condiciones... sentía que me quedaba grande poh, era como haberme metido una bolsa plástica pa dentro... entonces yo no sé si a lo mejor no me lo puse bien, bien puesto y con el apuro y toda la cuestión.”
(MVVIH organizada, adulta, RM)*

*“Siento que necesito práctica... definitivamente necesito practicar el uso ya, eh, porque la primera vez sonaba como los diablos ya... totalmente así como cua, cua cua... así como mata pasiones, chao, y después me lo puse, así como distinto y lo introduje como bien en la parte de arriba bien pegado a los bordes y no quedó con aire y realmente existe efecto y no sonó, fue agradable”
(MVVIH No organizada, adulta, VIII Región)*

Entre quienes han utilizado el condón femenino, las experiencias de uso han sido pocas, por lo que la evaluación que se hace de las mismas tiende a ser vaga y a dar cuenta de las dificultades que enfrentaron en dicha ocasión, sobretodo del poco manejo que tenían del dispositivo y de la necesidad de capacitación en la utilización y manejo adecuado del condón femenino, con el objeto de securizar a la mujer en su uso, y hacer la relación sexual más cómoda y placentera. Pese a lo anterior, las experiencias de uso del condón femenino son percibidas favorablemente y con instrucciones de uso precisas señalan que son solucionables las dificultades enfrentadas.

➤ Nivel de conocimiento del condón femenino

Muchas mujeres VVIH entrevistadas conocen el condón femenino, debido a su participación en agrupaciones de PVVIH o por haber asistido a actividades que éstas realizan, así como porque lo han escuchado o leído en algún medio de comunicación masivo, en especial, han escuchado de él en la televisión.

*“En la televisión, escuché en un programa de televisión, no me recuerdo qué programa fue que iba a salir este método.”
(MVVIH No organizada, adulta, VIII Región)*

*“Aquí en el Vivo Positivo, en los talleres, en este tema de la, como te decía soy monitora de derechos sexuales y reproductivos y ahí.”
(MVVIH organizada, adulta, RM)*

La mayoría de las mujeres que han escuchado hablar del condón femenino, lo conocen hace menos de dos años, pero resulta importante señalar, que dos de ellas, lo conocen hace más de diez años.

*“Aproximadamente hace... diez años”
(MVVIH No organizada, joven, VIII Región)*

*“Emmm, pucha, 20 años atrás, 22 años atrás...
Creo que fue la primera vez que conocí un, una membrana que le llamaban. Sí, yo diría 22 años atrás, yo tenía 18, 20 años...”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)*

El nivel de conocimiento de las características del condón femenino no es muy amplio, y en algunos casos se duda sobre la veracidad de la información que poseen. Las mujeres retienen información general sobre el dispositivo, principalmente relacionada con su tamaño, forma, material y modos de uso. Quienes lo conocen son principalmente MVVIH organizadas.

*“Es más grande que el masculino, el femenino es mucho más grande con una argolla, que es de material de polibteretano (se refiere a poliuretano)... tiene más resistencia...”
(MVVIH organizada, joven, RM)*

“Sé que tiene 2 anillos chicos, que mide aproximadamente 18 cm, es de poliuretano, se puede colocar 8 horas antes... eh... me parece que se puede más de una relación no estoy muy segura.”

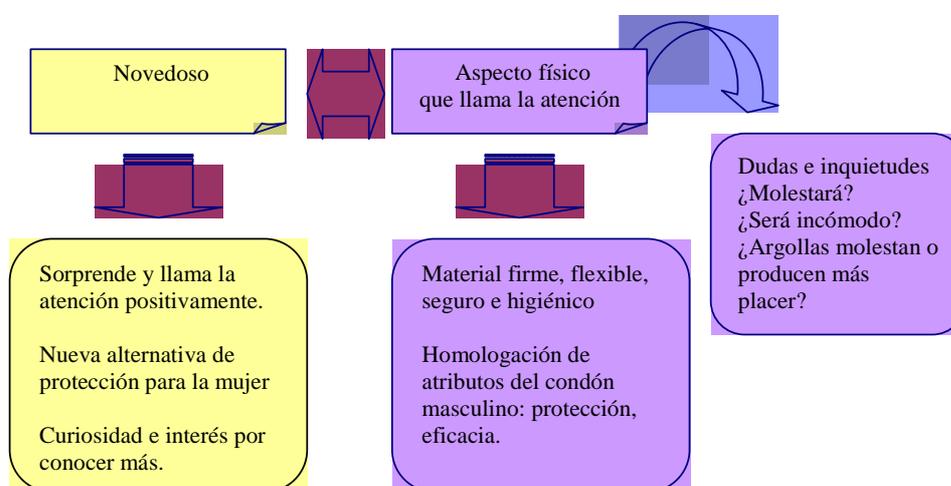
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)

“... Que el condón femenino se introduce en la vagina, que es un material totalmente inofensivo, no es dañino, lo puedes usar varias horas antes de la relación, lo puedes tener tú ahí y no te produce incomodidad, y tiene dos aros, y que no es re utilizable.”

(MVVIH organizada, adulta, I Región)

➤ Reacciones espontáneas al conocer el condón femenino

Si bien existe una primera reacción positiva hacia el condón femenino, porque resulta un elemento novedoso, espontáneamente llama la atención su forma, tamaño y grosor del material. En general, surgen más aspectos positivos que negativos al conocerlo, se valora ampliamente como una nueva alternativa que empodera a la mujer. Su apariencia más que provocar rechazo, provoca dudas e inquietudes respecto a la forma de uso del producto y la posibilidad de tener dificultades al usarlo, o que éste resulte incómodo.



Al conocerlo surgen expresiones referidas a su apariencia física, en particular respecto a su tamaño percibido como grande, que básicamente se centran en si se ajustará adecuadamente al tamaño de la vagina y si molestará y resultará cómodo durante el acto sexual. Así como en las demás poblaciones, al conocer el condón femenino surgen dudas respecto a su forma de uso, en particular cómo se inserta, si produce dolor al insertarlo, cómo se retira, y si podría resultar incómodo o disminuir o aumentar el placer para la mujer o su pareja sexual durante la relación sexual.

“Oh, tan grande... yo me imaginaba que era una bolsa, me imaginaba que más o menos que podía ser una bolsa, pero ¿cómo se enganchará?, y si después uno está, y ¿si se va para adentro?...”
(MVVIH No organizada, adulta, I Región)

“Mmmm... grande, no me lo imagino cómo me lo colocaría... es como raro, es que al mirarlo se ve como grande pero, a lo mejor y esto se supone que vienen así. O al tiro vienen grande, es que el del hombre uno lo abre y vienen enrolladito, y uno lo coloca...”
(MVVIH No organizada, joven, RM)

“Interesante, parece una bolsa de compras (se ríe)... es interesante, es como la curiosidad de que cómo se sentirá en el placer, si es lo mismo que siente uno con el preservativo de los hombres.”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)

“Que es más cuático que el del hombre... eh, es como más conflictivo no más poh... porque, no sé poh, el hecho de introducirlo pa’ adentro y todo, bueno, que ahora uno ahora usa esas cuestiones de toallas... los tampax... es algo parecido.”
(MVVIH No organizada, joven, VIII Región)

Uno de los aspectos más valorados y mencionados al conocer el condón femenino, es la posibilidad de contar con un nuevo método de protección que depende de la mujer. La posibilidad de entregar una herramienta que depende las mujer, y que le entrega mayor autonomía y poder de decisión en su vida sexual es percibido positivamente. El condón femenino permite que la mujer gestione su riesgo, es decir que evalúe su riesgo y decida sobre la forma de prevención a utilizar, que en este caso dependería en mayor medida de su propia decisión porque se trata de un método que se ocupa en su cuerpo, a diferencia del condón masculino. Esta dimensión está más presente y es más valorada entre mujeres que pertenecen a agrupaciones de PVVIH/SIDA.

“Me llama la atención que se le haya ocurrido a alguien la verdad, en este mundo tan machista, que me agrada mucho pensar que las mujeres también tenemos un lugar propio, sí y esto es aumentar el lugar propio.”
(MVVIH organizada, adulta, RM)

“Yo creo que es una solución concreta al problema que tenemos las mujeres no podemos decidir, no podemos cuidarnos por el tema de usar el condón, las mujeres necesitamos dejarnos de depender del hombre... yo creo que personalmente para mí va a hacer subir mi autoestima, sentirme dueña de mi cuerpo, de mi sexualidad, decidir cómo puedo cuidarme y cuándo cuidarme.”
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)

También se valora espontáneamente y de manera positiva el material del condón femenino, que aporta la sensación de seguridad, flexibilidad e higiene. A dicha percepción contribuye el grosor del material así como la similitud que se establece con los atributos de eficacia e higiene del condón masculino, en este sentido su homologación al preservativo del hombre es favorable. Las argollas del condón femenino provocan curiosidad respecto a sí provocarán mayor placer al hombre.

*“Es más firme, esto tú no lo rompes fácilmente.”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)*

*“Es mucho más flexible que la que yo conocía. Mucho más flexible, eso es cierto. Sí, el otro era como más tieso, sí.”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)*

*“... Es más grueso(que el condón masculino) me parece que protege harto porque donde es grande te protege toda la vagina... me da la impresión que protege harto.”
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)*

*“A mí me llama mucho la atención esta argolla. ¿Qué le provocará a uno?, porque las chiquillas dicen que claro, porque como se mueve puede producir excitación en la cabeza del pene del glande al hombre, pero más que al hombre me gustaría saber qué siente la mujer cuando se le mueve la argolla adentro, que si le produce algún placer, porque si es así, ¡puta lo usamos!...”
(MVVIH organizada, joven, RM)*

➤ Percepción de aspectos positivos del condón femenino

Básicamente son tres las dimensiones que se destacan del condón femenino entre las mujeres viviendo con VIH/SIDA, éstas se relacionan con la autonomía que entrega a la mujer en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, segundo, que permite disfrutar en mayor medida las relaciones sexuales al no interrumpir el acto sexual, y por último, que al no incomodar al hombre, en el sentido que no le aprieta, duele, ni incomoda, se pueden tener relaciones protegidas y placenteras.

Un atributo del condón femenino valorado positivamente, es que su uso depende exclusivamente de la mujer, por lo que no se tiene la necesidad de estar informando a la pareja sexual sobre su uso ni sobre las razones detrás del mismo. En este sentido, al utilizarse sobre el cuerpo de la mujer, ésta no tendría necesidad de negociar el uso de un método de protección con sus parejas sexuales, ni tampoco justificar el uso de dicho método contando a su pareja sexual que vive con VIH.

*“Los puedes usar frente a otra pareja y no decir que tienes VIH.”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)*

*“... Porque es una herramienta pa tu mano, es tu dominio, es tener tú el control del tema, es decir: “OK, no te querís poner le condón, no te lo pongai, me da lo mismo”...”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)*

Una de las mayores dificultades que enfrentan las mujeres VVIH/SIDA es la negociación que deben llevar a cabo para imponer el uso del condón masculino, proceso que en la mayor parte de los casos no obtiene resultados positivos, sobre todo en mujeres con pareja estables, hecho que deriva en una alta incidencia de relaciones sexuales sin protección. En este contexto, el condón femenino se presenta como una alternativa que facilitaría a la mujer su gestión del riesgo, en el sentido de entregar una nueva alternativa para su cuidado, que le permita enfrentar los riesgos percibidos con mayor independencia y libertad respecto de las decisiones de su pareja sexual.

*“Es que yo puedo estar segura...
y aunque no quiera ponérselo mi pareja (condón masculino)
yo igual puedo estar segura si yo me lo pongo...”
(MVVIH No organizada, joven, I Región)*

*“Estudio Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas” 182
Informe Final*

“No sé, la emoción de sentirse que uno también puede usar algo... como para no infectar a su pareja, de que uno también puede cuidarse sin tener que la pareja usar el preservativo.”
(MVVIH No organizada, adulta, VIII Región)

Un aspecto valorado positivamente es el hecho de poder ponerlo varias horas antes del acto sexual, lo que evitaría tener que interrumpir el acto sexual, como lo hace el condón masculino. Esta situación es generalmente mencionada por las mujeres como uno de los factores que dificultan la incorporación del preservativo. En este contexto, el condón femenino permite a la mujer ponerlo antes, y no interrumpir el acto, y también le permite anticiparse a situaciones donde podría utilizarlo (salir a bailar, llegada del marido, etc.).

“Claro, claro, obviamente ella se está protegiendo y protegiendo también a la otra persona, y lo bueno de tenerlo puesto es que no interrumpe el acto poh...”
(MVVIH organizada, joven, RM)

“Que se puede colocar antes... a mí me gustaría tener relaciones con mi marido, igual como que ando pensando todo el día... y una mujer que a lo mejor quiera estar preparada, estar lista y no se coloca en el momento.”
(MVVIH No organizada, joven, RM)

“El anillo que tiene en lo interno... eso se puede colocar antes... a veces uno sale a una fiesta a una disco conoce a alguien.... entonces es una buena manera de estar protegida...”
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)

Se percibe cómodo tanto para el hombre como para la mujer, en este sentido, permitiría tener relaciones sexuales placenteras y a la vez seguras. Se valora que al hombre no le va a incomodar como el condón masculino, porque no le aprieta, duele ni incomoda, y de esta forma, existen mayores probabilidades de tener relaciones sexuales con protección.

“... Lo veo flexible, lo veo cómodo, lo veo seguro, posición que tiene, la forma...”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)

*“... Cuando le dice el hombre, ah pero tenemos que....
ah, pero es que no es lo mismo, es que me molesta,
es que es muy chico, que se hace tira, que no se siente lo mismo,
entonces uno a veces también sucumbe en la tentación y termina
haciendo relaciones sin protección.”
(MVVIH No organizada, adulta, I Región)*

*“Yo creo que no queda tan, tan aplastao al aparato genital...
y se puede sentir más, como le diría yo, ahí está el placer...
no como se siente con el preservativo para hombre,
que parece que fuera una bolsa plástica.”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)*

➤ **Percepción de aspectos negativos del condón femenino**

Los principales aspectos negativos percibidos son la apariencia del condón femenino, y su precio. Se mencionan también las dudas sobre si producirá dolor, incomodidad o reducirá el placer, así como que deja toda la responsabilidad de protección sobre la mujer.

Las mujeres viviendo con VIH/SIDA coinciden en que la apariencia del condón femenino resulta desagradable, y con ello, su aspecto se transforma en uno de los principales aspectos negativos percibidos en el condón femenino. Su gran tamaño, el material grueso y los anillos, pese a que generan curiosidad y en algunos casos son valorados positivamente, son destacados también por algunas mujeres como generadores de ciertas dudas sobre la comodidad del método así como la posibilidad de que ocasione dolor o dificulte sentir placer.

*“Yo lo encuentro como muy grande... Mmmm, lo encuentro como, no sé ¿muy ancho?”
(MVVIH No organizada, joven, I Región)*

*“...Lo que menos me gusta... lo mismo que va aquí cachai... me daría como lata que quede todo tapado... no sé, que a lo mejor no voy a sentir algo.”
(MVVIH No organizada, joven, RM)*

*“Lo que menos me gusta... me da la impresión, con lo caro no tanto, sino el que hay que tirarlo, y siempre queda así... tome la forma de argolla, entonces creo que eso puede causar dolor y lo que menos me gusta es el dolor ahí abajo.”
(MVVIH organizada, joven, RM)*

*“Que me fuera a molestar esa cosita (argolla interna) porque soy muy, me da miedo... esa que se pone como ocho.”
(MVVIH No organizada, adulta, I Región)*

Considerando la situación socioeconómica de las entrevistadas, el precio de cada unidad excede en demasía las expectativas y posibilidades de adquirir el producto. Por ello, se transforma en un aspecto valorado negativamente, y en una dificultad real para lograr acceder al producto.

“Caro, caro porque yo vengo de una sociedad obrera no ma, con harta lucha... Imagínate poh, yo con dos mil cien tengo como pa, pa cuantos kilos de pan entre dos días, entonces, o para comprarles sus cosas, sus útiles, yo creo que, deberían de bajarlo, a través del tiempo dejarlo a un precio módico donde pueda una persona de bajo nivel social, de mediano nivel y como de un nivel alto poderlo adquirir, poder comprarlo me entiende, porque, son dos mil cien, es plata, ¿cuántos pasajes son?...”

(MVVIH No organizada, joven, VIII Región)

“Que es muy caro y está en un solo lugar, podría ser más económico y que lo vendan en todas las farmacias... No sé, es que como no compramos los otros, los otros vienen como 3 y sale \$1.500 los tres si no me equivoco... que sea más económico.”

(MVVIH No organizada, joven, RM)

“Lo negativo es que existiendo una herramienta como el condón femenino no esté al alcance de toda la población, en forma equitativa... entonces si tú no lo tienes al alcance de tu bolsillo o de tu mano no vas a poder utilizarlo.”

(MVVIH organizada, adulta, VIII Región)

En este sentido, plantean que existen pocos lugares de venta y distribución del condón femenino, además que su precio es demasiado elevado en comparación con el condón masculino, y por último, que para sus situaciones socioeconómicas se presenta como un método inaccesible, y con ello poco equitativo.

Por último, otro aspecto negativo percibido en el condón femenino, es que puede significar que toda la responsabilidad de protección quede en la mujer, situación que facilitaría que el hombre se desvinculara de su responsabilidad en incorporar medidas de auto y mutuo cuidado.

“... Es que a lo mejor los varones se van a acostumbrar que cuando empiece a salir, se van a acostumbrar a que uno lo tiene que usar siempre y ellos no van a querer usar otra cosa... el preservativo... se van a desligar de toda responsabilidad.”

(MVVIH No organizada, adulta, VIII Región)

➤ Disposición a probar el condón femenino

En general, existe una disposición favorable de la mayoría de las mujeres VVIH/SIDA entrevistadas a probar el condón femenino, principalmente porque se percibe dicho método como una alternativa de protección segura y eficaz. En el caso de la disposición futura a usarlo, la posibilidad de incorporarlo como una alternativa real de protección en su vida sexual, depende de una serie de factores que son claves para diferenciar el grado de disposición. En particular, se observa que la disposición a usarlo depende de: lo exitoso de las primeras experiencias de uso, el tipo de relación establecida con la pareja sexual, en la medida que permite incorporarlo como parte de las medidas de mutuo cuidado adoptadas por la pareja, el acceso real al producto y la capacitación necesaria para aprender a usarlo.

Lo exitoso de la primera experiencia de uso, depende en parte de que manejen la información necesaria para colocarlo y retirarlo correctamente, así como para que la mujer identifique si el dispositivo está bien puesto. Una motivación para probar el condón femenino es la novedad que genera, en particular en aquellas mujeres no organizadas. Haberlo probado, puede derivar con posterioridad en la incorporación del condón femenino como una nueva alternativa de autocuidado para las mujeres VVIH/SIDA.

*“Sí, a probar, como dice, a probar cómo se siente...
lo usaría para probarlo.”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)*

*“No sé tendría que probarlo primero...
si sería bien cómodo para mí a lo mejor sería yo la que lo usara...”
(MVVIH No organizada, adulta, VIII Región)*

*“... Por curiosidad no ma’... pa’ ver qué se siente poh,
es que, es igual como cuando empezó el condón masculino,
que, qué tanta cuestión...”
(MVVIH No organizada, joven, VIII Región)*

*“... Para ver cómo es, para decir si me gustó o no,
no me gustó... es que es como algo raro.”
(MVVIH No organizada, joven, RM)*

Las mujeres coinciden en que su uso se incorporaría debido a que perciben el condón femenino como un método seguro, y que entrega la posibilidad de decidir su uso sin tener que negociar con la pareja sexual. En mujeres que tienen pareja estable, se observa disposición a probarlo, pero se trataría de un tema a conversar y decidir con la pareja.

“Al tener una pareja estable no sólo dependería de mi poh, sino que dependería también de mi esposo, de estar de mutuo acuerdo...”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)

“No hay que andar pidiéndole al hombre que se lo ponga.”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

“...Es que esto es algo... igual lo voy a tener que usar, lo use el hombre o lo use yo, igual lo tengo que usar... Pero esto es algo que, yo- conmigo. Yo con yo, y nada más. El otro (condón masculino) es tener que compartirlo, explicarlo, presionarlo, exigirlo ¿te fijai?”
(MVVIH No organizada, adulta, RM)

Existe una disposición favorable a probarlo, entre quienes perciben el condón femenino como una opción que las ayudaría a solucionar algunos problemas y a mejorar la vida sexual con sus parejas. En particular, permite enfrentar disfunciones como la eyaculación precoz, además facilita una relación placentera, porque no interrumpe el acto sexual y permite a aquellas mujeres que tienen parejas sexuales que no sienten placer con el condón masculino, tener una alternativa que inhiba sentir placer.

“... Me gustaría usarlo... porque, por ayudarle más a mi pareja, pasa que no se vaya el encanto de cuando la pareja está en los momentos de diversión, estar colocándose, de repente la pareja eh, con el problema que tengo yo, porque mi pareja tiene eyaculación precoz y todo tiene que ser como bien rápido... como esto sería una solución más, más placentero.”
(MVVIH No organizada, adulta, VIII Región)

“Muy dispuesta... porque tendría una solución a mi problema que tengo actualmente con mi esposo, que no tenemos una relación sexual plena, más bien muy mala, no se ve otro camino, no veo otra solución.”
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)

“Haber, una porque al hombre le carga ponerse cuestiones en el pene, cachay, no le gusta eso, le gusta sólo rápido, la acción rápida, llegar y meter cachay... lo rico, es que lo podí usar horas antes, entonces más para el hombre yo cacho.”

(MVVIH organizada, joven, RM)

“Así te lo pones antes, y no tienes que parar lo que estás haciendo.”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

Pocas entrevistadas señalan que están poco dispuestas o que no estarían dispuestas probar el condón femenino. Con respecto a su precio, este es el atributo que impide con más fuerza visualizar la posibilidad de usarlo en el futuro. Sin embargo, si éste disminuyera o se distribuyera gratuitamente en los Centro de Atención, la mayoría estaría dispuesta a probarlo y eventualmente incorporarlo como otra alternativa de prevención. También, influye en un bajo nivel de disposición, el hecho de que genera cierto temor la posibilidad de que se deslice o produzca dolor.

“Lo usaría si estuviera aprobado eso de que valiera casi igual que el condón masculino, porque nosotras vamos a tener que pagar más por tener sexo...”

(MVVIH organizada, joven, RM)

“Es injusto que los hombres, se repartan gratis, los condones masculinos, entonces por qué yo voy a pagar por este.”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

“Es muy caro. Si lo regalaran darían más ganas de usarlo”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

“Es caro, igual es caro... ah... uno es caro porque para nosotros los medios como que de repente, yo misma en mi caso yo no trabajo, eh, me abstengo a lo que tenga mi pareja... sería ideal que lo regalaran como los otros masculinos.”

(MVVIH No organizada, adulta, VIII Región)

“... ¡ay! no sé, es que me da miedo, te juro... me da miedo que se me pueda quedar adentro... que no lo pueda sacar, que me pueda molestar, que me pueda dañar, no sé”

(MVVIH organizada, joven, RM)

2.2.2.3 Sugerencias de población focalizada para promover el condón femenino

Las mujeres viviendo con VIH/SIDA realizan sugerencias para promover el condón femenino, basadas fundamentalmente en la difusión masiva de información sobre las ventajas y desventajas del condón femenino, así como sus características físicas y nivel de eficacia. Mencionan la promoción masiva, junto con la ampliación y diversificación de los puntos de venta y distribución. También la necesidad de llevar a cabo una promoción directa con MVVIH/SIDA en los Centros de Atención y las Agrupaciones de Personas Viviendo con VIH, que incorpore la entrega de información específica y focalizada, atendiendo a sus necesidades particulares en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Existe amplio acuerdo en que los lugares pertinentes para la entrega de información, deben ser diversos y de acceso lo más masivo posible. Señalan los consultorios, hospitales y los Centros de Atención de PVVIH, los medios de comunicación masivos, como televisión y radio, los colegios y liceos para llegar a los jóvenes y adolescentes, y los lugares de afluencia de público y centros de entretención.

“Deberían hacer afiches grandes en las calles, propaganda, así también como hay las promotoras que están en el supermercado poh, y en la tele, en la radio, en todo, tiene que ser así como pa toda la gente. Pa que todos sepan que esto existe porque yo creo que nadie sabe...”
(MVVIH No organizada, joven, I Región)

“En todos los canales publicitarios, en todos, es decir, si pueden ponerlo en el metro, en el metro, si pueden ponerlo en las pancartas gigantes que hay en la calle.”
(MVVIH No organizada, adulta, VIII Región)

“En los colegios, en el consultorio, en las noticias, que la gente se entere que las mujeres sepan que existe el condón femenino, que se pueden cuidar que sepan que no tiene que depender del hombre.”
(MVVIH organizada, joven, VIII Región)

“En los hospitales... donde nosotras vamos a los controles”
(Focus Group MVVIH organizadas y no organizadas, RM)

“En el ETS, el Centro de Atención... en el fondo donde yo voy constantemente, en los consultorios, en los hospitales y también en lugares públicos, así como los supermercados... en las discotec, así como esas cosas de entretenimiento nocturno...”

(MVVIH No organizada, joven, I Región)

Existe consenso respecto a la importancia de entregar toda información disponible sobre aspectos funcionales del condón femenino, tales como su tamaño, el material del que está hecho, su nivel de eficacia, la forma de colocarlo y retirarlo, etc. y también informar sobre los puntos de venta actuales para poder acceder a él, así como el precio de venta.

Es destacable, que las mujeres señalan que es necesario contar con toda la información sobre el producto tanto en sus aspectos positivos, como en sus desventajas, posibles efectos secundarios, eficacia y los posibles problemas que pueda provocar. En este sentido, se privilegia la entrega de información completa y sincera, por sobre una información que sólo releve sus aspectos positivos.

“No sé, leer todas las instrucciones, todo, cómo usarlo, si es que te puede salir, porque hay gente que le sale como hongos con el preservativo, cachai.”

(MVVIH No organizada, joven, RM)

“Cómo se usa, cuáles son sus virtudes... todo, todo lo que se pueda, todo lo que haya que saberse. Si el que lo hace tiene que informar todo lo que tiene que saberse... dónde se compra, cuánto vale, cómo se usa, cómo se pone, para qué sirve, no se rompe, puede usar los cómo se llaman los gels estos distintos, los lubricantes, toda la información que se da poh...”

(MVVIH organizada, adulta, RM)

“Hablar directamente del tema que ayuda a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, también te ayuda como método anticonceptivo, más cómodo, es menos riesgoso...”

(MVVIH organizada, adulta, I Región)

“Es necesario, obviamente, todas las características y como te digo, resaltar el asunto del 99.9% de seguridad con respecto a las ETS. Yo creo que eso es una de las cosas más importantes.”

(MVVIH organizada, joven, RM)

También es relevante para este segmento, conocer experiencias de mujeres que lo hayan usado, y compartan dichas experiencias con quienes quieren conocerlo y aprender a usarlo. Esta oportunidad abre un espacio para compartir no sólo las experiencias ligadas al uso del condón femenino, sino que también a compartir experiencias sobre el autocuidado y la incorporación de practicas de sexo seguro en un ambiente que permita la identificación con la mujer que relata, y la confianza para hacer preguntas atinentes a su condición serológica.

“... Por la comunicación directa. Ay, sí lo usaste y cómo, qué tal es. Yo pienso que así ese como hormiguelo así de una a otra es más efectivo, que así directamente de la tele, de la radio... Y empezar con esas personas que van a talleres, y esas personas a la vez conocen a otras y tienen amigas, y así, y así empezar a... porque esto es más que nada educación.”
(MVVIH No organizada, adulta, I Región)

“Sobre mujeres que ya lo han usado, y cuál ha sido la experiencia de ellas.”
(MVVIH organizada, joven, RM)

“Eh... experiencias en otros lugares con respecto al condón femenino, cómo se ha utilizado en otras partes, porque yo creo que no somos los primeros que se nos ocurrió que esto era una buena medida de prevención... saber de cómo la población lo ha tomado, cómo lo ha llevado a cabo.”
(MVVIH organizada, adulta, VIII Región)

“A través de talleres específicamente con mujeres viviendo con VIH... ponerlo al alcance de su mano, entre acceso, pero no entregárselo como aquí hay un condón, lee las instrucciones, entregarlo y enseñar cómo se utiliza y ojalá una persona que ya lo haya utilizado, ojalá que sea una mujer viviendo con VIH...”
(MVVIH organizada, adulta, VIII Región)

Estas charlas o talleres deberían ser realizados tanto en las agrupaciones de PVVIH para aquellas mujeres organizadas, como en los consultorios y Centros de Atención PVVIH para aquellas mujeres que no participan en agrupaciones.

“Charlas, porque también hay personas viviendo con el VIH que no pertenecen a ninguna agrupación, entonces esas personas también tienen que recibir información en algún lado...”
(MVVIH organizada, adulta, RM)

Finalmente, señalan que como complemento de las labores de difusión de información sobre el condón femenino, el dispositivo debería ser puesto a la venta en lugares de acceso masivo como farmacias, supermercados y discoteques. Junto a lo anterior, indican que debería ser distribuido de manera gratuita en los Consultorios y Centros de Atención a PVVIH, al igual que lo es hoy el condón masculino, y que también se deberían habilitar puntos de distribución en las Agrupaciones de PVVIH, acompañados de la realización de talleres para PVVIH y actividades de promoción de conductas de sexo seguro, como las que habitualmente organizan algunas agrupaciones.

“Bueno como, en todas las farmacias, en los consultorios, y en los hospitales... yo creo que sería más en los consultorios y en las farmacias, pero en todas las farmacias.”
(MVVIH No organizada, adulta, VIII Región)

“En los policlínicos, en los consultorios, que se vendiera en todas las farmacias de Chile, que se vendiera en los supermercados, como se vende el condón masculino, hoy día... ojala lo más masivo. Si lo quieren vender en las grandes tiendas que lo vendan las grandes tiendas, que lo vendan los supermercados. “
(MVVIH No organizada, adulta, RM)

“En la farmacia, en el supermercado, emmm, en las discotec, yo he escuchado por ahí que en las discotec en el extranjero hay máquinas en los baños.”
(MVVIH No organizada, joven, I Región)

“En las farmacias como primera medida... y hasta en los supermercados... que sea como un instrumento común y corriente de la vida diaria digamos y lo otro yo creo que este preservativo femenino podría tener una buena llegada y una buena aceptación en la gente si lo tuvieran al alcance entonces la distribución tendría que ser vía consultorio, vía programa VIH...”
(MVVIH organizada, adulta, VIII Región)

2.2.3 Población Estudiantes Universitarias

2.2.3.1 Motivaciones, hábitos y actitudes hacia las prácticas de sexo seguro, uso de condón y otros métodos de prevención

➤ Percepciones sobre la sexualidad

La sexualidad es percibida como parte esencial de los seres humanos, que los define, los distingue y les entrega particularidad. El concepto de sexualidad incluye todo tipo de relaciones y el contacto con otra persona, sea ésta hombre o mujer, además se presenta como un elemento fundamental en la vida. En este sentido, la sexualidad forma parte de la identidad personal, por ello, y se vive cotidiana e intensamente tanto a nivel individual, como en las relaciones establecidas con el entorno, y fundamentalmente con la pareja sexual.

“Yo asocio la sexualidad con todo... para mi la sexualidad es todo como tú te mueves como eres como caminas como te expresas, como te relacionas con los otros es como parte de la naturaleza humana y entre eso va el erotismo, el cariño, el cuerpo los sentimientos de odios, de rabia...”

(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, RM)

“Es algo que es inherente a todos nosotros, pero una sexualidad activa que tiene que ver con la pareja...”

(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, VIII Región)

Al relacionarse con la identidad del sujeto, la sexualidad también se encuentra en constante transformación y construcción. Por la edad y la etapa vital en que se encuentran las mujeres estudiantes, la sexualidad se torna compleja, no porque se trate de un tema del cual les cueste hablar, sino porque asumen que muchas veces es difícil acotar lo que la sexualidad es e implica, así como también, perciben que se encuentran en una etapa de descubrimiento y construcción de su propia sexualidad e identidad, por lo que es un concepto abierto, en permanente cambio y adaptación.

“Yo encuentro que la sexualidad es como tan complejo que implica lo que es el género, cachai como diferencia hombre- mujer, lo es sexo que implica una relación sexual, como también la expresión del amor como que no es una cosa, implica muchas cosas y ya es difícil decirla en una sola palabra cachai”

(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, RM)

Sin lugar a dudas, que la sexualidad es un tema importante en sus vidas, más allá de si tienen o no una pareja. Este hecho, se traduce en que es algo que conversan de manera regular con sus amigas y sus parejas, en que perciben que la sexualidad y el sexo son temas relevantes y necesarios para su bienestar y desarrollo personal, y que es normal que sea un asunto importante, por la etapa de vida en la que se encuentran.

“Aparte como que el tema es como tan común, no es como antes que era todo tan conservador todo ahora es como que están ampliando un poco más...”

(Focus Group Estudiantes Institutos y CFT, organizadas y no organizadas, RM)

“... Para mi ahora encuentro que la sexualidad es bien importante y necesaria porque, porque cada cierto tiempo yo deseo tener a un hombre que me ame y que me abrace, entonces necesito esa cosas”

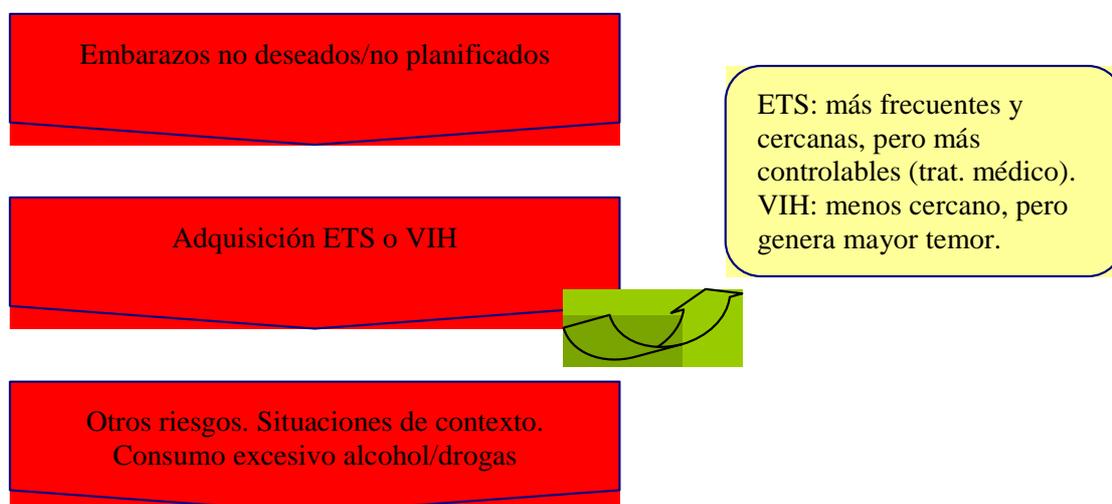
(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, RM)

“... Son importantísimas en mi vida... en todos los aspectos de la vida, uno va optando y va asumiendo cosas que a lo mejor antes le parecían menos importantes o un poco intimidantes, después tú las asumes como natural, es un proceso que se va dando, o sea el tiempo lo va dando”

(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, VIII Región)

➤ Percepción de riesgos en la vida sexual

Entre mujeres estudiantes, el mayor riesgo percibido es la posibilidad de un embarazo no deseado y no planificado. En segundo lugar se perciben riesgos de adquirir alguna ETS o VIH, principalmente por las posibles infidelidades de la pareja sexual, o bien, por desconocimiento de la vida sexual pasada de la pareja y de sus anteriores parejas sexuales. El riesgo de adquirir ETS y VIH se encuentra en un mismo nivel, dado que tienden a equiparar ambos riesgos. En este sentido, el riesgo de adquirir VIH es identificado como menor, por ser percibido como menos probable, pese a que produce mayor angustia y preocupación, en tanto que las ETS son percibidas como más probables, pero a la vez más controlables (con posibilidad de tratamiento médico y cura). Por último, en el contexto de la etapa vital en que se encuentran, las estudiantes perciben que las situaciones de consumo excesivo de drogas y alcohol, representan factores que si bien no son en sí riesgosas, incentivan la exposición a situaciones que pueden derivar en conductas de riesgo.



El embarazo, no es una situación que las jóvenes deseen y que incorporen en sus planes para un futuro cercano, aún entre quienes se poseen pareja estable, conviven con su pareja o se encuentran casadas. Algunas estudiantes ya poseen hijos, que tuvieron de manera no planificada, o conocen a terceros cercanos en igual situación, y reconocen estos casos, como una posibilidad concreta y cercana, que además marca un quiebre que dificulta llevar a cabo los proyectos de vida que poseen, en particular, concluir los estudios superiores. En este contexto, el embarazo no deseado es percibido como un riesgo real en la vida sexual que poseen, y se configura como la principal situación que desean prevenir.

“Soy conciente porque el mayor riesgo que siempre tenemos nosotros es no quedar embarazada...”
(Focus Group Estudiantes institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)

“Es como el miedo más presente, porque es como algo concreto yo creo que incluso antes de las enfermedades de transmisión sexual tú pensai primero en que podí quedar embarazada cachai, y es como lo más presente que tenía al momento de tener una relación...”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)

No ocurre de igual manera con las ETS y el VIH, pese a ser consideradas como un riesgo en la vida sexual. Se observa que las experiencias de terceros, tienen relevancia para las estudiantes, en el sentido de identificar situaciones potenciales de riesgo que pudiesen ocurrir en sus propias vidas. De esta forma, el conocer experiencias de sujetos con los que puedan sentirse identificadas o de visualizar situaciones en la vida sexual que pudiesen representar riesgos en sus vidas sexuales, aumentaría y cristalizaría la percepción de riesgo de adquirir VIH o alguna ETS.

“... O sea es que como que las enfermedades yo las veo más lejanas igual es algo que puede pasar, pero uno lo ve más lejano, no es como el embarazo, o 3 amigas se te embarazan, y lo tengo como muy presente... pero lo de las enfermedades aunque sé que está, no es algo que ah tengo que cuidarme por las enfermedades, o sea lo tengo presente pero no tanto como quedar embarazada”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)

“O sea, yo creo que el sólo hecho de tener relaciones sexuales es súper peligroso desde el punto de vista, no sólo del embarazo que es como lo más controlable, pero desde el punto de vista de las enfermedades “

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

Puntualmente, el riesgo de adquirir ETS aparece relacionado con la posibilidad de que las parejas sean infieles, o bien, con el desconocimiento de la historia sexual pasada de la pareja sexual, así como de sus parejas anteriores.

“... Igual es un riesgo que uno corre, de repente, de meterse con alguien de buenas a primera. Aunque uno lo conozca y sepa de dónde viene la familia. De repente uno igual corre un riesgo, porque uno no sabe en realidad lo que realmente hizo, cuántas parejas o con que le influyó la persona con quien estuvo... claro, al final uno no piensa que le puede pasar a uno, pero al final igual le puede pasar, o sea, uno no dimensiona el hecho en el momento.”

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, I Región)*

“He visto en la tele que hay mujeres casadas que corren igual riesgo a pesar de tener su marido, es decir el riesgo puede estar ahí mismo, por culpa del marido a veces.”

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, I Región)*

En el caso de los factores que inciden en la baja percepción del riesgo de adquirir VIH/SIDA, se encuentra el hecho de tener una pareja estable, homologando el término de pareja estable al de pareja única y exclusiva para toda la vida. En este sentido, la pareja estable provee protección y es adoptada como la principal y a veces única medida de prevención frente al VIH/SIDA, pese a que continuamente emerge la idea de que esta medida no es completamente segura ni eficaz.

Cuando se percibe igual riesgo de adquirir VIH que el resto de las mujeres, es fundamentalmente porque no se descarta la posibilidad de infidelidad de sus parejas sexuales, o de posibles relaciones ocasionales que ellas mismas mantengan sin protección.

“Porque las chiquillas está bien confiar en sus pololos y todo eso, pero uno nunca sabe igual, yo no confié ni en mis dientes porque igual me muerde la lengua...”

(Focus Group Estudiantes Institutos y CFT, organizadas y no organizadas, RM)

“A lo mejor tu confiai en tu pololo pero puede pasar que se metió con X mujer o se metió con ese hombre y te pegan algo...”

(Focus Group Estudiantes institutos y CFT, organizadas y no organizadas, RM)

“Yo creo que no sé... se supone que yo tengo baja probabilidad porque tengo pareja única y yo también me considero pareja única tendríamos bajas posibilidad, pero yo no descarto que en estos arranques de locura que tú te lanzai a la vida no más poh... cachai y puede pasar cualquier cosa.”

(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, RM)

Una situación de contexto frecuente en la etapa vital que atraviesan las estudiantes, es el consumo de alcohol y drogas, que si bien no lo perciben como una situación de riesgo en sí, puede inducirlas a actuar sin ser conscientes de los riesgos que enfrentan en su salud sexual y reproductiva, o bien sin tomar medidas de prevención en dichas relaciones sexuales.

“Yo no sé si a ustedes les pasa pero con copete a mi me dan más ganas...”

(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, RM)

“Uno de repente se toma un copete o toma otra cosa y conoce a alguien y le gustó o no le gustó y quedo muy loca, muy borra’ pasan cosas que a lo mejor uno no está muy consciente...”

(Focus Group Estudiantes Institutos y CFT, organizadas y no organizadas, RM)

“Pero para mí es independiente del carrete cachai, tú todos los días conocí gente nueva cachai... y de repente te hablan bonito cachai y tú te vai por el romanticismo y toda la cuestión y pucha llegai no sé poh a la casa del gallo que vive solo y está estudiando y vive lejos, y puta te da cuenta que el huevón puro quiere darte cachai.”

(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, VIII Región)

➤ Percepciones y experiencias con métodos de protección

La mayoría de las mujeres universitarias utiliza anticonceptivos orales, y sólo algunas de ellas, utilizan el condón masculino, aunque de manera ocasional. El uso de condón masculino se observa con mayor frecuencia al inicio de una relación de pareja, con parejas sexuales ocasionales o como método complementario en caso de olvido en el consumo de anticonceptivos orales. El condón masculino se utiliza al comienzo de una relación fundamentalmente con fines anticonceptivos, y cuando la relación se estabiliza, se abandona el uso del condón y se reemplaza por algún método anticonceptivo como los anticonceptivos orales o “pastillas”. También se utiliza condón masculino cuando se tienen relaciones sexuales con parejas ocasionales, donde se busca fundamentalmente la protección triple frente a ETS, VIH y embarazos.

Son excepcionales los casos de uso de dispositivos intrauterinos o de métodos naturales. Se observa que entre las mujeres universitarias se prioriza la función anticonceptiva del método a escoger, por sobre su protección frente a ETS o VIH, situación que responde a que entre las estudiantes la percepción de riesgo de adquirir VIH o ETS es inferior a la percepción de riesgo de embarazos no deseados.

“Sólo pastillas”

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“Yo tengo relaciones con mi pololo no más... por eso uso pastillas
más que nada y me da confianza.”*

*(Focus Group Estudiantes Institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“... Como estoy como distanciada de mi pareja,
se me olvida el tema de las pastillas, entonces cada vez
que nos encontramos por precaución (uso condón masculino),
pero dice relación directamente con el tema del embarazo, obvio.”*

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

El preservativo se percibe como el método más efectivo para prevenir las enfermedades de transmisión sexual porque evitan el contacto directo con los genitales y sus fluidos. Es por esta razón que cuando mantienen relaciones sexuales con una persona a la que no conocen o con la que no tienen una relación estable, prefieren este método de prevención porque les permite prevenir los embarazos no deseados así como las enfermedades de transmisión sexual

“Yo uso preservativo porque no es la única pareja que tengo, tampoco ando por la vida teniendo relaciones sexuales con todo el mundo pero... pero, de repente puedo conocer a otra persona que me guste más o que me guste y podemos llegar a tener una relación y tener relaciones sexuales y por eso uso preservativo, para prevenir.”
(Focus Group Estudiantes institutos y CFT, organizadas y no organizadas, RM)

Las principales razones para no usar siempre el condón masculino, se refieren a que es incómodo, que interrumpe el acto sexual, que se confía en la fidelidad de la pareja y a dificultades económicas para adquirir el producto.

“Se cae...se interrumpe porque a algunos les queda grande.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, RM)

“Es que mi pololo no tiene plata porque no trabaja y su mamá es empleada, entonces apenas tienen para mantenerse ellos.”
(Focus Group Estudiantes institutos y CFT, organizadas y no organizadas, RM)

“... Es que bueno, uno confía en su pareja no más cachai, pero ahora yo creo que si tengo pololo y estamos más grandes ya ahora sí que usaría condón.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, VIII Región)

Algunas entrevistadas señalan que no usan ningún método de protección de manera regular. En estos casos los métodos naturales, son usados por algunas de ellas para prevenir embarazos. También se utiliza el coito interrumpido.

“Sea más rico, no se utilizan métodos de protección y método natural.”

(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, I Región)

La mayor parte de las estudiantes conoce diversos métodos. Los que más mencionan son anticonceptivos orales, condón masculino, inyecciones anticonceptivas, parches, y algunos métodos naturales así como el coito interrumpido. También se menciona espontáneamente el condón femenino.

Las principales fuentes de información en esta población son las revistas, Internet y la prensa escrita. También son relevantes para informarse sobre métodos de prevención, así como de temáticas de salud sexual en general, el personal de salud, como ginecólogo o matrona, el colegio, y las conversaciones e intercambios de información en grupos de pares, puntualmente con amigas o compañeras de universidad.

“Yo tengo una amiga que hizo un electivo de anticoncepción y nos comentaba que – oye, saben qué, se pueden hacer la pastilla del día después... ella nos contaba cosas, así como escuchando, por aquí y por allá, lo que ella sabía...”

(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, I Región)

“Yo me acuerdo que me informé... empecé a leer ese libro de La Tercera Mujer y me acuerdo que estuve leyendo como 2 meses ese libro buscando los métodos, y me informé sola.”

(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, RM)

“Cuando yo estaba en el colegio, como en séptimo, vivieron unas enfermeras como programa del servicio de salud y explicaron todo, crudamente, sin ningún tapujo, fueron unas jornadas que hicieron y fue súper bueno, súper bueno...”

(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, VIII Región)

➤ **Decisión y negociación sobre método de protección con la pareja sexual**

En la mayoría de los casos es la mujer la que decide finalmente si se usa algún método y no, y cuál método se utiliza. En relaciones con parejas sexuales ocasionales, la decisión radica con mayor claridad en las mujeres. Se observa que la mayor parte de las estudiantes asumen dichas decisiones de manera autónoma y firme, lo que da cuenta de un nivel elevado de empoderamiento en las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Aquellas mujeres que tienen pareja estable, tienden a tomar la decisión en conjunto con su pareja sexual, puntualmente a consensuar y negociar la elección del método de protección a utilizar, y el seguimiento que garantice el uso consistente del mismo (compra de condones masculinos, tomar los anticonceptivos a tiempo, etc.). Pese a lo anterior, en todos los casos se observa que la responsabilidad final de uso, radica en la mujer.

*“Depende, cuando tenía parejas ocasional sí era yo la que ponía, y ahora no, que hay pareja estable es consenso”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

*“¡YO!, yo lo decido. Pero porque a veces el hombre es flojo y si yo no me cuido ellos no están ni ahí con cuidarse”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, I Región)*

Se observa que la mujer asume la responsabilidad de todas las etapas incluidas en el proceso de decisión y uso de algún método de prevención de embarazos, ETS y/o VIH.

Puntualmente la mujer tiende a asumir los siguientes procesos básicos que median el uso de algún método: primero informarse sobre los métodos disponibles; luego, evaluar las ventajas y desventajas de su incorporación; tercero, llevar a cabo el proceso interno de decisión y adaptación de la alternativa escogida según el tipo de relación que exista con la pareja sexual, así por ejemplo se opta por el condón masculino para un tipo de relaciones (principalmente ocasionales o inicio de relaciones estables), y por anticonceptivos orales para otro tipo de relaciones (básicamente estables); finalmente, es también la mujer, quién asume la responsabilidad del uso correcto y consistente del método escogido.

“Yo hablé con mi pololo y le dije sabes... si hay alguien que tiene que ser responsable prefiero ser yo y tomarme las pastillas...”
(Focus Group Estudiantes Institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)

“Siempre la mujer tiene la responsabilidad, lo veo como una forma coercitiva, siempre la mujer, ya que ellos no se cuidan.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, I Región)

“A veces como que no me importa nada y él me dice ya cuidémonos... pero la mayoría de las veces hablando en general somos las mujeres las que tenemos más cuidado en eso.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)

Pese a que se observa que las universitarias establecen relaciones de género equitativas con su entorno, persiste la noción de que son ellas quienes poseen la responsabilidad de prevenir tanto embarazos como ETS y VIH. Las experiencias de mujeres cercanas que han tenido embarazos no deseados, fortalece su percepción del riesgo de un embarazo no planificado y de las consecuencias que éste podría tener en sus proyectos de vida. En este sentido, un embarazo en esta etapa de la vida, traería consecuencias más perjudiciales para las mujeres que para sus parejas. Se percibe que lo anterior, explicaría el hecho de que los hombres sean más irresponsables respecto a la salud reproductiva y que las mujeres decidan asumir dichos tópicos.

“Es que el hombre tiene menos riesgos porque como ellos no quedan embarazados.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)

“Yo me acuerdo que cuando empezamos a tener relaciones con mi pololo, él no quería que tomara pastillas porque me decía que no que iba a tener problemas hormonales... entonces ahí le dije no, o sea soy yo la que va a tener la guagua, al final igual era mi decisión...”
(Focus Group Estudiantes Institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)

A la mayoría de las estudiantes, no les ha ocurrido que su pareja sexual no acepta usar el condón masculino. Del grupo de mujeres a las que les ha pasado que su pareja sexual no desea utilizar preservativo, la mayor parte, acepta tener la relación sexual sin protección. En cambio, sólo una pequeña parte de ellas decide convencer a su pareja sexual sobre el uso del condón o bien, deciden no tener la relación sexual.

*“¡No pasa na, no, no más poh!, es decir no hay relación sexual.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, I Región)*

*“La verdad que hasta los 23 años te creo, que vamos,
pero a los 26 ya tenemos un largo trecho y nadie me mete el dedo
en la boca, por eso si no quieren condón,
no hay relación no más, ellos se la pierden.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, I Región)*

En este sentido, pese a que las mujeres dan cuenta de un elevado nivel de empoderamiento y autonomía en sus decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, cuando se enfrentan a parejas sexuales que no desean o no aceptan el uso del condón masculino, no muestran capacidad suficiente para negociar su uso, elaborando estrategias para convencer a la pareja sexual, ni tampoco dan cuenta de capacidad de imponer el preservativo, condicionando la relación sexual al uso del dispositivo. De esta forma, se observa una contradicción en dicha población, ya que pese a que participan en la decisión sobre el método a utilizar, pese a que por lo general son quienes usan sobre su propio cuerpo dicho método (DIU, anticonceptivos orales, etc.), y a que por lo general tienen relaciones equitativas entre géneros, no han desarrollado su capacidad de imponer y/o negociar el uso del condón masculino con sus parejas sexuales. Los resultados, dan cuenta de algunas entrevistadas que han quedado embarazadas en dichas situaciones.

En aquellas mujeres que acceden, tiene que ver por el placer que están sintiendo en ese momento, en el caso de ser sexo casual, sin embargo, en aquellas que mantienen relaciones con su pareja estable y ceden, lo hacen precisamente por la relación afectiva, y el temor a perderlo.

“Eh... no él no quería no le gustaba decía que los condones no le gustaban porque decía que no sentía...”
(Focus Group Estudiantes Institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)

“Y tuve a mi hija.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)

“Aparte que muchas veces uno, no sé poh, sale con una persona y nunca va a predispuesta a que puede pasar algo y entonces uno va... pero de repente no sé poh pasa y te vai y de repente se dio el momento que sé yo y pasó no más, cachai, no vai a decir, oye pucha justo ahora justo ahora...”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)

Para negociar el uso del condón masculino e imponer su uso, en algunos casos se utiliza la estrategia de amenazar al hombre con la posibilidad del embarazo, pero no se observa mayor preocupación por el tema de la prevención de ETS y VIH. Plantean que la principal preocupación del hombre, es el embarazo por sobre las ETS y el VIH, por ello se utiliza dicho argumento para imponer el uso del condón.

“... Yo creo que si me encuentro con un hombre que dice no es que yo uso condón, primero lo trato de troglodita, de anticuado, le empiezo como ha bajar el ego por ese lado, como ¡no puede ser, no puedes quedarte en el pasado!, no sé, empiezo como. Pero sobretodo por dentro de mí pienso y si este gallo le sirven todas las mujeres, chuuu, no, ahí me da como cosa, como mala espina, así no, no he transado nunca con esa cuestión”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)

“Una vez le dije a una de mis parejas que se tenía que poner responsable y le mentí. Le dije sabes este mes no me empecé a tomar las pastillas así que empieza a cuidarte tú, y una vez íbamos a tener relaciones y le dije tiene condón e irresponsable, cagaste le dije, no hay relación, pa que aprenda...”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, I Región)

2.2.3.2 Percepciones, experiencias, motivaciones y disposición respecto del uso del condón femenino

➤ Imaginario y percepción del condón femenino

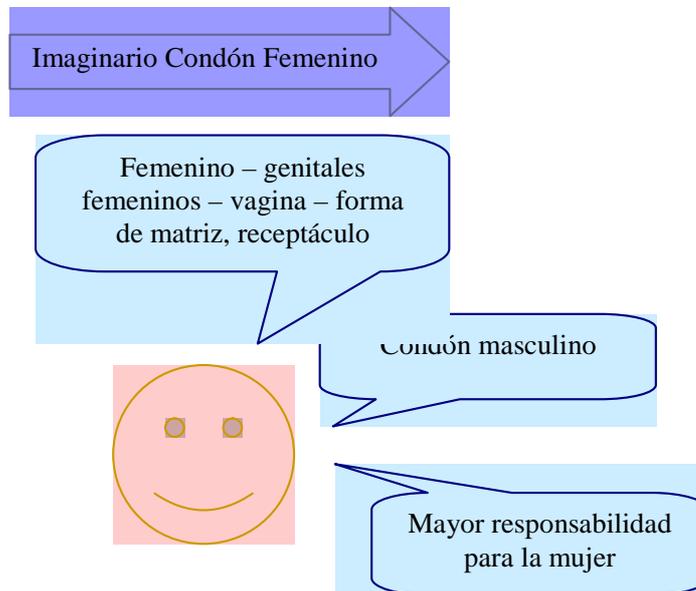
La mayoría de las estudiantes no ha visto el condón femenino, pese a que varias de ellas saben que existe. La mayor parte de quienes saben de su existencia, se han informado a través de los medios de comunicación masivos, como televisión, prensa escrita y radios, desde hace uno o dos años atrás. Pese a que se ha escuchado hablar del condón femenino, se maneja muy poca información concreta y específica sobre el mismo, y más bien se tiene una referencia abstracta de cómo podría ser el dispositivo.

*“Yo lo he escuchado pero nunca lo he visto... ni sé cómo es...”
(Focus Group Estudiantes institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“Yo lo leí una vez en la revista cuando mi hermana estaba embarazada, y era una revista de mi bebe una cosa así y ahí salía una cosa del preservativo y siempre me llamó la atención...”
(Focus Group Estudiantes institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“Como te dije, me gustaba ver un programa en la televisión, creo que era ahí, y allí lo daban todos los años, allí lo conocí.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, I Región)*

*“Yo he escuchado hablar del condón femenino pero nunca he escuchado algo serio”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*



En general, se trata de mujeres que no conocen o que no han escuchado hablar del condón femenino, por lo que les cuesta asociarlo a ideas concretas. Al no existir referencias puntuales ni ser posible imaginar su forma o utilidad, en un primer momento se le asocia a algún objeto que contiene algo, a una matriz o receptáculo. Esta asociación es posible que derive de su nombre, al ser llamado condón “femenino”, se tiende a asociarlo a los genitales femeninos, y en particular a la forma de la vagina, es decir a una matriz.

*“Como un sombrero para adentro”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“La única forma de ponérselo claro tienen que hacia adentro poh,
así me lo imagino yo...”
(Focus Group Estudiantes Institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)*

De igual forma, por su nombre “condón femenino” se tiende a compararlo con el condón masculino, y con ello se homologa su posible forma a la del dispositivo para hombres.

*“Yo lo primero que me imagine fue el condón masculino, por eso lo encontraba medio ridículo de repente, o sea cómo me lo pongo, cómo todo así”
(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, VIII Región)*

*“Porque si dice condón me imagino que es como el condón para los hombres...”
(Focus Group Estudiantes institutos y CFT, organizadas y no organizadas, RM)*

No se asocia de manera inmediata a protección o mayor poder de decisión para la mujer, sino que más bien a formas y objetos concretos. En uno de los grupos surgen reacciones negativas, relativas a que el hombre podría desligarse de su responsabilidad en el uso de métodos de protección.

*“Lo único que me saltó a la cabeza, ya, ya nos van a tirar la pelota otra vez (se ríen), el condón que se lo ponía los hombres”
(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, VIII Región)*

*“Pero ahora ellos van a tener derecho a decir ah no me da lata pontelo tú, la huevá, yo ya sé lo que se siente hoy día te toca a ti ponte tú cachai, una excusa pa él otro también.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, VIII Región)*

➤ **Experiencia de uso del condón femenino**

Ninguna de las estudiantes entrevistadas ha utilizado el condón femenino alguna vez, y tampoco tienen referencias de personas cercanas que lo hayan utilizado, situación que se corrobora con la información cuantitativa recogida. Con ello, se observa que la población de estudiantes universitarias no tiene en la actualidad acceso al condón femenino.

➤ **Nivel de conocimiento del condón femenino**

Si bien la mayor parte de las estudiantes no han usado ni conocen el condón femenino, quienes han escuchado hablar de él mencionan ciertas referencias que aunque globales y vagas, dan cuenta de un acercamiento a las características físicas del producto y a su forma de uso. No se observa capacidad para profundizar en las características mencionadas, pues el nivel de conocimiento se mantiene en un nivel abstracto y general.

“Es vaginal.”

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

“Parece que se pone como ocho horas antes.”

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

“Yo que se pone y dura cierto tiempo.”

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

“Queda una parte afuera.”

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

➤ **Reacciones espontáneas al conocer el condón femenino**

En términos de apariencia, se percibe como feo y extraño. Llama la atención su tamaño, que se percibe como muy grande y poco atractivo. En general causa cierta inquietud por la posibilidad de que moleste o produzca dolor al insertarlo y usarlo, y también genera curiosidad al percibirse como un método novedoso.

*“Oh, oh... que enorme, qué es eso”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

*“¡Son gigantes! Se puede meter hasta el confort.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, I Región)*

*“Ah que nervios, lo encontré gigante”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

*“Yo lo encuentro muy grande”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“Oye pero que feo se ve, queda como una bolsa, lo encuentro raro, a lo mejor buena como medida de protección pero de repente...”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

*“Lo encuentro grande, o sea para uno que es mamá quizás,
pero para las niñas que están recién,
yo tuve parto normal y quede mucho más abierta,
no vuelve a ser lo mismo nunca jamás en la vida”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

Los aspectos que generan mayor inquietud son la forma de colocarlo, y en particular cómo se inserta la argolla interna, y la forma de retirarlo, sobre todo por la posibilidad de que produzca dolor o algún daño, o que quede mal puesto.

*“Ah y ¿se queda esto afuera?”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

*“¿Se siente bien?”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

*“Pero, ¿cómo te meti esos...? (se refiere a las argollas)”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

*“Esto es como incómodo más que nada,
porque claro o sea la misma argolla...”
(Focus Group Estudiantes institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“Yo creo que quizás en el momento la argolla la sientes.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

Se observa que las mujeres no conocen en profundidad su cuerpo y que el sólo hecho de tener que tocar sus genitales para colocar el condón femenino, genera incomodidad y temor. Por ello, tienen inquietud respecto a si es posible insertar el condón femenino sin causar daño, y si éste se ajusta al tamaño real de sus vaginas.

*“En realidad no sé muy bien de qué se trata pero, se ve demasiado grande y no sé, no me imagino cómo poder usarlo...”
(Focus Group Estudiantes Institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“Lo que molesta es el hecho de ponerlo, de colocarlo es como un lugar tan sensible, por cómo muestran en los dibujos no podría...”
(Focus Group Estudiantes institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)*

➤ Percepción de aspectos positivos del condón femenino

Se observa una percepción positiva generalizada del condón femenino entre las mujeres estudiantes. Entre los aspectos con mayor valoración positiva se encuentran que su uso depende de la iniciativa y decisión de la mujer, luego que se trata de una nueva alternativa de protección eficaz frente al VIH, las ETS y el embarazo; por último, que a diferencia del condón masculino, no interrumpe el acto sexual pues se puede colocar antes.

Se tiende a identificar como aspectos positivos del condón femenino su utilidad, eficacia y forma de uso, por sobre aquellos atributos físicos del producto. En este sentido, se observa un tránsito desde los aspectos que más impresionan al verlo por primera vez, a una segunda etapa, en donde se identifican como relevantes aquellos aspectos que entregan mayor autonomía, seguridad y protección a la mujer.

Es evaluado positivamente el hecho de ser un dispositivo usado en el cuerpo de la mujer, y que depende en mayor medida de su decisión para usarlo (aprender a usarlo, colocarlo, etc.) frente al condón masculino, en donde deben conseguir el consentimiento del hombre para que se lo coloque. El condón femenino, como una nueva opción para el autocuidado, promueve en primer lugar, un mayor conocimiento del propio cuerpo (necesidad de conocer y tocar la vagina, el cuello del útero, etc.); segundo, una mayor autonomía de la mujer en el control del mismo, asimismo, facilita que la mujer decida con mayor libertad sobre las medidas de sexo seguro que desee adoptar puesto que se convierte en una nueva herramienta de protección que depende exclusivamente de ella.

“La sensación cuando lo vi así como, no la física sino que la psicológica, fue de tranquilidad y de que tengo el control, yo puedo decidir, yo tengo el control.”

(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, VIII Región)

“Yo encuentro que lo positivo es que podi tener el control, onda, da lo mismo y yo puedo usar un condón femenino.”

(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, RM)

*“Se puede estar siempre lista”
(mientras hace un signo de scout con la mano)
(Focus Group Estudiantes institutos y CFT, organizadas y no organizadas, RM)*

Por otra parte, se percibe positivamente el hecho de representar una nueva alternativa de protección segura y eficaz. Al ser homologado al condón masculino, junto con la percepción de que el grosor del material otorga mayor seguridad, el condón femenino es percibido como un método seguro y eficaz, que entregaría incluso una protección mayor que el condón masculino frente a las ETS, el VIH y los embarazos por dos razones, primero porque el material se observa más resistente y seguro, y segundo porque tiene un área mayor de protección.

*“Eso impide que entre cualquier bichito por ahí.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“Me tinca seguro”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

Por último, la posibilidad de colocar el dispositivo varias horas antes del acto sexual, permite no interrumpir el mismo para colocarlo, situación que es valorada de manera muy favorable por las estudiantes, que señalan que a sus parejas sexuales por lo general, les incomoda usar condón masculino. El condón femenino, al no depender de la erección del pene, permite que la mujer se lo pueda poner con calma. Este factor, contribuye por una parte a que se use el dispositivo durante todo el acto sexual (desde el comienzo de la relación, hasta el final), y segundo, que la mujer pueda verificar la correcta colocación del condón, para evitar deslizamientos o posibles fallas por mal uso.

*“Yo lo encuentro bueno para prevenir como sexo ocasional...
porque lo usai, tú te lo puedes poner antes, no interrumpe nada,
e igual lo encuentro mucho más seguro que el condón,
de puro verlo lo encuentro grueso”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“Lo encontré como más cómodo que el preservativo
que te lo podí poner antes porque a veces estay ahí
y como que perdí mucho tiempo entendí...”
(Focus Group Estudiantes institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)*

➤ **Percepción de aspectos negativos del condón femenino**

Si bien se perciben pocos aspectos negativos del condón femenino, estos inciden en generar un rechazo hacia el producto. Los principales aspectos percibidos como negativos se relacionan con las características físicas del producto, y con su elevado precio.

*“No, aparte que es feo...
encuentro que es demasiado grande y es caro.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“No sé me da miedo... no me gusta tocar los condones”
(Focus Group Estudiantes Institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“Totalmente antisexy, matapasiones”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

Además, les resulta feo el que el condón se vea mientras mantienen una relación sexual, creen que esto es poco estético y puede disminuir el deseo de su pareja por verlas desnudas y por practicar el sexo oral. En este sentido la utilidad y protección que ofrece el producto adquiere menor relevancia que su apariencia. Por la etapa vital que viven, genera inseguridad el hecho de que el condón femenino pudiese ser mal evaluado por sus parejas en el sentido de hacerlas “feas” o poco femeninas.

En esta etapa, la mayor parte de las estudiantes se encuentran construyendo su identidad de género, conociendo sus cuerpos y aprendiendo sobre su sexualidad, etapa en la que los mandatos sociales sobre lo que debe ser (ser buena mujer, buena hija, etc.), y cómo deben comportarse (femeninas, discretas, sensibles, etc.) adquieren gran relevancia para poder integrarse al mundo de lo socialmente aceptado. En este proceso, la construcción social del género les señala que la mujer debe ser bella, joven y pura.

Es probable, que en contra de dicha construcción ideal iría el condón femenino, ya que implica primero que la mujer conozca su cuerpo e incluso introduzca (toque) el condón en sus genitales, situación que socialmente no es bien vista, luego, que decida de manera independiente sobre el uso de métodos de protección, sin necesidad de consultar al hombre, lo que se asocia a libertinaje, promiscuidad, entre otros. Por último, el hecho de que se “vea”, no así por ejemplo los DIU o anticonceptivos orales que son más usado por las mujeres

jóvenes, rompe el ideal de pureza y belleza que debe tener toda mujer.

*“Es poco estético y que quede para fuera...
encuentro que se ve feo...”*
(Focus Group Estudiantes institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)

*“Eso que estéticamente se ve feo, no me gusta, que digan que nadie
te lo va a ver y todo no sé, pongamos en el caso si te quieren hacer
sexo oral se encuentra con esto...”*
(Focus Group Estudiantes institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)

“No es como para ir a conquistar a alguien”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)

Por último, el elevado precio es un factor inhibitorio para querer probarlo y resta posibilidades de visualizar un uso frecuente en el futuro. Algunas estudiantes ya encuentran caro el condón masculino, y tienen problemas para acceder a él con sus parejas sexuales, por lo que el precio del condón femenino, excede sus presupuestos.

*“Es bastante caro... el preservativo para una noche,
súper caro para un momento de placer...”*
(Focus Group Estudiantes institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)

“El precio.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)

➤ Disposición a probar el condón femenino

Entre las jóvenes universitarias, existe disposición mayoritariamente favorable a probar y a utilizar el condón femenino en el futuro. La primera experiencia de uso, suponen que sería con sus parejas estables, con el objeto de poder conocerlo y probarlo en un ambiente de confianza y de manera lúdica. Asimismo el hecho de ser un dispositivo desconocido, agrega un factor de novedad y sirve como una forma de experimentar cosas nuevas en sus relaciones sexuales. Entre quienes lo encuentran poco atractivo, lo usarían con su pareja estable sólo en ciertas ocasiones y no en todas las relaciones sexuales.

*“Pero por vivir cosas nuevas, por saber cómo es,
más que nada, y si es bueno...”*

*(Focus Group Estudiantes Institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“Cuando tuviera uno, lo usaría, con mi pareja estable sería para
conocer algo nuevo con él que es como más confiable,
es como menos vergüenza y decirle mira tengo esto usémoslo,
se reiría mucho...”*

*(Focus Group Estudiantes Institutos y CFT,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“Mi marido no lo usaría, no creo que sería lo más bonito para todas
las veces, pero si para algunas en particular”*

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

Un factor relevante que incide en el nivel de disposición a probar e incorporar el condón femenino como una alternativa de protección, es el precio. Señalado como uno de los aspectos negativos del condón femenino, el precio influye en que las mujeres no logran visualizar posibilidades de uso del dispositivo, porque no se ajusta a los presupuestos que actualmente destinan a la compra de otros métodos más económicos para ellas, tales como anticonceptivos orales o condón masculino. De esta forma, el precio inhibe en ellas, las posibilidades de usarlo en un futuro cercano.

“Es que el precio”

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“No lo usaría regularmente si fuera muy caro, ya que una caja de condones te sale a 1900 y vienen 3, entonces igual es más económico, cachai.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, I Región)*

Algunas, no lo usarían debido al rechazo que les provoca la apariencia y percepción de incomodidad del condón femenino. Se observa cierta vergüenza o inhibición para usarlo con sus parejas sexuales, tal y como se indicara en los aspectos negativos que identifica el segmento en el dispositivo.

Si el condón femenino se distribuyera gratuitamente como el condón masculino, en consultorios y centros de salud, las estudiantes universitarias estarían dispuestas a comenzar a utilizarlo.

*“Si lo regalaban en consultorios, cosa así, usaría ese (condón femenino), y no preservativo (condón masculino)”
(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, RM)*

Entre quienes declaran que usarían el condón femenino, lo harían porque les entrega mayor autonomía y poder de decisión respecto a su salud sexual y reproductiva.

*“Es que ahí tu tení el control de no contraer alguna enfermedad sexual cachai, eso te da seguridad de que te estay cuidando”
(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, RM)*

*“Por la prevención de las enfermedades.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias, organizadas y no organizadas, VIII Región)*

Quienes lo usarían, lo harían de manera esporádica sin aplicarlo como un método de prevención constante, ni único. Los aspectos negativos que identifican, así como el acceso al producto, indican que esta población haría un uso del condón femenino, similar al que hacen actualmente del condón masculino; en el sentido de utilizarlo sólo de manera ocasional para relaciones con parejas sexuales ocasionales o en circunstancias precisas, como al inicio de una

relación estable o por posibles fallas del método principal (olvido de pastillas, etc.).

Se observa que la consistencia en su utilización va a depender de que las primeras experiencias de uso resulten satisfactorias, así como del acceso final al producto en donde inciden precio de venta, información sobre forma de uso, eficacia, y lugares de venta, entre otros.

*“La sensibilidad...que sea cómodo...
poder hacer todas las posiciones que tu querí”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

2.2.3.3 Sugerencias de población focalizada para promover el condón femenino

Las sugerencias realizadas por las mujeres estudiantes universitarias para promover el condón femenino, señalan tres aspectos importantes a considerar en una promoción orientada a su grupo objetivo. Primero, realizar una campaña a nivel masivo y en soportes y medios a los que ellas tienen acceso de manera frecuente; en segundo lugar entregar toda la información disponible y pertinente para conocer el producto; por último, ampliar y diversificar los puntos actuales de distribución y venta del condón femenino a lugares de acceso masivo.

Se observa que las estudiantes no requieren en sí, estrategias de promoción tan focalizadas como las otras dos poblaciones de estudio. En general, tienen un acceso masivo a medios de comunicación e información, a lugares de atención de salud, lugares de recreación y estudio.

La campaña masiva de promoción del condón femenino, debería según las mujeres estudiantes, dar a conocer el producto, poder verlo, saber cómo es, conocer sus ventajas y desventajas, su nivel de eficacia y la forma de uso. Las estrategias publicitarias son valoradas positivamente por esta población como la forma óptima de promocionar el condón entre universitarias. Como un aspecto interesante, señalan que en cualquier soporte utilizado (folletos, radios, prensa, vía pública, etc.), es bueno indicar una dirección en Internet, donde la mujer interesada pueda luego acceder a información más detallada y responder su posibles dudas e inquietudes respecto al condón femenino.

Se mencionan como lugares de promoción del condón femenino las farmacias, universidades e institutos, y lugares de acceso masivo como metro, plazas, etc. Para estos lugares se sugiere la entrega de información a través de volantes, explicando claramente su uso, eficacia, ventajas y desventajas. También se mencionan los medios de comunicación masivos, fundamentalmente televisión y radio, e Internet.

"En las mismas farmacias poner así como tienen carteles de oferta, poner cartel de condón femenino..."
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)

Algunos canales sugeridos para promocionar el condón femenino son: dando charlas o realizando pequeños talleres en los centros de estudio, universidades e institutos, entregando panfletos en las universidades a través de personas que puedan dar información adicional a lo que se encuentran en el material escrito, regalando condones femeninos en lugares de afluencia de público nocturno y también en universidades e institutos.

*“Primero, que lo tienen que promover mujeres... que pueden ser como promotoras... que hayan usado”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

*“Charlas, con explicación, con dar lugar a preguntas... yo opino ponte tú que después de esas charlas regalar una muestra a cada una”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

*“O de repente en los cambios sale harta gente que sale a fumarse un cigarro, el joven en la plaza o en la hora de almuerzo, cuando hay más gente en la universidad, ahí hay harta gente, por último... no sé poh... ahí como informar cinco minutos, atender unos minutos para que miren y vean por último, o sea, porque igual uno en la universidad hablar no es como difícil juntar. Para las asambleas, para los paros se junta gente, imagínate no más.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, I Región)*

La jóvenes universitarias, tienden a pedir que se les informe de todo, con las ventajas y desventajas que posee el condón femenino, en particular, resultan claves para esta población, las formas de obtenerlo, ponerlo, retirarlo, nivel de eficacia, características de tamaño, material, lubricación, riesgos y desventajas, entre otros. En cualquier estrategia de promoción del condón femenino, resultaría relevante para este grupo objetivo, señalar que es un método de protección que entrega mayor autonomía a la mujer en las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, así como dar a conocer experiencias de uso en otros países.

*“Estadísticas, estadísticas de países en donde ya se haya usado, se haya repartido en el sistema público.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

“Porque al final yo creo que eso es lo que más te puede ayudar el tema del condón femenino como que tu tení el control de la situación para las enfermedades de transmisión sexual.”

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

“Porque las mujeres no tenemos ningún método de prevención o sea si él no se quiere poner condón, perdiste no más, entonces ahora como que tu tení el control de tener o no tener.”

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

Como tercer aspecto crucial en una campaña de promoción señalan diversificar los puntos de venta y distribución actuales. Se mencionan como relevantes los puntos de venta en farmacias, que son accesibles a todo tipo de personas y en todas las regiones, luego se menciona la importancia de distribuirlos en centros de atención de salud, como consultorios con distribución gratuita, finalmente también a través de dispensadores en baños de pubs y discotecas, y baños de universidades e institutos profesionales. Los dispensadores son una forma de venta de condones masculino en la actualidad, que a esta población le parece adecuada y pertinente, por ello, señalan que en esos mismos dispensadores se podrían vender condones femeninos.

“En las mismas farmacias...”

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)*

*“Yo creo que incluso en las discotecas,
en dispensadores de condones”*

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

*“Repartiendo en las playas,
y se reparten en los servicios de salud,
bueno sería bueno ponerlos en donde la gente
realmente los necesita, como en las discotecas, pub.”*

*(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, VIII Región)*

Como ideas fuerza destacadas por las estudiantes, que llama la atención a mujeres como ellas, y que podría ser utilizada en una campaña de promoción del condón femenino, se señala la idea de que el condón femenino empodera a la mujer y entrega una nueva herramienta que aumenta el poder de decisión que posee en su vida sexual. Esta idea se releva como un concepto potente y valorado positivamente, que actuaría llamando la atención a mujeres como ellas, que buscan mayor igualdad e sus relaciones de género, que valoran el placer y su autonomía en materia sexual, y que buscan prevenir el embarazo, las ETS y el VIH en sus relaciones sexuales.

“Cuando salía con mis amigas como que “iban muchas a todas” (ir a todas, dicho juvenil que se identifica con la autonomía y libertad en materia sexual) entonces hay una cuestión que tú no maneja, y es que si la otra persona se quiere cuidar poh... en cambio si tú queri llevarla en todas, la lleve también acá cachai... entonces -tome el control de la situación usa condón... ahh!!!!-.”
(Focus Group Estudiantes Universitarias,
organizadas y no organizadas, RM)

2.3 Síntesis integrada de resultados Fase Cualitativa

➤ **Motivaciones, hábitos y actitudes hacia las prácticas de sexo seguro, uso de condón y otros métodos de prevención**

• **Percepción de riesgos en la vida sexual**

La percepción de riesgos en la vida sexual, varía entre una población y otra, más que en los riesgos en sí, en la intensidad con que se perciben al interior de cada grupo objetivo.

De esta manera, las trabajadoras sexuales distinguen ciertos riesgos transversales a la vida sexual, y algunos específicos según se trate de comercio sexual, o de la vida sexual privada.

Los principales riesgos percibidos, transversales a ambos ámbitos de la vida sexual (vida sexual privada/vida sexual laboral) son: riesgo de adquirir alguna ETS, riesgo de adquirir VIH y posibilidad de embarazos no deseados.

Los riesgos específicos percibidos en el ejercicio del comercio sexual son: ser víctimas de violencia por parte de los clientes, de la violencia callejera (delincuentes, pandillas, etc.) o de la policía.

El principal, y prácticamente único riesgo percibido en la vida sexual privada es la posibilidad de infidelidad de la pareja sexual, y con ella, el riesgo de adquirir alguna ETS o VIH.

Las MVVIH perciben con mayor intensidad el riesgo de re-adquirir el virus y con mayor fuerza aún, la posibilidad de adquirir alguna infección o ETS que pueda afectar su estado de salud. En segundo lugar, se percibe el riesgo de transmisión del VIH a las parejas sexuales, percepción más intensa entre quienes poseen pareja estable; y por último, el riesgo de un embarazo no deseado. Cabe destacar que se observa un grupo significativo de MVVIH que no percibe ningún riesgo en su vida sexual.

Finalmente, entre las mujeres estudiantes, el mayor riesgo percibido es la posibilidad de un embarazo no deseado y no planificado. En segundo lugar, se perciben riesgos de adquirir alguna ETS o VIH, principalmente por posibles infidelidades de la pareja sexual, o por desconocimiento de la vida sexual anterior de ésta.

- **Uso de métodos de protección**

En la población de trabajadoras sexuales, el uso del condón masculino es masivo y la mayor parte de las veces consistente, y se utiliza principalmente en los contactos sexuales con clientes. Entre quienes señalan tener pareja (en términos afectivos, sea ésta estable o no), es frecuente no utilizar condón con la pareja sexual, ya que la percepción del riesgo de adquirir alguna ETS o VIH se neutraliza, y se enfatiza la protección anticonceptiva. Los más usados en este ámbito, son los dispositivos intrauterinos y los anticonceptivos orales.

Para la mayoría de las trabajadoras sexuales, en el proceso de decisión así como en la consistencia de uso del método de protección, tienen un papel central las consejerías e información que reciben en los Centros de Salud Sexual.

La mayor parte de las mujeres viviendo con VIH/SIDA, decide qué método usar por prescripción del médico tratante o la matrona del centro de atención de PVVIH. A diferencia de las otras dos poblaciones, trabajadoras sexuales y estudiantes, en este grupo incide con mayor intensidad la opinión de los profesionales de salud, que poseen, según las entrevistadas, conocimientos específicos sobre el uso de métodos de protección o de anticoncepción en personas viviendo con VIH/SIDA.

La mayoría de las MVVIH/SIDA señala que el principal método de protección que utilizan es el condón masculino, por su triple prevención de ETS, readquisición / transmisión del VIH y embarazos. Se observa que el condón masculino es utilizado de manera irregular principalmente por negativa de la pareja sexual e incomodidad, así como por la baja autopercepción de riesgo. De esta forma, pese a que el condón es muchas veces el único método de protección que se utiliza, éste no es usado de manera consistente.

La mayoría de las mujeres universitarias utiliza anticonceptivos orales, y sólo algunas de ellas, utilizan el condón masculino, aunque de manera ocasional. El uso de condón masculino se observa con mayor frecuencia al inicio de una relación de pareja, con parejas sexuales ocasionales o como método complementario en caso de olvido en el consumo de anticonceptivos orales. Se observa que en esta población se prioriza la función anticonceptiva del método a escoger, por sobre su protección frente a ETS o VIH.

- **Decisión y negociación sobre método de protección a usar con la pareja sexual**

La mayor parte de las trabajadoras sexuales decide ella misma qué método de protección usar en sus relaciones sexuales. En el caso de las relaciones sexuales con clientes, coinciden en que la mayor parte de las veces se generan una serie de estrategias para asegurar el uso del condón masculino, que consisten en establecer antes de tener el contacto sexual, que el condón masculino es una condición para tener la relación sexual. En tanto, que con las parejas sexuales en la vida privada, pese a que principalmente son ellas quienes deciden el uso de algún método de protección, muchas veces se trata de una situación conversada con la pareja sexual. Se observa mayor eficacia para imponer el condón masculino en relaciones sexuales con clientes que en relaciones en la vida privada.

Las MVVIH, señalan que la decisión sobre el uso de métodos de protección es una decisión conjunta entre la mujer y su pareja, en particular con su pareja estable, sin embargo, se observa que el uso final de dicho métodos depende en mayor medida de la autopercepción de riesgo y nivel de empoderamiento de cada mujer.

Se observa en este grupo, que el uso consistente de métodos como el condón masculino, depende en gran medida de la capacidad de negociación de cada mujer, más que de una decisión conjunta y en menor medida, de una iniciativa de la pareja. La confianza en la fidelidad de la pareja, el amor y compromiso inciden en reducir la capacidad de gestionar el riesgo entre MVVIH, y en particular en su capacidad de negociar e imponer finalmente el preservativo.

Entre estudiantes universitarias, en la mayoría de los casos es la mujer la que decide finalmente si se usa algún método y no, y cuál método se utiliza. En relaciones con parejas sexuales ocasionales, la decisión radica con mayor claridad en las mujeres.

Pese a que se observa que las universitarias establecen relaciones de género equitativas con su entorno, persiste la noción de que son ellas quienes poseen la responsabilidad de prevenir tanto embarazos como ETS y VIH. Las experiencias de mujeres cercanas que han tenido embarazos no deseados, fortalece su percepción del riesgo de un embarazo no planificado y de las consecuencias, que perciben como negativas, que éste podría tener en sus proyectos de vida.

➤ **Percepciones, experiencias, motivaciones y disposición respecto del uso del condón femenino**

• **Imaginario y percepción del condón femenino**

Sólo una pequeña parte de las trabajadoras sexuales ha escuchado hablar o conoce el condón femenino. En estos casos, el nivel de conocimiento de las características del producto es bajo.

Por lo anterior, en algunos casos el imaginario sobre el condón femenino es también reducido, ya que les cuesta imaginar algo de lo que no se tiene referencia alguna. En este sentido, por el nombre del dispositivo, se tiende a asociarlo con el condón masculino. No se asocia de manera inmediata a protección, sino más bien a un objeto que contendrá algo, hecho que produce curiosidad, respecto a la forma de uso del dispositivo. Por homologación al condón masculino, se le atribuyen sus características de seguridad y eficacia.

Entre las MVVIH/SIDA, la mayor parte tiende a asociarlo de manera positiva con una nueva opción de protección, asimismo lo asocian a un elemento propio de las mujeres, por la asociación de palabras femenino, mujer, cuidado de la salud de la mujer. Al no existir referentes conceptuales ni visuales sobre el condón femenino, a muchas mujeres les cuesta imaginar su aspecto y atributos.

Cuando intentan imaginarlo, lo asocian al condón masculino, en cuanto a forma, material y utilidad, porque es el más cercano y casi único referente que les permite imaginarlo. Se asocia a un receptáculo similar a la forma del condón masculino, que se introduce en la vagina, también lo relacionan al material del condón masculino, "látex o goma". El dispositivo genera curiosidad, y es asociado positivamente a algo novedoso que dan ganas de conocer.

La mayoría de las estudiantes no ha visto el condón femenino, pese a que varias de ellas saben que existe. Pese a que se ha escuchado hablar del condón femenino, se maneja muy poca información concreta y específica sobre el mismo, y más bien se tiene una referencia abstracta de cómo podría ser el dispositivo. Les cuesta asociarlo a ideas concretas. Al no existir referencias puntuales ni ser posible imaginar su forma o utilidad, en un primer momento se le asocia a algún objeto que contiene algo, a una matriz o receptáculo similar a la forma de la vagina.

- **Experiencia de uso del condón femenino**

Sólo tres trabajadoras sexuales que participaron el estudio han usado el condón femenino. Todas ellas, lo han usado en promedio en dos o tres ocasiones, por lo que las experiencias de uso del dispositivo son menores, y no se observa un uso prolongado y consistente del mismo.

Dos de ellas, tuvieron una buena experiencia con el condón femenino, sin embargo, la tercera, las dos veces que utilizó el dispositivo, lo hizo con clientes que no consintieron su uso, descubriéndola durante el acto sexual. Esta situación generó incomodidad e insatisfacción con el condón femenino.

Si bien muchas mujeres viviendo con VIH conocen el condón femenino, la mayor parte de ellas no lo ha usado, y tampoco conocen personas cercanas que hayan tenido dicha experiencia. Entre quienes lo han usado se destaca la posibilidad de contar con el método como otra opción de protección, sin embargo, pese a que se observa que las experiencias con el condón femenino han sido positivas, las mujeres sienten que han sido pocas y que necesitan cierto manejo y práctica en el uso, que les permita llegar a utilizarlo correctamente y que éste no resulte incómodo.

Finalmente, ninguna de las estudiantes entrevistadas ha utilizado el condón femenino alguna vez, y tampoco tienen referencias de personas cercanas que lo hayan utilizado, situación que se corrobora con la información cuantitativa recogida que coincide en que ninguna estudiante de la muestra lo ha utilizado.

- **Nivel de conocimiento del condón femenino**

En todos los grupos objetivo se observa un bajo nivel de conocimiento de características e información puntual sobre el condón femenino, pese a que el dispositivo es más conocido entre MVVIH, luego entre trabajadoras sexuales y finalmente entre estudiantes universitarias.

Entre trabajadoras sexuales que conocen medianamente el condón femenino se reconoce como un preservativo seguro, de uso femenino y se hace mención a ciertos atributos físicos del producto. Se observa que las mujeres tienden a conocer ciertos aspectos del condón femenino en términos generales, y en algunos casos vagos, sin certeza sobre la veracidad de la información que se maneja.

Muchas mujeres VVIH entrevistadas conocen el condón femenino, debido a su participación en agrupaciones de PVVIH o por haber asistido a actividades que éstas realizan, así como porque lo han escuchado o leído en algún medio de comunicación masivo. El nivel de conocimiento de las características del condón femenino no es muy amplio, y al igual que en las trabajadoras sexuales, en algunos casos se duda sobre la veracidad de la información que poseen. Las mujeres retienen información general sobre el dispositivo, principalmente relacionada con su tamaño, forma, material y modos de uso.

Las estudiantes universitarias son las que manejan menos información sobre el dispositivo. Quienes han escuchado hablar de él mencionan ciertas referencias que aunque globales y vagas, dan cuenta de un acercamiento a las características físicas del producto y a su forma de uso. No se observa capacidad para profundizar en las características mencionadas, pues el nivel de conocimiento se mantiene en un nivel abstracto y general.

- **Percepción de aspectos positivos del condón femenino**

En todos los grupos objetivo, el condón femenino llama la atención de manera espontánea por su apariencia física, que resulta desconocida y en algunos casos, poco amigable.

Al ser expuestas algunas de las características del condón femenino, las trabajadoras sexuales tienden a destacar por sobre la apariencia del condón, los atributos positivos, entre los que se destacan que depende de la iniciativa y decisión de la mujer, y que no necesita ser negociado con el cliente, e incluso el cliente no tendría por qué enterarse del uso de dicho dispositivo. En este segmento, el condón femenino, tiende a ser comparado con el condón masculino, y se destacan sus atributos positivos tales como mayor área de protección que el condón masculino, lo que brinda sensación de mayor seguridad y eficacia sobre todo frente a ETS; representa una alternativa real de protección, pues permite usarlo con parejas sexuales a las que no les gusta el condón masculino; es de un material flexible y blando, por lo que genera la sensación de ser cómodo y manejable; finalmente, depende exclusivamente de la mujer, pues se usa en su propio cuerpo.

Entre las MVVIH/SIDA, básicamente son tres las dimensiones que se destacan del condón femenino: primero se valora la autonomía que entrega a la mujer en el cuidado de su salud sexual y reproductiva; segundo, permite disfrutar en mayor medida las relaciones sexuales al no interrumpir el acto sexual; y por último, que al no incomodar al

hombre, en el sentido que no le aprieta, duele, ni incomoda, se hace más fácil su incorporación y se potencia la posibilidad de tener relaciones sexuales protegidas y placenteras.

Entre las estudiantes universitarias, se observa una percepción positiva generalizada del condón femenino. Entre los aspectos con mayor valoración positiva se encuentran que su uso depende de la iniciativa y decisión de la mujer, luego que se trata de una nueva alternativa de protección eficaz frente al VIH, las ETS y el embarazo; por último, que a diferencia del condón masculino, no interrumpe el acto sexual pues se puede colocar antes. Se tiende a identificar como aspectos positivos del condón femenino su utilidad, eficacia y forma de uso, por sobre aquellos atributos físicos del producto.

En este sentido las tres poblaciones destacan que depende de la iniciativa y decisión de la mujer, que brinda protección de manera segura y eficaz. Entre MVVIH y estudiantes también se destaca que no interrumpe el acto sexual.

- **Percepción de aspectos negativos del condón femenino**

En las tres poblaciones, se destacan como atributos negativos el precio del condón femenino, y su apariencia poco atractiva. Considerando la situación socioeconómica de las mujeres que participaron en el estudio, el precio de cada unidad excede en demasía las expectativas y posibilidades de adquirir el producto. Por ello, se transforma en un aspecto valorado negativamente, y en una dificultad real para lograr acceder al producto.

Entre trabajadoras sexuales, es destacable que varias entrevistadas no perciben aspectos negativos en el condón femenino. Los aspectos negativos percibidos se refieren a características del producto, tales como: tamaño, al ser percibido como grande genera dudas respecto a su posible comodidad al usarlo; precio elevado; y la necesidad de capacitación para aprender a usarlo de manera correcta, lo que produce que la mujer perciba que tendrá que iniciar un proceso de aprendizaje con el nuevo método, similar al realizado con el condón masculino.

Los principales aspectos negativos percibidos entre las MVVIH/SIDA son: apariencia del condón femenino que resulta desagradable; y su precio. Se mencionan también las dudas sobre si producirá dolor, incomodidad o reducirá el placer, así como que deja toda la responsabilidad de protección sobre la mujer.

Pese a que las estudiantes, perciben pocos aspectos negativos del condón femenino, estos inciden en generar un rechazo hacia el producto. Al igual que en las demás poblaciones, evalúan negativamente la apariencia del producto, y su elevado precio.

- **Disposición a probar el condón femenino**

La mayor parte de las mujeres que participaron en esta fase del estudio, se muestran dispuestas a probar y utilizar el condón femenino en el futuro.

Las trabajadoras sexuales lo probarían porque lo perciben como un elemento novedoso que aporta seguridad, protección y autonomía en las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Se observa gran interés y motivación por probar el método y aprender a utilizarlo.

Entre MVVIH/SIDA; también existe una disposición favorable a probarlo, principalmente porque se percibe dicho método como una alternativa de protección segura y eficaz. El grado de disposición a probarlo depende en este grupo de lo exitoso de las primeras experiencias de uso, el tipo de relación establecida con la pareja sexual, en la medida que permite incorporarlo como parte de las medidas de mutuo cuidado adoptadas por la pareja, el acceso real al producto y la capacitación necesaria para aprender a usarlo.

Entre las jóvenes universitarias, existe disposición mayoritariamente favorable a probar y a utilizar el condón femenino en el futuro. El hecho de ser un dispositivo desconocido, agrega un factor de novedad y sirve como una forma de experimentar cosas nuevas en sus relaciones sexuales.

En el nivel de disposición a probar e incorporar el condón femenino en esta población, incide con fuerza el precio, pues no logran visualizar posibilidades reales de uso del dispositivo, ya que no se ajusta a los presupuestos que actualmente destinan a la compra de otros métodos más económicos para ellas, tales como anticonceptivos orales o condón masculino. Algunas estudiantes, no lo usarían debido al rechazo que les provoca la apariencia y percepción de incomodidad del condón femenino.

➤ **Sugerencias de población focalizada para promover el condón femenino**

Las tres poblaciones objetivo coinciden en que la promoción del condón femenino tiene que ser masiva, fundamentalmente, para dar a conocer la existencia de este dispositivo, y entregar información que permita a las mujeres conocer sus características y así evaluar la posibilidad de probarlo e incorporarlo. Asimismo, las trabajadoras sexuales y MVVIH, señalan puntos de entrega de información y distribución del condón femenino, específicos para sus poblaciones, en particular ligados a los centros de salud donde asisten, así como también, organizaciones para el caso de MVVIH/SIDA, y lugares donde se ejerce el comercio sexual para trabajadoras sexuales.

Las sugerencias de cada grupo objetivo para promover el condón femenino dan cuenta de lo siguiente:

• **Sugerencias de Trabajadoras Sexuales**

Las trabajadoras sexuales señalan tres puntos esenciales a considerar:

- Entrega masiva y focalizada de información sobre el condón femenino, facilitando el conocimiento del producto y la familiarización con el mismo.
- Posibilidad de acceder a capacitación para aprender a utilizarlo, permitiendo un acercamiento más profundo al producto y específico,
- Ampliar los puntos de venta y distribución para la población en general, y también en lugares de fácil acceso para las trabajadoras sexuales tales como Centros de Salud Sexual y lugares donde se ejerce el comercio sexual.

Tipo de información requerida: informar y sensibilizar a la mayor cantidad posible de población sobre la existencia del dispositivo y formas de acceder al mismo. Se requiere todo tipo de información sobre el dispositivo, ventajas, desventajas, formas de uso, entre otros.

Lugares de entrega de información: se mencionan medios masivos, como la televisión, radio y prensa; luego, establecimientos de educación como colegios y liceos para informar a adolescentes y jóvenes; y por último lugares de acceso masivo como consultorios, farmacias, discoteques y pubs, entre otros. También es clave para esta población, entregar información en los Centros de Salud Sexual, así como en los locales nocturnos y puntos de la calle donde se ejerce el comercio sexual.

Lugares de venta y distribución: Sugieren su venta en farmacias, moteles y hoteles, locales de comercio sexual, sex shops y supermercados. Asimismo sugieren su distribución gratuita en Centros de Salud Sexual y consultorios.

- **Sugerencias de MVVIH/SIDA**

Las mujeres viviendo con VIH/SIDA realizan sugerencias para promover el condón femenino basadas fundamentalmente en los siguientes puntos clave:

- Difusión masiva de información sobre las ventajas y desventajas del condón femenino, así como sus características físicas y nivel de eficacia.
- Ampliación y diversificación de los puntos de venta y distribución.
- Necesidad de llevar a cabo una promoción directa con MVVIH/SIDA en los Centros de Atención y las Agrupaciones de PVVIH, que incorpore la entrega de información específica y focalizada, atendiendo a sus necesidades particulares en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Tipo de información requerida: Valoran la importancia de entregar toda información disponible sobre aspectos funcionales del condón femenino, tales como tamaño, material, eficacia, la forma de colocarlo y retirarlo, etc. y también informar sobre los puntos de venta actuales para poder acceder a él, así como el precio de venta. Es necesario para esta población, contar con toda la información sobre el producto tanto en sus aspectos positivos, como en sus desventajas, posibles efectos secundarios, eficacia y los posibles problemas que pueda provocar.

También es relevante conocer experiencias de mujeres que lo hayan usado, en charlas o talleres realizados tanto en las agrupaciones de PVVIH para aquellas mujeres organizadas, como en los consultorios y Centros de Atención PVVIH para aquellas mujeres que no participan en agrupaciones.

Lugares de entrega de información: Se mencionan consultorios, hospitales y los Centros de Atención de PVVIH, para una difusión masiva señalan los medios de comunicación masivos, como televisión y radio, los colegios y liceos para llegar a los jóvenes y adolescentes, y los lugares de afluencia de público y centros de entretenimiento.

Lugares de venta y distribución: sugieren que debería ser puesto a la venta en lugares de acceso masivo como farmacias, supermercados y discoteques. Además, debería ser distribuido de manera gratuita en los Consultorios y Centros de Atención a PVVIH y Agrupaciones de

PVVIH, acompañados de la realización de talleres para PVVIH y actividades de promoción de conductas de sexo seguro.

• **Sugerencias de Estudiantes Universitarias**

Las estudiantes universitarias para promover el condón femenino, señalan tres aspectos importantes a considerar en una promoción orientada a su grupo objetivo:

- Realizar una campaña a nivel masivo y en soportes y medios a los que ellas tienen acceso de manera frecuente;
- Entregar toda la información disponible y pertinente para conocer el producto;
- Ampliar y diversificar los puntos actuales de distribución y venta del condón femenino a lugares de acceso masivo.

Se observa que las estudiantes no requieren en sí, estrategias de promoción tan focalizadas como las otras dos poblaciones de estudio, asimismo no señalan las experiencias de terceros, ni la necesidad de recibir capacitación para utilizar el producto.

Información requerida: Conocer el producto, poder verlo, saber cómo es, conocer sus ventajas y desventajas, su nivel de eficacia y la forma de uso. En este ámbito señalan que debería promoverse a nivel masivo y con información básica sobre su uso y características, y que debería plantearse la opción de que las mujeres que se interesen en el producto obtengan información más detallada en Internet o los consultorios.

Lugares de entrega de información: Se mencionan como lugares de promoción del condón femenino las farmacias, universidades e institutos, y lugares de acceso masivo como metro, plazas, etc. Para estos lugares se sugiere la entrega de información a través de volantes, explicando claramente su uso, eficacia, ventajas y desventajas. También se mencionan los medios de comunicación masivos, fundamentalmente televisión y radio, e Internet.

Como un aspecto interesante, señalan que en cualquier soporte utilizado (folletos, radios, prensa, vía pública, etc.), es bueno indicar una dirección en Internet, donde la mujer interesada pueda luego acceder a información más detallada y responder su posibles dudas e inquietudes respecto al condón femenino.

Lugares de venta y distribución: Se mencionan como relevantes las farmacias. Luego su distribución gratuita en Consultorios, y a través de dispensadores en baños de pubs, discoteques, universidades e institutos profesionales.

Las tres poblaciones coinciden en priorizar la entrega de información a nivel masivo, para dar a conocer el producto, y luego mencionan estrategias más específicas para llegar de manera más eficiente a cada uno de los grupos objetivo.

Resulta clave que requieren la entrega de toda la información disponible sobre el condón femenino, tanto en sus aspectos positivos como negativos, primero en un nivel general, y luego en un nivel donde se pueda obtener información más detallada.

Todas los segmentos coinciden en la necesidad de ampliar y diversificar los actuales puntos de venta, e incorporar puntos de distribución gratuita en Centros de atención de salud, de acceso masivo como consultorios, y de atención específica como es el caso de los Centros de Salud Sexual para trabajadoras sexuales, y los Centros de Atención de PVVIH/SIDA en el caso de MVVIH/SIDA.

3. Fase Cuantitativa

3.1 Metodología

3.1.1 Universo y muestra

El universo fue el mismo que se consideró para la fase cualitativa del estudio: mujeres entre 15 y 50 años, residente en las regiones I, RM y VIII, y sexualmente activas, que sean estudiantes universitarias, mujeres viviendo con VIH/SIDA y trabajadoras sexuales.

Se utilizó una muestra total de 360 casos, no probabilística, con afijación no proporcional, con la siguiente distribución por población objetivo y región:

Región	Estudiantes universitarias	Mujeres viviendo con VIH/SIDA	Trabajadoras sexuales	TOTAL
I	30	20	30	80
VIII	30	20	30	80
RM	60	80	60	200
TOTAL	120	120	120	360

En la I Región, se consideró para la aplicación de encuestas, las ciudades de Arica e Iquique y en la VIII Región, las ciudades de Concepción y Talcahuano. En la Región Metropolitana se consideraron todas las comunas del Gran Santiago.

La distribución por edad fue aleatoria, intentando incorporar la mayor diversidad en cuanto a edades en los casos de la muestra.

Todas las personas consideradas en la muestra pertenecían a los niveles socioeconómicos medio, medio bajo, bajo y pobreza (C2, C3, D y E) y eran sexualmente activas, es decir, tuvieron actividad sexual en los últimos doce meses.

➤ **Características de la Muestra**

Edad

	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
18 a 24 años	83,3%	9,2%	19,2%	37,2%
25 a 34 años	16,7%	33,3%	35,0%	28,3%
35 a 44 años		40,0%	29,2%	23,1%
45 a 50 años		17,5%	16,7%	11,4%
Muestra	120	120	120	360
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Actividad principal

	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Estudia	97,5%	4,2%	1,7%	34,4%
Trabaja, con contrato estable	1,7%	16,7%	25,0%	14,4%
Trabaja, sin contrato estable	0,8%	29,2%	59,2%	29,7%
Dueña de casa		40,0%	9,2%	16,4%
Cesante		6,7%	0,8%	2,5%
Otra		1,7%	4,2%	1,9%
No responde		1,7%		0,6%
Total	120	120	120	360
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nivel educacional

	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sin estudios		1,7%	1,7%	1,1%
Básica incompleta		8,3%	16,7%	8,3%
Básica completa		8,3%	13,3%	7,2%
Media incompleta		23,3%	35,0%	19,4%
Media completa		47,5%	24,2%	23,9%
Universitaria incompleta	98,3%	7,5%	7,5%	37,8%
Universitaria completa	1,7%	3,3%	1,7%	2,2%
Muestra	120	120	120	360
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Profesión o trabajo de la persona que aporta el principal ingreso del hogar

	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Trabajos menores ocasionales e informales		4,2%	0,8%	1,7%
Oficio menor, obrero no calificado	2,5%	15,8%	16,7%	11,7%
Obrero calificado, trabajadora sexual, capataz	15,8%	40,8%	80,8%	45,8%
Empleado adm. medio y bajo	56,7%	36,7%	1,7%	31,7%
Ejecutivo medio	25,0%	2,5%		9,2%
Muestra	120	120	120	360
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nivel de educación de la persona que aporta el ingreso principal del hogar

	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sin estudios		0,8%	3,3%	1,4%
Básica incompleta	2,5%	11,7%	18,3%	10,8%
Básica completa	4,2%	2,5%	14,2%	6,9%
Media incompleta	1,7%	20,0%	30,0%	17,2%
Media completa	40,0%	55,8%	25,0%	40,3%
Universitaria incompleta	19,2%	5,8%	6,7%	10,6%
Universitaria completa	31,7%	3,3%	2,5%	12,5%
Post grado	0,8%			0,3%
Muestra	120	120	120	360
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

¿Quién aporta el principal ingreso de su hogar?

	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Usted	1,7%	39,2%	80,8%	40,6%
Cónyuge, conviviente o pareja	10,8%	36,7%	9,2%	18,9%
Padre o madre	85,8%	13,3%	5,8%	35,0%
Hijos(as)		5,8%		1,9%
Otra persona	1,7%	5,0%	4,2%	3,6%
Muestra	120	120	120	360
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Renta familiar mensual

	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Hasta \$127.500	4,2%	45,0%	30,0%	26,4%
Entre \$127.501 y \$245.000	12,5%	24,2%	39,2%	25,3%
Entre \$245.001 y \$362.000	20,0%	15,0%	14,2%	16,4%
Entre \$362.001 y \$521.000	33,3%	11,7%	10,0%	18,3%
Entre \$521.001 y \$1.000.000	30,0%	4,2%	6,7%	13,6%
Muestra	120	120	120	360
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Participación en alguna organización relacionada con población objetivo

	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Organizada	50,0%	50,0%	37,5%	45,8%
No organizada	50,0%	50,0%	62,5%	54,2%
Muestra	120	120	120	360
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Participación en algún tipo de organización o agrupación

	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sí	50,0%	50,8%	39,2%	46,7%
No	50,0%	46,7%	59,2%	51,9%
No responde		2,5%	1,7%	1,4%
Muestra	120	120	120	360
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tipo de organización en que participa actualmente

	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Centro de alumnos o federación de estudiantes	63,3%	1,6%		23,2%
Agrupación de PVVIH/SIDA	1,7%	83,6%		31,0%
Agrupación o grupo religioso	13,3%	8,2%	2,1%	8,3%
Agrupación o grupo artístico cultural	5,0%			1,8%
Partido político	3,3%			1,2%
Sindicato de trabajadoras sexuales			91,5%	25,6%
Agrupación o club deportivo	5,0%		2,1%	2,4%
Asociación gremial o sindicato		1,6%		0,6%
Centro de padres o apoderados		1,6%	2,1%	1,2%
Otra	8,3%	3,3%	2,1%	4,8%
Muestra	60	61	47	168
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.1.2. Instrumento

La información se obtuvo mediante la aplicación de un cuestionario estructurado que fue elaborado a partir de los objetivos de la investigación, de las recomendaciones y sugerencias de la contraparte técnica y la mesa de trabajo del condón femenino, así como de los resultados de la fase cualitativa en cuanto a planteamiento de preguntas, y posibles categorías de respuesta. (VER ANEXO N°2: INSTRUMENTO CUANTITATIVO)

3.1.3 Recolección de la información

El levantamiento de la información se realizó de acuerdo al siguiente calendario:

Región	Fecha Capacitación	Fecha Inicio	Fecha Término
I	30/9	30/9	24/10
VIII	30/9	3/10	31/10
XIII	04/10	5/10	31/10

- **Capacitación**

En cada una de las tres regiones se efectuó una capacitación dirigida a los Jefes de Zona y encuestadoras de cada región. La de la I región estuvo a cargo de Mireya Valdebenito, Coordinadora del estudio, y la de la VIII región a cargo de Marco Fabres, Jefe de Terreno. Estas mismas dos personas fueron los responsables del proceso en la Región Metropolitana.

En dicha capacitación, se instruyó a todas las participantes sobre la manera de contactar a los diferentes perfiles de las encuestadas y se enfatizó en la confidencialidad de la información al momento de acceder a las entrevistadas. En esta etapa del proceso se explicó la metodología del estudio y se repasó, pregunta por pregunta, todas las variables consignadas en el cuestionario. La capacitación incluyó además un juego de rol en el cual las entrevistadoras asumían uno de los perfiles del estudio para asegurar la completa comprensión del instrumento y la forma correcta en su aplicación. Asimismo, se insistió acerca del lenguaje que se debía usar para cada uno de los perfiles de las entrevistadas, y se ahondó especialmente en este

punto respecto de las Trabajadoras Sexuales y de las Mujeres Viviendo con VIH/ SIDA.

La capacitación en la Región Metropolitana contó con la presencia de una representante de CONASIDA.

La siguiente tabla da cuenta de la composición de los equipos de terreno por región.

Región	Jefe/a Zona	Encuestadoras
I	Teresa Silva	6
VIII	Solange Fernández	6
XIII	Marco Fabres	9

- **Aplicación de la encuesta**

La etapa del levantamiento de la información se efectuó paralelamente para las tres regiones y las tres poblaciones de la muestra. En este sentido, en las tres regiones, la población de estudiantes universitarias fue la que presentó menos complicaciones, completándose bastante antes que las otras dos poblaciones.

En la población de Trabajadoras Sexuales, se presentaron algunos problemas que se detallan por región:

- En la Primera Región, la no existencia de Trabajadoras Sexuales organizadas, complicó en un comienzo el normal desarrollo del estudio. Luego de algunas gestiones, y confirmada la falta de organización en esta región, se procedió a realizar las entrevistas solamente a “Trabajadoras Sexuales no organizadas” totalizando con ellas la cuota de 30 casos consignada en la muestra.
- Para la Octava Región, la completa colaboración de los Centros de ETS de Concepción y Talcahuano, facilitó notoriamente el acceso a las entrevistadas.
- En la Región Metropolitana se suscitaron algunos problemas en la aplicación de las entrevistas a trabajadoras organizadas en el sindicato, por falta de privacidad al momento de la aplicación de la encuesta. Para solucionar este problema, se realizó una reunión de representantes de Demoscópica con representantes de la Mesa Técnica el día 17 de octubre en la que se decidió anular y reemplazar las entrevistas cuestionadas, para lo cual se contó con la amplia colaboración del Sindicato.

En cuanto a las MVVIH, los problemas para aplicar la encuesta se dieron en todas las regiones, aunque en mayor medida en la Región Metropolitana. Estos problemas están focalizados sólo en las MVVIH organizadas, destacándose dos situaciones que es necesario consignar:

- La primera de ellas radica en la complicación para acceder a las entrevistadas. Este acceso estaba delimitado en que las encuestadoras debían recurrir a terceros para tener un contacto indirecto con las entrevistadas, para luego de esto, aplicar el cuestionario. Para solucionarlo, se realizó una reunión con las encargadas de VIVO POSITIVO el día 19 de octubre, quienes argumentaron que la muestra de MVVIH obtenida en los hospitales debía pasar a engrosar la muestra pedida a VIVO POSITIVO. Solucionado este problema, se puso más énfasis en abordar a las MVVIH que asistían a los hospitales para recuperar la cantidad de mujeres organizadas, derivadas hacia la cuota de VIVOPOSITIVO. En las regiones Primera y Octava, sucedió una situación similar, pero su solución se dio gracias a la colaboración que se proporcionó desde los centros de salud de cada región.
- El segundo problema consistió en el filtro sobre “actividad sexual en los últimos 12 meses” que no era cumplido por la mayoría de las convocadas, lo que provocó un retraso considerable en el desarrollo del trabajo de campo.

• Supervisión

Para realizar una completa fiscalización de la buena aplicación de las entrevistas, tanto en sus datos duros como en su consistencia, se procedió a sortear un 30% del total de la muestra de cada una de las poblaciones. Esta supervisión se realizó telefónicamente desde Santiago, de acuerdo a la siguiente distribución:

Región	Cantidad	Porcentaje
I	24	30
VIII	24	30
XIII	60	30
Total	108	30

El proceso de supervisión se realizó desde el momento en que se contó con suficiente material revisado en la oficina de Santiago. También se realizó una revisión de los cuestionarios para asegurar que todas las preguntas estuvieran contestadas; de no ser así, la supervisión solicitaba los datos faltantes.

El proceso se realizó con normalidad, sin que se detectasen faltas graves en el trabajo de las encuestadoras. La forma en que se accedió a las entrevistadas permitió minimizar errores y asegurar la confiabilidad de la información recogida, por lo que la supervisión no detectó mayores problemas.

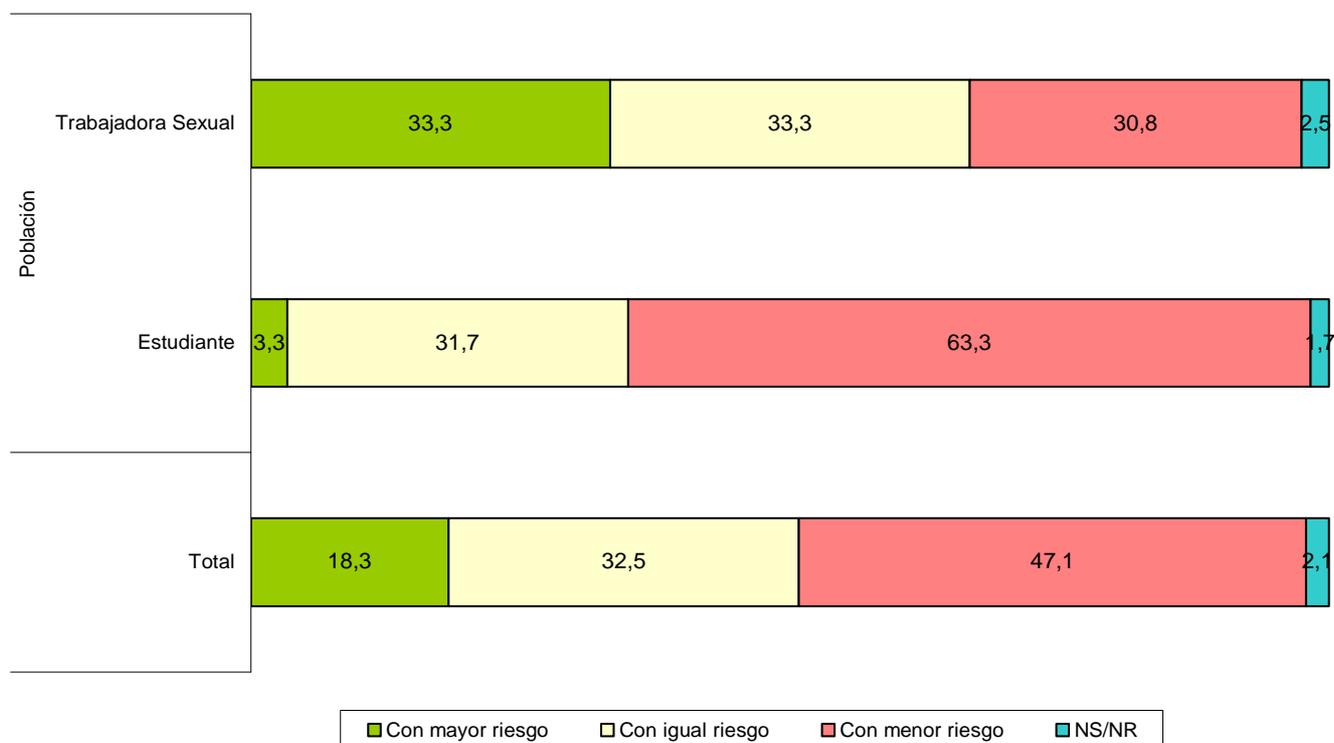
Hay que destacar que la mayor cantidad de casos supervisados se realizó sobre la población de las estudiantes universitarias, las que mayoritariamente entregaron su número telefónico, al contrario de las Trabajadoras Sexuales y, especialmente, las MVVIH, quienes mayoritariamente se negaban a dar sus números.

3.3 Resultados Encuesta

La forma general que asume la presentación de los resultados consiste en informar de los datos obtenidos para el total de la muestra y para cada una de las poblaciones objetivo, mediante un gráfico de síntesis acompañado de un cuadro, en relación a cada una de las preguntas del cuestionario.

Cuando se considere pertinente, se aludirá a diferencias por nivel socioeconómico y nivel educacional de las entrevistadas. El detalle de los resultados respectivos se encuentra en el ANEXO N° 4: CUADROS ESTADISTICOS.

1. ¿Cómo se considera usted en cuanto al riesgo de adquirir SIDA, en comparación con la mayoría de las chilenas?



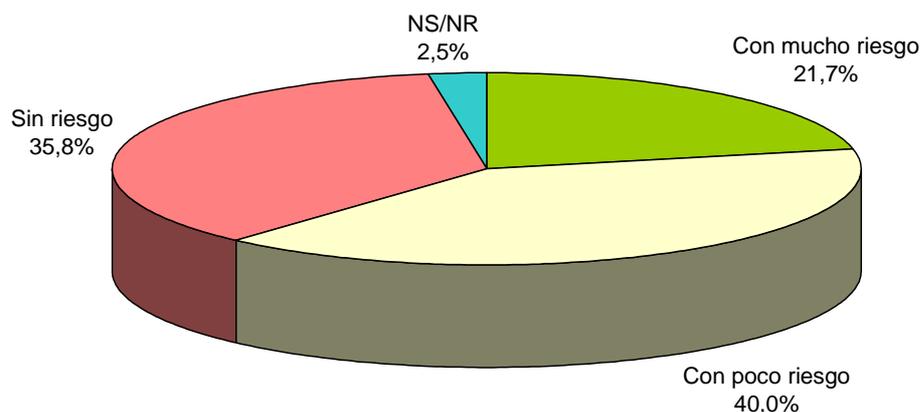
	Población		
	Estudiante	Trabajadora Sexual	Total
Con mayor riesgo	3,3%	33,3%	18,3%
Con igual riesgo	31,7%	33,3%	32,5%
Con menor riesgo	63,3%	30,8%	47,1%
NS/NR	1,7%	2,5%	2,1%
Muestra	120	120	240
%	100,0%	100,0%	100,0%

Mientras una mayoría de estudiantes se considera con menor riesgo de adquirir SIDA que la mayoría de las chilenas, las TS se reparten en proporciones casi idénticas entre quienes se consideran con menor, igual o menor riesgo de contraerlo.

En general, la autopercepción de riesgo disminuye algo a medida que se incrementa el NSE de las entrevistadas.

2. ¿Cómo se considera usted en cuanto al riesgo de re-adquirir VIH/SIDA?

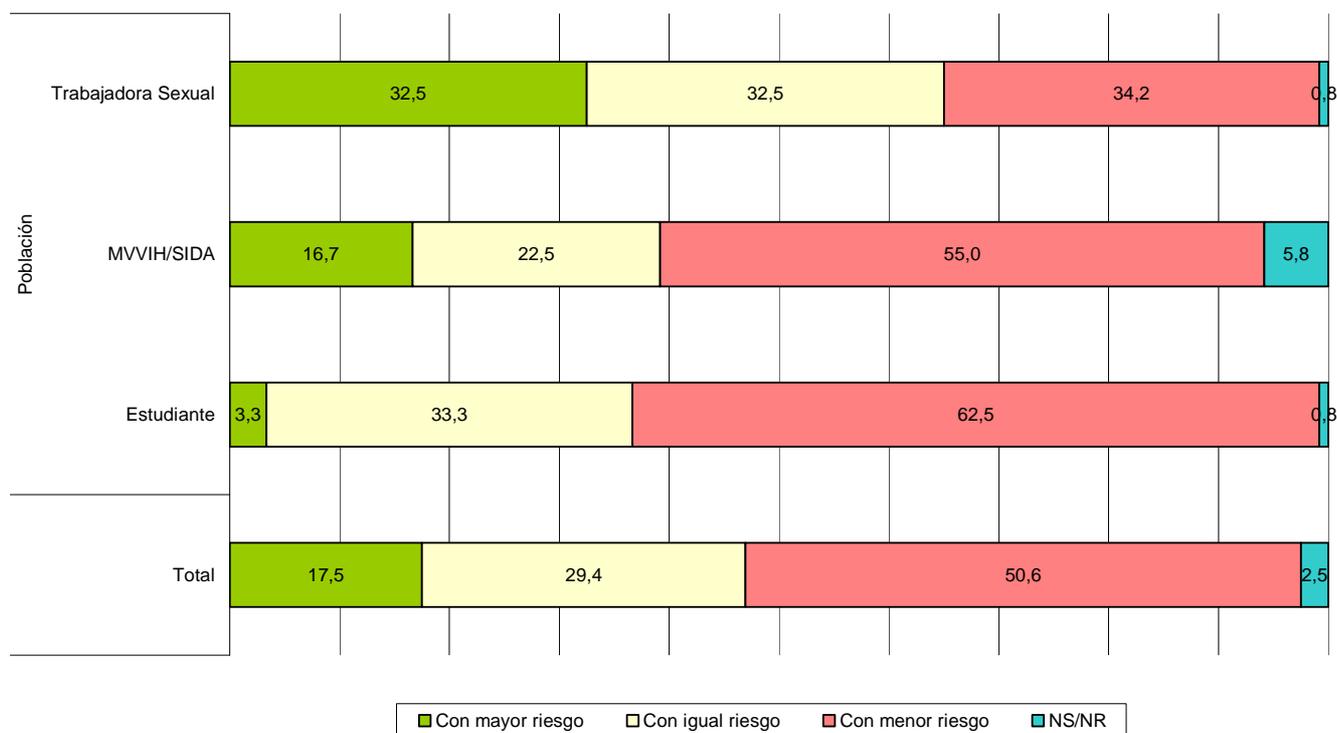
3.



	Población
	MVVVIH/SIDA
Con mucho riesgo	21,7%
Con poco riesgo	40,0%
Sin riesgo	35,8%
NS/NR	2,5%
Muestra	120
%	100,0%

La autopercepción de riesgo entre las MVVVIH es algo menor que la de las TS, pero mayor que la de las estudiantes y también se observa alguna asociación con el NSE en el mismo sentido que el de las otras dos poblaciones.

3. En relación al riesgo de adquirir otra ETS, ¿Usted considera que tiene mayor, igual o menor riesgo en comparación con la mayoría de las chilenas?

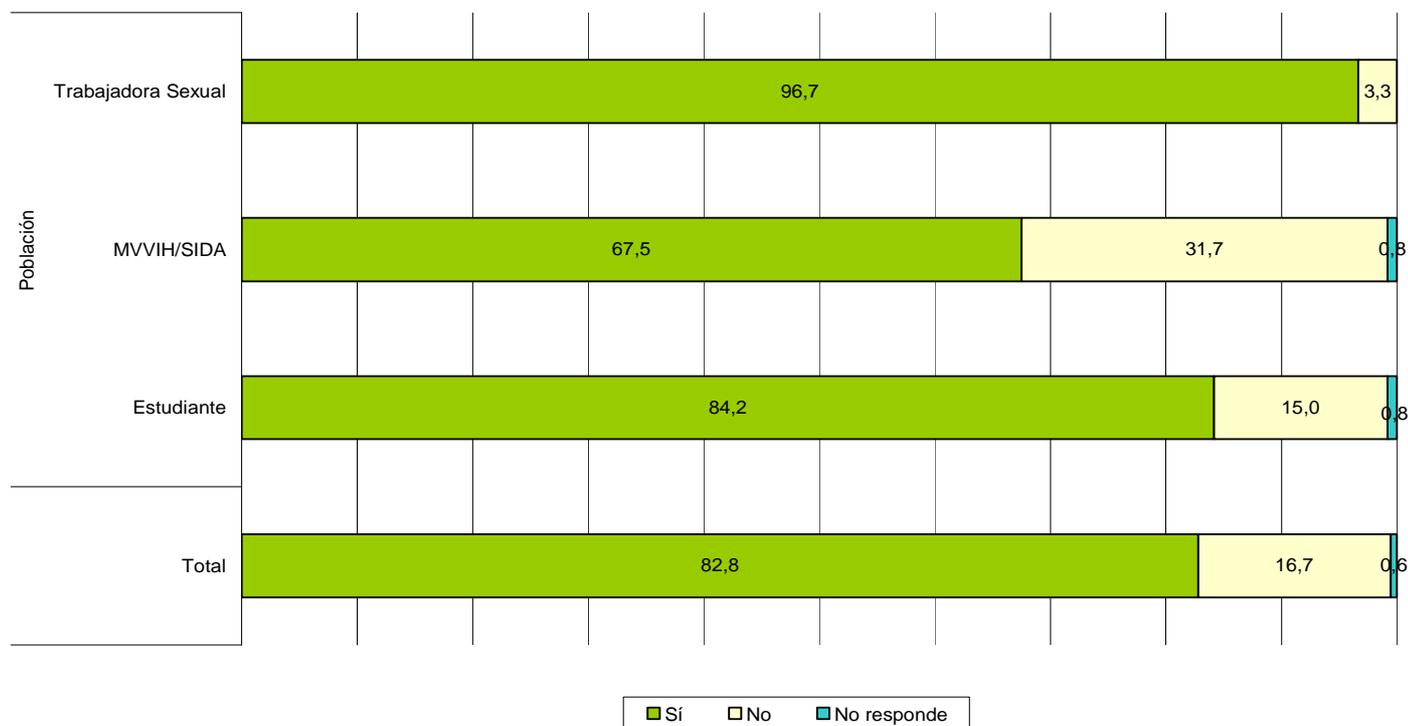


	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Con mayor riesgo	3,3%	16,7%	32,5%	17,5%
Con igual riesgo	33,3%	22,5%	32,5%	29,4%
Con menor riesgo	62,5%	55,0%	34,2%	50,6%
NS/NR	0,8%	5,8%	0,8%	2,5%
Muestra	120	120	120	360
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La autopercepción de riesgo de contraer alguna ETS muestra una tendencia muy similar a la del riesgo de contraer o readquirir el SIDA. La única diferencia entre ambas es que hay más MVVIH que perciben riesgo de contraer una ETS que las se consideran en riesgo de readquirir el VIH.

La asociación entre esta percepción y el NSE de las entrevistadas opera en el mismo sentido anterior: a medida que se incrementa el NSE, disminuye la percepción de riesgo.

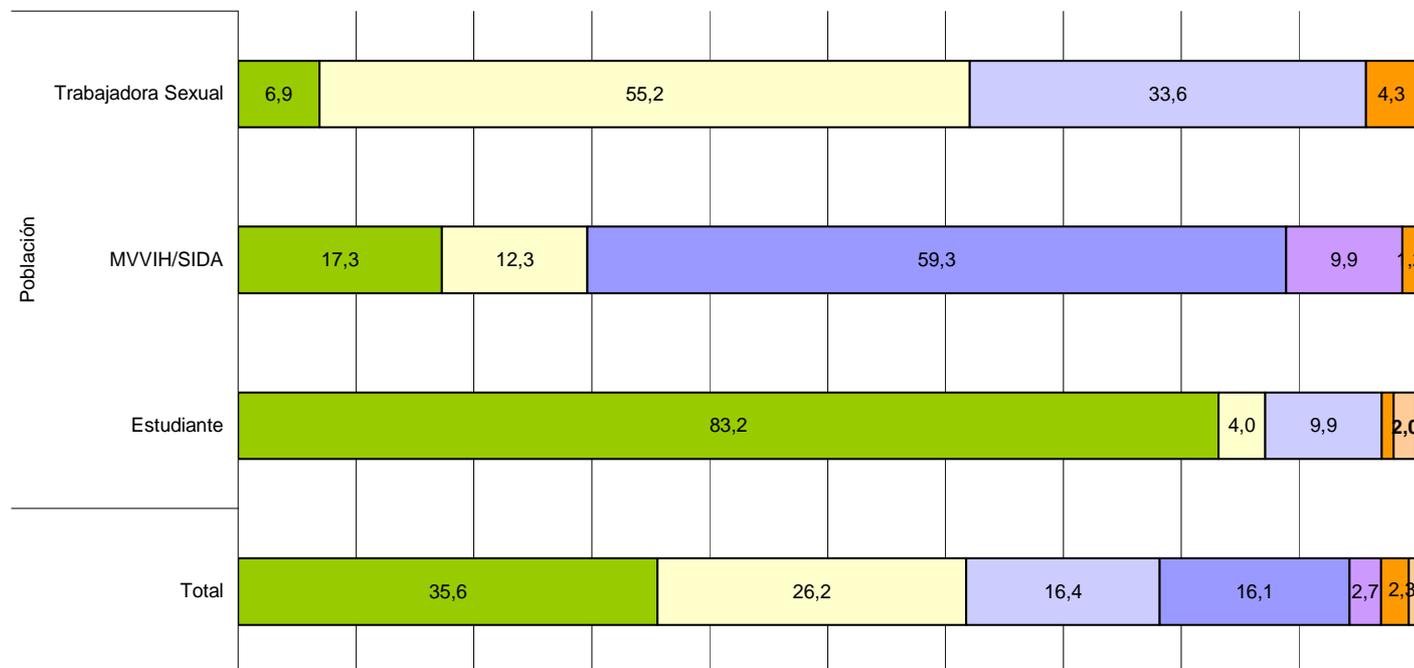
4. ¿Actualmente usted utiliza algún método de protección en sus relaciones sexuales?



	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sí	84,2%	67,5%	96,7%	82,8%
No	15,0%	31,7%	3,3%	16,7%
No responde	0,8%	0,8%		0,6%
Muestra	120	120	120	360
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Dentro de una tendencia abrumadoramente mayoritaria a usar algún método de protección en sus relaciones sexuales, esa tendencia disminuye en las MVVIH, un tercio de las cuales no los usa.

5. En general, ¿el método de protección que utiliza, básicamente lo usa para?

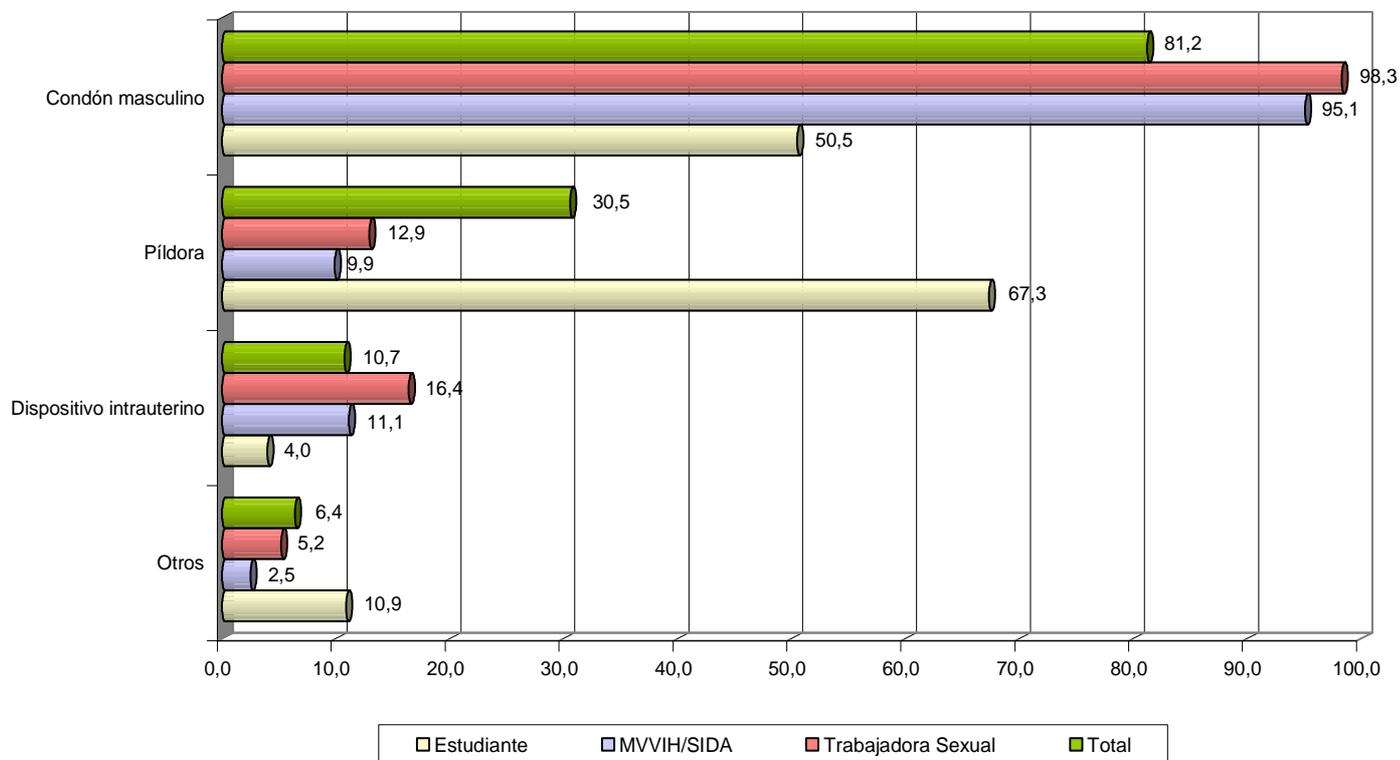


	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Prevenir embarazos	83,2%	17,3%	6,9%	35,6%
Prevenir la adquisición o transmisión de ETS	4,0%	12,3%	55,2%	26,2%
Prevenir la adquisición o transmisión de VIH/SIDA	9,9%		33,6%	16,4%
Prevenir la re-adquisición de VIH/SIDA		59,3%		16,1%
Prevenir la transmisión de VIH/SIDA		9,9%		2,7%
Otra	1,0%	1,2%	4,3%	2,3%
No responde	2,0%			0,7%
Muestra	101	81	116	298
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En cuanto a la motivación para usar un método de protección en sus relaciones sexuales, se verifican claras diferencias entre las tres poblaciones:

- la prevención del embarazo es la motivación de más de cuatro quintos de las estudiantes, aunque las menciones de la prevención del SIDA y de otras ETS aumenta junto con el incremento del NSE de las estudiantes.
- prevenir la readquisición del VIH es la principal motivación para los tres quintos de las MVVIH, aunque sus menciones decaen algo en los NSE más bajos.
- por su parte, más de la mitad de las TS, usan estos métodos para prevenir la adquisición de ETS, con menciones claramente superiores a la media entre las de mayor NSE.

6. Métodos que utiliza en la actualidad



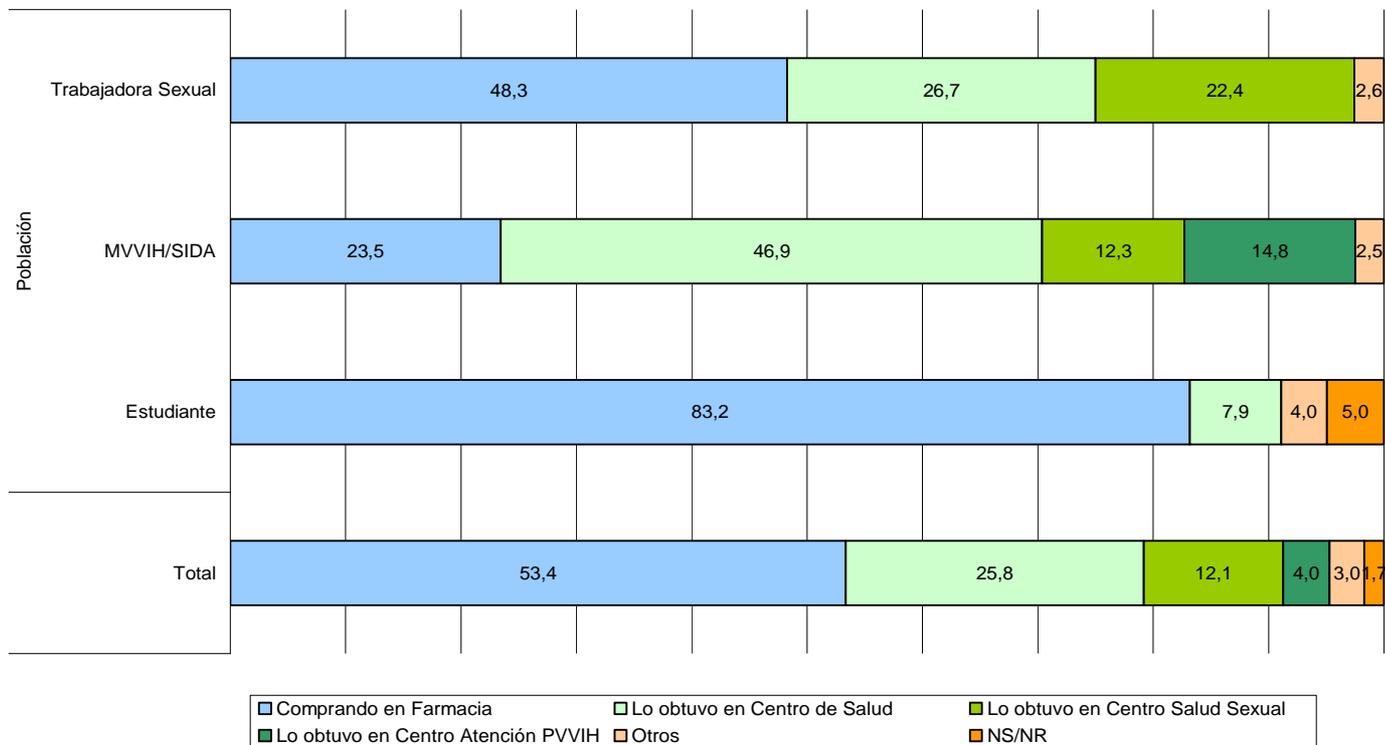
	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Píldora	67,3%	9,9%	12,9%	30,5%
Dispositivo intrauterino	4,0%	11,1%	16,4%	10,7%
Condón masculino	50,5%	95,1%	98,3%	81,2%
Diafragma	1,0%			0,3%
Condón femenino	3,0%			1,0%
Anticoncepción de emergencia		1,2%	0,9%	0,7%
Método natural	3,0%		0,9%	1,3%
Coito interrumpido	2,0%			0,7%
Otro	2,0%	1,2%	3,4%	2,3%
Casos	101	81	116	298
%	132,7%	118,5%	132,8%	128,9%

Nota: total superior a 100% por respuesta múltiple.

Observamos una clara diferencia en cuanto al método de protección utilizado entre las estudiantes con respecto a las otras dos poblaciones:

- más de las dos terceras partes de las estudiantes utilizan la píldora y la mitad utiliza el condón masculino, sin relación con el NSE de las entrevistadas.
- Casi la totalidad de trabajadoras sexuales y de las MVVHI utilizan el condón masculino, ocupando el segundo lugar en ambas poblaciones, el dispositivo intrauterino, aunque en proporciones mucho menores que el primero, sin relación con el nivel educacional ni el NSE de las entrevistadas

7. Donde obtuvo u obtiene habitualmente su método de protección

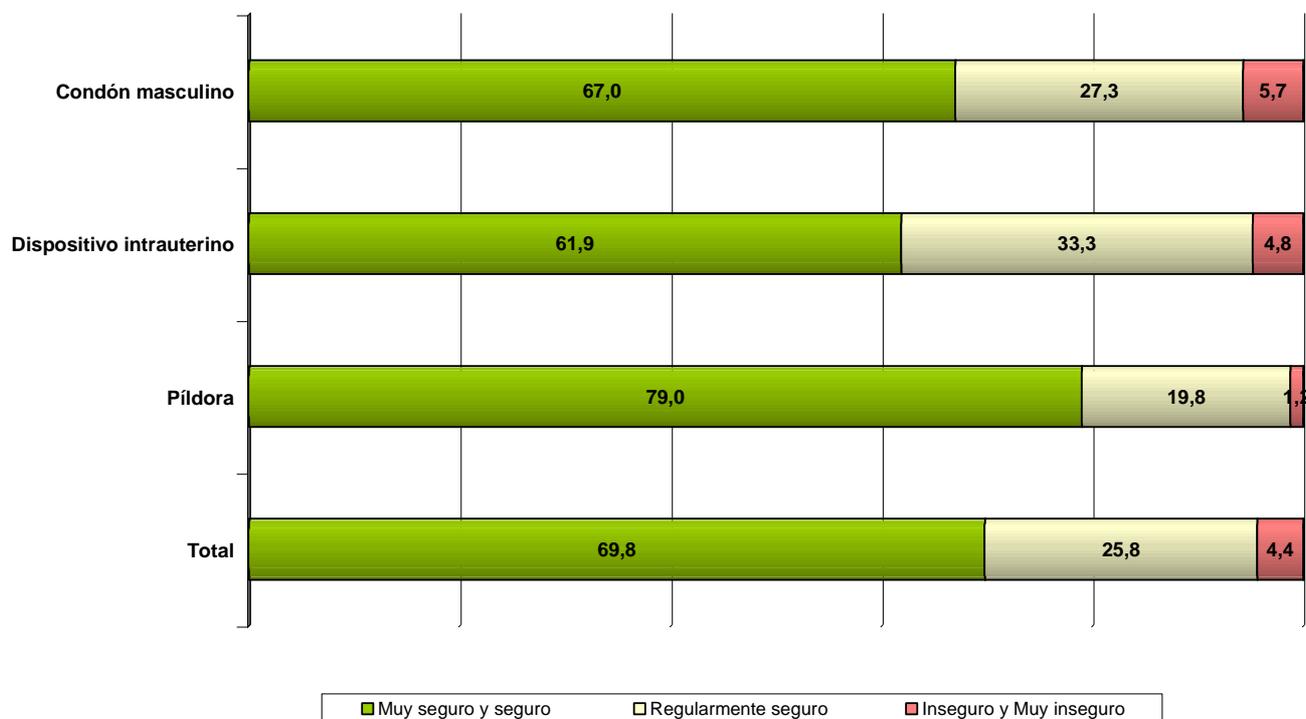


	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Comprando el producto en Farmacia	83,2%	23,5%	48,3%	53,4%
Lo obtuvo en Centro de Salud	7,9%	46,9%	26,7%	25,8%
Lo obtuvo en Centro de Salud Sexual		12,3%	22,4%	12,1%
Lo obtuvo en Centro de Atención PVVIH		14,8%		4,0%
Comprando el producto en moteles, locales, Sex Shop, otros			0,9%	0,3%
Es proporcionado por la pareja sexual	1,0%	2,5%		1,0%
Es proporcionado por el cliente			0,9%	0,3%
Otro	3,0%		0,9%	1,3%
No sabe	1,0%			0,3%
No responde	4,0%			1,3%
Muestra	101	81	116	298
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nuevamente en este aspecto, las estudiantes se diferencian de las otras poblaciones estudiadas:

- Más de las cuatro quintas partes de las estudiantes compra la píldora o el condón masculino (los métodos más usados por ellas) en la farmacia.
- Esa forma de adquirirlo desciende a menos de la mitad entre las TS, tendencia que se incrementa algo a medida que se eleva el NSE de las TS. Otra proporción de ellas, también cercana a la mitad de las TS, obtienen su método de protección en un centro de salud o de salud sexual, tendencia más pronunciada entre las TS de educación media incompleta y las de NSE C3.
- Cerca de la mitad de las MVVIH también lo obtienen en un centro de salud, (más típicamente las C3), mientras que la octava parte de ellas lo hace en un centro de salud sexual y la séptima parte en un centro de atención de MVVIH (más típicamente las C2). Las MVVIH que acceden a su método de protección comprándolo en la farmacia son algo menos de la cuarta parte de ellas.

8. ¿Cuán seguro considera usted el método que utiliza actualmente?

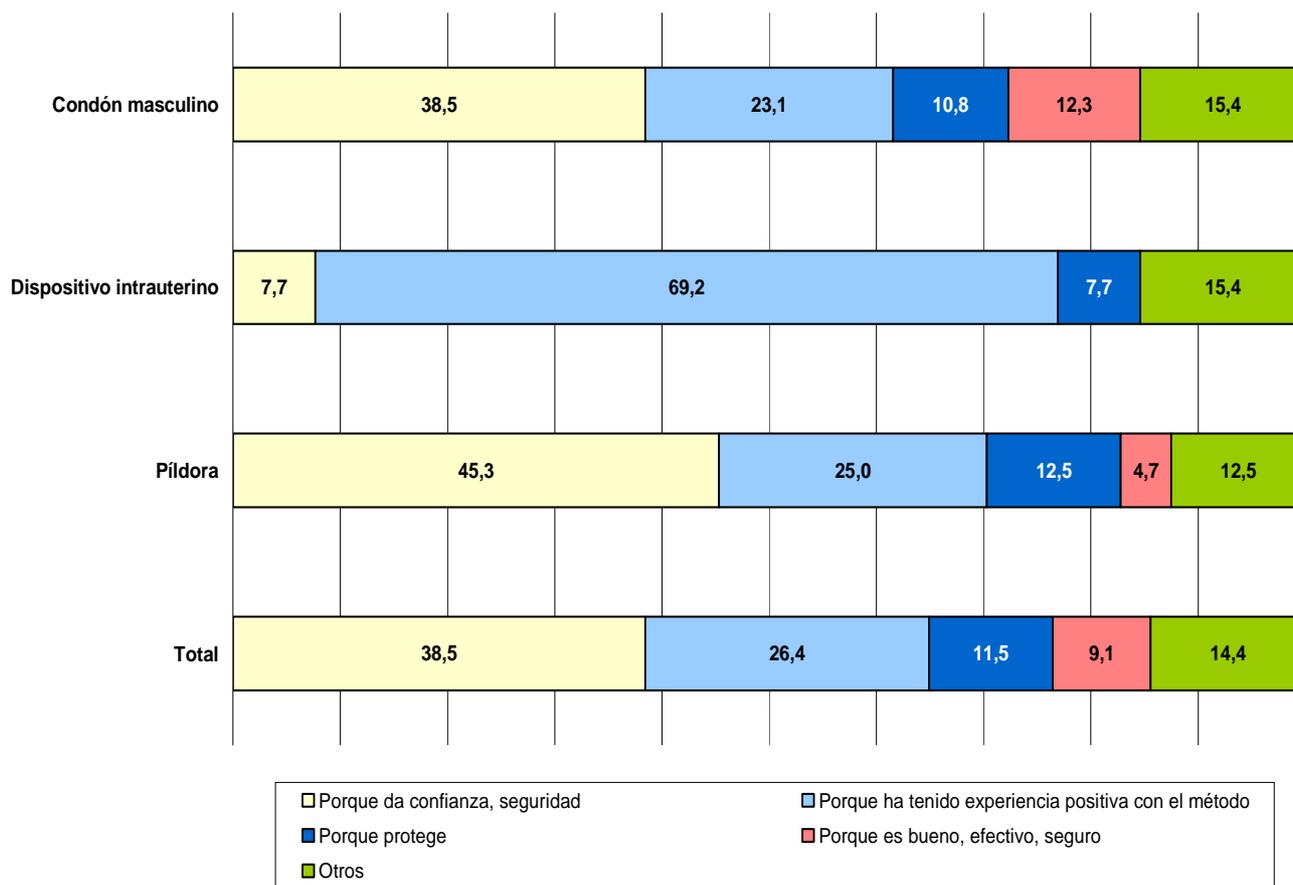


	Método Principal que utiliza en la actualidad				
	Píldora	Dispositivo intrauterino	Condón masculino	Otro	Total
Muy seguro	51,9%	28,6%	28,4%	50,0%	34,9%
Seguro	27,2%	33,3%	38,7%		34,9%
Regularmente seguro	19,8%	33,3%	27,3%	50,0%	25,8%
Inseguro		4,8%	3,1%		2,3%
Muy inseguro	1,2%		2,6%		2,0%
Recuento	81	21	194	2	298
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Demoscópica S.A

Cerca de las cuatro quintas partes de quienes usan la píldora (preferentemente estudiantes) la consideran muy segura y segura. Esta percepción desciende a la las tres quintas partes entre quienes usan el condón masculino.

9. Razones para considerar que su método de protección es seguro o muy seguro



	Método Principal que utiliza en la actualidad				
	Píldora	Dispositivo intrauterino	Condón masculino	Otro	Total
Porque da confianza, seguridad	45,3%	7,7%	38,5%		38,5%
Porque ha tenido experiencia positiva con el método	25,0%	69,2%	23,1%		26,4%
Porque protege	12,5%	7,7%	10,8%	100,0%	11,5%
Por opinión positiva de terceros	3,1%		2,3%		2,4%
Porque es bueno, efectivo, seguro	4,7%		12,3%		9,1%
Otros	9,4%	15,4%	13,1%		12,0%
Muestra	64	13	130	1	208
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

No se aprecian diferencias entre las razones entregadas por quienes utilizan la píldora y quienes usan el condón masculino. En el caso del dispositivo intrauterino, en cambio, la experiencia positiva concentra es notoriamente la más importante.

10. Razones para considerar que su método de protección es regularmente seguro

	Método Principal que utiliza en la actualidad				
	Píldora	Dispositivo intrauterino	Condón masculino	Otro	Total
Poco eficaz, inseguro	68,8%	14,3%	20,8%	100,0%	31,2%
Porque pueden fallar o romperse		42,9%	52,8%		40,3%
Igual hay riesgo de adquirir ETS o VIH	12,5%	14,3%	3,8%		6,5%
Conocimientos de casos de falla del método		14,3%	3,8%		3,9%
Mala calidad del producto			7,5%		5,2%
Dificultades de uso	12,5%	14,3%	5,7%		7,8%
Otras	6,3%		5,7%		5,2%
Muestra	16	7	53	1	77
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

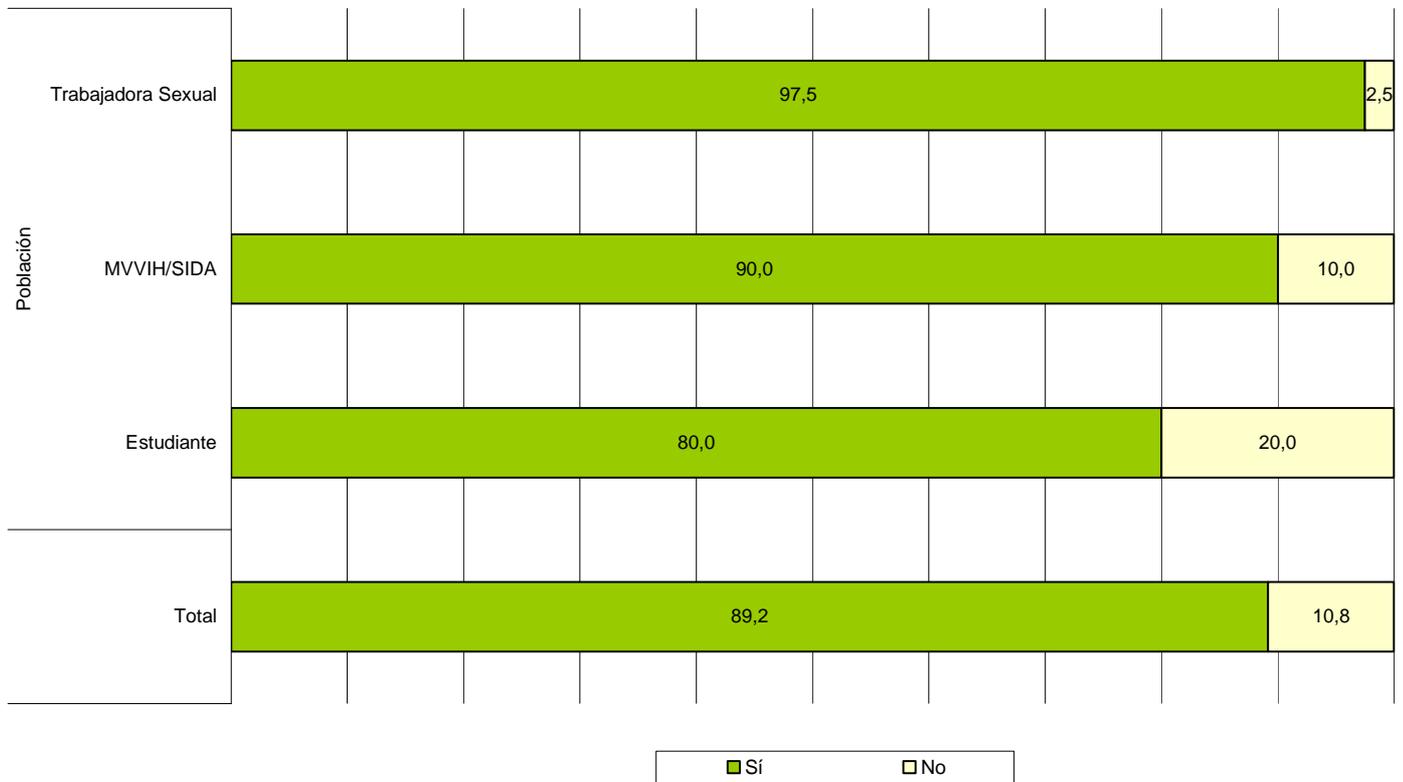
Más de las dos terceras partes de quienes consideran “regularmente segura” la píldora esgrimen como razón, la poca eficacia o la inseguridad de la misma. Por su parte, más de la mitad de quienes consideran “regularmente seguro” el condón masculino y más de los dos quintos de quienes juzgan así el dispositivo intrauterino, señalan que pueden fallar o romperse.

11. ¿Por qué razón considera que dicho método de protección es inseguro o muy inseguro?

	Método Principal que utiliza en la actualidad			
	Píldora	Dispositivo intrauterino	Condón masculino	Total
Posibilidad de falla, rotura	100,0%		72,7%	69,2%
Igual hay riesgo de embarazo			18,2%	15,4%
Requiere cuidado especial al usarlo		100,0%	9,1%	15,4%
Muestra	1	1	11	13
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

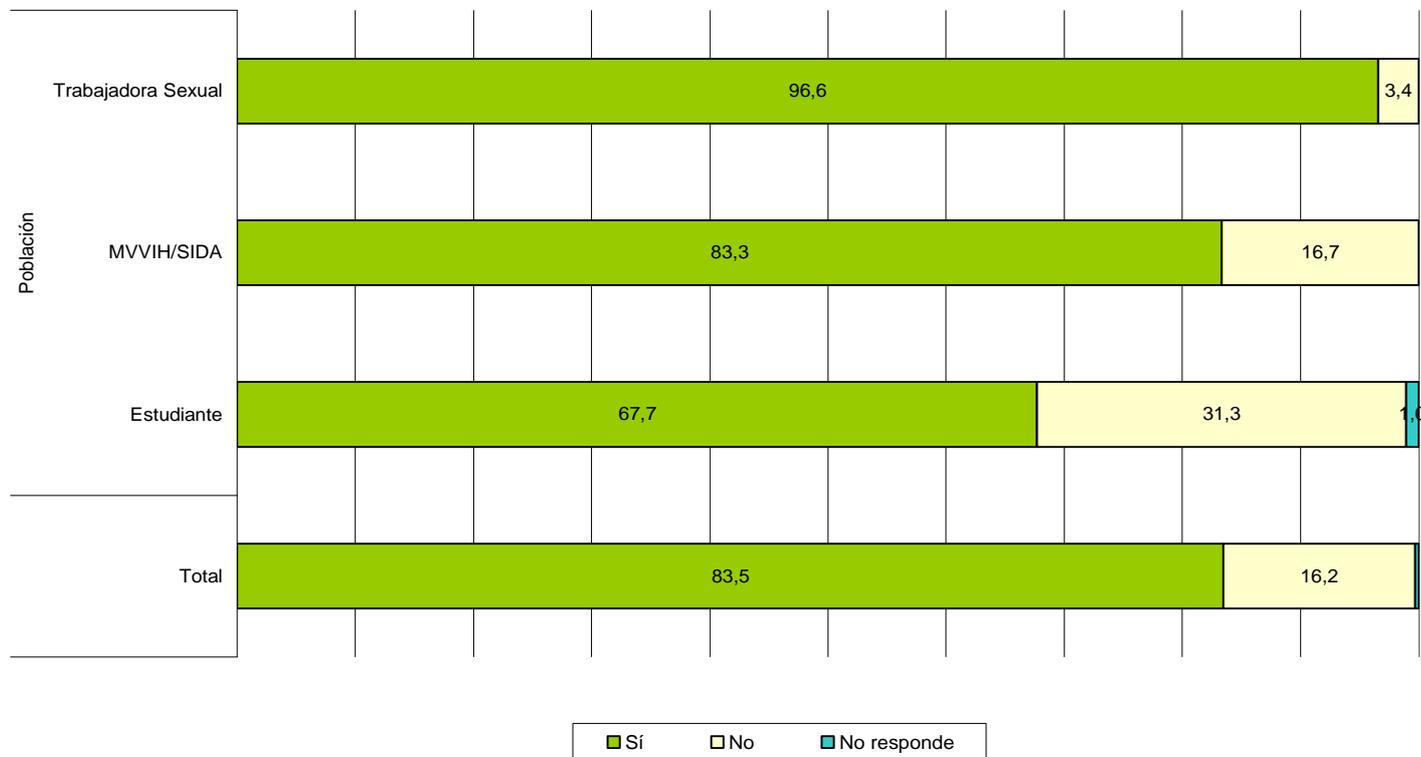
Cerca de las tres cuartas partes de quienes consideran “inseguro o muy inseguro” al condón masculino señalan la posibilidad que falle o se rompa.

12. Uso del condón masculino alguna vez en la vida



	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sí	80,0%	90,0%	97,5%	89,2%
No	20,0%	10,0%	2,5%	10,8%
Muestra	120	120	120	360
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

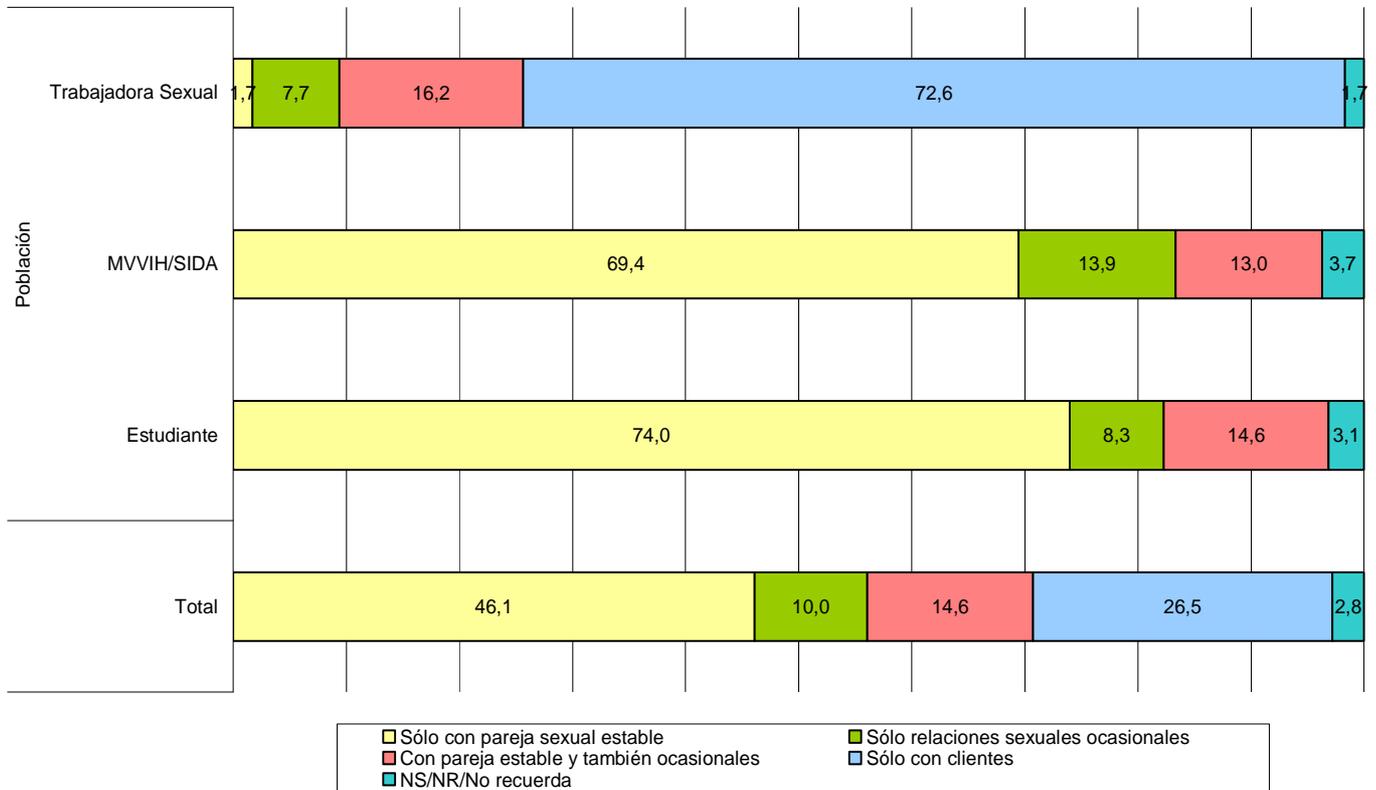
13. Uso del condón masculino en los últimos 12 meses



	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sí	67,7%	83,3%	96,6%	83,5%
No	31,3%	16,7%	3,4%	16,2%
No responde	1,0%			0,3%
Muestra	96	108	117	321
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

El uso de condón masculino el último año desciende del 90 al 83.3% entre las MVVIH y del 80 al 67.7% entre las estudiantes, respecto del uso alguna vez en la vida. Cabe destacar que entre las estudiantes, el uso alguna vez en la vida es más típico en los NSE más bajos y el uso en el último año muestra la tendencia inversa.

14. Con quién utiliza de preferencia condón masculino

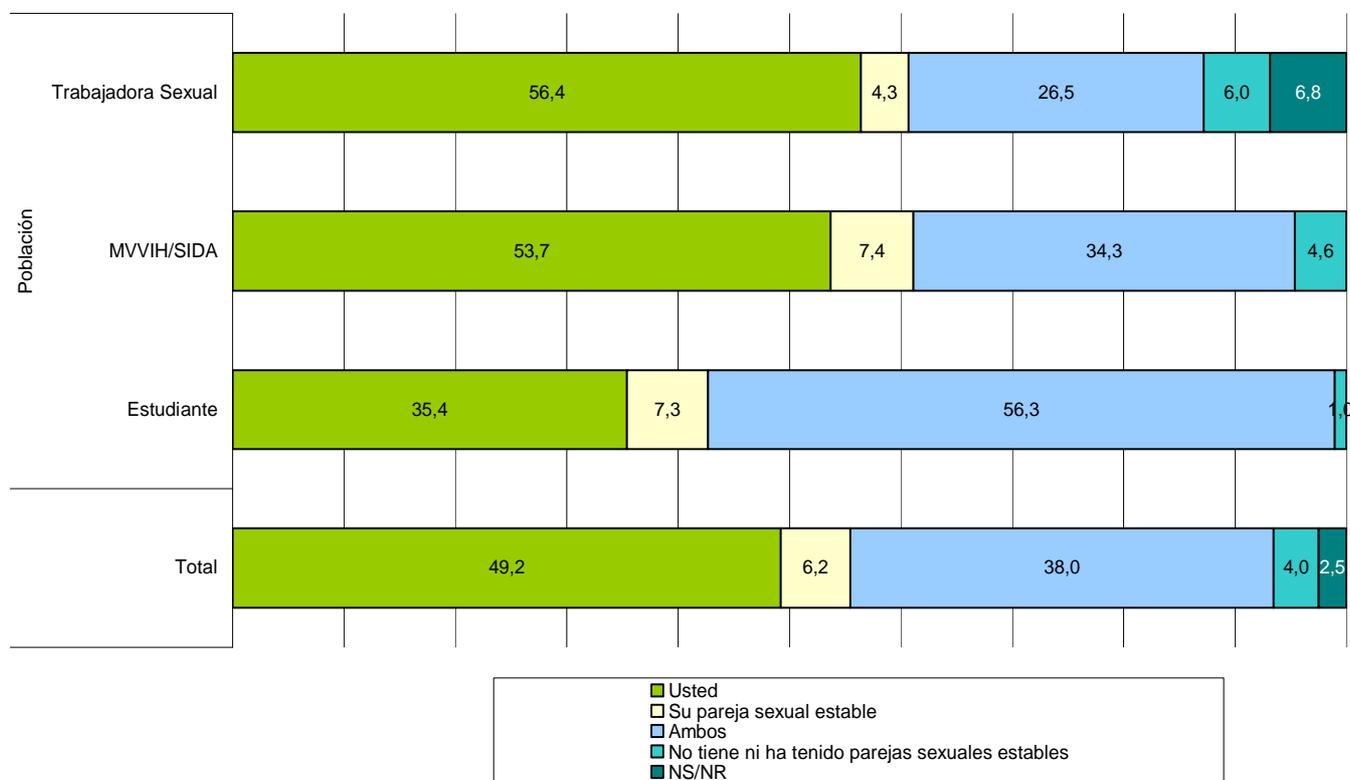


	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sólo con su pareja sexual estable	74,0%	69,4%	1,7%	46,1%
Sólo en relaciones sexuales ocasionales	8,3%	13,9%	7,7%	10,0%
Con su pareja estable y también en relaciones ocasionales	14,6%	13,0%	16,2%	14,6%
Sólo con clientes			72,6%	26,5%
Lo utiliza muy a lo lejos, y no recuerda	2,1%	0,9%	0,9%	1,2%
No sabe		2,8%		0,9%
No responde	1,0%		0,9%	0,6%
Muestra	96	108	117	321
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Mientras que cerca de las tres cuartas partes de las TS han utilizado el condón masculino sólo con clientes, una proporción similar de estudiantes y MVVIH lo han hecho con su pareja sexual estable.

Por su parte, el uso del condón masculino tanto con su pareja estable como en relaciones ocasionales alcanza a la séptima parte del total, sin diferencias entre las tres poblaciones y el uso sólo en relaciones ocasionales es más típico en las MVVIH.

15. En las relaciones sexuales con su pareja sexual estable, ¿quién decide el uso del condón masculino?

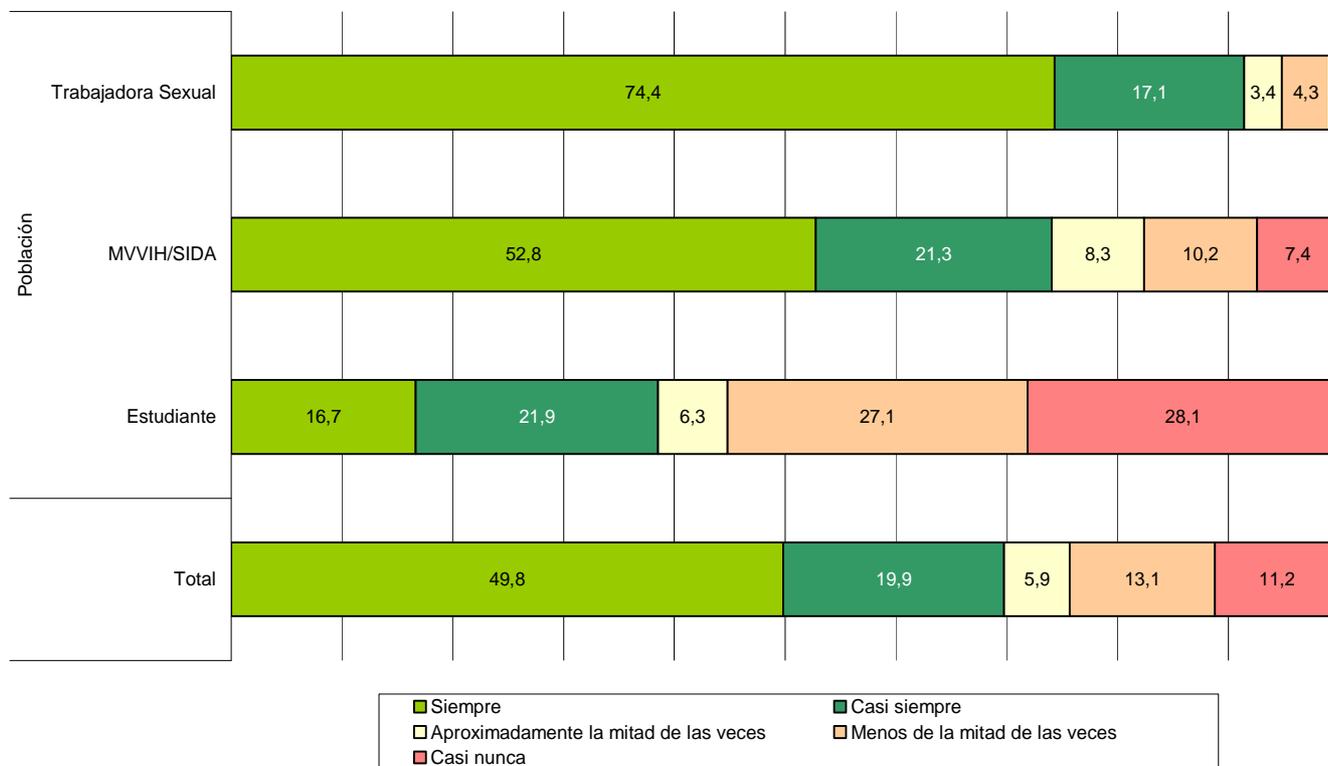


	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Usted	35,4%	53,7%	56,4%	49,2%
Su pareja sexual estable	7,3%	7,4%	4,3%	6,2%
Ambos	56,3%	34,3%	26,5%	38,0%
No tiene, ni ha tenido parejas sexuales estables	1,0%	4,6%	6,0%	4,0%
NS/NR			6,8%	2,5%
Muestra	96	108	117	321
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Una mayoría de estudiantes decide en conjunto con su pareja sexual estable el uso o no uso del condón masculino, mientras que algo más de la tercera parte de ellas decide por sí misma.; este último tipo de decisión es algo más típico en las estudiantes C2.

La decisión personal es mayoritaria tanto en las VVIH como en las TS, decayendo a algo más de un tercio entre las TS C3 y se eleva a cerca de los dos tercios entre las C2.

16. Frecuencia con que utilizado el condón masculino en sus relaciones sexuales

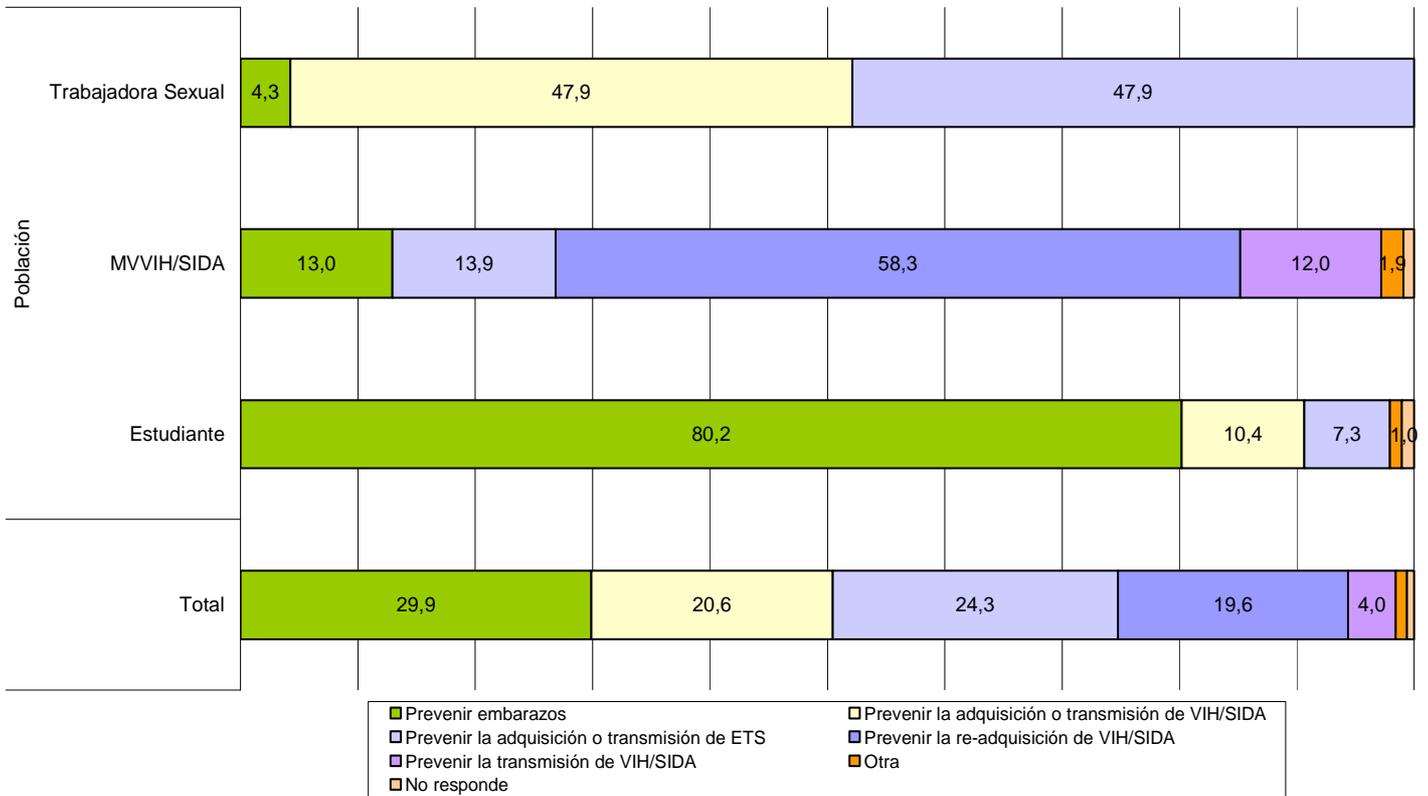


	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Siempre	16,7%	52,8%	74,4%	49,8%
Casi siempre	21,9%	21,3%	17,1%	19,9%
Aproximadamente la mitad de las veces	6,3%	8,3%	3,4%	5,9%
Menos de la mitad de las veces	27,1%	10,2%	4,3%	13,1%
Casi nunca	28,1%	7,4%	,9%	11,2%
Muestra	96	108	117	321
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Como tendencia general, se aprecia que el uso del condón masculino es mucho más frecuente entre las TS que entre las MVVIH y, entre éstas que entre las estudiantes.

En las tres poblaciones se verifica que la frecuencia de uso es mayor a medida que sube el NSE de las entrevistadas.

17. Motivo para usar condón masculino



	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Prevenir embarazos	80,2%	13,0%	4,3%	29,9%
Prevenir la adquisición o transmisión de VIH/SIDA	10,4%		47,9%	20,6%
Prevenir la adquisición o transmisión de ETS	7,3%	13,9%	47,9%	24,3%
Prevenir la re-adquisición de VIH/SIDA		58,3%		19,6%
Prevenir la transmisión de VIH/SIDA		12,0%		4,0%
Otra	1,0%	1,9%		0,9%
No responde	1,0%	0,9%		0,6%
Muestra	96	108	117	321
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los motivos para usar condón masculino se distribuyen de manera muy similar a los motivos para usar algún “método de protección” en general, detectándose las mismas tendencias básicas y las mismas diferencias entre las tres poblaciones:

- la prevención del embarazo es la motivación de cuatro quintos de las estudiantes, aunque las menciones de la prevención del SIDA y de otras ETS aumenta junto con el incremento del NSE de las estudiantes.
- prevenir la readquisición del VIH es la principal motivación para cerca de los tres quintos de las MVVIH, aunque sus menciones decaen algo en los NSE más bajos, en los que, a su vez, adquiere cierta mayor importancia la prevención de ETS.
- por su parte, las TS mencionan por igual la prevención del VIH y la prevención de adquirir o transmitir ETS, con porcentajes cercanos a la mitad de las menciones para cada una..

18. Razones para no haber usado nunca condón masculino

	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Porque no los conozco	75,0%	8,3%		48,7%
Porque es incómodo	37,5%	16,7%	66,7%	33,3%
Porque no me gustan	16,7%	25,0%	33,3%	20,5%
Porque no sé usarlos	8,3%	16,7%		10,3%
Porque utiliza otro método anticonceptivo	16,7%			10,3%
Otra razón	4,2%	25,0%		10,3%
Porque es sólo para gente joven	4,2%	8,3%	33,3%	7,7%
Porque interrumpe el acto sexual	8,3%	8,3%		7,7%
Porque no hay riesgo de adquirir VIH o ETS con mi pareja		25,0%		7,7%
Porque no me dan suficiente confianza	12,5%			7,7%
Porque si lo uso mi pareja puede creer que no confío en él	8,3%			5,1%
No sabe		8,3%		2,6%
Casos	24	12	3	39
%	191,7%	141,7%	133,3%	171,8%

Nota: Total superior a 100% por respuesta múltiple.

Cerca de la mitad de las entrevistadas que no han usado nunca condón masculino (principalmente estudiantes), mencionan el desconocimiento del condón como razón para no haberlo usado, mientras que un tercio de ellas hace referencia a la incomodidad del condón y la quinta parte a que “no le gustan”.

Dado lo reducido de este grupo de quienes nunca han usado condón masculino (39 personas), no es posible hacer análisis por separado para cada población.

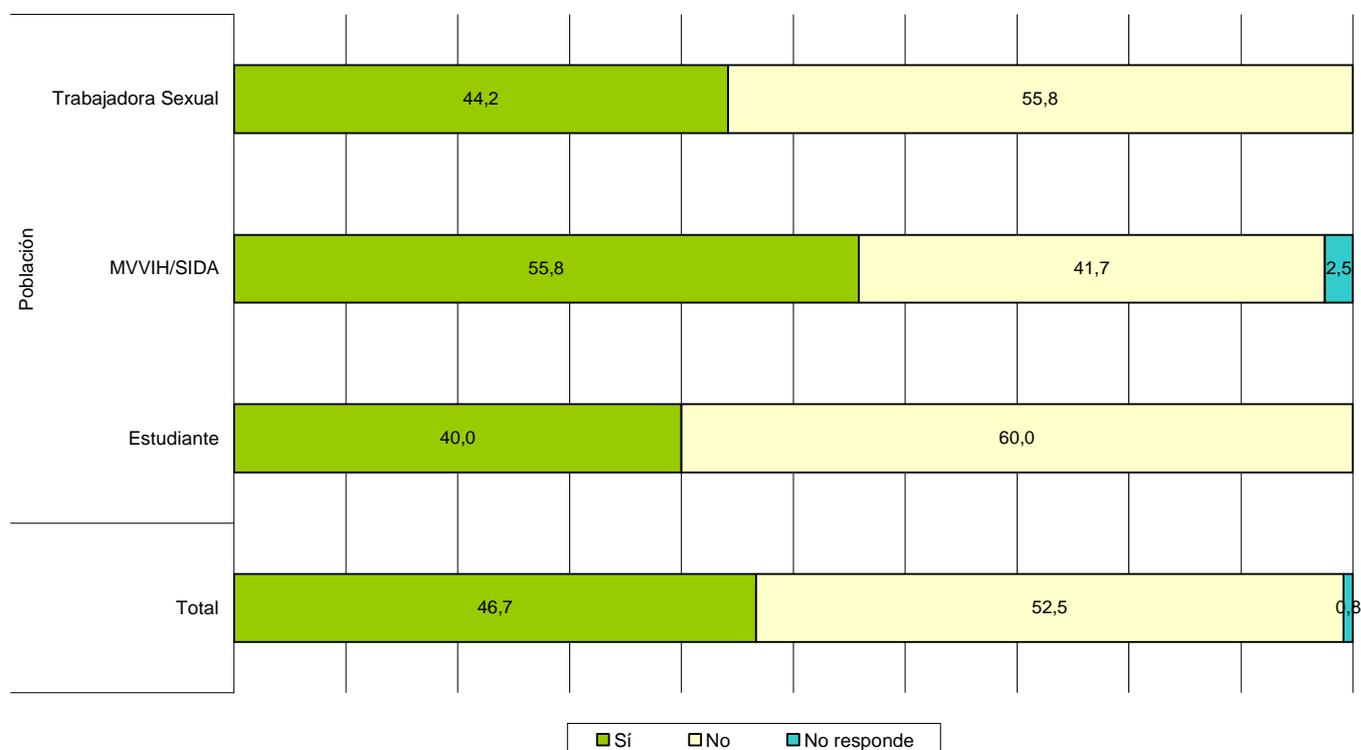
19. Disposición a utilizar condón masculino en sus futuras relaciones sexuales

	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sí	50,0%	50,0%	33,3%	48,7%
No	29,2%	41,7%		30,8%
No sabe	20,8%			12,8%
No responde		8,3%	66,7%	7,7%
Muestra	24	12	3	39
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cerca de la mitad de quienes nunca usado condón masculino se muestran dispuestas a usarlo en sus futuras relaciones sexuales, mientras que algo menos de la tercera parte lo rechaza para el futuro. La quinta parte restante no se pronuncia al respecto

Dado lo reducido de este grupo de quienes nunca han usado condón masculino (39 personas), no es posible hacer análisis por separado para cada población.

20. ¿Ha escuchado hablar o ha visto el condón femenino?

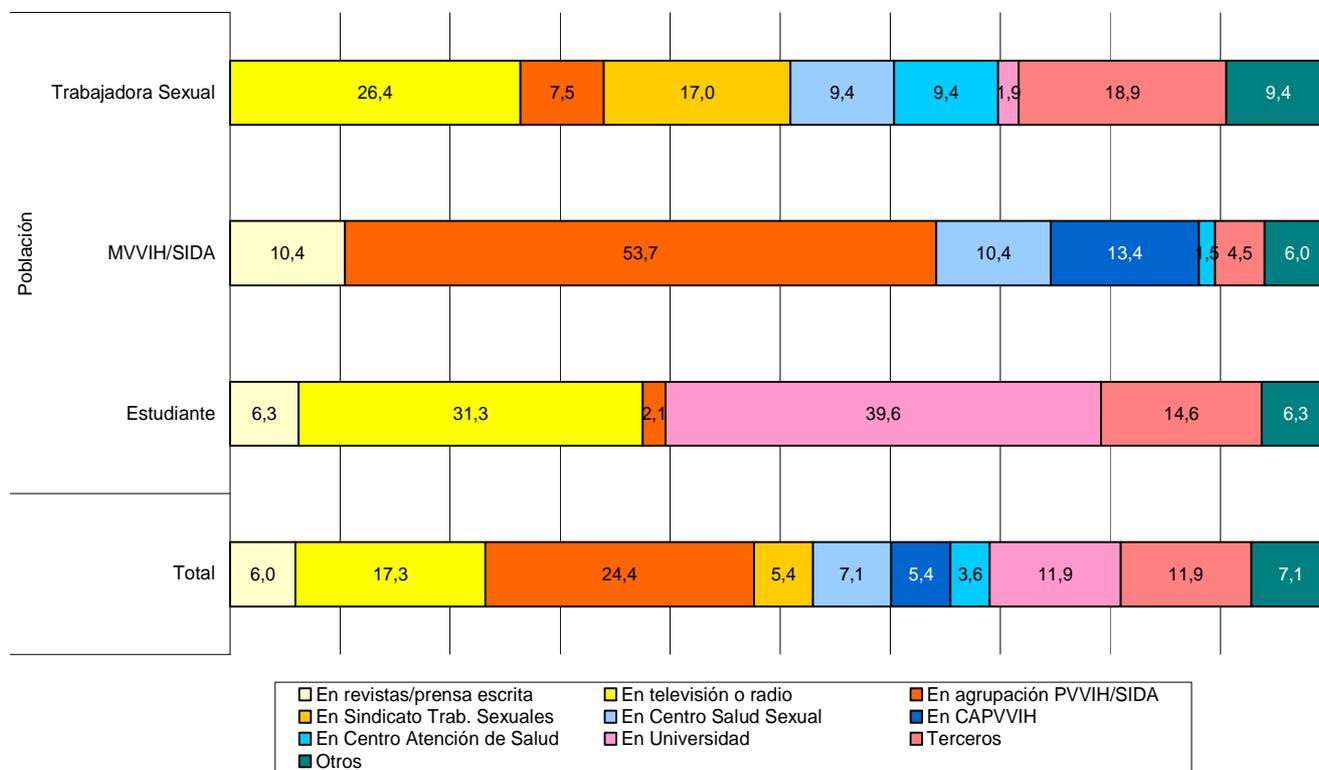


	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sí	40,0%	55,8%	44,2%	46,7%
No	60,0%	41,7%	55,8%	52,5%
No responde		2,5%		,8%
Muestra	120	120	120	360
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Las MVVIH, algo más que las TS y, sobre todo que las estudiantes, han escuchado hablar o han visto el condón femenino.

En las tres poblaciones se comprueba que el conocimiento del condón femenino es mayor mientras mayor sea el NSE y el nivel educativo de las entrevistadas.

21. Lugar o medio en que vio o escuchó sobre el condón femenino



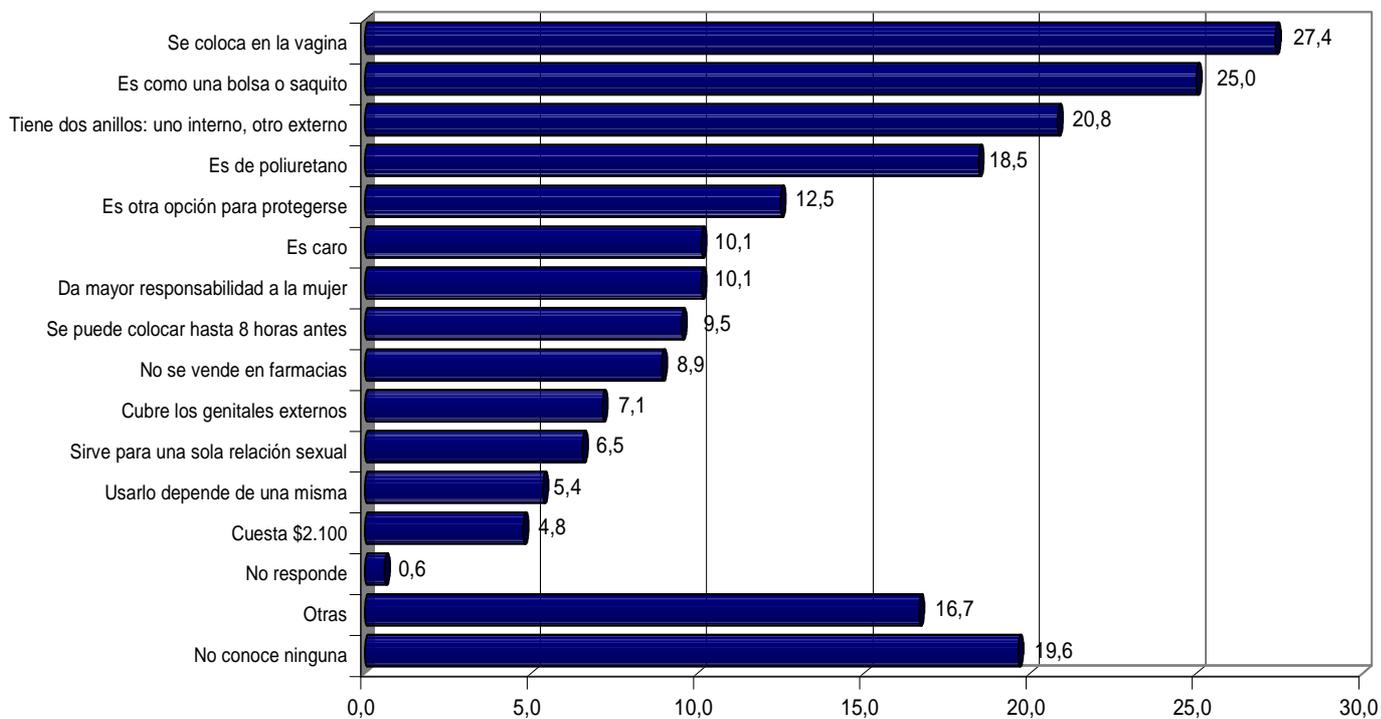
	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
En revistas o prensa escrita	6,3%	10,4%		6,0%
En la agrupación de PVVIH/SIDA	2,1%	53,7%	7,5%	24,4%
En Sindicato de Trabajadoras Sexuales			17,0%	5,4%
En Centro de Salud Sexual		10,4%	9,4%	7,1%
En Internet	6,3%	4,5%		3,6%
En el Centro de Atención de PVVIH		13,4%		5,4%
En televisión o radio	31,3%		26,4%	17,3%
En Centro de Atención de Salud		1,5%	9,4%	3,6%
En Universidad	39,6%		1,9%	11,9%
Familiares, amigos, conocidos	14,6%	4,5%	18,9%	11,9%
En el trabajo			7,5%	2,4%
Otros		1,5%	1,9%	1,2%
Muestra	48	67	53	168
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De las entrevistadas que han visto o escuchado hablar del condón femenino, las dos quintas partes de las estudiantes han obtenido su información en la Universidad, mientras que algo menos de la tercera parte de ellas, lo ha hecho en televisión o radio.

Por su parte, más de la mitad de las MVVIH han obtenido su información sobre el condón femenino en la agrupación de PVVIH/SIDA, con gran dispersión de las restantes respuestas.

Respecto a las trabajadoras sexuales, la cuarta parte de ellas se ha informado por la radio y la TV, cerca de la quinta parte lo ha hecho a través de familiares, amigos o conocidos y una proporción algo menor en el Sindicato de trabajadoras sexuales.

22. Características que conoce del condón femenino



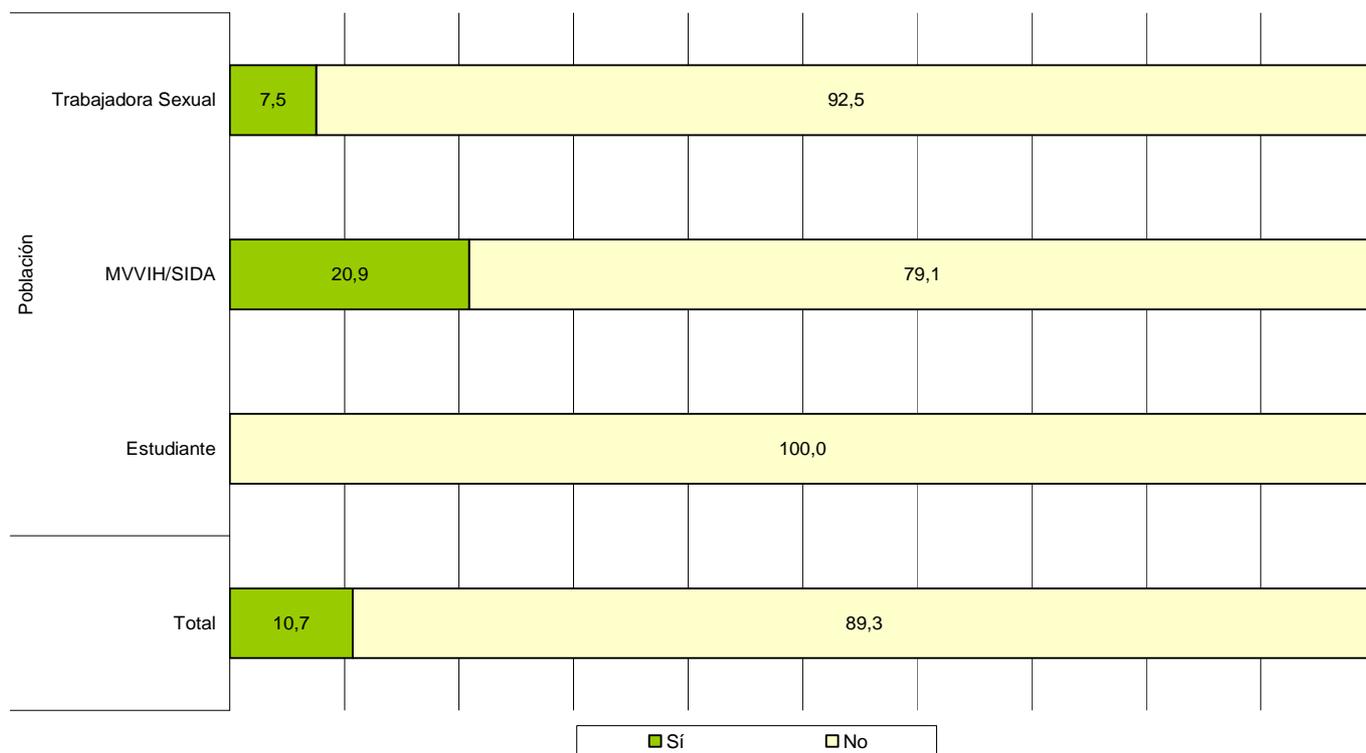
	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Se coloca en la vagina	47,9%	19,4%	18,9%	27,4%
Es como una bolsa o saquito	33,3%	23,9%	18,9%	25,0%
Tiene dos anillos: uno interno, otro externo	20,8%	25,4%	15,1%	20,8%
No conoce ninguna	18,8%	9,0%	34,0%	19,6%
Es de poliuretano	12,5%	28,4%	11,3%	18,5%
Es otra opción para protegerse	16,7%	11,9%	9,4%	12,5%
Da mayor responsabilidad a la mujer	6,3%	13,4%	9,4%	10,1%
Es caro	4,2%	11,9%	13,2%	10,1%
Se puede colocar hasta 8 hrs antes	2,1%	16,4%	7,5%	9,5%
No se vende en farmacias	8,3%	13,4%	3,8%	8,9%
Otros	4,2%	10,4%	5,7%	7,1%
Cubre los genitales externos	12,5%	3,0%	7,5%	7,1%
Sirve para una sola relación sexual	6,3%	6,0%	7,5%	6,5%
Usarlo depende de una misma	2,1%	7,5%	5,7%	5,4%
Cuesta \$2.100	6,3%	6,0%	1,9%	4,8%
Mide aprox. 17 cm	4,2%	3,0%	3,8%	3,6%
Permite caminar, hablar, etc. con él puesto		3,0%	3,8%	2,4%
Se vende en APROFA	4,2%	3,0%		2,4%
No se fabrica en Chile		1,5%	1,9%	1,2%
No responde		1,5%		0,6%
Muestra	48	67	53	168
%	210,4%	217,9%	179,2%	203,6%

Nota: total superior a 100% por respuesta múltiple.

Entre las mujeres que han visto o escuchado hablar del condón femenino, se destacan las siguientes tendencias principales respecto a las características que conocen del condón femenino:

- entre las estudiantes, sobresalen dos características como las más mencionadas: “se coloca en la vagina” cuyas menciones – cerca de la mitad- se incrementan en los niveles socioeconómicos más altos y “es como una bolsa o saquito”, señalada por la tercera parte de las estudiantes.
- Entre las MVVIH, aparecen tres características con alrededor de la cuarta parte de las menciones cada una: “es de poliuretano”, “tiene dos anillos” y “es como una bolsa o saquito”, en ese orden.
- Más la tercera parte de las trabajadoras sexuales declara que, a pesar de haber visto o escuchado hablar del condón femenino, no conoce ninguna característica del producto, mientras que “se coloca en la vagina” y “es como una bolsa o saquito” son mencionadas por cerca de la quinta parte cada una.

23. Uso del condón femenino alguna vez en la vida



	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sí		20,9%	7,5%	10,7%
No	100,0%	79,1%	92,5%	89,3%
Muestra	48	67	53	168
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sólo la quinta parte de las MVVIH, menos de la duodécima parte de las trabajadoras sexuales y ninguna de las estudiantes que han visto o escuchado hablar del condón femenino, lo han usado alguna vez.

24. ¿Cuántas veces ha usado el condón femenino?

	Población		
	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Media	1.92	2.75	2.12
Desviación típ.	1.553	5.00	1.409
Casos válidos	13	4	17

Las mujeres que han usado el condón femenino, lo han hecho en promedio, 2,1 veces, mayor entre las TS que entre las MVVIH.

25. Evaluación de la experiencia con el condón femenino la primera vez que lo usó

	Población		
	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Muy buena	7,1%		5,6%
Buena	35,7%	75,0%	44,4%
Ni buena, ni mala	35,7%	25,0%	33,3%
Mala	14,3%		11,1%
No responde	7,1%		5,6%
Muestra	14	4	18
%	100,0%	100,0%	100,0%

Más de los dos quintos de las MVVIH que lo han usado califican su primera experiencia con el condón femenino como buena o muy buena, mientras que algo más de la tercera parte la califica de regular y la séptima parte como mala.

El pequeño tamaño de la submuestra de trabajadoras sexuales que ha usado el condón femenino (4 personas) no permite realizar ningún análisis.

26. Razones de mala experiencia con condón femenino

	Población	
	MVVIH/SIDA	Total
Se sentía incómoda	100,0%	100,0%
A su pareja le molestó	50,0%	50,0%
Muestra	2	2
%	150,0%	150,0%

Nota: total superior a 100% por respuesta múltiple.

27. ¿Cómo lo obtuvo la última vez que utilizó el condón femenino?

	Población		
	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Fue un regalo de terceros	50,0%	50,0%	50,0%
Lo obtuvo en Centro de Atención de Salud	21,4%	25,0%	22,2%
Se lo regalaron para participar en un estudio	21,4%		16,7%
Otro	7,1%	25,0%	11,1%
Muestra	14	4	18
%	100,0%	100,0%	100,0%

La mitad de las MVVIH que han usado el condón femenino, señala haberlo obtenido como regalo, mientras que la otra mitad se reparte entre una quinta parte que lo obtuvo en Centro de Atención de Salud y una proporción similar que se lo regalaron para participar en un estudio.

El pequeño tamaño de la submuestra de trabajadoras sexuales que ha usado el condón femenino (4 personas) no permite realizar ningún análisis.

28. Aspectos que más le agradaron del condón femenino

	Población		
	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
No produce alergia	28,6%	25,0%	27,8%
La mujer puede decidir su uso	28,6%		22,2%
Se puede colocar varias horas antes	21,4%		16,7%
Es higiénico	14,3%	25,0%	16,7%
Es más resistente que el condón masculino	14,3%		11,1%
Los anillos que posee	14,3%		11,1%
Permite caminar, bailar, etc. con él puesto	7,1%	25,0%	11,1%
Protege del VIH/SIDA y ETS	7,1%	25,0%	11,1%
Cubre los genitales externos		25,0%	5,6%
Es útil cuando se tiene sexo ocasional	7,1%		5,6%
Otros	7,1%		5,6%
No sabe		25,0%	5,6%
Muestra	14	4	18
%	150,0%	150,0%	150,0%

Nota: total superior a 100% por respuesta múltiple.

Aunque se trata de una submuestra pequeña y las respuestas muestran gran dispersión, es posible identificar 4 como los principales aspectos de mayor agrado del condón femenino, en orden decreciente: el hecho de que no produzca alergia, la autonomía de la mujer para decidir su uso, la facilidad para colocarlo varias horas antes y lo higiénico del producto. Cabe destacar que los atributos señalados en segundo y tercer lugar sólo son mencionados por MVVIH.

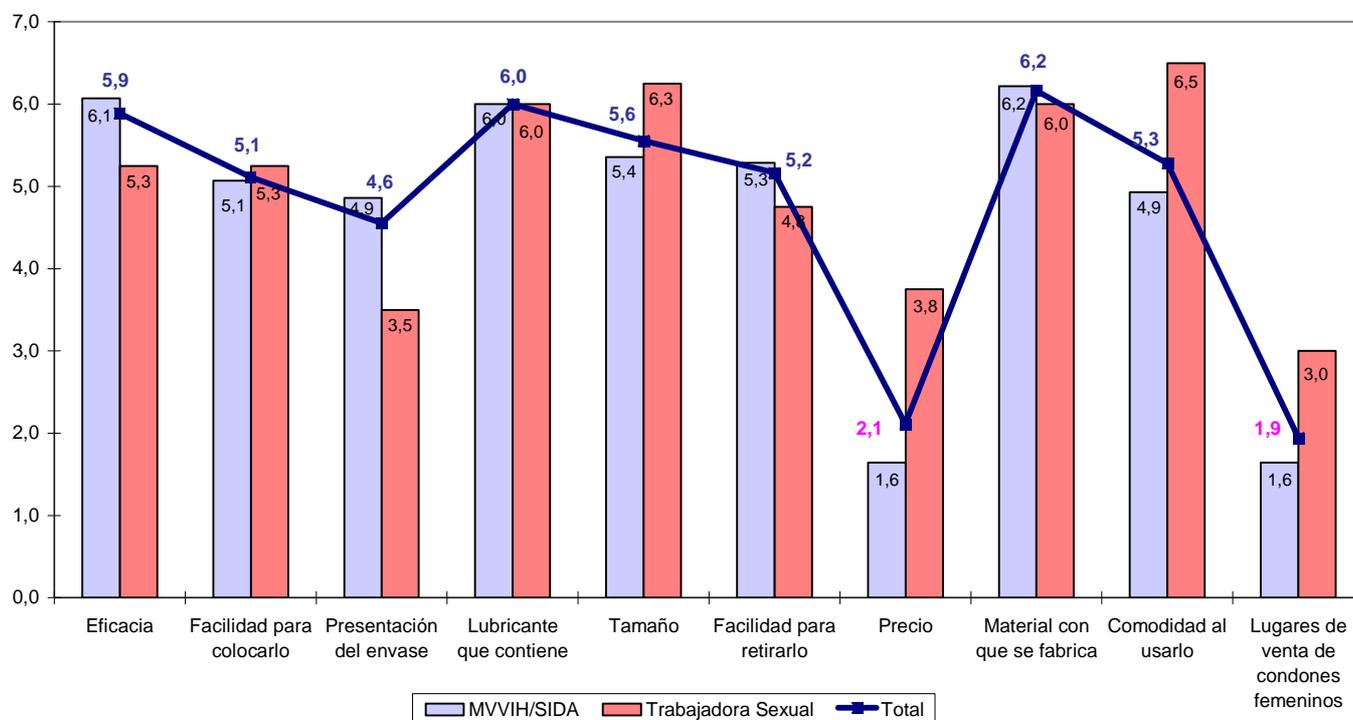
29. Aspectos que menos le agradaron del condón femenino

	Población		
	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Suena durante el acto sexual	42,9%		33,3%
Es muy grande	35,7%		27,8%
Es incómodo	21,4%		16,7%
Temor a que se vaya para dentro	7,1%	50,0%	16,7%
Otros	14,3%	25,0%	16,7%
Trae mucho lubricante	7,1%	25,0%	11,1%
Los anillos que posee	7,1%		5,6%
Dificulta sentir placer	7,1%		5,6%
Al no verlo, no se sabe si se ha roto o no		25,0%	5,6%
Ninguna		25,0%	5,6%
Muestra	14	4	18
%	142,9%	150,0%	144,4%

Nota: total superior a 100 por respuesta múltiple.

Aunque se trata de una submuestra pequeña y las respuestas muestran gran dispersión, es posible identificar 2 como los principales aspectos de mayor desagrado del condón femenino, en orden decreciente: suena durante el acto sexual y su gran tamaño. Cabe destacar que ambos aspectos sólo son mencionados por MVVIH.

30. Calificación de distintos aspectos del condón femenino



Promedio en escala 1 a 7

Aspecto	MVVIH	TS	Total
Eficacia	6.1	5.3	5.9
Facilidad para colocarlo	5.1	5.3	5.1
Presentación del envase	4.9	3.5	4.6
Lubricante que contiene	6.0	6.0	6.0
Tamaño	5.4	6.3	5.6
Facilidad para retirarlo	5.3	4.8	5.2
Precio	1.6	3.8	2.1
Material con que se fabrica	6.2	6.0	6.2
Comodidad al usarlo	4.9	6.5	5.3
Lugares de venta	1.6	3.0	1.9
Muestra	14	4	18

Resulta claro que los aspectos mejor evaluados se refieren a características del producto y que los peor evaluados se relacionan con su accesibilidad.

Entre los atributos mejor evaluados, encontramos un primer grupo (con notas que fluctúan entre 6,2 y 5,6) compuesto, en orden decreciente, por:

- Material con que se fabrica
- Lubricante que contiene
- Eficacia
- Tamaño

A continuación, se ubica un segundo grupo de atributos relacionados con la funcionalidad del condón femenino, con notas que varían entre 5,3 y 5,1:

- Comodidad al usarlo
- Facilidad para retirarlo
- Facilidad para colocarlos

En un tercer grupo, encontramos la presentación con un promedio de 4.6 y finalmente, con promedio cercanos a la nota 2, los atributos de precio y lugares de venta.

31. Con quién ha utilizado condón femenino de preferencia

	Población		Total
	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	
Sólo con su pareja sexual estable	78,6%		61,1%
Sólo en relaciones sexuales ocasionales	7,1%		5,6%
Con su pareja estable y también en relaciones ocasionales	14,3%		11,1%
Sólo con clientes		100,0%	22,2%
Muestra	14	4	18
%	100,0%	100,0%	100,0%

Mientras la totalidad de las trabajadoras sexuales ha utilizado el condón femenino sólo con clientes, más de las tres cuartas partes de las MVVIH lo ha hecho sólo con su pareja sexual estable.

32. Disposición a seguir usando condón femenino en futuras relaciones sexuales

	Población		
	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sí	85,7%	100,0%	88,9%
No	14,3%		11,1%
Muestra	14	4	18
%	100,0%	100,0%	100,0%

La totalidad de las trabajadoras sexuales se muestra dispuesta a seguir utilizando el condón femenino en el futuro, disposición que decae levemente entre las MVVIH.

33. Principales ideas con que se asocia el condón femenino

Población				
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Prevención del VIH/SIDA	30,0%	36,8%	41,4%	36,0%
Prevención de embarazos	58,3%	8,5%	20,7%	30,1%
Curiosidad	15,0%	25,5%	21,6%	20,5%
Seguridad, sexo seguro	20,0%	25,5%	15,5%	20,2%
Mayor poder de decisión de la mujer	24,2%	17,9%	15,5%	19,3%
Condón masculino	18,3%	10,4%	9,5%	12,9%
Bolsa o saquito	13,3%	10,4%	13,8%	12,6%
No sabe	2,5%	10,4%	8,6%	7,0%
Comercio sexual, trabajadoras sexuales	5,0%	0,9%	11,2%	5,8%
Ninguna	4,2%	3,8%	9,5%	5,8%
Desconfianza en la pareja	9,2%	6,6%	0,9%	5,6%
Otra	1,7%	3,8%	10,3%	5,3%
Sexo ocasional	4,2%	2,8%	5,2%	4,1%
No responde	0,8%	0,9%		0,6%
Casos	120	106	116	342
%	206,7%	164,2%	183,6%	185,7%

Nota: total superior a 100% por respuesta múltiple

Entre las mujeres que nunca han usado el condón femenino, se observa que las ideas asociadas al producto, difieren entre las tres poblaciones:

- Cerca de las tres quintas partes de las estudiantes lo relaciona con prevención de embarazos, tendencia que disminuye levemente entre las de NSE más bajo.
- Cerca de la tercera parte de las estudiantes asocia el condón femenino con prevención del VIH/SIDA, respuesta más típica entre las de mayor NSE.
- La cuarta parte de las estudiantes, -más nítidamente las de NSE medio (C3)- alude al mayor poder decisión de las mujeres y una quinta parte – preferentemente las de mayor NSE- menciona el sexo seguro
- Por su parte, algo más de la tercera parte de las MVVIH –más típicamente las NSE C3 y D- asocia el condón femenino con prevención del VIH/SIDA.

- La cuarta parte de las MVVIH se refiere a la curiosidad que provoca el condón femenino y una proporción similar menciona el sexo seguro; en ambos casos, las de NSE D sobresalen por sobre la media.
- La respuesta modal de las trabajadoras sexuales -algo más de las dos quintas partes-, es la misma de las MVVIH: asocian el condón femenino con prevención del VIH/SIDA; en esta respuesta sobresalen las trabajadoras sexuales de educación básica completa y las de NSE más bajo.
- Algo más de la quinta parte de las trabajadoras sexuales se refiere a la curiosidad que representa el condón femenino y una proporción muy similar lo relaciona prevención de embarazos; ésta última asociación es algo más pronunciada entre las trabajadoras sexuales de NSE más bajo.

En resumen, se puede señalar que las asociaciones preferentes que cada población hace del condón femenino muestran una alta correlación con las motivaciones que cada una tiene para protegerse en sus relaciones sexuales: la prevención del embarazo entre las estudiantes y la prevención de adquirir o readquirir VIH SIDA entre las MVVIH y las trabajadoras sexuales.

34. Razones para no haber usado nunca el condón femenino

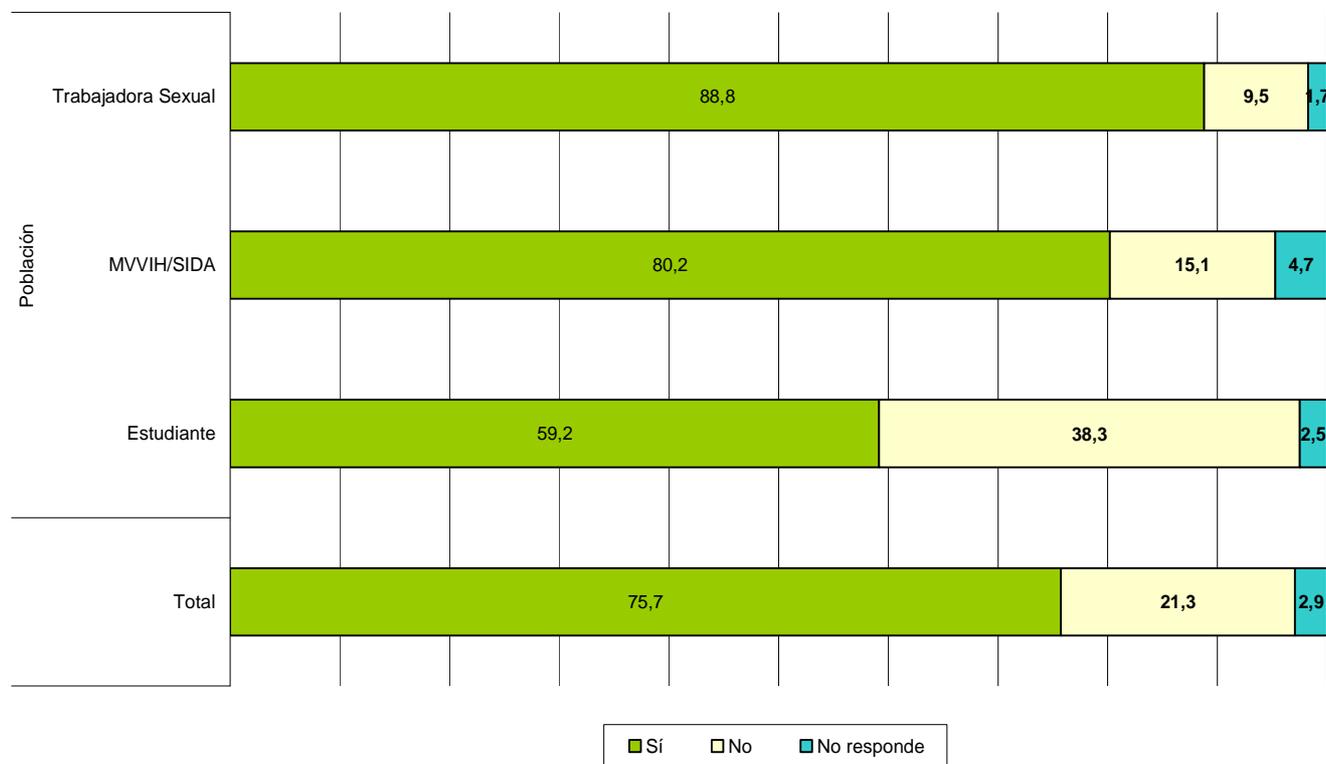
	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Porque no he podido conseguirlo	5,8%	10,4%	12,1%	9,4%
Porque no me dan suficiente confianza	2,5%	4,7%	5,2%	4,1%
Porque no los conozco	68,3%	58,5%	70,7%	66,1%
Porque utilizo otro método anticonceptivo	15,0%	3,8%	2,6%	7,3%
Porque son muy caros	1,7%	7,5%	1,7%	3,5%
Porque creo que no se siente placer		1,9%	0,9%	0,9%
Porque si lo uso mi pareja puede creer que no confío en él			0,9%	0,3%
Porque creo que es incómodo	3,3%	0,9%	0,9%	1,8%
Otra	0,8%	4,7%	0,9%	2,0%
No sabe	2,5%	5,7%	1,7%	3,2%
No responde		1,9%	2,6%	1,5%
Muestra	120	106	116	342
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En las tres poblaciones estudiadas, el desconocimiento del condón femenino es la razón ampliamente mayoritaria para no haberlo usado. Aunque esta razón es superior en las otras dos poblaciones que en las MVVIH, también en este último grupo es la razón mayoritaria (58.5%). Entre las estudiantes y las TS, esta razón es más típica en los NSE C3 y D.

La segunda razón señalada por las estudiantes –con algo más de la séptima parte de las menciones- es la utilización de otro método anticonceptivo. Por su parte, en las otras dos poblaciones, la segunda razón para no usarlo -mencionada por la décima parte de las MVVIH y la por octava parte de las TS- es la imposibilidad de conseguirlo.

En las tres poblaciones, las restantes razones exhiben una gran dispersión.

35. Disposición a probar el condón femenino en sus futuras relaciones sexuales

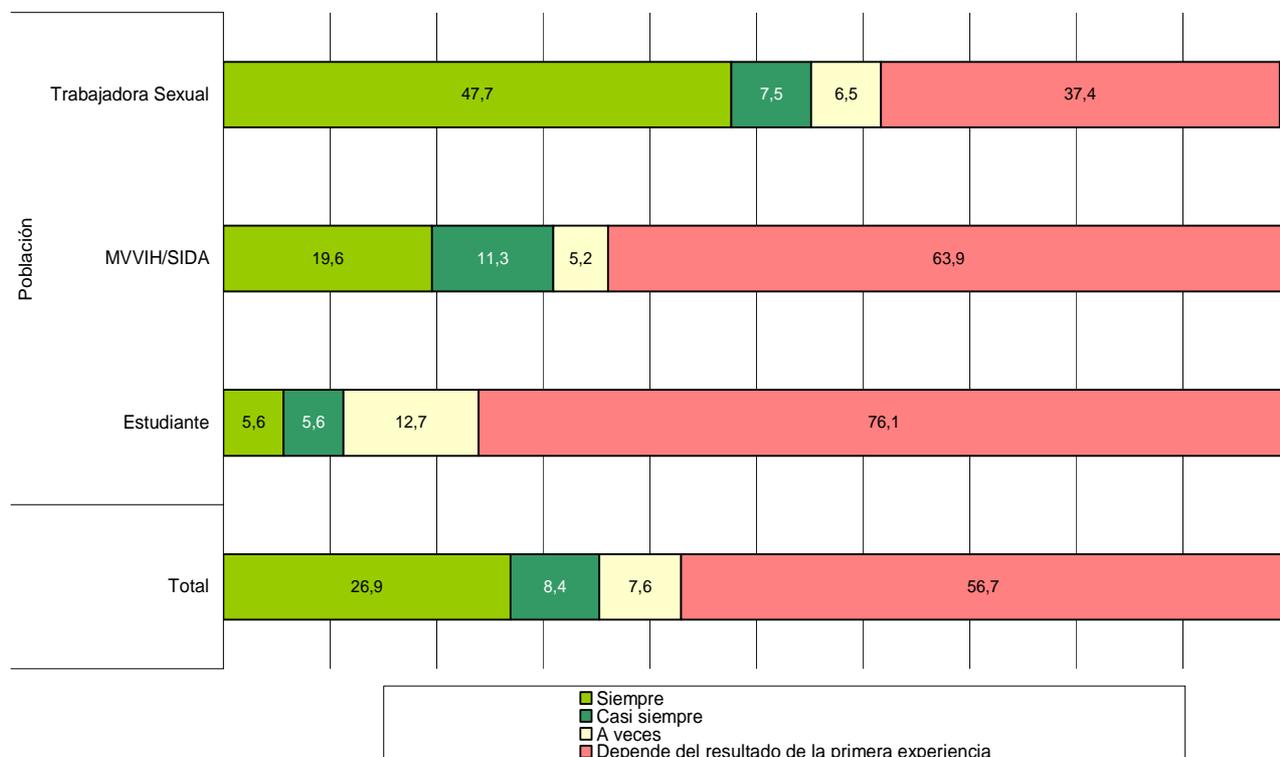


	Población			
	Estudiante	MVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sí	59,2%	80,2%	88,8%	75,7%
No	38,3%	15,1%	9,5%	21,3%
No responde	2,5%	4,7%	1,7%	2,9%
Muestra	120	106	116	342
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Entre las mujeres que no han usado nunca el condón femenino, se verifica una amplia disposición –mayoritaria en las tres poblaciones- a probarlo sus relaciones sexuales futuras. El único grupo que muestra un grado de rechazo significativo –cerca de los dos quintos- es el de las estudiantes, especialmente las de NSE D.

A su vez, dentro de esta aceptación generalizada, se puede afirmar que la población mejor dispuesta es la de las TS (una de cada nueve TS está dispuesta a probarlo).

36. Frecuencia con que estaría dispuesta a utilizar el condón femenino en sus relaciones sexuales

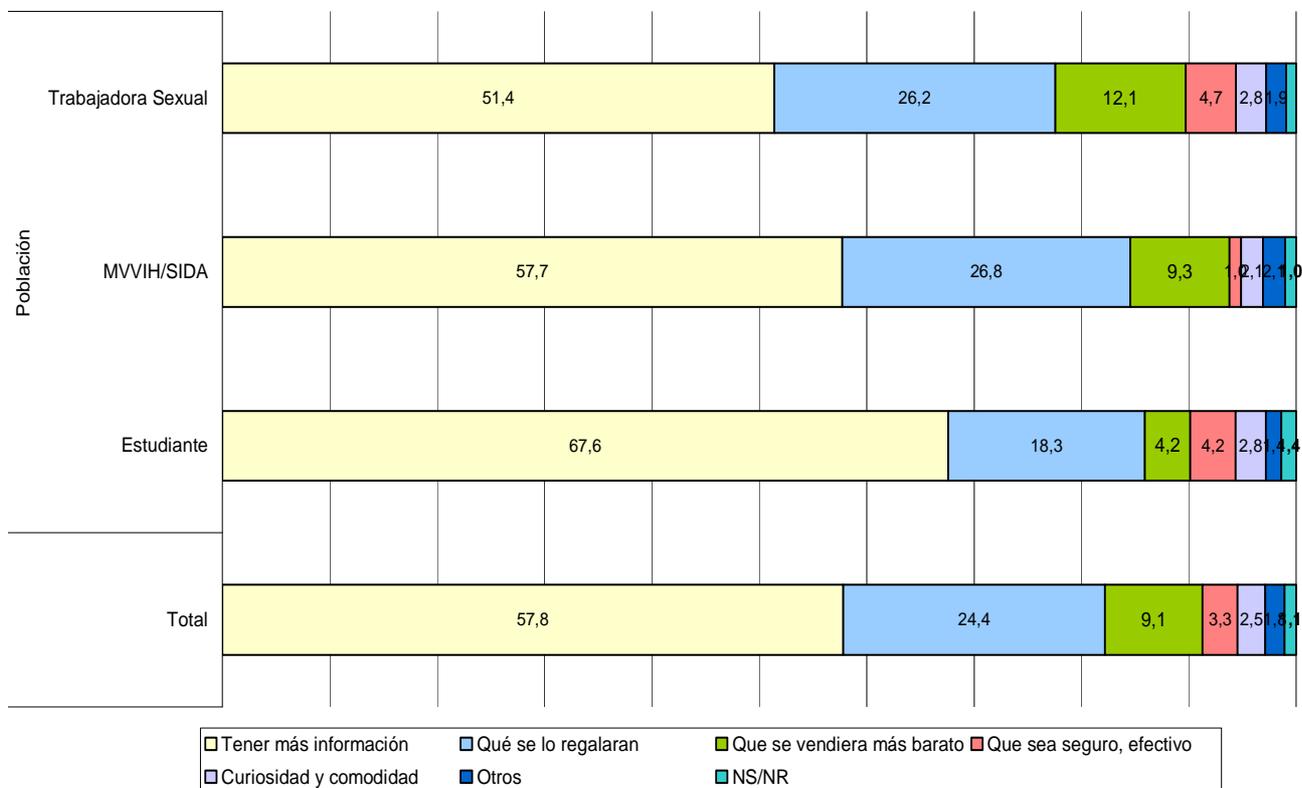


	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Siempre	5,6%	19,6%	47,7%	26,9%
Casi siempre	5,6%	11,3%	7,5%	8,4%
A veces	12,7%	5,2%	6,5%	7,6%
Depende del resultado de la primera experiencia	76,1%	63,9%	37,4%	56,7%
No responde			0,9%	0,4%
Muestra	71	97	107	275
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Entre las mujeres dispuestas a probar o a seguir usando el condón femenino, se constata una clara disposición a usarlo con mayor frecuencia entre las TS que en las otras dos poblaciones. En efecto, más de la mitad de las TS –especialmente las de educación media– están dispuestas a usarlo siempre o casi siempre en el futuro, proporción que cae a la tercera parte entre las MVVIH y la novena parte de las estudiantes.

La inmensa mayoría de las estudiantes (más de las tres cuartas partes de ellas) y de las MVVIH (más de los tres quintos) condiciona la frecuencia con que usarían el condón femenino al resultado de la primera experiencia.

37. Situación que la motivaría a probar o seguir usando el condón femenino



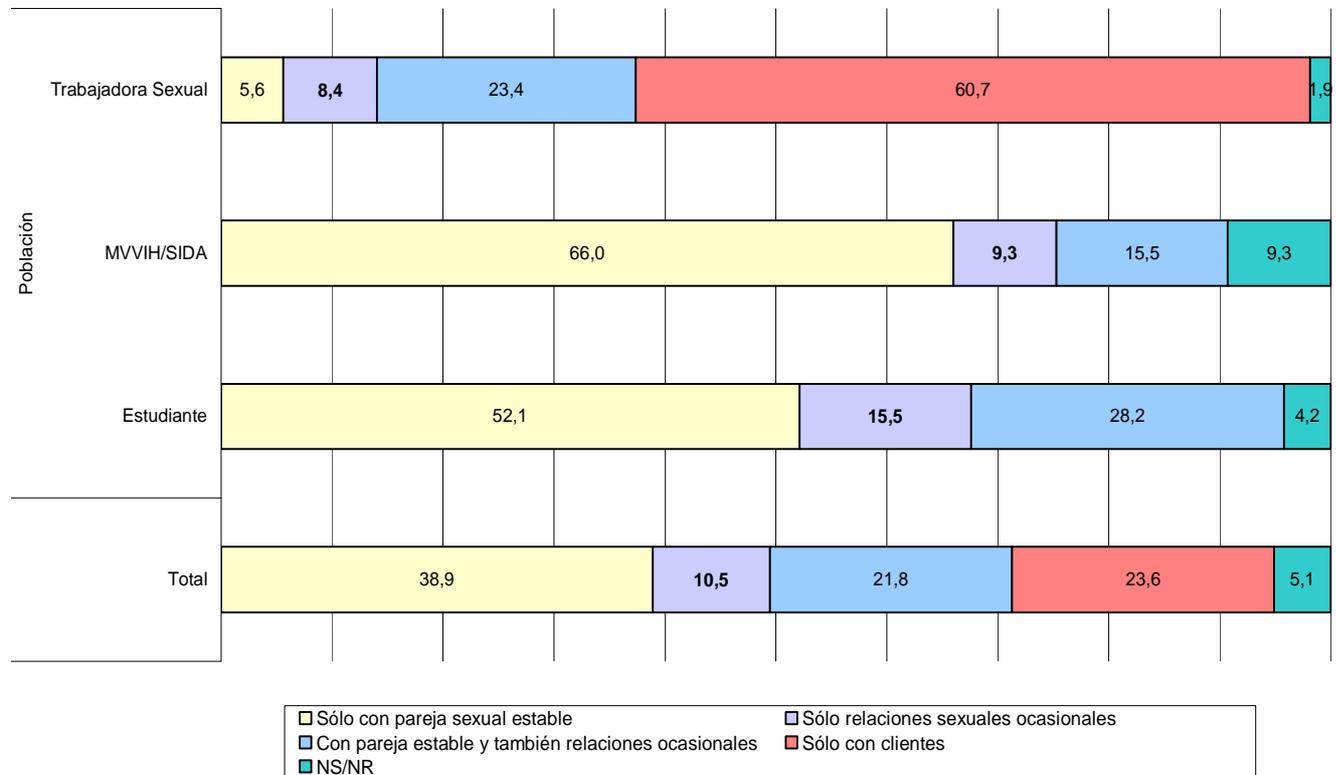
	Población			
	Estudiante	MVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Tener más información	67,6%	57,7%	51,4%	57,8%
Qué se lo regalaran	18,3%	26,8%	26,2%	24,4%
Que se vendiera más barato	4,2%	9,3%	12,1%	9,1%
Que sea seguro, efectivo	4,2%	1,0%	4,7%	3,3%
Curiosidad, comparación con otros métodos	1,4%	1,0%	1,9%	1,5%
Comodidad	1,4%	1,0%	,9%	1,1%
Otros	1,4%	2,1%	1,9%	1,8%
No sabe			,9%	,4%
No responde	1,4%	1,0%		,7%
Muestra	71	97	107	275
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Entre las mujeres dispuestas a probar o a seguir usando el condón femenino, se observa una fuerte demanda por información como condición par probarlo o seguir usándolo.

Esta demanda es formulada por las dos terceras de las estudiantes - especialmente las de NSE C3- y también es mayoritaria entre las MVVIH (57.7%) y las TS (51.4%); en ambas poblaciones la demanda de mayor información es más típica en las mujeres de NSE C3 y D.

La cuarta parte de las MVVIH y de las TS –particularmente las de NSE E- plantea que “se lo regalaran” como situación que las induciría al uso del condón femenino.

38. Con quién usaría el condón femenino de preferencia en el futuro

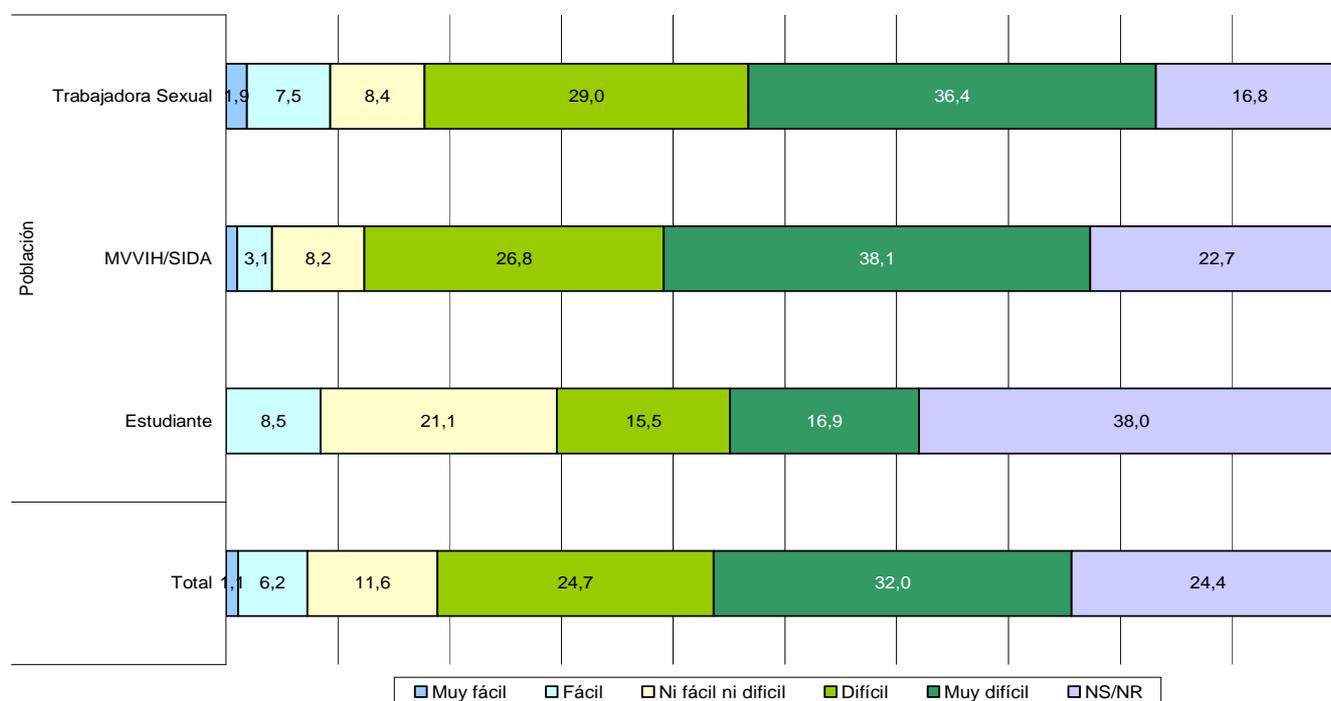


	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sólo con su pareja sexual estable	52,1%	66,0%	5,6%	38,9%
Sólo en relaciones sexuales ocasionales	15,5%	9,3%	8,4%	10,5%
Con su pareja estable y también en relaciones ocasionales	28,2%	15,5%	23,4%	21,8%
Sólo con clientes			60,7%	23,6%
No sabe	2,8%	8,2%	0,9%	4,0%
No responde	1,4%	1,0%	0,9%	1,1%
Muestra	71	97	107	275
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Entre las mujeres dispuestas a probar o a seguir usando el condón femenino, se observan las siguientes tendencias respecto a la pareja sexual con la que lo usarían de preferencia:

- Las dos terceras partes de las MVVIH lo usarían sólo con su pareja estable, respuesta que se incrementa a medida que disminuye el nivel educacional y el NSE de las entrevistadas. Una proporción cercana a la sexta parte de ellas señala que, además de usarlo con su pareja estable, lo usaría también en relaciones ocasionales.
- Esta última respuesta alcanza a más de la cuarta parte entre las estudiantes, la mitad de las cuales limitaría su uso a las relaciones con su pareja estable, sin diferencias por NSE.
- Las tres quintas partes de las trabajadoras sexuales – especialmente las de NSE C3 y D- usaría el condón femenino sólo con clientes, mientras que una proporción algo inferior a la cuarta parte lo usaría con su pareja estable y también en relaciones ocasionales.

40. Percepción del grado de dificultad para acceder al condón femenino

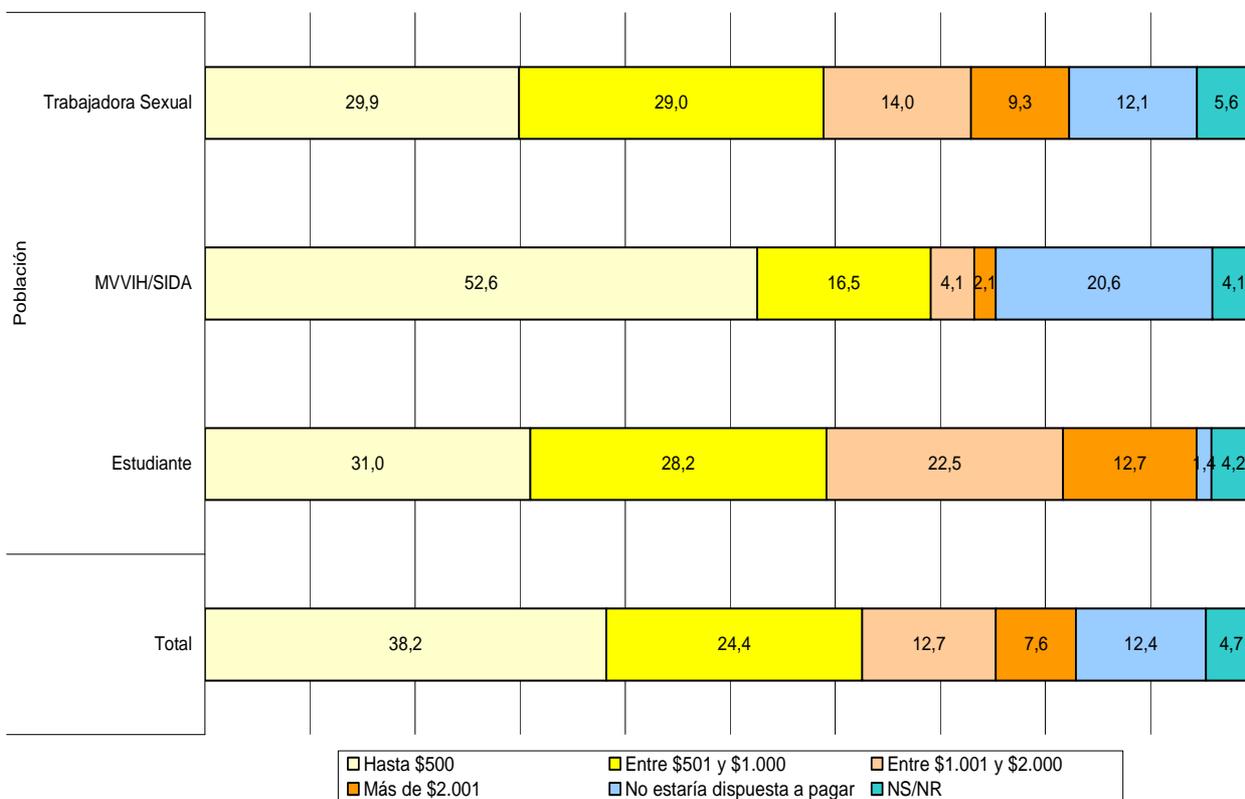


	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Muy fácil		1,0%	1,9%	1,1%
Fácil	8,5%	3,1%	7,5%	6,2%
Ni fácil ni difícil	21,1%	8,2%	8,4%	11,6%
Difícil	15,5%	26,8%	29,0%	24,7%
Muy difícil	16,9%	38,1%	36,4%	32,0%
No sabe	36,6%	22,7%	16,8%	24,0%
No responde	1,4%			0,4%
Muestra	71	97	107	275
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En las poblaciones de MVVIH y TS, se verifica una percepción muy similar respecto del grado de dificultad para acceder al condón femenino. En efecto, cerca de los dos tercios de cada una de estas poblaciones considera que ese acceso es difícil o muy difícil.

Esta percepción de dificultad cae a menos de la tercera parte entre las estudiantes, otro tercio de las cuales declara no saber. Por otro lado, en este grupo quienes estiman que “no es fácil ni difícil” acceder al condón femenino alcanzan a la quinta parte, proporción muy superior a las que creen lo mismo en las otras dos poblaciones.

41. Monto dispuesta a pagar por una unidad de condón femenino

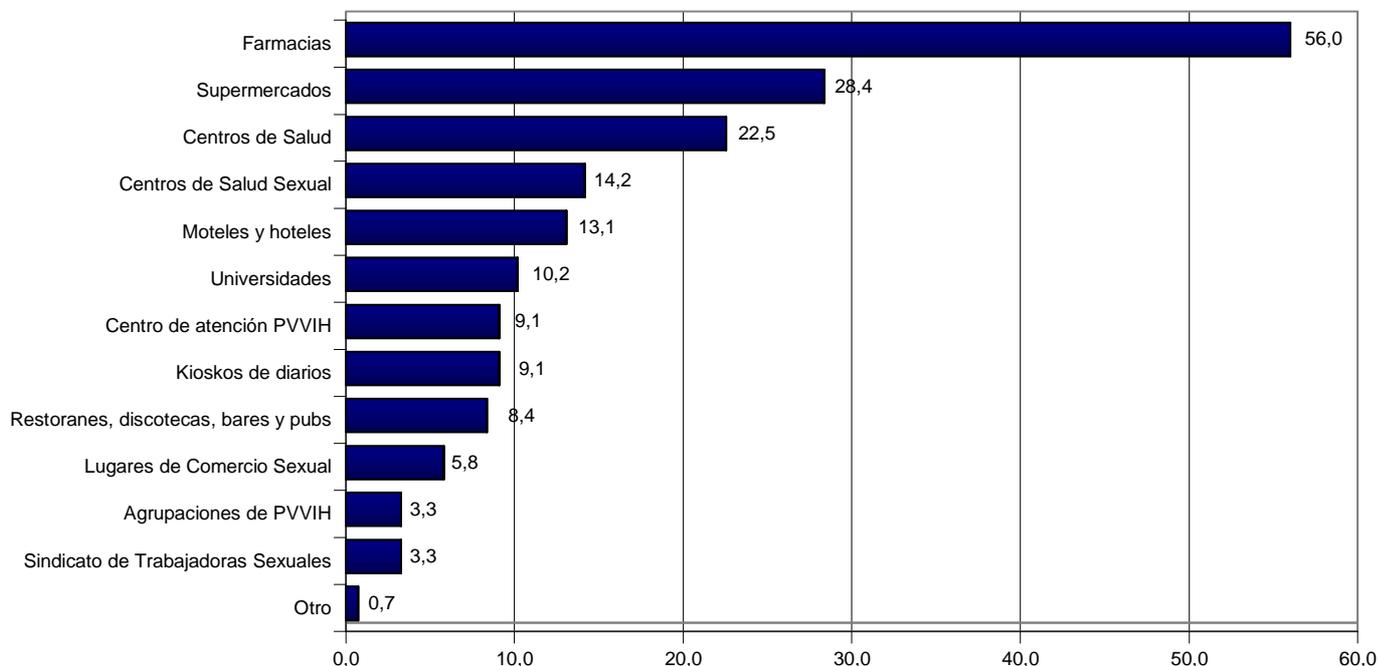


	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Hasta \$500	31,0%	52,6%	29,9%	38,2%
Entre \$501 y \$1.000	28,2%	16,5%	29,0%	24,4%
Entre \$1.001 y \$2.000	22,5%	4,1%	14,0%	12,7%
Más de \$2.001	12,7%	2,1%	9,3%	7,6%
No estaría dispuesta a pagar	1,4%	20,6%	12,1%	12,4%
No sabe	4,2%	4,1%	4,7%	4,4%
No responde			0,9%	0,4%
Muestra	71	97	107	275
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Entre las mujeres dispuestas a probar o a seguir usando el condón femenino, se observan las siguientes tendencias respecto a la disposición a pagar por el producto:

- Las menos dispuestas a pagar son las MVVIH, población en la cual, además se verifican los menores valores de disposición a pago; estos tienden a elevarse algo según se incrementa el NSE de las entrevistadas. La quinta parte de ellas no está dispuesta a pagar
- Se comprueba una disposición a pagar montos ligeramente más elevados entre las trabajadoras sexuales, que se elevan más aún al aumentar el NSE de las entrevistadas. La octava parte de ellas no está dispuesta a pagar.
- Las estudiantes constituyen el grupo con más alta disposición al pago por el condón femenino.

42. Lugares apropiados para vender el condón femenino



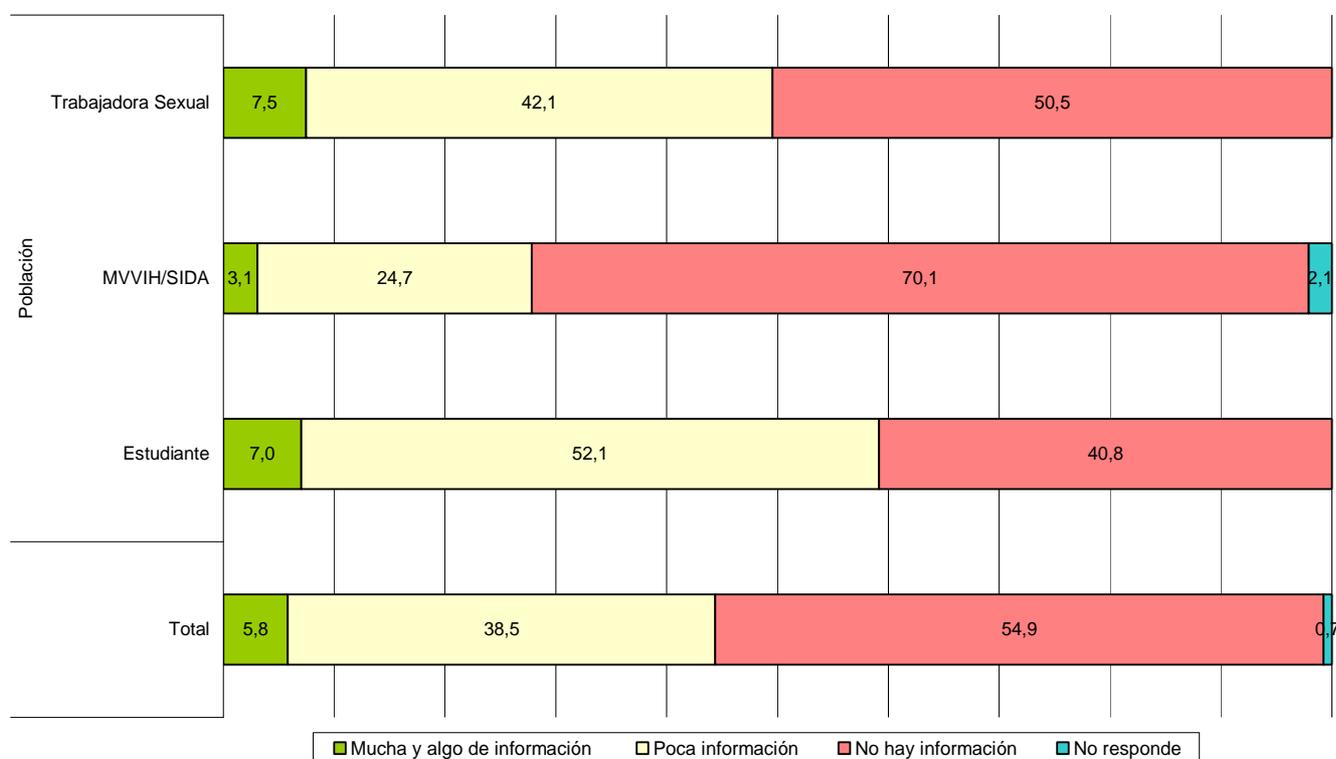
	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Farmacias	67,6%	44,3%	58,9%	56,0%
Supermercados	47,9%	18,6%	24,3%	28,4%
Centros de Salud	18,3%	29,9%	18,7%	22,5%
Centros de Salud Sexual	4,2%	15,5%	19,6%	14,2%
Moteles y hoteles	8,5%	7,2%	21,5%	13,1%
Universidades	28,2%	4,1%	3,7%	10,2%
Centro de atención PVVIH		23,7%	1,9%	9,1%
Kioscos de diarios	7,0%	8,2%	11,2%	9,1%
Restoranes, discotecas, bares y pubs	11,3%	6,2%	8,4%	8,4%
Lugares de Comercio Sexual	1,4%	4,1%	10,3%	5,8%
Agrupaciones de PVVIH		8,2%	0,9%	3,3%
Sindicato de Trabajadoras Sexuales	1,4%	2,1%	5,6%	3,3%
Otro		2,1%		0,7%
Casos	71	97	107	275
%	195,8%	174,2%	185,0%	184,0%

Nota: Total superior a 100% por respuesta múltiple.

En las tres poblaciones, la respuesta modal, respecto a los lugares más apropiados para vender el condón femenino, es “farmacias”. No obstante, se observan algunas diferencias dignas de relevar entre las distintas poblaciones:

- La mención de farmacias es claramente mayor entre estudiantes (más de dos tercios) y TS (tres quintos) que entre MVVIH (poco más de la dos quintos)
- Algo similar ocurre con la mención de los supermercados, aunque la diferencia entre estudiantes (47.9%) y TS (24.3%) es mayor que la que se observa respecto de las farmacias.
- La mención de Centros de Salud es mayor entre las MVVIH (29.9% y más típicamente las de NSE E) que entre las otras dos poblaciones (18% cada una)
- Los Centros de Salud Sexual presentan cierta relevancia entre las TS (19,6%) y las MVVIH (15,5%) y resulta insignificante en las estudiantes.
- La mención de centro de atención a PVVIH se concentra fuertemente en las MVVIH y lo propio ocurre con los moteles y hoteles respecto de las TS

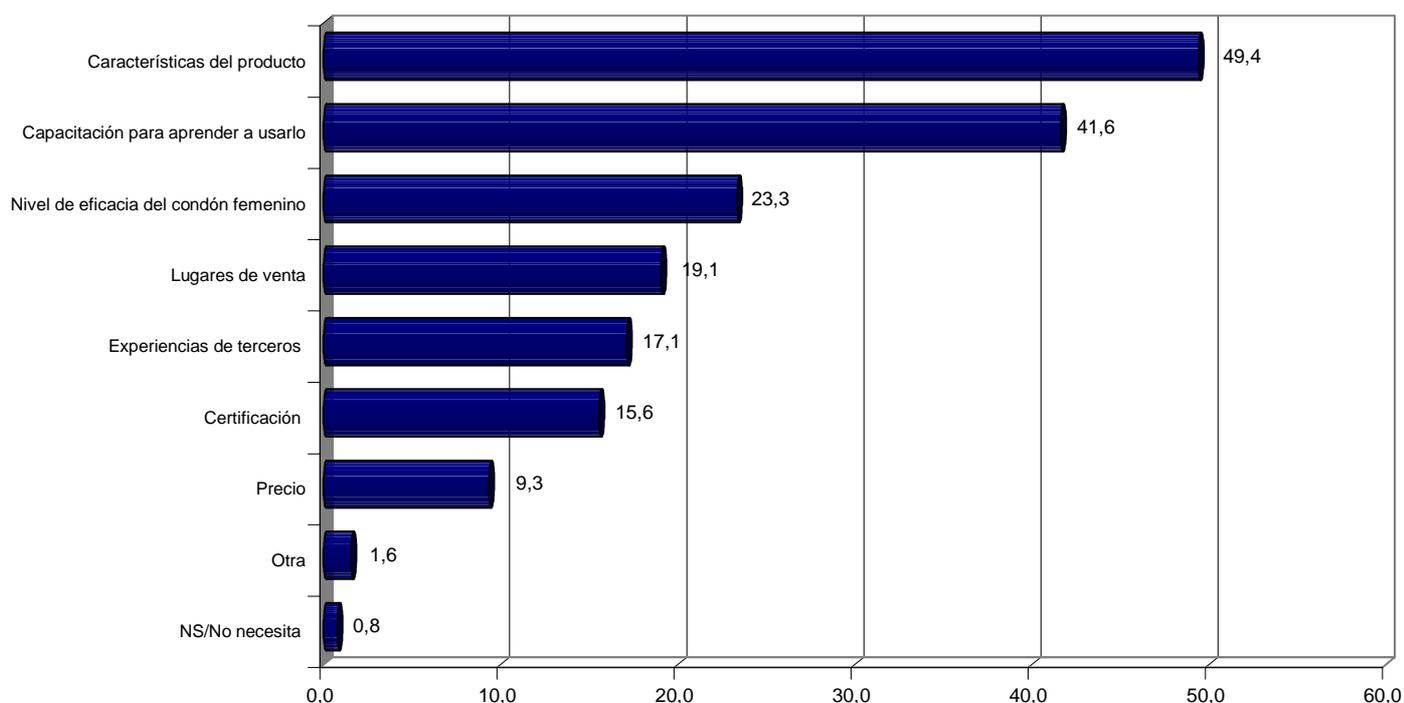
43. Percepción de información disponible sobre el condón femenino



	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Mucha información			1,9%	0,7%
Algo de información	7,0%	3,1%	5,6%	5,1%
Poca información	52,1%	24,7%	42,1%	38,5%
No hay información	40,8%	70,1%	50,5%	54,9%
No responde		2,1%		0,7%
Muestra	71	97	107	275
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La percepción predominante abrumadoramente entre las mujeres dispuestas a probar o a seguir usando el condón femenino es que no existe o que hay muy poca información acerca del producto. Esta percepción es más pronunciada entre las MVVIH que en las otras dos poblaciones.

44. Tipo de información que necesitaría para sentirse informada



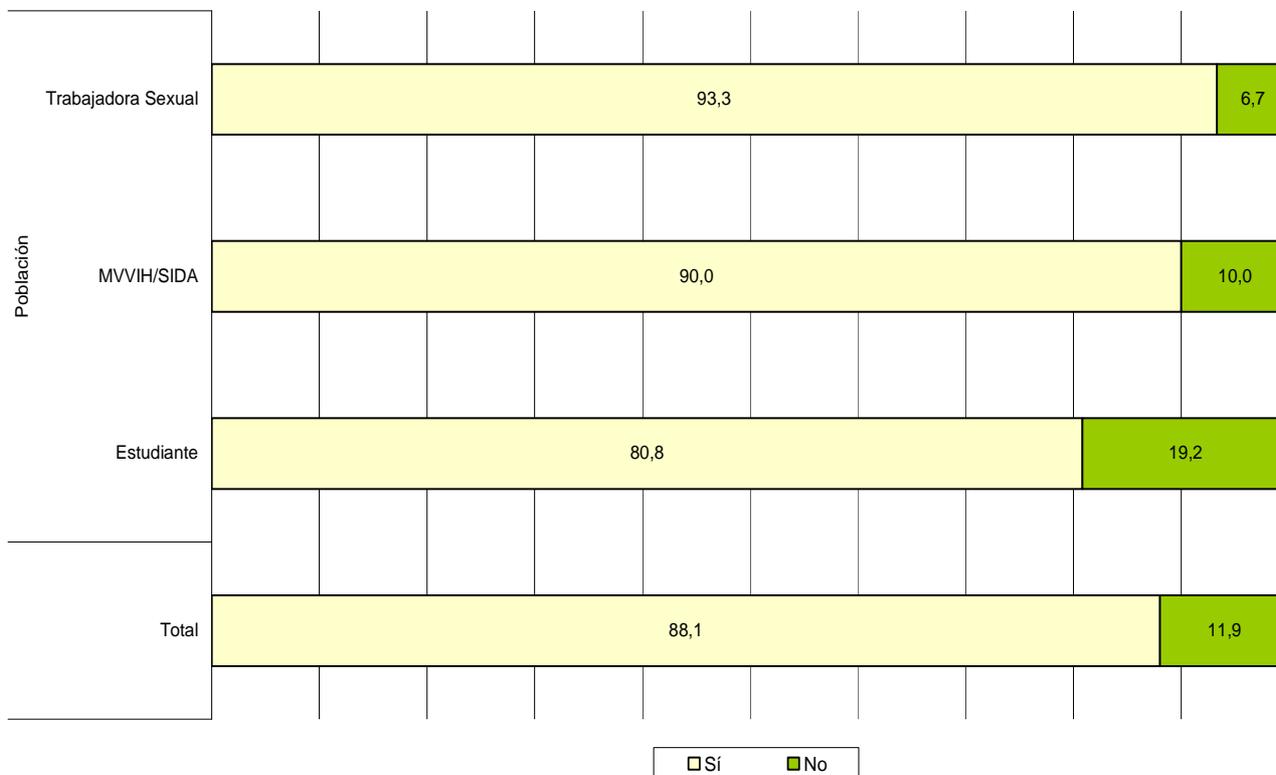
	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Características del producto	66,7%	51,1%	36,4%	49,4%
Capacitación para aprender a usarlo	34,8%	38,0%	49,5%	41,6%
Nivel de eficacia del condón femenino	34,8%	23,9%	15,2%	23,3%
Lugares de venta	12,1%	26,1%	17,2%	19,1%
Conocer experiencias de terceros que lo hayan usado	9,1%	12,0%	27,3%	17,1%
Certificación del producto	19,7%	14,1%	14,1%	15,6%
Precio	3,0%	9,8%	13,1%	9,3%
Otra			4,0%	1,6%
No necesita más información			1,0%	0,4%
No sabe			1,0%	0,4%
Muestra	66	92	99	257
%	180,3%	175,0%	178,8%	177,8%

Nota: Total superior a 100% por respuesta múltiple.

En relación al tipo de información más requerida por las mujeres dispuestas a probar y/o seguir usando el condón femenino para sentirse informada acerca del producto, se detectan las siguientes tendencias:

- Una fuerte demanda por información acerca de las características del producto entre las MVVIH (51,1%, especialmente las de NSE más alto) y sobre todo, las estudiantes (66.7%).
- La principal demanda de las TS (49,5%) se refiere a la capacitación para aprender a usarlo, seguida por las características del producto (36,4%) y de experiencias de terceros que lo hayan usado (27,3%), ésta última especialmente mencionada por TS de NSE E.
- Una tercera parte de las estudiantes demanda capacitación para aprender a usarlo y una proporción similar requiere información sobre el nivel de eficacia del condón femenino (34.8%); esta cifra cae al 23,9% en las MVVIH y al 15,2% en las trabajadoras sexuales.
- Por último, las cerca de los dos quintos de las MVVIH demandan capacitación para aprender a usar el condón femenino –más típicamente las de NSE E- y algo más de la cuarta parte de ellas se refiere a información sobre los lugares de venta del producto

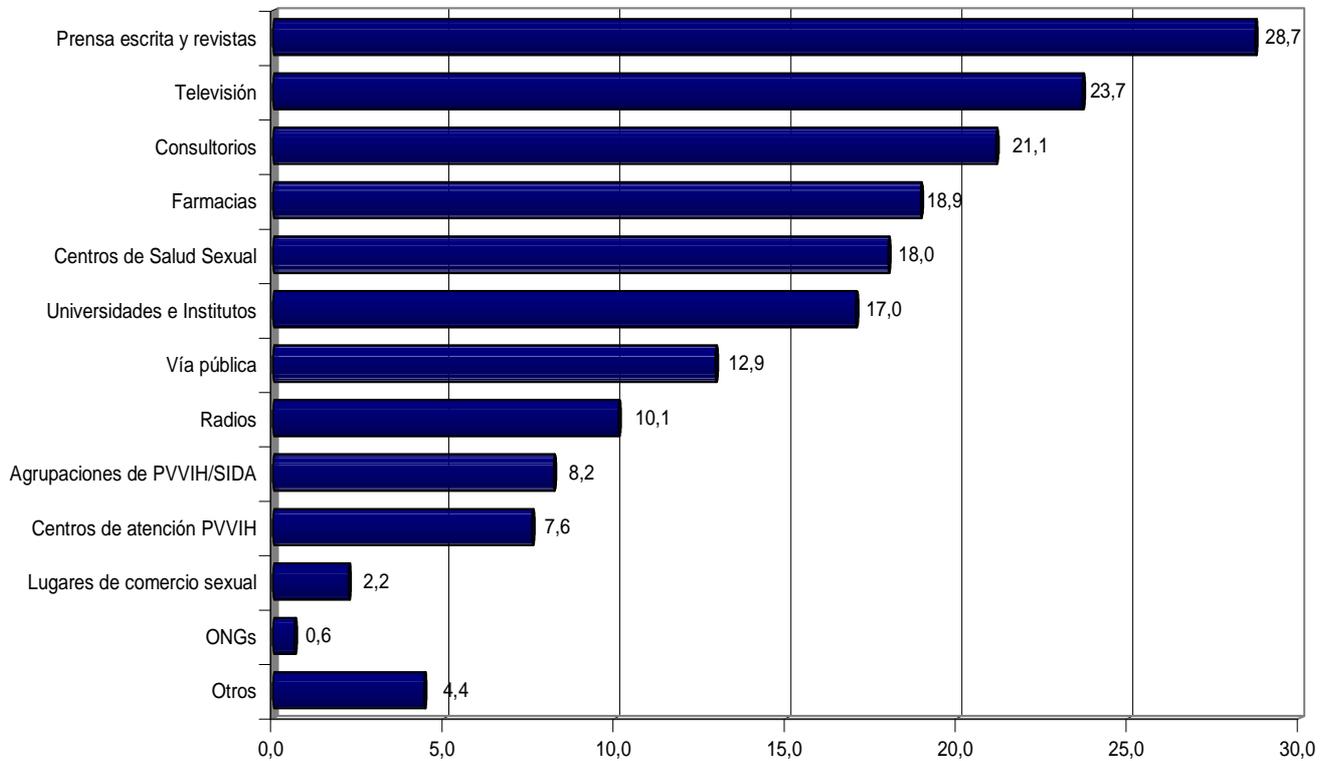
45. Interés en recibir información sobre el condón femenino



	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Sí	80,8%	90,0%	93,3%	88,1%
No	19,2%	10,0%	6,7%	11,9%
Muestra	120	120	120	360
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Dentro de la abrumadora mayoría que manifiesta interés en recibir información sobre el condón femenino, cabe destacar que dicho interés es algo menor entre las estudiantes que en las otras dos poblaciones.

46. Lugares y medios preferidos para recibir información del condón femenino

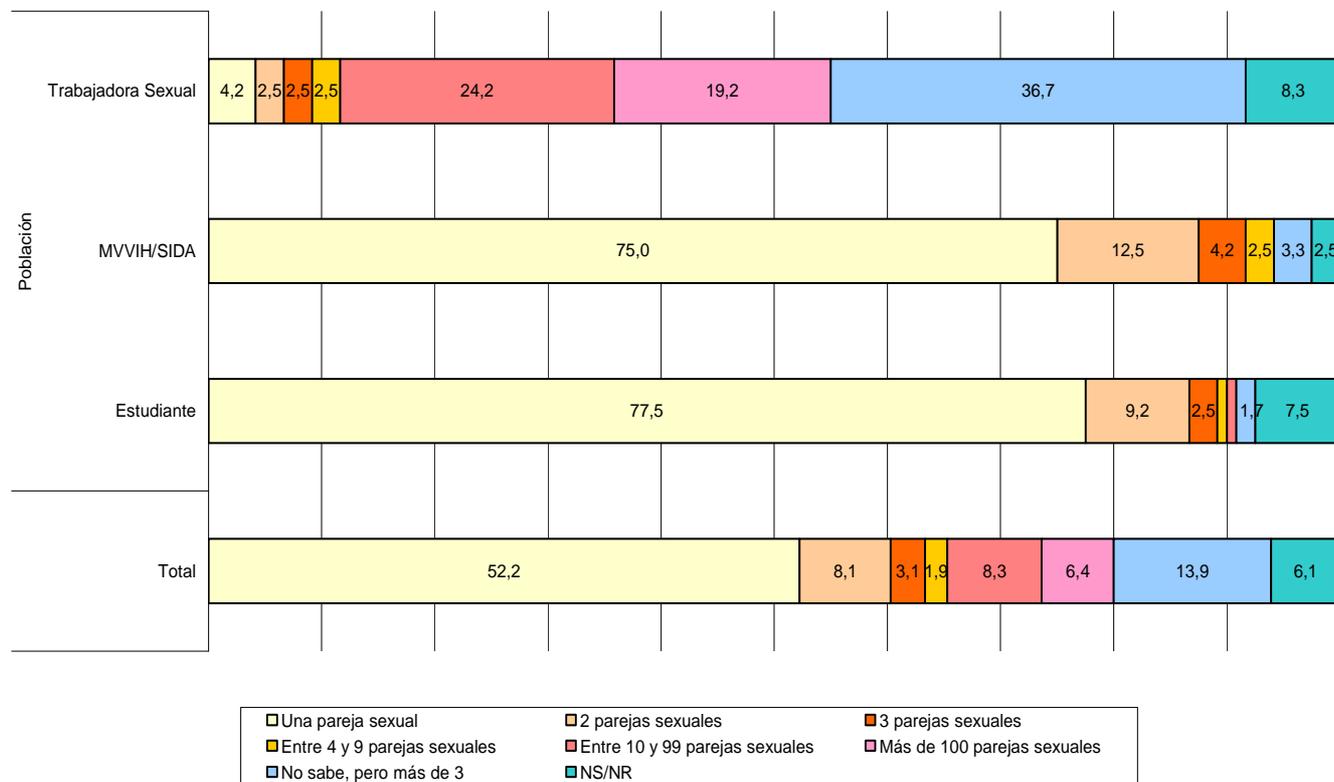


	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Prensa escrita y revistas	36,1%	37,0%	14,3%	28,7%
Televisión	27,8%	20,4%	23,2%	23,7%
Consultorios	16,5%	19,4%	26,8%	21,1%
Farmacias	23,7%	13,9%	19,6%	18,9%
Centros de Salud Sexual	1,0%	10,2%	40,2%	18,0%
Universidades e Institutos	52,6%	1,9%	0,9%	17,0%
Vía pública	13,4%	10,2%	15,2%	12,9%
Radios	10,3%	8,3%	11,6%	10,1%
Agrupaciones de PVVIH/SIDA		21,3%	2,7%	8,2%
Centros de atención PVVIH	1,0%	15,7%	5,4%	7,6%
Otro	4,1%	2,8%	6,3%	4,4%
Lugares de comercio sexual	1,0%		5,4%	2,2%
ONGs		0,9%	0,9%	0,6%
Casos	97	108	112	317
%	187,6%	162,0%	172,3%	173,5%

Nota: Total superior a 100% por respuesta múltiple

Se observa una clara preferencia, entre las estudiantes y las TS, por recibir información en lugares y medios cercanos y de concurrencia habitual, ya sea por trabajo o por su condición de salud. Por su parte, las MVVIH parecen preferir los medios masivos.

47. Número de parejas sexuales en último año



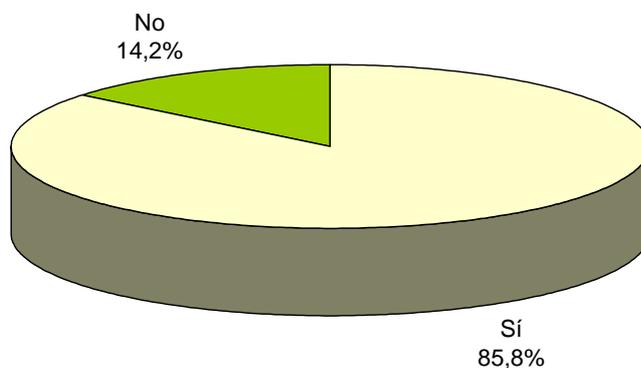
48. Número de parejas sexuales en la vida y en el último año

	Estudiantes		MVVIH/SIDA		Trabajadora Sexual	
	Toda la vida	Último año	Toda la vida	Último año	Toda la vida	Último año
Una pareja sexual	35.8%	77,5%	9.2%	75,0%		4,2%
2 parejas sexuales	24.2%	9,2%	15.0%	12,5%		2,5%
3 parejas sexuales	10.8%	2,5%	13.3%	4,2%		2,5%
Entre 4 y 9 parejas sexuales	15.0%	0,8%	29.2%	2,5%		2,5%
Entre 10 y 99 parejas sexuales	4.2%	0,8%	14.2%		11.7%	24,2%
Más de 100 parejas sexuales					34.2%	19,2%
No sabe, pero más de 3 parejas	5.0%	1,7%	12.5%	3,3%	48.3%	36,7%
No sabe		0,8%	2.5%		2.5%	4,2%
No responde	5.0%	6,7%	4.2%	2,5%	3.3%	4,2%
Muestra	120		120		120	
%	100,0%		100,0%		100,0%	

Como era de esperar, las TS -por su actividad laboral- constituyen la población que exhibe el mayor número de parejas sexuales, las que parecen aumentar a medida que se eleva el NSE de las TS.

Por su parte, la población de estudiantes es la que presenta el menor número de parejas sexuales, mientras que entre las MVVIH, las de NSE D son las que exhiben el mayor número de parejas.

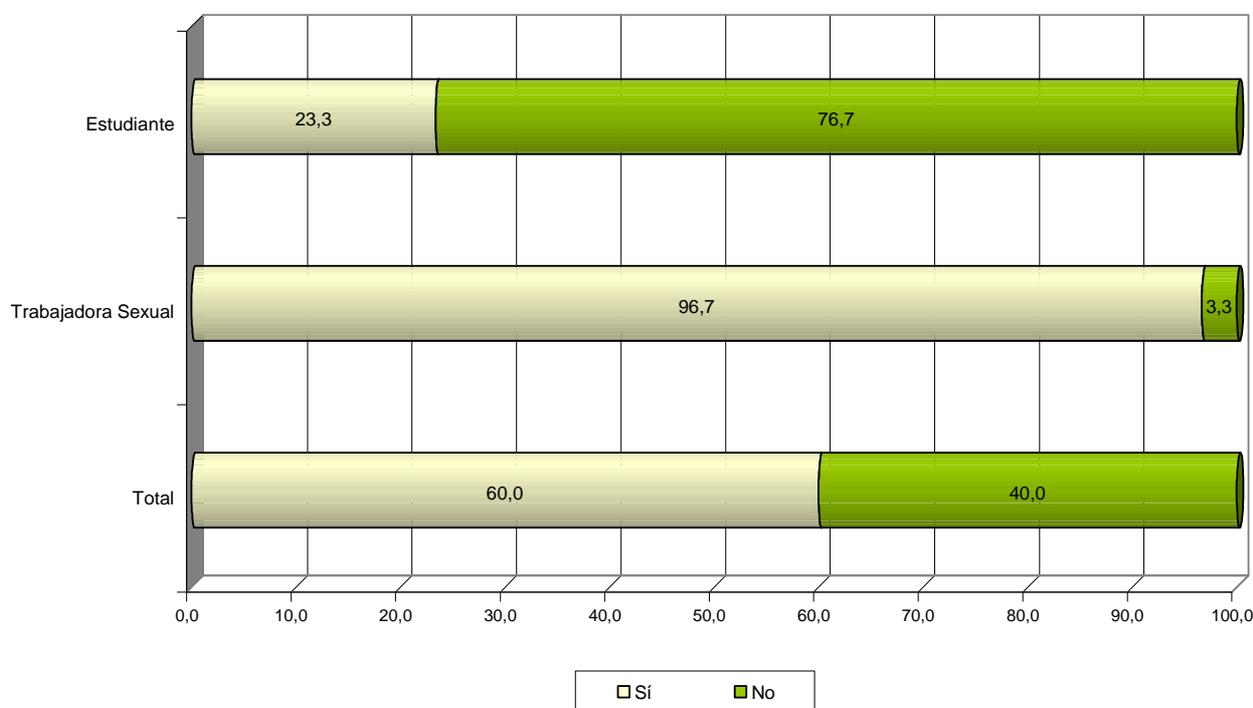
49. Se encuentra al día con su control de salud en el Centro de Salud Sexual



Población	
	Trabajadora Sexual
Sí	85,8%
No	14,2%
Muestra	120
%	100,0%

Una inmensa mayoría superior a los cuatro quintos de las TS declara encontrarse al día con su control en el Centro de Salud Sexual.

50. Se ha realizado el Test de Elisa alguna vez en su vida

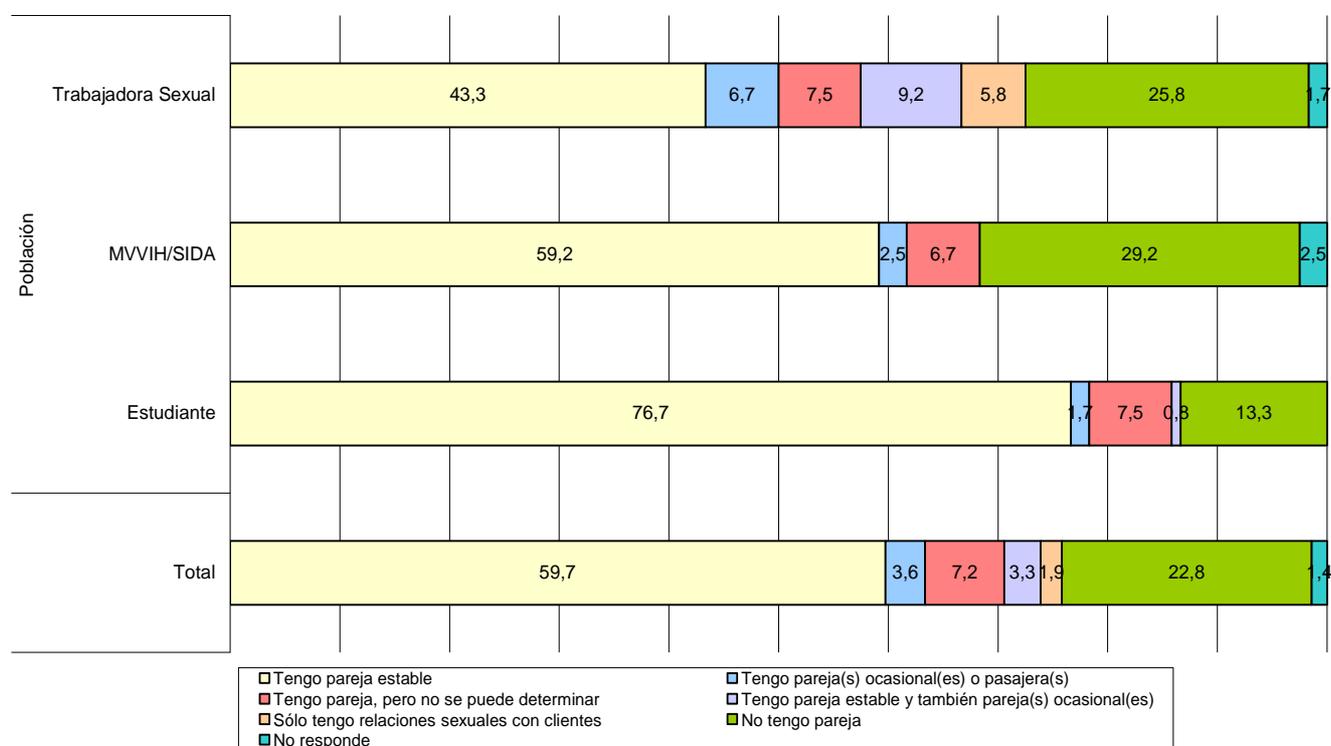


51. Se ha realizado el Test de Elisa el último año

Población			
	Estudiante	Trabajadora Sexual	Total
Sí	32,1%	87,9%	77,1%
No	60,7%	11,2%	20,8%
No responde	7,1%	0,9%	2,1%
Muestra	28	116	144
%	100,0%	100,0%	100,0%

Mientras que la casi totalidad de las TS se ha realizado el test de Elisa alguna vez, menos de la cuarta parte de las estudiantes lo ha hecho. De este último grupo, la tercera parte se ha realizado el test en el último año.

52. ¿Cómo definiría usted su actual situación de pareja?

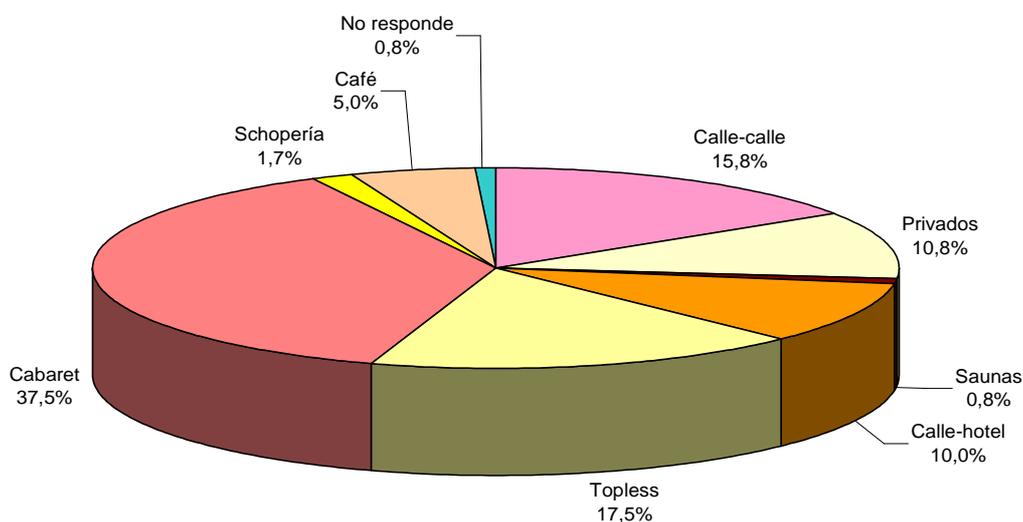


	Población			
	Estudiante	MVVIH/SIDA	Trabajadora Sexual	Total
Tengo pareja estable	76,7%	59,2%	43,3%	59,7%
Tengo pareja(s) ocasional(es) o pasajera(s)	1,7%	2,5%	6,7%	3,6%
Tengo pareja, pero no se puede determinar	7,5%	6,7%	7,5%	7,2%
Tengo pareja estable y también pareja(s) ocasional(es)	0,8%	0,0%	9,2%	3,3%
Sólo tengo relaciones sexuales con clientes	0,0%	0,0%	5,8%	1,9%
No tengo pareja	13,3%	29,2%	25,8%	22,8%
No responde	0,0%	2,5%	1,7%	1,4%
Muestra	120	120	120	360
%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Más de las tres cuartas partes de las estudiantes tiene pareja estable y algo más de la octava parte declaran no tener pareja.

La situación de pareja estable desciende a las tres quintas partes entre las MVVIH y algo más de dos quintos entre las TS. En ambas poblaciones, se aprecia una proporción similar (entre el 26 y el 29%) de personas que declaran no tener pareja en la actualidad.

53. Modalidad de trabajo sexual



Población	
	Trabajadora Sexual
Calle-calle	15,8%
Privados	10,8%
Saunas	0,8%
Calle-hotel	10,0%
Topless	17,5%
Cabaret	37,5%
Schopería	1,7%
Café	5,0%
No responde	0,8%
Muestra	120
%	100,0%

Respecto al principal lugar de trabajo de las TS, se pueden diferenciar cuatro rangos más o menos nítidos, en orden decreciente:

- En primer lugar, y a gran distancia de los demás, se ubica el cabaret con cerca de los dos quintos de las menciones.
- En un segundo rango, encontramos el topless con un 17.5% - principalmente en el NSE C3- y la modalidad calle-calle que registra el 15.8% de las menciones, más típicamente en los NSE C3 y D
- En tercer lugar, encontramos, con la décima parte de las menciones cada uno, los privados y la modalidad calle-hotel.
- Finalmente, las modalidades sauna, schopería y café alcanzan en conjunto al 7.5%

3.4 Síntesis Integrada de Resultados Fase Cuantitativa

➤ Autopercepción de riesgo y métodos de protección

- La autopercepción riesgo de adquirir SIDA entre las estudiantes es menor que la de las TS y también menor que de las MVVHI; estas mujeres, a su vez, se consideran con menor que las TS. La autopercepción de riesgo de contraer otra ETS muestra una tendencia muy similar a la del riesgo de contraer o readquirir el SIDA, con la diferencia que hay más MVVIH que perciben riesgo de contraer una ETS que las se consideran en riesgo de readquirir el VIH.
- Casi la totalidad de las TS usa algún método de protección en sus relaciones sexuales, una proporción levemente inferior de estudiantes también lo usa, tendencia que disminuye en las MVVIH, un tercio de las cuales no los usa.
- En cuanto a la motivación para usar un método de protección en sus relaciones sexuales, se verifican claras diferencias entre las tres poblaciones: a prevención del embarazo es la principal motivación de las estudiantes, mientras que prevenir la readquisición del VIH es la principal motivación para las MVVIH y más de la mitad de las TS, usan estos métodos para prevenir la adquisición de ETS.
- Se observa una clara diferencia en cuanto al método de protección utilizado: así, mientras la mitad de las estudiantes utilizan el condón masculino, éste es utilizado por la casi totalidad de las TS y de las MVVHI ocupando el segundo lugar en ambas poblaciones, el dispositivo intrauterino. El método más frecuente entre las estudiantes es la píldora, cuyo uso es casi insignificante en las otras dos poblaciones.
- Respecto del lugar donde se obtienen el método de protección, nuevamente, las estudiantes se diferencian de las otras poblaciones estudiadas: la gran mayoría de las estudiantes compra la píldora o el condón masculino (los métodos más usados por ellas) en la farmacia, lugar al que recurren menos de la mitad entre las TS. La otra mitad de ellas obtienen su método de protección en un centro de salud o de salud sexual, que es también la forma más frecuente de obtenerlo por parte de las MVVIH.
- Independientemente del método usado, se verifica que las estudiantes y las MVVIH tienden a considerar más seguro el método de protección que ellas utilizan que las TS.

➤ **Percepción y Uso de Condón Masculino**

- El condón masculino muestra un uso ampliamente difundido en las tres poblaciones estudiadas, siendo más acentuado en la población de TS, y menos acentuado entre las estudiantes. A su vez, entre las primeras casi no se registran diferencias entre quienes lo han usado alguna vez y quienes lo han hecho el último año, diferencias que son significativas en las otras dos poblaciones: desciende del 90 al 83.3% entre las MVVIH y del 80 al 67.7% entre las estudiantes
- La gran mayoría de las TS han utilizado el condón masculino sólo con clientes, mientras que la mayoría de estudiantes y MVVIH lo han hecho sólo con su pareja sexual estable. Por su parte, el uso del condón masculino tanto con su pareja estable como en relaciones ocasionales alcanza a la séptima parte del total, sin diferencias entre las tres poblaciones y el uso sólo en relaciones ocasionales es más típico en las MVVIH.
- La mayoría de las estudiantes decide en conjunto con su pareja sexual estable el uso o no uso del condón masculino, y la tercera parte de ellas decide por sí misma. Esta decisión personal, en cambio, es mayoritaria tanto en las VVIH como en las TS.
- Respecto a la frecuencia con que se usa el condón masculino, se aprecia que su uso es mucho más frecuente entre las TS que entre las MVVIH y, entre éstas que entre las estudiantes.
- Los motivos para usar condón masculino se comportan de manera muy similar a los motivos para usar algún “método de protección” en general, registrándose las mismas tendencias y diferencias entre las tres poblaciones: la prevención del embarazo es la motivación de las estudiantes y prevenir la readquisición del VIH es la principal motivación de las MVVIH, mientras que las TS mencionan por igual la prevención del VIH y la prevención de adquirir o transmitir ETS.
- La mitad de las mujeres que no han usado nunca condón masculino, (mayoría de estudiantes) mencionan el desconocimiento del condón como razón para no haberlo usado; otra razón que parece significativa es la incomodidad. Cerca de la mitad de quienes nunca usaron condón masculino se muestran dispuestas a usarlo en sus futuras relaciones sexuales, mientras que la tercera parte lo rechaza. Este grupo de quienes nunca han usado condón masculino está compuesto sólo por 39 personas, lo que impide hacer comparaciones entre las tres poblaciones.

➤ **Percepción y Uso del Condón Femenino**

- Más de la mitad de las MVVIH han escuchado hablar o han visto el condón femenino. Esta proporción baja 11 puntos porcentuales en las TS y 16 en las estudiantes. En las tres poblaciones, se constata un mayor conocimiento del condón femenino a medida que aumenta el NSE y el nivel educacional de las entrevistadas.
- La principal fuente de información de las estudiantes que han visto o escuchado hablar del condón femenino, es la propia Universidad, seguida a corta distancia por la ITV o radio. Por su parte, la mayoría de las MVVIH han obtenido su información sobre el condón femenino en la agrupación de PVVIH/SIDA y las TS, muestran una mayor dispersión de medios de información sobre el condón femenino (radio y la TV, familiares, amigos o conocidos, Sindicato de TS).
- Entre las mujeres que han visto o escuchado hablar del condón femenino, se manifiestan algunas diferencias respecto a las características que conocen del condón femenino; así, entre las estudiantes, sobresalen dos características: “se coloca en la vagina” y “es como una bolsa o saquito”. Entre las MVVIH, aparecen tres características con menciones similares: “es de poliuretano”, “tiene dos anillos” y “es como una bolsa o saquito”; entre las TS predominan quienes no conocen características del producto.
- Sólo la quinta parte de las MVVIH, menos de la duodécima parte de las TS y ninguna de las estudiantes que han visto o escuchado hablar del condón femenino, lo han usado alguna vez. y lo han hecho en promedio, 2,1 veces, mayor entre las TS que entre las MVVIH. Este grupo de quienes han usado condón femenino está compuesto sólo por 14 personas, lo que impide hacer comparaciones entre las poblaciones.
- La mitad de las mujeres que lo han usado califican su primera experiencia con el condón femenino como buena o muy buena y que la tercera parte la califica de regular.
- La mitad de las mujeres que han usado el condón femenino, señala haberlo obtenido como regalo, mientras que la otra mitad se reparte entre quienes lo obtuvieron en Centro de Atención de Salud y quienes se lo regalaron para participar en un estudio.

- Aunque se trata de un grupo pequeño (18 personas) y las respuestas muestran gran dispersión, es posible identificar 4 como los principales aspectos de mayor agrado del condón femenino: el hecho de que no produzca alergia, la autonomía de la mujer para decidir su uso, la facilidad para colocarlo varias horas antes y lo higiénico del producto; por su parte, los principales aspectos de desagrado del condón femenino son: suena durante el acto sexual y su gran tamaño.
- Entre los atributos mejor evaluados del condón femenino, sobresalen: el material con que se fabrica, el lubricante que contiene y la eficacia, es decir atributos del producto mismo; por su parte, los atributos de precio y lugares de venta –relacionados con la accesibilidad del condón femenino- son los peor calificados.
- La totalidad de las TS que ha utilizado el condón femenino, lo ha hecho sólo con clientes y la inmensa mayoría de las MVVIH lo ha hecho sólo con su pareja sexual estable. La disposición de este grupo a seguir usando el condón femenino es ampliamente mayoritaria.
- La mayoría de las estudiantes –ninguna de las cuales ha usado el condón femenino-, lo relaciona con prevención de embarazos, seguida de prevención del VIH SIDA, y del mayor poder decisión de las mujeres; la tendencia modal de las MVVIH y de las TS es la asociación del condón femenino con prevención del VIH SIDA., seguida en ambos casos de la curiosidad que provoca el condón femenino. Donde se diferencian ambas poblaciones es en la tercera asociación: mientras las MVVIH mencionan el sexo seguro, las TS se refieren a la prevención de embarazos. Se comprueba que las asociaciones preferentes que cada población hace del condón femenino muestran una alta correlación con las motivaciones que cada una tiene para protegerse en sus relaciones sexuales: la prevención del embarazo entre las estudiantes y la prevención de adquirir o readquirir VIH SIDA entre las MVVIH y las TS.
- En las tres poblaciones estudiadas, el desconocimiento del condón femenino es la razón ampliamente mayoritaria para no haberlo usado, aunque esta razón es superior en las otras dos poblaciones que en las MVVIH. La segunda razón señalada por las estudiantes es la utilización de otro método anticonceptivo. Por su parte, en las otras dos poblaciones, la segunda razón para no usarlo es la imposibilidad de conseguirlo.

- Entre las mujeres que no han usado nunca el condón femenino, se verifica una amplia disposición –mayoritaria en las tres poblaciones- a probarlo sus relaciones sexuales futuras. Dentro de esta aceptación generalizada, la población mejor dispuesta es la de las TS (una de cada nueve está dispuesta a probarlo). El único grupo que muestra un grado de rechazo significativo es el de las estudiantes.
- Entre las mujeres dispuestas a probar o a seguir usando el condón femenino, se constata una clara disposición a usarlo con mayor frecuencia entre las TS que en las otras dos poblaciones. La inmensa mayoría de las estudiantes y de las MVVIH condiciona la frecuencia con que usarían el condón femenino al resultado de la primera experiencia.
- Entre las mujeres dispuestas a probar o a seguir usando el condón femenino, se observa una fuerte demanda por información como condición par probarlo o seguir usándolo. Aunque esta condición es más pronunciada entre las estudiantes, también es mayoritaria entre las MVVIH y las TS; es estas dos poblaciones, adquiere cierta importancia que “se lo regalaran” como situación que las induciría al uso del condón femenino.
- La mayoría de las estudiantes y de las MVVIH dispuestas a probar o a seguir usando el condón femenino, -especialmente éstas últimas- lo usarían sólo con su pareja estable; entre las estudiantes son muchas más las que, además de usarlo con su pareja estable, lo usaría también en relaciones ocasionales. Esa respuesta corresponde a una proporción similar de las TS, pero la mayoría de ellas usaría el condón femenino sólo con clientes.

➤ **Acceso a información y puntos de venta del condón femenino**

- En las poblaciones de MVVIH y TS, se verifica una percepción muy similar respecto del grado de dificultad para acceder al condón femenino en Chile, en el sentido de considerar mayoritariamente que ese acceso es difícil o muy difícil. Esta percepción de dificultad decae significativamente entre las estudiantes, una proporción importante de las cuales las cuales declara no saber.
- Respecto a la disposición a pagar por el condón femenino, entre las mujeres dispuestas a probar o a seguir usando el producto, se observa que las menos dispuestas a pagar son las MVVIH, población en la cual, además se verifican los menores montos de disposición a pago. Dichos montos son ligeramente más elevados

entre las TS, mientras que las estudiantes constituyen el grupo con más alta disposición al pago por el condón femenino.

- En relación a los lugares más apropiados para vender el condón femenino, en las tres poblaciones, la respuesta modal es “farmacias”. No obstante, la mención de farmacias es claramente mayor entre estudiantes y TS que entre MVVIH. Algo similar ocurre con la mención de los supermercados, aunque la diferencia entre estudiantes y TS es mayor que la que se observa respecto de las farmacias. La mención de Centros de Salud es mayor entre las MVVIH que entre las otras dos poblaciones, mientras que los Centros de Salud Sexual presentan cierta relevancia entre las TS y las MVVIH y resulta insignificante en las estudiantes y la mención de centro de atención a PVVIH se concentra fuertemente en las MVVIH y lo propio ocurre con los moteles y hoteles respecto de las TS.
- La percepción predominante abrumadoramente entre las mujeres dispuestas a probar o a seguir usando el condón femenino es que no existe o que hay muy poca información acerca del producto. Esta percepción es más pronunciada entre las MVVIH que en las otras dos poblaciones.
- En relación al tipo de información más requerida por las mujeres dispuestas a probar y/o seguir usando el condón femenino para sentirse informada acerca del producto, sobresale la fuerte demanda por información acerca de las características del producto entre las MVVIH y sobre todo, las estudiantes. Por su parte, la principal demanda de las TS se refiere a la capacitación para aprender a usarlo, -mencionada también por una proporción significativa de TS y de estudiantes- seguida por las características del producto y de experiencias de terceros que lo hayan usado. Otra tercera parte de las estudiantes demanda información sobre el nivel de eficacia del condón femenino; esta última demanda cae entre las MVVIH y más aún en las TS.
- Una abrumadora mayoría manifiesta interés en recibir información sobre el condón femenino, interés que es algo menor entre las estudiantes que en las otras dos poblaciones.
- Se observa una clara preferencia, entre las estudiantes y las TS, por recibir información en lugares y medios cercanos y de concurrencia habitual, ya sea por trabajo o por su condición de salud. Por su parte, las MVVIH parecen preferir los medios masivos.

H. Recomendaciones para el diseño de estrategias de promoción del condón femenino

El objetivo de este módulo es: “proponer conceptos, acciones y estrategias pertinentes de ser empleados en la promoción del condón femenino en las poblaciones focalizadas, a partir de la información primaria producida por el estudio y del análisis de fuentes secundarias sobre otras experiencias ligadas a la aceptabilidad y difusión de este preservativo a nivel nacional e internacional”.

➤ **Consideraciones generales**

En la elaboración de esta estrategia de promoción de uso del condón femenino, se han considerado algunos antecedentes obtenidos a partir de diferentes estudios realizados:

1. La mujer es, entre dos y cuatro veces más vulnerable que el hombre a adquirir el VIH/SIDA, lo que está determinado tanto por razones biológicas y psicológicas como biográficas.
2. En las mujeres existe un bajo nivel de conciencia acerca del riesgo de adquirir el VIH/SIDA, como así mismo del autocuidado y cuidado mutuo que le impida adquirirlo. Si bien es cierto entre los hombres existe una situación similar, en las mujeres esta tendencia es más marcada.
3. Existe un conjunto de diferencias socioculturales entre hombres y mujeres, que hacen que éstas se encuentren en condiciones de inequidad respecto al hombre en el ámbito de la sexualidad, en particular en lo que se refiere a sus derechos sexuales y reproductivos.
4. Las conductas relativas al uso del condón (masculino-femenino) son muy disímiles entre los diferentes segmentos de la población sexualmente activa.

En el desarrollo de la estrategia se deben tener presente tres elementos centrales:

- i. Se debe tener una aproximación multidimensional, ya que la construcción de percepciones y actitudes favorables al uso de un mecanismo de protección para la transmisión de alguna ETS o VIH está determinado por factores macrosociales, microsociales y personales.
- ii. Las percepciones y actitudes son dimensiones individuales y subjetivas que corresponden a procesos que están en permanente construcción - modelación, por lo tanto se debe mantener una mirada dinámica en el tiempo, de forma que las condiciones y factores que hoy influyen estas percepciones y actitudes pueden cambiar (tanto en su capacidad de influir sobre ellas como en la fuerza que tienen sobre éstas).
- iii. Que las estrategias y acciones deben incorporar las grandes diferencias que existen entre los grupos - objetivo. El estudio muestra que entre las estudiantes, mujeres VVIH/SIDA y trabajadoras sexuales existen marcadas diferencias en su conducta sexual, en su autopercepción de riesgo de contraer VIH u otra ETS, en el uso y objetivos de uso de métodos de protección, en la percepción y uso del condón masculino y en el conocimiento, uso y disposición hacia el condón femenino, etc. Por tanto, deberían haber estrategias genéricas y otras particulares para grupos específicos. De esto dependerá la efectividad de las estrategias y acciones.

Para el desarrollo de propuestas específicas de acción, se comenzará haciendo una breve síntesis de los factores que, a la luz de los antecedentes de este estudio, facilitan u obstaculizan estrategias de este tipo.

➤ **Facilitadores**

- **Grupos objetivos dispuestos a usarlo:** Un elemento que facilitaría el uso del condón femenino, es su promoción entre aquellos grupos de mujeres que podrían estar más dispuestas a usarlo, o a lo menos, a probar su utilidad y eficacia, particularmente entre las trabajadoras sexuales por la mayor exposición al riesgo, las mujeres viviendo con el VIH, ya que por su condición serológica requieren de mayores medidas de autocuidado en sus conductas sexuales, y en mujeres empoderadas, entendiéndose por ello, las *mujeres* con mayor control en las decisiones y acciones relacionadas con su salud sexual y

“Estudio Percepción del Condón Femenino en Poblaciones Focalizadas” 318

reproductiva, así como con mayor autonomía en las decisiones sobre cómo enfrentar los riesgos y ejercer sus derechos en este ámbito.

- **Red de distribución y venta:** Otro elemento facilitador de uso del condón femenino, supone establecer una red de distribución comercial y/o social que facilite el acceso al condón, ya sea por el canal comercial o a través de un canal de distribución gratuita, en segmentos específicos. Dicha red de distribución combinaría puntos de distribución gratuita, como por ejemplo consultorios, Centros de Atención a PVVIH y Centros de Salud Sexual o CETS, ONGs y otros organismos similares, con puntos de venta comercial, como ejemplo, las cadenas de farmacias y supermercados, moteles, sex shops, lugares de entretenimiento para adultos, etc. Cabe destacar que en la actualidad, algunos segmentos de usuarios de condón masculino (trabajadoras sexuales y MVVIH) tienen acceso gratuito a dicho producto en los centros de atención de salud lo que determina de alguna manera sus expectativas respecto del condón femenino.
- **Posibilidad de empoderamiento de la mujer:** Otro elemento facilitador en una estrategia de promoción de uso del condón femenino, es la posibilidad que abre para las mujeres de establecer un cambio significativo en las relaciones de género, en particular en lo que respecta a las decisiones de su salud y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (identidad sexual, determinar el número de hijos, derecho a la información, a relaciones placenteras, etc.). Con la existencia y posibilidad de usar el condón femenino, la mujer tiene la posibilidad de decidir sobre su propia sexualidad y los riesgos que ésta implica, la decisión en este ámbito ahora no quedaría al arbitrio unilateral del hombre como ha sido hasta ahora, con ello la mujer ahora tendría la posibilidad de ejercer sus derechos y aumentar sus opciones de autocuidado.

➤ **Obstaculizadores**

- **Factores socio-culturales:** Uno de los principales obstaculizadores para el uso del condón femenino entre los hombres, es de tipo socio-cultural. Tal como se ha señalado en innumerables investigaciones, el uso del condón masculino hasta el día de hoy presenta un grado de resistencia aún significativo entre los hombres y los factores que inciden en dicha actitud son múltiples y de diferente naturaleza, desde que inhibe el placer sexual hasta que es incómodo usarlo.

- **Necesidad de capacitación para su uso:** Otro obstaculizador es el que se relaciona con el aprendizaje y entrenamiento en el uso del condón femenino, aspecto que de acuerdo a la evidencia es crucial en su adopción. Será necesario entonces, desplegar la mayor cantidad de información y capacitación focalizada necesaria para asegurar un uso correcto y consistente, que a la vez, resulte cómodo y placentero para la mujer. Cabe recordar que, en lo que respecta a la enseñanza del uso del condón masculino, tomó una cantidad importante de tiempo, primero para que la población lo aceptara y luego lo usara, considerando que en el caso de nuestro país, aún su hábito de uso no es ni remotamente extendido ni intensivo entre la población sexualmente activa. Es posible que en el caso del uso del condón femenino ocurra algo similar e incluso pueda ser algo mayor, por la forma de uso del dispositivo y el desconocimiento del propio cuerpo en muchas mujeres, entre otros.
- **Precio:** Por cierto, mirado desde la oferta del uso del condón femenino, otro obstaculizador importante está relacionado con el precio, más aun si se desea estimular la posibilidad de una comercialización algo más masiva de lo que existe en la actualidad. El condón femenino de segunda generación (Ver Módulo de la oferta) abre la posibilidad de reducir el precio y con ello, una de las dificultades más evidentes para la promoción del condón femenino.

➤ **Factores Macro y Micro sociales, y Personales**

Si a los factores facilitadores y obstaculizadores antes descritos, se le agregan los resultantes del análisis estratégico de las condiciones ético-políticas y las de la experiencia internacional, es posible combinarlos y -para propósitos analíticos- agruparlos en torno a las dimensiones macro-social, micro-social y personales, junto con una valoración en términos del peso de este factor y la posibilidad de incidir o de modificarlo. Cabe hacer presente que un mismo factor estará presente en más de una dimensión, en la medida que se estima que tiene incidencia en ella. Así entonces se obtiene las siguientes tablas resumen:

Factores macro-sociales

Factor	Facilita	Obstaculiza	Peso del factor ¹³⁶	Posibilidad de incidir
Avance de la epidemia de VIH / SIDA	F		+	++
Rol del Estado en génesis y puesta en práctica de políticas de SSR	F		++	++
Campañas mediáticas para incentivar el uso de métodos de protección, especialmente el condón masculino	F		++	++
Diferencias de género respecto de la vida sexual y del poder para utilizar métodos de protección		O	++	+
Oposición de grupos conservadores		O	+	+
Condiciones de pobreza		O	++	+
Falta de acceso por escasa red de distribución		O	++	++
Elevado precio		O	++	++

Factores micro-sociales

Factor	Facilita	Obstaculiza	Peso del factor	Posibilidad de incidir
Existencia y funcionamiento de redes y organizaciones que apoyan estas estrategias	F		++	++
Influencia de amigas y grupos de pares	F		++	+
Influencia de la red sanitaria local, especialmente a través de la Atención Primaria en Salud.	F		++	++
Influencia de las redes de opositores al uso de condón (de cualquier tipo) (Iglesia y otros grupos conservadores)		O	+	-

Factores personales

Factor	Facilita	Obstaculiza	Peso del factor	Posibilidad de incidir
Percepción de vulnerabilidad frente al VIH / SIDA	F		+	++
Disposición a probar el método	F		++	++
Nivel de información sobre el condón femenino	F		++	++
Empoderamiento sobre su cuerpo y su sexualidad	F		++	++
Experiencia después de su primer uso	F	O	++	++
Exploración y contacto con el propio cuerpo		O	++	++
Disponibilidad económica para adquirir el condón		O	++	+

¹³⁶ Los puntajes se asignan considerando que "0" (significa nulo), luego "+" (algo o moderado) y "++" (alto)

➤ Estrategia de promoción de uso del condón femenino

Una estrategia de promoción del uso del condón femenino debe entenderse en el marco de una política complementaria a las políticas públicas ya existentes en relación a la prevención del VIH/SIDA, ETS y embarazo no deseado, así como aquellas que buscan fomentar y potenciar la educación en sexualidad y afectividad, el empoderamiento de la mujeres y la equidad de género, entre otras. En particular, resultan claves para la promoción del condón femenino, las políticas públicas que dicen relación con la promoción y uso del condón masculino impulsado desde hace ya varios años por la CONASIDA.

De otra parte, debemos señalar que para llevar adelante una campaña de conocimiento y promoción de uso del condón femenino, ésta debería considerar dos etapas consecutivas y complementarias:

- (1) **etapa de difusión masiva** de conocimiento del producto a nivel nacional en que se debe conocer la existencia del dispositivo y se indiquen sus atributos específicos en relación a la prevención del VIH/SIDA, ETS y embarazo no deseado; y
- (2) una etapa orientada a la **promoción focalizada y capacitación en el uso del condón femenino** que tiene en cuenta de la existencia del dispositivo, sus características específicas y se realice capacitación en el uso del condón femenino. Esta fase estará orientada al target antes señalado: trabajadoras sexuales, mujeres viviendo con VIH/SIDA y mujeres empoderadas.

Se trata entonces de una estrategia complementaria y selectiva. Complementaria en el sentido que su mensaje refuerza un concepto central: el VIH/SIDA y las ETS y el embarazo no deseado se pueden evitar, depende de ti. Si tú pareja no usa condón, úsalo tú. Es complementaria también en el sentido de insistir en crear en las mujeres la autopercepción del riesgo y en el concepto del autocuidado y cuidado mutuo.

Pero es también selectiva, ya que identifica para cada segmento, objetivos específicos a alcanzar, mensajes, soportes y acciones. Los segmentos objeto de la estrategia, como ya se ha dicho, son: las trabajadoras sexuales, las mujeres viviendo con el VIH/SIDA, y las mujeres "empoderadas".

La población de mujeres estudiantes no se ha estimado objeto de esta estrategia, salvo aquellas "empoderadas", toda vez que de acuerdo a la información recopilada, las cifras actuales de uso de

métodos de protección como el condón masculino aún son bajas, y la autopercepción del riesgo también, y por tanto, el objetivo en ese segmento es principalmente fortalecer e incentivar el uso de métodos de autocuidado con fuerte énfasis en el condón masculino, de modo que en el largo plazo, resulte más fácil incorporar el condón femenino, como una nueva alternativa.

La evidencia de este estudio permite sustentar la existencia de una correlación positiva entre disposición favorable a utilizar el condón femenino y habitualidad en el uso del condón masculino entre los segmentos bajo estudio. De allí que se presupone que el condón femenino se instalará más fácilmente en poblaciones que ya usan el condón masculino, porque tienen incorporadas las prácticas de autocuidado con métodos de triple protección (embarazo, ETS, VIH) así como la negociación con dispositivos (la píldora y el DIU no se ven, no se negocian en cada relación sexual, el condón masculino en cambio, se debe adquirir, se ve y con ello se hace explícito en el acto sexual, y con ello, se negocia en cada relación sexual).

Los dos primeros segmentos, trabajadoras sexuales y mujeres viviendo con el VIH/SIDA, son poblaciones acotadas, identificables y respecto de las cuales existen canales de comunicación entre el sistema público de salud y cada una de ellas, que posibilitan emprender las acciones que en cada caso se detalla, y dado su nivel de riesgo, los recursos comprometidos tanto en términos de personal de salud como de condones femeninos, parecen plenamente justificados si es que se logra profundizar y ampliar las prácticas de autocuidado.

En el caso de las mujeres empoderadas en cambio, se trata de una categoría de carácter transversal, cuya manifestación más visible puede estar en organizaciones de la sociedad civil que agrupan a organizaciones de mujeres ligadas a la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad de género, y la lucha contra la violencia de género entre otros, pero no se agota en ellas. El atractivo estratégico es, precisamente, el rol de liderazgo y modelo de conducta que entre sus pares ellas puedan jugar.

Así entonces, en el nivel *macro social* hay tres grupos de factores relevantes que deberían ser objetos de estrategias:

A. Fortalecer el rol del Estado como agente que regula e incentiva el uso de métodos de protección, a través de:

- **estrategias dentro del sector educación** para promover una sexualidad sana y segura,
- **estrategias dentro del sector salud** que apoya lo anterior y entrega servicios específicos (consultas, apoyo a agrupaciones, entrega de condones, etc.), diferenciando actividades con grupos específicos (como actualmente lo hace con trabajadoras sexuales o con mujeres VVIH/SIDA),
- **estrategias mediáticas** para promover una sexualidad sana y segura, especialmente con el uso del condón (principalmente masculino, y subsidiariamente el femenino),
- **estrategias para asegurar la calidad de los productos** (reglamentación y controles periódicos),
- **estrategias destinadas a mejorar la accesibilidad** de los segmentos específicos de la población al condón femenino: subsidio y red de distribución.

B. Campañas mediáticas para incentivar el uso de métodos de protección y especialmente del condón (principalmente masculino, y subsidiariamente el femenino). No debe considerarse como una tarea que es propia y únicamente del Estado, pudiendo haber otras instancias que se hagan cargo de esto, tales como organizaciones sociales ligadas a mujeres, sindicatos y agrupaciones de los grupos objetivo.

C. Facilitar el acceso al condón femenino, en los segmentos que más adelante se describen, tanto en lo que se refiere a su distribución como a su precio.

- Se puede evaluar una política de incentivos para el desarrollo comercial de este producto.
- En la distribución hay que diferenciar las diversas necesidades planteadas por los grupos - objetivo; las redes pueden ser distintas: énfasis en la distribución a través de la red sanitaria para trabajadoras sexuales y para mujeres VVIH/SIDA, en contraste con desarrollar una red, con componentes comerciales, para mujeres empoderadas.

En el nivel *micro social* hay dos factores que son relevantes y que habría que potenciar, en su calidad de redes de distribución de condones, de entrega de información y de apoyo (incluyendo el apoyo en el conocimiento de su propio cuerpo).

- **Fortalecer la red de organizaciones sociales** que apoyan una sexualidad segura, especialmente las organizaciones de trabajadoras sexuales y de mujeres VVIH/SIDA.
- **Fortalecer el rol de la red sanitaria** en este aspecto. Las mujeres confían en las profesionales de sus centros de salud y creen en la información que ellas les entregan. Este fortalecimiento debe ir acompañado necesariamente de capacitación a las profesionales de salud a cargo.

En el *nivel personal* se reúnen un conjunto de factores que tienen un peso elevado respecto de las percepciones y actitudes, y que a la vez también parecen ser bastante susceptibles de incidir sobre ellos y/o modificarlos.

Las estrategias generales en este nivel podrían ser de cuatro órdenes diferentes:

- **Entrega de información**, que debiera ser a diferentes niveles (desde la escuela hasta el público en general), con diferentes niveles de profundidad dependiendo del grupo objetivo y por diversos medios de difusión.
- **Modelamiento de la experiencia**, que se refiere al seguimiento y re-estructuración cognitiva que se puede hacer en base a la experiencia de uso del condón, especialmente cuando ésta es negativa; esta es una tarea propia del trabajo de profesionales de la salud y de grupos de auto-ayuda en organizaciones sociales con grupos específicos.
- **Aprender a conocer y experimentar positivamente el cuerpo**, especialmente en su dimensión erótica y sexual. Se trata de un proceso de aprendizaje que se realiza desde la infancia, en espacios íntimos (madre-hija, amigas, pareja, etc.) y donde existe experiencia de trabajo en talleres de desarrollo personal que podrían formar parte de una estrategia, así como el fomento en el sistema educacional a través de los programas de educación sexual.
- **Aprendizaje en el empoderamiento sobre las decisiones** que competen a su propio cuerpo y a su sexualidad. Es similar al anterior, pero debe hacerse énfasis en que existe una dimensión de género, que debe formar parte de la lógica que subyace a la estrategia y donde se han dado pasos importantes en las políticas sociales existentes.

➤ El discurso de aceptación y rechazo

• Aceptación

Cinco conceptos deberían trabajarse en el contexto del discurso de aceptación del uso del condón femenino.

Su **utilidad**, es decir el uso del condón femenino, al igual que el condón masculino, es una medida eficaz para prevenir la adquisición o re-adquisición y la transmisión del VIH/SIDA, como asimismo las ETS y el embarazo no deseado, entre las mujeres.

Permite a la mujer **cuidar su salud**. Potencia la decisión del autocuidado en lo que se refiere a evitar la adquisición del VIH/SIDA. Según la información disponible la mayoría de las mujeres actualmente viviendo con VIH/SIDA ha adquirido el virus por contacto sexual no protegido con una pareja masculina.

Es seguro, cómodo e higiénico, los efectos adversos derivados de su uso son mínimos.

La mujer adquiere **mayor poder** en las decisiones que compete al ámbito de sus derechos sexuales y reproductivos.

Podría llegar a ser una **oportunidad de negocio** para los proveedores (empresarios) si es que, como parece factible con el condón femenino de segunda generación, se logra disminuir significativamente su precio y generar una demanda relevante.

• Rechazo

Dos parecen ser los elementos de rechazo que, en una campaña de promoción de uso del condón femenino, habría que enfrentar:

El primero, podría provenir de los sectores más conservadores de nuestra sociedad, en particular de aquellos sectores vinculados a la Iglesia Católica. Este discurso podría estar orientado a temas valóricos, entre otros que atenta contra la vida, ya que algunos sectores de la Iglesia, consideran que el uso del condón es antinatural y favorece la promiscuidad sexual.

Lo segundo que se podría poner en la discusión, es que el condón femenino es incómodo en el uso y no favorece las relaciones sexuales placenteras, es decir, un discurso de rechazo similar al que se dio y aún se da, aunque en menor medida, cuando se conversa acerca del uso del condón masculino.

➤ Actores relevantes

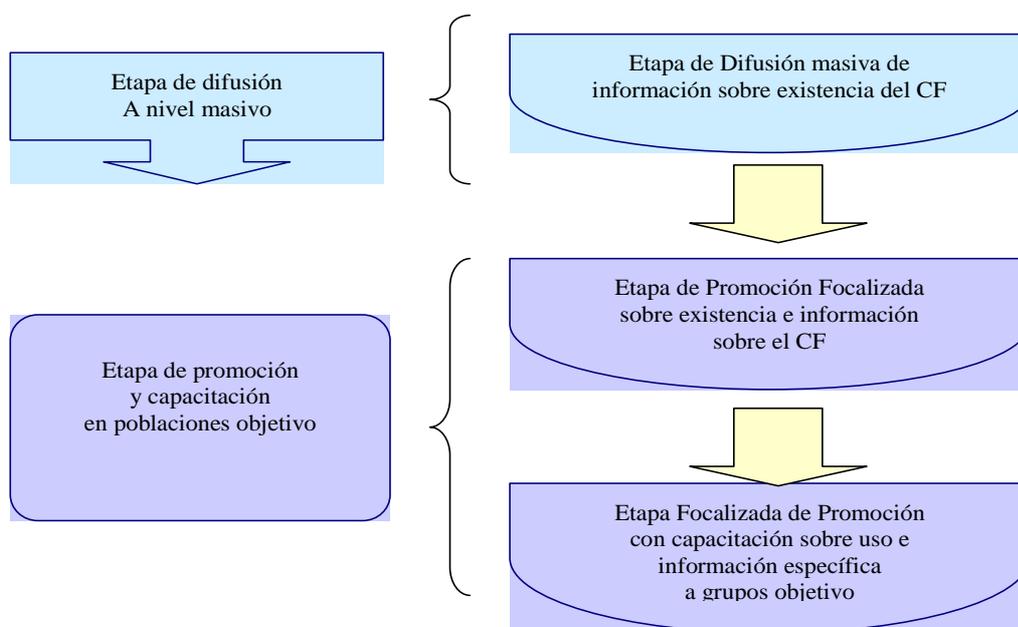
Los actores claves a considerar en una estrategia de promoción del condón femenino son al menos los siguientes:

1. Una campaña de promoción de uso del condón femenino debe considerar en primer lugar a los **grupos objetivo** de la campaña: las mujeres empoderadas, las mujeres viviendo con VIH/SIDA y las trabajadoras sexuales.
2. **Ministerio de Salud:** a través de toda la red de atención primaria particularmente con los médicos, matronas, enfermeras, asistentes sociales y consejeros(as) de salud sexual y reproductiva.
3. **Organizaciones asociadas a las poblaciones objetivo**, en particular el Sindicato de Trabajadoras Sexuales, las agrupaciones de PVVIH/SIDA y organizaciones de mujeres empoderadas, relacionadas con temas género, derechos sexuales y reproductivos y similares, y en general, todas aquellas agrupaciones ligadas a las poblaciones objetivo que cuenten con el reconocimiento de los segmentos de interés.
4. **Universidades:** con las Federaciones estudiantiles de las Universidades pertenecientes al Consejo de Rectores y con las Federaciones estudiantiles de Federaciones de universidades privadas, Insitutos y Centros de Formación Técnica.
5. **Medios de comunicación:** Los medios de comunicación tradicionales son los que consiguen un mayor nivel de penetración del mensaje comunicacional (diarios, radios y TV), en el desarrollo de una campaña comunicacional. Pero también la utilización de la vía pública es recomendable par este tipo de campañas, particularmente en su fase de difusión masiva. Por ello este tipo de medios debería ser utilizado como soporte predominante en una primera etapa de una campaña en que cuyo propósito central será la difusión de la existencia del condón femenino como producto; y en una segunda etapa debería considerar medios que estén dirigidos a grupos más específicos del target. Primero porque estamos promocionando un producto de escaso o mínimo conocimiento público y de consumo no masivo; y segundo, porque la campaña deberá estar orientada a grupos específicos tales como: trabajadoras sexuales, MVVIH/SIDA y mujeres empoderadas.

➤ **Esquema de un plan de promoción de uso del condón femenino para cada uno de los segmentos ya individualizados**

El conjunto de las anteriores consideraciones se traducen en el diseño de una campaña de promoción de uso del condón femenino, en que se consideran dos ámbitos diferentes y complementarios entre sí:

- Uno a nivel de opinión pública nacional, la que se sugiere sea implementada a partir de diferentes medios de comunicación masiva, como son la TV, la prensa escrita, la radio y la vía pública y que tiene por objetivo principal promover el conocimiento del condón femenino. La utilización de los medios masivos en esta etapa puede hacerse a través de diferentes prácticas o géneros informativos como son el reportaje, la crónica y la entrevista realizada a diferentes profesionales y líderes de opinión informados sobre el tema, como asimismo, a personas que hayan tenido experiencias en el uso del condón femenino.
- El segundo nivel de promoción se relaciona con una promoción y capacitación focalizada en los grupos objetivo. Esta fase dice relación con los diferentes segmentos de población definidos previamente y tiene como objetivo impulsar diversas actividades orientadas a la promoción del condón femenino y a la capacitación en el uso del mismo en poblaciones focalizadas.



Para la primera fase de la campaña se proponen las siguientes acciones:

Etapas I: Difusión masiva a nivel de opinión pública

Grupo	Concepto/mensaje	Soporte	Acciones/puntos
Población transversal. Nivel nacional.	El condón femenino es un producto que existe en el mercado y puede usarse como una nueva alternativa que complementa el uso del condón masculino El condón femenino es tan eficaz como el condón masculino	Radios Televisión Prensa escrita Vía pública	Reportajes, crónicas, y entrevistas, todas ellas con cobertura nacional

Etapas II: Difusión focalizada a nivel de los diferentes segmentos de población considerados

Grupo	Concepto/ Mensaje	Soporte	Acciones/puntos
Trabajadoras sexuales	El condón femenino existe como producto complementario al condón masculino en el mercado. El condón femenino es tan eficaz como el condón masculino para prevenir el VIH/SIDA, el embarazo no deseado y las ETS. Ahora yo tengo capacidad para decidir usar el condón si mi cliente-pareja no quiere hacerlo. Es seguro y cómodo de usar	Folletos Videos Charlas	Distribución de folletos de promoción del condón femenino en lugares tales como topless, saunas, cabarets, locales nocturnos y moteles a nivel nacional. Distribución de folletos de promoción del condón femenino en puntos de calle donde se ejerce el comercio sexual. Dar a conocer el condón femenino en los Centros de Salud Sexual a nivel nacional. Difusión de video promocionando el conocimiento del condón femenino en Centros de Salud Sexual a nivel nacional y en el Sindicato de Trabajadoras Sexuales.

Grupo	Concepto/ Mensaje	Soporte	Acciones/puntos
Mujeres Viviendo con el VIH.	<p>El condón femenino existe como producto en el mercado.</p> <p>El condón femenino es tan eficaz como el condón masculino para prevenir la re-adquisición y transmisión del VIH/SIDA, las ETS y embarazo no deseado.</p> <p>Entrega capacidad real para ejercer los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>La decisión de cuidar tu salud está en tus manos.</p> <p>Es seguro y cómodo de usar.</p> <p>Un método seguro y cómodo pensado para ti.</p>	<p>Folletos</p> <p>Charlas</p> <p>Videos</p>	<p>Desarrollar experiencias piloto de charlas en los Centros de Atención de PVVIH y agrupaciones de PVVIH/SIDA.</p> <p>Distribución de folletos con información sobre el condón femenino en diferentes espacios, por ejemplo Centros de Atención y Agrupaciones y encuentros de PVVIH</p>
Mujeres empoderadas	<p>El condón femenino existe como producto en el mercado.</p> <p>El condón femenino es tan eficaz como el condón masculino para prevenir al mismo tiempo el embarazo, el VIH/SIDA y las ETS.</p> <p>Entrega mayor capacidad de decisión en tu vida sexual.</p> <p>Si vas a todas, a todas lleva el condón.</p> <p>Para las que la llevan, lleva tu condón a todas.</p> <p>Es fácil y cómodo de usar.</p>	<p>Revistas institucionales de centros de educación superior, revistas de investigación, publicaciones de ONGs y centros de estudio ligados al género y los derechos sexuales y reproductivos entre otros.</p>	<p>Entrevistas a líderes de organizaciones de mujeres que expliquen y promuevan el condón femenino y el empoderamiento de las mujeres.</p> <p>Charlas y stands informativos en actividades y seminarios ligados a temas de salud y género en Universidades y ONGs de género</p>

Etapa II: Promoción Focalizada con Capacitación sobre el uso del Condón Femenino a Grupos Objetivos

Grupo	Concepto/mensaje	Soporte	Acciones/puntos
Trabajadoras sexuales	<p>Reforzar las conductas de autocuidado.</p> <p>Informar y orientar a las trabajadoras sexuales que ahora depende de ellas cuidarse del VIH/SIDA y ETS.</p> <p>Si yo no me cuido, nadie me va a cuidar.</p> <p>El SIDA, se puede prevenir, ponte el condón.</p>	<p>Folletos.</p> <p>Videos.</p> <p>Charlas</p>	<p>Cursos de capacitación para el uso del condón femenino, en Centros de Salud Sexual:</p> <p><i>matronas y monitoras de salud sexual.</i> Programa piloto de distribución de condón en Centros de Salud Sexual.</p> <p>Programa piloto de distribución de condón femenino en puntos de calle y lugares (locales) donde se ejerce el comercio sexual.</p>
Mujeres viviendo con VIH/SIDA	<p>Informar y orientar a las MVVIH sobre la necesidad del autocuidado</p> <p>Informar y fomentar la vida sexual saludable y placentera. Así como la responsabilidad compartida entre hombres y mujeres, en el auto y mutuo cuidado.</p> <p>Yo también lo puedo pasar bien, yo me cuido, es también mi responsabilidad.</p>	<p>Talleres</p> <p>Charlas</p>	<p>Talleres de salud sexual y reproductiva, que informen y promuevan el condón femenino como alternativa de autocuidado.</p> <p>Talleres de capacitación en el uso del condón femenino, y distribución gratuita del mismo en Centros de Atención a PVVIH/SIDA.</p>
Mujeres empoderadas	<p>Informar y fortalecer la nueva alternativa de autocuidado, así como la opción de autonomía sexual y reproductiva que abre el condón femenino.</p> <p>La sexualidad es mi derecho, yo también decido.</p>	<p>Folletos.</p> <p>Charlas.</p> <p>Videos.</p>	<p>Charlas y actividades en ONGs de género y Universidades</p> <p>Utilizar la red del SERNAM para actividades de promoción del uso del condón a nivel nacional.</p> <p>Distribución de folletos didácticos de cómo usar el condón femenino en ONGs de género y Universidades a nivel nacional</p>