



INFORME FINAL DE RESULTADOS

PILOTAJE DE DISPONIBILIDAD
Y DISPENSACIÓN DE
CONDONES FEMENINOS
EN LOS SERVICIOS DE SALUD
Y EL ÁMBITO COMUNITARIO
UPALA Y GOICOECHEA



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

INFORME FINAL DE RESULTADOS

PILOTAJE DE DISPONIBILIDAD
Y DISPENSACIÓN DE
CONDONES FEMENINOS
EN LOS SERVICIOS DE SALUD
Y EL ÁMBITO COMUNITARIO
UPALA Y GOICOECHEA

DICIEMBRE, 2014.



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

CRÉDITOS

Elaboración del Informe Final de Resultados:

Laura Sánchez Calvo.

Revisión del Informe Final de Resultados:

Adriana Sánchez Altamirano. UNFPA.

Evelyn Durán Porras. UNFPA.

Hellen Porras Rojas. CCSS.

ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO Y PARTICIPACIÓN DURANTE DIFERENTES MOMENTOS DEL PROCESO DEL PILOTAJE:

Funcionarios(as) de la Caja Costarricense del Seguro Social que acompañaron y brindaron asistencia técnica al Pilotaje:

- Dra. Hellen Porras Rojas. Coordinación. Programa de Atención Integral a la Mujer.
- Dr. Luis Ortega. Director Hospital de Upala.
- Dr. Luis Mayorga. Director Área de Salud de Upala.
- Licda. Nohemy Sotela Duarte. Jefatura de Enfermería. Área de Salud de Upala.
- Dr. Pedro González. Director Área de Salud Goicoechea 2.
- Dra. Hazel Achío. Coordinadora Consulta Externa. Área de Salud Goicoechea 2.

Funcionarios(as) y consultores(as) del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) que acompañaron y brindaron asistencia técnica al Pilotaje en diferentes momentos y procesos:

- Adriana Sánchez Altamirano. Asistente Técnica en VIH (octubre 2013-octubre 2014).
- Laura Sánchez Calvo. Asesora en VIH (enero 2012-setiembre 2013).
- Oscar Valverde Cerros. Oficial de Programa en Salud Reproductiva (enero 2012-mayo 2014).
- Nikita Oostveen. Pasante. Apoyo para la Elaboración del Sistema de Monitoreo y Evaluación (abril-junio 2014).
- Gabriela Nowalski. Pasante. Apoyo para la Elaboración del Sistema de Monitoreo y Evaluación (enero-marzo 2013).
- Marianella Vega Alvarado. Consultora. Elaboración de la Estrategia de Promoción de Condones Femeninos para los Servicios de Salud y el Ámbito Comunitario (setiembre-diciembre 2012).

- Andrea Alvarado Vargas. Consultora. Elaboración de la Estrategia de Promoción de Condones Femeninos para los Servicios de Salud y el Ámbito Comunitario (setiembre-diciembre 2012).
- Victoria Alfaro Aguilar. Diseñadora Gráfica. Elaboración de la Estrategia de Promoción de Condones Femeninos para los Servicios de Salud y el Ámbito Comunitario (setiembre-diciembre 2012).

Personal de CENDEROS involucrado:

- Emelda Bravo Perez.
- María Gabriela Ortega.
- Adilia Solís Reyes.

Promotoras comunitarias Upala:

- Sandra Mejía Báez.
- Karol Murillo Rojas.
- Yaneth Avea Arriaza.
- Reimunda Cristina Rodríguez Ortega.
- Francisca Aracelly González.
- Estela García Jirón.
- Lilliam Pérez Manzanares.
- Johana Jiménez Lumbí.

Diseño y diagramación:

- Fabián Ardón.

Fotografías:

- Pablo Cambroner.

Agradecimientos:

A todo el personal de salud del Área de Salud de Upala, CENDEROS y el Área de Salud Goicoechea 2, por su apoyo y compromiso con esta experiencia.

Y un profundo y sincero agradecimiento a cada una de las mujeres que, abrió un espacio de su intimidad y privacidad para compartir esta experiencia con nosotros. Gracias porque a través de ustedes hemos podido recolectar información que esperamos sea muy valiosa, para garantizar que todas las mujeres de Costa Rica tengan acceso a un método de protección y prevención como lo es el condón femenino.

ÍNDICE

I. PRESENTACIÓN	08
II. INTRODUCCIÓN	10
a) Antecedentes	10
b) Justificación	12
c) Contextos	13
III. MARCO CONCEPTUAL	18
a) ¿Por qué promover la incorporación del Condón Femenino.....?	18
b) ¿Qué es el Condón Femenino?	25
IV. METODOLOGÍA	32
a) Capacitación	32
b) Promoción	34
c) Disponibilidad y Dispensación	37
d) Monitoreo y Evaluación	40
V. ANÁLISIS DE RESULTADOS	42
a) Capacitación	42
b) Promoción	43
c) Disponibilidad y Dispensación	44
d) Monitoreo y Evaluación	61
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	63
VII. BIBLIOGRAFÍA	65
VIII. ANEXOS	66

I. PRESENTACIÓN

Durante el 49 período de sesiones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), entre las observaciones que se hicieron a Costa Rica el Comité manifestó estar preocupado *“por las dificultades de las mujeres para acceder a los métodos anticonceptivos más seguros y tecnológicamente más avanzados y por la disponibilidad de esos métodos, incluidos los métodos anticonceptivos de emergencia”* (p.8)¹.

Y, en ese sentido el Comité recomendó al país adoptar medidas para facilitar el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos de tecnología avanzada y fomentar su disponibilidad.

Es por ello que, el Estado costarricense y particularmente la Caja Costarricense del Seguro Social ha estado comprometida con avanzar en este sentido para garantizar el acceso universal de las mujeres a una oferta anticonceptiva amplia, actualizada y moderna.

Como parte de ello, la institución ha desarrollado durante este año un análisis exhaustivo que concluyó con la recomendación de los métodos anticonceptivos que la institución tendría que valorar incorporar, para ampliar su oferta anticonceptiva; y el condón femenino es uno de ellos.

Más aún, desde el 2011 la institución ha venido comprometida con la generación de evidencia necesaria para la incorporación del condón femenino en la oferta institucional. Primero, el Estudio de Aceptabilidad y ahora el Pilotaje de Disponibilidad y Dispensación de los Condonos Femeninos nos han permitido consolidar evidencia y experiencia suficiente para que la institución al día de hoy esté comprometida con seguir avanzando en la preparación de condiciones para que el condón femenino sea parte de la oferta anticonceptiva y de métodos de protección que está a disposición de las personas aseguradas.

El condón femenino es un método particularmente estratégico por su carácter de protección dual, en el tanto ofrece protección ante embarazos no planeados así como ofrece prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el VIH. Hasta ahora, si bien es cierto han estado a disposición de las mujeres y sus parejas varios métodos anticonceptivos, cuando se trata de protección ante ITS solo ha estado disponible el condón masculino.

¹ http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/Observaciones%20finales%20Costa%20Rica_CEDAW_2011_Espa%C3%B1ol.pdf

El condón masculino ofrece limitaciones para la protección de las mujeres, en el tanto es sabido que no siempre los hombres acceden a su uso, por lo que las mujeres quedan desprotegidas y a merced de las decisiones tomadas por los hombres; y más aún en situaciones de violencia este poder de decidir es ejercido por los hombres en detrimento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El condón femenino, por su parte, permite la reivindicación y garantía del ejercicio pleno del derecho de las mujeres a decidir y elegir protegerse ante infecciones de transmisión sexual, además de embarazos no planeados.

La incorporación del condón femenino en la oferta nacional, tal cual es el compromiso del Estado costarricense, permite que el país siga avanzando en el cumplimiento de las recomendaciones del Comité de la CEDAW, las cuales están orientadas a la garantía del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

Dr. Raúl Sánchez Alfaro

Director

Dirección de Desarrollo Social

Caja Costarricense del Seguro Social

II. INTRODUCCIÓN

a. Antecedentes

Desde el 2009 el Ministerio de Salud de Costa Rica, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), inició el trabajo para la elaboración de la *“Estrategia para el Acceso Universal y Efectivo a Condomes Masculinos y Femeninos”*. El proceso incluyó el desarrollo de un estudio costo/beneficio², un diagnóstico de barreras³ y finalmente la propuesta, que le permita al país, a las instituciones y organizaciones directamente involucradas en la provisión de servicios vinculados a la salud sexual y salud reproductiva, garantizar el acceso oportuno y efectivo a los mismos y contribuir a una vivencia de la sexualidad placentera, segura, informada y en corresponsabilidad, así como la disminución de infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH), embarazos no planeados, entre otros problemas de salud pública que se relacionan.

La *Estrategia* fue lanzada a finales del 2013; sin embargo, en paralelo al proceso de elaboración de la Estrategia, se avanzó también en la investigación y puesta a prueba de estrategias para la incorporación del condón femenino en el país.

Así fue como a finales del 2011, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) con apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), realizaron el *“Estudio de Aceptabilidad del Condón Femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José”*⁴.

Las conclusiones más importantes de dicho Estudio fueron las siguientes (UNFPA-CCSS, 2012):

- El condón femenino fue ampliamente aceptado por la población femenina que lo probó y utilizó durante el estudio: un 84.3% manifestó que volvería a utilizar el condón femenino; y un 72.1% manifestó que le gustaría utilizar el condón femenino en todas sus relaciones sexuales, es decir, incorporarlo como su método anticonceptivo y de protección regular.
- El condón masculino, por su parte, sigue estando asociado a la infidelidad y a la promiscuidad, lo cual se traduce en prácticas de riesgo que llevan a la ausencia o mal uso del mismo. De igual manera, con respecto a la infidelidad, existe una tendencia que correlaciona fuertemente la condición de tener una pareja con la autopercepción de estar en menor riesgo de adquirir una ITS, por ello, la idea de utilizar protección está centrada en prevenir embarazos.

² Informe de consultoría “Estrategia de Acceso Universal y Efectivo a Condomes Masculinos y Femeninos” realizado por Miriam Fernández Esquivel, 2009 (documento no publicado).

³ Informe de consultoría “Estrategia de Acceso Universal y Efectivo a Condomes Masculinos y Femeninos” realizado por Miriam Fernández Esquivel, 2009 (documento no publicado).

⁴ Ver resultados completos del estudio en: <http://www.unfpa.or.cr/documentos-y-publicaciones-14/salud-sexual-y-reproductiva/salud-sexual-y-reproductiva-1/123-estudio-de-aceptabilidad-del-condon-femenino-en-poblacion-transfronteriza-habitante-de-upala-y-pobla/file>

- Se deben trabajar las razones sociales y los roles de género que construyen la femineidad de manera tal que el tema de derechos sexuales y derechos reproductivos calen profundamente en el imaginario colectivo favoreciendo el uso de condones de manera natural para las mujeres.
- Al no existir para las mujeres una marcada diferencia a nivel de conocimientos entre métodos de prevención de ITS y métodos de planificación familiar, los condones no son identificados en su particularidad como métodos de protección dual.
- Tuvo un peso importante en este estudio el concepto de placer más allá de la dimensión de orgasmo en la aceptabilidad de los condones. La población demanda que toda estrategia tienda a fomentar dicho concepto (placer) y no focalizarlo exclusivamente en el ámbito de la salud. Esto cobra sentido si se analiza la sexualidad humana en función del placer y no de la reproducción.
- Existe una valoración positiva del condón femenino, expresada en su aceptación como un método seguro que brinda una vía de acceso a los derechos de las mujeres y a la construcción de su femineidad.
- En todas las etapas de la investigación se reflejó la demanda de información veraz y científica en temas de sexualidad, así como la percepción que tienen las mujeres de los(as) profesionales de la CCSS como las personas capacitadas para la divulgación y promoción de la sexualidad en su dimensión física, psicológica y social, de ahí la importancia que desde el sector salud se pongan en práctica las políticas existentes en la materia y que desde el sector educación se promuevan políticas públicas que consideren la educación sexual como tema prioritario en el país.
- La apuesta por la promoción sobre el uso de condones por parte del personal de salud fue quizá una de las lecciones aprendidas más importantes del estudio. Los(as) diferentes profesionales involucrados(as) en el engranaje institucional tiene la capacidad de incidir sobre hábitos y prácticas sexuales seguras así como en la divulgación de la información. Son un sector que cuenta con una gran credibilidad por parte de las mujeres y quienes además representan figuras de autoridad en materia de salud integral.
- Pese a lo anterior, no es posible obviar que el personal de salud también maneja estereotipos y concepciones erradas sobre sexualidad que podrían obstaculizar la promoción adecuada en el uso de los condones. Según sugirieron los resultados de este estudio, la posibilidad de incidir realmente en el uso de condones requiere la dedicación profesional que promueva y enfatice sobre los diferentes métodos de prevención y anticonceptivos y que trasmitan a la población información precisa, detallada y veraz sobre cada uno de ellos a través de recurso humano especializado.

Fue así como, a partir de la realización de este Estudio de Aceptabilidad se recomendó el desarrollo del “Pilotaje de Disponibilidad y Dispensación de Condomes Femeninos en servicios de salud y en el ámbito comunitario”, como un paso más en la generación de la evidencia requerida para la incorporación de los condones femeninos en la oferta anticonceptiva nacional.

b. Justificación

A partir del Estudio de Aceptabilidad, realizado en el 2011, el cual como dato de suma relevancia, mostró que existe una alta aceptabilidad del condón femenino entre las mujeres, no importando si son de zona rural o zona urbana, se identifica la necesidad de generar más evidencia para seguir avanzando en la incorporación de este método en la oferta anticonceptiva nacional. Por esta razón, como continuidad al Estudio, se implementa el “Pilotaje de Disponibilidad y Dispensación de Condomes Femeninos en servicios de salud y en el ámbito comunitario en Upala y Goicoechea”.

De esta forma, el fin de esta experiencia piloto fue la generación de evidencia complementaria al Estudio de Aceptabilidad, que permitiera a la CCSS decidir la inclusión o no del condón femenino en la oferta anticonceptiva y de protección de esta institución, y valorar de qué forma hacerlo.

Por ello los objetivos de este pilotaje fueron:

1. Implementar mecanismos y estrategias novedosas y alternativas de promoción, disponibilidad y distribución de condones femeninos para garantizar su acceso en población urbana y rural.
2. Generar evidencia sobre la disponibilidad y dispensación de condones femeninos en los servicios de salud y en el ámbito comunitario.

En otras palabras, este pilotaje trabajó tanto sobre la oferta como sobre la demanda.

En cuanto a la oferta, el pilotaje permitió ensayar y medir la eficacia de las estrategias de promoción, disponibilidad y dispensación de los condones femeninos. Uno de los aspectos que hace este pilotaje tan relevante es que se aprovechó la oportunidad para ensayar estrategias novedosas y alternativas a las que la institución ha venido implementando para la dispensación de condones masculinos y que se ha determinado a través de varios estudios que constituyen barreras para algunas poblaciones específicas como trabajadoras del sexo, personas trans, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas adolescentes, entre otras; principalmente por dispensarse mediante receta médica, lo cual requiere, a su vez, de una cita médica y toda la tramitología y requisitos que ello significa.

En este sentido, el Pilotaje de Condón Femenino al ensayar otras formas de dispensar los condones, en este caso femeninos, permite generar evidencia de utilidad para que la CCSS pueda, también, aplicar estrategias novedosas en la dispensación de los condones masculinos. Por ello fue importante incluir el ámbito comunitario en este pilotaje como un escenario alternativo para la dispensación de condones.

En lo relacionado con la demanda, el pilotaje tenía como uno de sus fines primordiales generar evidencia sobre perfil básico de usuarias (aceptabilidad o rechazo, características demográficas de quienes lo prefieren, etc) y perfil básico de uso (situaciones y preferencias para el uso, combinación con otros métodos anticonceptivos y de protección, nivel de consumo, etc). Estos datos son de gran relevancia para la toma de decisiones por parte de la CCSS pues es lo que permitiría precisar estrategias de promoción, dispensación, e incluso decisiones en relación a compras.

El “Pilotaje de disponibilidad y dispensación de condones femeninos en los servicios de salud y el ámbito comunitario” se ejecutó, con todos sus componentes en acción, entre octubre del 2013 y octubre del 2014.

c. Contextos

El “Pilotaje de disponibilidad y dispensación de condones femeninos en los servicios de salud y el ámbito comunitario” se desarrolló en las Áreas de Salud de Goicoechea y Upala, que son las mismas que participaron del Estudio de Aceptabilidad.

Éstas fueron seleccionadas para participar del pilotaje, pues, al ser un proceso de seguimiento al Estudio, se consideró que lo mejor era trabajar en las dos mismas áreas de salud para hacer comparaciones, pues algunos de los datos recogidos en el Estudio de Aceptabilidad constituyen una línea base para los resultados del Pilotaje.

Además, al igual que fue importante en el Estudio de Aceptabilidad, en el Pilotaje se requería contar con escenarios, poblaciones y servicios con características diferentes, de manera tal que dichas condiciones diferenciadas también permitieran generar evidencia en términos de qué tipo de factores y condiciones son favorecedoras y cuáles otras significan obstáculos o limitaciones que hay que tomar en cuenta, para la incorporación de los Condones Femeninos en la oferta anticonceptiva nacional.

Así pues, a continuación se presenta una breve caracterización de cada una de las Áreas de Salud que participaron del Pilotaje, con el fin de enmarcar los resultados de este pilotaje en dichos contextos y condiciones.

Área de Salud de Goicoechea⁵:

Geografía, ubicación y acceso de los centros de salud

El cantón de Goicoechea comprende un área de 31,5 km².

La ciudad cabecera del cantón de Goicoechea es Guadalupe, y se encuentra a una distancia de unos 4 Km del centro de la capital San José.

El Primer Nivel de atención del Área de Salud de Goicoechea 2 está formado por 10 sectores. Cuenta con 3 sedes externas (Guadalupe Este, Calle Blancos y Guadalupe Oeste), las cuales reúnen en total a 10 EBAIS⁶ (Santa Cecilia, Divino Pastor, Santa Eduvigis, Lomas, Barrio Fátima, Calle Blancos 1, Calle Blancos 2, El Encanto, Barrio Pilar, Centeno Güell). En la sede principal, la Clínica Jiménez Nuñez se encuentra además una Clínica de Mama, la cual participó muy activamente de este pilotaje.

En Goicoechea el 90% cuenta calles pavimentadas. Se cuenta con acceso al área mediante vía terrestre, específicamente servicio remunerado de personas, a través de autobuses que prestan servicio a los siete distritos.

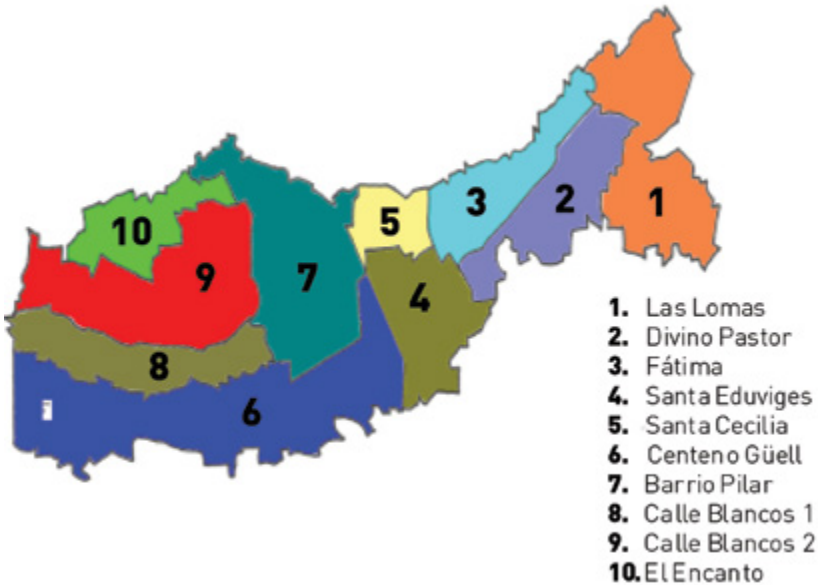


Figura 1. Mapa del Área de Salud de Goicoechea, y sus 10 sectores.

⁵ La información presentada en esta sección está basada en documentación oficial del Área de Salud de Goicoechea 2, tales como el Análisis de Situación de Salud (ASIS) para el año 2013, así como información proporcionada por la Dirección de dicha Área.

⁶ Un EBAIS es un Equipo Básico de Atención Integral en Salud, conformado por: un(a) profesional en medicina, un(a) profesional auxiliar de enfermería, un(a) técnico de atención primaria, un(a) funcionario(a) en redes y en algunos casos un(a) profesional en farmacia. Los EBAIS son equipos de salud, no instalaciones.

Principales características de la población

La distribución promedio de las distintas sedes se mantiene en promedio con un número de 4500 a 5000 usuarios(as), excepto la Sede de Lomas con 7000 usuarios(as).

La población del Área de Salud de Goicoechea 2, según los datos del último Censo Nacional, ha aumentado, esta situación a su vez conlleva a un aumento en la densidad poblacional en el Área de Salud, la cual para el año 2009 era de 5896,3 personas por km² y en el 2013 fue de 6030,2.

La población cubierta por esta Área fue para el 2013 de 51.619 personas y para el 2014 llegó a 52.277 personas. De ese total, para el 2014, la cantidad de mujeres en edad reproductiva, es decir entre los 15 y los 49 años son de 13.950 mujeres (un 26,68% de la población total).

En la pirámide poblacional del Área de Salud de Goicoechea 2, se observa el proceso demográfico típico de una población en etapa de transición. De mantenerse esta tendencia, es evidente que entre los próximos 20 a 30 años tendremos un aumento en la demanda de los servicios por la población adulta y adulta mayor, con las consecuentes causas de consulta por patologías crónicas.

Morbilidad y principales motivos de consulta

En cuanto a los eventos de notificación obligatoria, los que ocupan los 5 primeros lugares son: 1) afección relacionada con el trabajo; 2) hipertensión esencial (primaria); 3) accidente transporte no identificado; 4) diabetes mellitus insulino dependiente; y 5) enfermedad de transmisión sexual no especificada.

Los casos registrados durante el 2013 de enfermedades de transmisión sexual no especificada fueron 95 en total , 14 mujeres y 81 hombres.

En cuanto a los principales motivos de consulta en las personas entre los 20 y 64 años de edad, durante el año 2013 , el puesto número 15 lo ocupa la atención para la anticoncepción, siendo 846 personas las que solicitaron dicho servicio.

Finalmente, las enfermedades crónicas y degenerativas son una de las principales causas de enfermedad y muerte en esta población, lo cual puede deberse al cambio demográfico observado, además de las condiciones de vida y situaciones ambientales que han llevado a las poblaciones urbanas a la adopción de estilos de vida poco saludables.

Área de Salud de Upala⁷:

Geografía, ubicación y acceso de los centros de salud

Upala posee una extensión territorial de 1589,67 km² cuyo límite norte es la República de Nicaragua.

Su dispersión poblacional se explica mejor al observar que su densidad poblacional es de 27,65 habitantes/km².

Esta misma dispersión presente a nivel general en el cantón se ve reflejada en la organización de los servicios de salud.

El Área de Salud de Upala cuenta con 12 sedes de EBAIS (Upala Centro I, Upala Centro II, Canalete, Colonia Puntarenas, Aguas Claras, San José, Cuatro Bocas, Villa Nueva, Bijagua, Delicias, Dos Ríos y 2 EBAIS itinerantes) y 39 puestos de visita periódica.

A continuación la Figura 2 muestra la distribución y dispersión geográfica de los servicios:

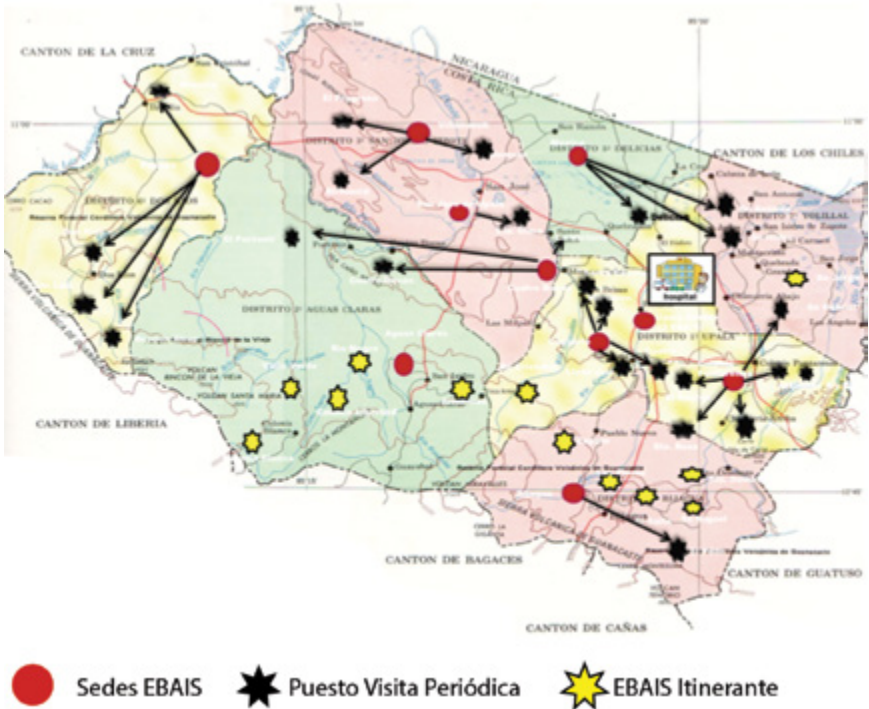


Figura 2. Mapa del Área de Salud de Upala y sus sedes y puestos de salud.

⁷ La información presentada en esta sección está basada en documentación oficial del Área de Salud de Goicoechea 2, tales como el Análisis de Situación de Salud (ASIS) para el año 2013, así como información proporcionada por la Dirección de dicha Área.

Principales características de la población

La población cubierta por esta Área para el 2013 fue de 36.095 personas y para el 2014 aumentó a 45.429. Del total para el 2014, 12.158 son las mujeres en edad reproductiva, es decir, entre los 15 y los 49 años, lo que corresponde al 26,76% de la población total.

La tasa global de fecundidad para el año 2010 fue de 5.0 nacimientos por cada mil mujeres, mientras en el 2011 fue de 5.07. Con respecto a la población general la tasa de natalidad es relativamente baja, con un 25,9 por cada 1000 habitantes. El embarazo en adolescentes aumentó y durante el año 2010 se capturaron 386 embarazos en este grupo etario. Por tanto, la población adolescente continúa en riesgo a pesar de las medidas preventivas que se han tomado en la comunidad.

Morbilidad y principales motivos de consulta

Entre las principales causas de consulta se encuentra, en tercer lugar, la planificación familiar, siendo la primera la consulta por enfermedades virales agudas.

Upala: un espacio transfronterizo

Upala es una zona transfronteriza con Nicaragua, por lo que cuenta con gran cantidad de población migrante nicaragüense, ya sea residente o bien transfronteriza (es decir, vive de un lado de la frontera, trabaja en el otro; se mueve en el espacio sin importar la frontera). Por lo tanto, esta población migrante también demanda servicios de salud, aunque gran parte de esta población no cuenta con seguro social, por factores asociados a su condición migratoria, lo que les impide el acceso a servicios de salud más allá de la atención de emergencias, atención prenatal, parto y posparto, y atención de las personas menores de edad.

Esto significa que, las mujeres y hombres migrantes sin seguro social no tienen posibilidades de acceder a métodos anticonceptivos y de protección; entre muchos otros desafíos con esta población.

III. MARCO CONCEPTUAL⁸

¿Por qué promover la incorporación del Condón femenino en la oferta anticonceptiva nacional?

En el marco de la Conferencia Internacional de Población del Desarrollo (CIPD) celebrada en Cairo, Egipto, 1994, se plantea un plan de acción a 20 años plazo, el cual establece como pilares fundamentales en el desarrollo de políticas de población y desarrollo:

- 1. El avance en la igualdad y equidad de género:** se procura mejorar las condición de la mujer a nivel político, social, económico y sanitario, con el fin de favorecer "... su capacidad de adopción de decisiones a todos los niveles en todas las esferas de la vida, especialmente en el terreno de la sexualidad y la reproducción. Esto es esencial, a su vez, para el éxito a largo plazo de los programas de población. La experiencia demuestra que los programas de población y desarrollo tienen la máxima eficacia cuando, al mismo tiempo, se adoptan medidas para mejorar la condición de la mujer" (UNFPA, 2004 p. 27). Por tanto, las acciones tomadas deben asegurar la igualdad y equidad entre hombres y mujeres, donde las mujeres puedan desarrollar plenamente sus posibilidades.
- 2. La eliminación de la violencia contra las mujeres:** es imprescindible adoptar medidas preventivas o de prevención que erradiquen la violencia contra las mujeres en todas sus formas y en todos los ámbitos en los cuales puede estar presente (UNFPA, 2004).
- 3. La capacidad de las mujeres para controlar su fertilidad:** se debe asegurar que las mujeres tengan las herramientas que les permitan decidir de manera libre y responsable la cantidad de hijos y el espaciamiento entre uno y otro, para lo cual debe contar con información clara, veraz y de fácil acceso, así como una amplia gama de métodos seguros y eficaces, de forma que, pueda tomar su decisión con conocimiento de causa (UNFPA, 2004).

Entre las metas que de aquí se generan, es fundamental garantizar el acceso universal a Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva (planificación familiar, parto asistido y prevención de ITS – VIH y sida), desde el cumplimiento pleno y efectivo de todos sus derechos. Garantizando una vivencia de la sexualidad satisfactoria, sin riesgos y en corresponsabilidad, así como la disminución y prevención de embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual (ITS) -incluyendo el VIH-sida- y otros problemas de salud pública asociados (UNFPA-CCSS, 2012).

⁸ La información que se presenta en esta sección ha sido tomada del Manual de Capacitación para Personal de Salud desarrollado y utilizado en este Pilotaje.

Salud sexual y Salud Reproductiva

Entendemos la **SEXUALIDAD** como una dimensión fundamental del ser humano que se vive en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. Resulta de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, abarcándolos a todos, pero no necesariamente se experimentan o se expresan todos. Se basa en el sexo y todos sus componentes e incluye el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción; y se experimenta y expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es un concepto fundamental para entender la Salud Sexual y la Salud Reproductiva, así como, sus derechos vinculados



SEXUALIDAD

Dimensión fundamental
del ser humano



Basada en el sexo/ incluye:
el género, identidades de sexo
y género, la orientación
sexual, el erotismo, la
vinculación afectiva, el amor,
y la reproducción.

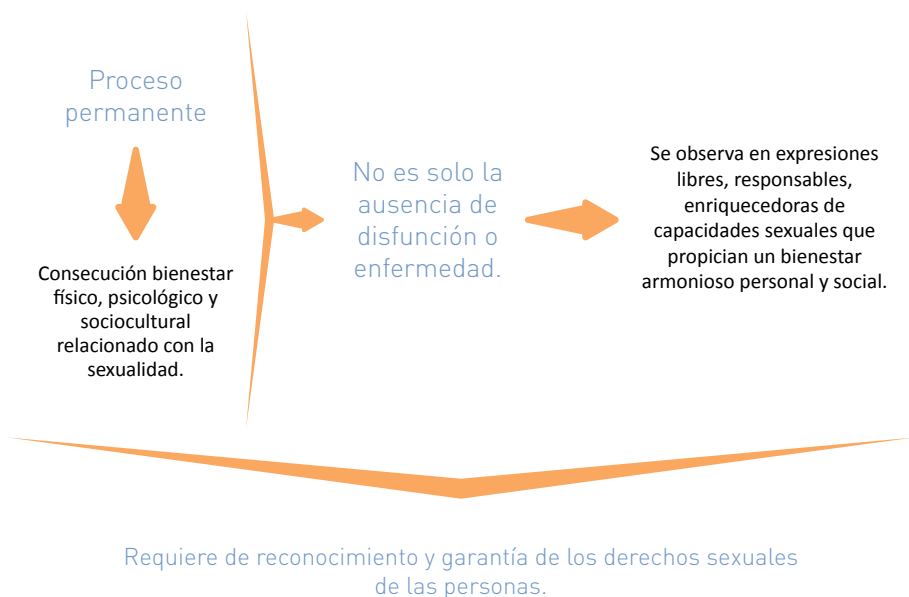
**Se experimenta/expresa en
forma de:**
pensamientos, fantasías,
deseos, creencias, actitudes,
valores, actividades, prácticas,
roles y relaciones.

Resulta de la interacción de:
factores biológicos,
psicológicos,
socioeconómicos, culturales,
éticos y religiosos o
espirituales.

Se vive en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos

Por su parte, la SALUD SEXUAL se entiende como el proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, esta se puede observar en expresiones libres, responsables y enriquecedoras de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social. Desde una visión integral y con un enfoque de derechos, no se puede entender como simplemente la ausencia de disfunción o enfermedad, incluye también el desarrollo de la vida y de las relaciones personales. Su desarrollo solo es posible si los derechos sexuales de las personas se reconocen y garantizan.

SALUD SEXUAL



La SALUD REPRODUCTIVA es un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, que implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos (UNFPA, 2004), que envuelve el derecho de hombres y mujeres a obtener información y acceso a métodos de elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación familiar, así como el derecho de la mujer a tener acceso a servicios de salud que propicien embarazos y partos sin riesgo (UNFPA, 2004)

SALUD REPRODUCTIVA

Estado general de bienestar físico,
mental y social



En todos los aspectos relacionados
con el sistema reproductivo y con
sus funciones y procesos.



Implica



Derecho de hombres y mujeres a información
y acceso a métodos de elección seguros,
eficaces, aceptables y económicamente
asequibles en materia de planificación familiar

El derecho de la mujer a tener acceso a
servicios de salud que propicien embarazos y
partos sin riesgo.

El ejercicio pleno de la Salud Sexual y la Salud Reproductiva debe ser garantizado y contemplado en los servicios dentro de sus métodos, técnicas, estrategias y acciones desde donde se prevengan y resuelvan sus problemas y se potencialice su vivencia por medio de los siguientes factores, los cuales se interrelacionan e influyen entre sí:

Información

- Acceso a la información.
- Información veraz y comprensible.
- Claridad.
- Percepción del riesgo.

Acceso

- Apertura, disponibilidad y acceso a servicios (educación, consejería, salud)
- Apertura, disponibilidad y acceso a métodos de protección.

Control

- Facilidades y herramientas para tomar decisiones y acciones.
- Aumento en la autonomía, autoestima, visión de derechos, visión y sentido del presente y el futuro, empoderamiento.

Dentro de esta lógica es fundamental asegurar de forma universal el cumplimiento de cada uno de los derechos sexuales y reproductivos, a saber:

1. Derecho a la libertad, seguridad e integridad personales, el cual contempla:
 - a. Acceso a información oportuna y científica acerca de la sexualidad y la reproducción.
 - b. Decidir si tener o no tener relaciones sexuales íntimas.
 - c. Decidir la finalidad del ejercicio de la sexualidad.
 - d. Libertad de fundar o no una familia.
 - e. Elegir el estado civil.
 - f. Decidir tener o no hijos, número, momento, espaciamento.
 - g. Acceso y control de métodos anticonceptivos o proconceptivos.
2. Derecho a la información y a la educación.
3. Derecho a la igualdad y la no discriminación.
4. Derecho a la intimidad y privacidad.
5. Derecho a la libertad de pensamiento.
6. Derecho a la atención y la protección de la salud.
7. Derecho a la integridad física y psíquica.
8. Derecho a la reunión y participación.

De tal forma, resulta indispensable que las entidades involucradas en el tema asuman el compromiso de brindar a mujeres y hombres las herramientas que permitan el ejercicio de sus derechos de forma plena, por medio de:

1. el acceso oportuno y efectivo a una oferta anticonceptiva amplia y adecuada a las necesidades de la población,
2. el desarrollo de espacios para la promoción, educación y asesoría en temas de salud sexual y reproductiva,
3. el empoderamiento y protección de los sectores vulnerables y
4. acciones preventivas ante el VIH-sida y los embarazos no planeados.

La situación de VIH y sida, la cual es una epidemia en crecimiento a nivel mundial (UNFPA-CCSS, 2012), y los embarazos no planeados, nos llevan a generar acciones integradas para diseñar y ejecutar estrategias de prevención del riesgo, especialmente en poblaciones vulnerables. Ampliar la oferta de métodos de protección dual de buena calidad, como lo es el condón femenino, es una vía para garantizar dicha prevención, máxime si se toma en consideración que las relaciones de desigualdad, inequidad, la violencia y discriminación de género, que se dan como resultado de la estructura patriarcal que regula las dinámicas sociales, convierte a las mujeres en un sector de mayor vulnerabilidad ante este riesgo (UNFPA-CCSS, 2012). Es importante señalar que “cerca de la mitad de las 39 millones de personas con VIH y sida son mujeres, de las cuales la mayorías,

han sido infectadas por sus parejas estable. Cada vez más, mujeres jóvenes, amas de casa, estudiantes universitarias, entre otras, componen el perfil de la mujer con VIH” (UNFPA-CCSS, 2012 p 29).

Es así como, el acceso al Condón Femenino, aparejado a una labor de consejería y educación por parte del personal de salud, permite trasladar a las mujeres poder de decisión y negociación sobre el uso de métodos anticonceptivos, y la posibilidad de ejercer su sexualidad de forma plena. Como lo indica UNFPA-CCSS “El condón femenino (CF) es un método que permite empoderar a las mujeres en su relación con la propia sexualidad y que ha demostrado su eficacia también en la prevención de embarazos no planeados, infección de transmisión sexual y el VIH y sida.” (2012 p 22)

Cabe señalar que, actualmente los únicos métodos de protección dual disponibles y efectivos para la prevención de ITS (incluyendo el VIH-sida) y embarazos no planeados, son los condones femeninos y masculinos, si se usan de forma rutinaria y correcta. Es importante resaltar que para el UNFPA “... el uso del preservativo en un elemento crítico en un enfoque integral, eficaz y sostenible del acceso universal a la salud sexual y salud reproductiva. Para esto y bajo un enfoque de derechos humanos los preservativos deben estar disponibles universalmente, ya sea de manera gratuita o a bajo costo, y fomentarse superando los obstáculos sociales y personales de su uso.” (UNFPA-CCSS, 2012 p 21).

En el 2011 el 2011, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) con apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) desarrolló el “Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José”. Dentro de los principales resultados del estudio destacan que el condón femenino fue ampliamente aceptado por la población femenina que lo probó (84,3% de las mujeres volvería a utilizar el condón y 72,1% reporta que le gustaría seguir utilizando el condón femenino en todas sus relaciones sexuales) y sus parejas.

La evidencia empírica desarrollada por este estudio nacional coincide con la evidencia internacional en términos de la eficacia y aceptabilidad del método, y refuerza la necesidad de incorporarlo a la oferta pública y privada para brindar opciones a las mujeres y sus parejas, más allá del condón masculino, para protegerse de ITS y embarazos no planeados.



¿Qué es el Condón Femenino?

El Condón Femenino (CF) es un dispositivo de barrera que actúa entre la vagina y el pene, su uso correcto y en todas las relaciones sexuales proporciona protección dual eficaz contra embarazos no planeados e ITS, incluyendo el VIH, teniendo un 95% de efectividad. En condiciones de mal uso y sin los cuidados, la efectividad puede bajar entre el 75 y 82%).

Está hecho de poliuretano⁹ (polímero de nitrilo, sin látex), material más resistente que el látex, por lo que soporta mejor las condiciones de luz, temperatura y humedad, además de ser una opción para las personas alérgicas o sensibles al látex. Es una funda con un largo similar al del condón masculino (17cm), pero más amplio, porque una vez introducido, cubre las paredes de la vagina y permite que el pene se mueva dentro de la cubierta. Contiene 2 anillos en cada uno de sus extremos, que permiten el ajuste y seguridad a la hora de su colocación y durante la relación sexual:

- a. Un anillo interno flexible que sirve para insertar el condón femenino dentro de la vagina y
- b. Un anillo externo que queda afuera y cubre los genitales externos.

⁹ Actualmente existen condones femeninos de látex, sin embargo, los utilizados en este pilotaje están hechos de poliuretano.

Los condones femeninos vienen con un lubricante a base de silicona y por su material este dispositivo es compatible con lubricantes a base de agua o aceite, si se quiere utilizar lubricación adicional.

Es utilizado por la mujer, quien debe insertarlo en su vagina para su uso. Como no requiere que el pene esté erecto para su colocación, puede insertarse hasta 8 horas antes de la relación sexual. Su material se calienta con la temperatura del cuerpo, lo que le permite ajuste, comodidad y placer. Por su diseño cubre tanto los genitales externos e internos de la mujer como el pene del hombre, lo que aumenta el nivel de protección. Las mujeres que inician su utilización pueden requerir de dos a tres intentos para sentirse totalmente cómodas al usarlo. Es importante subrayar, que no hay riesgo de que el condón femenino se quede adentro por succión de útero ni por presión del pene.

Este método de protección dual fue aprobado para su distribución en 1993 por la Administración de drogas y alimentos de Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés), convirtiéndose en "...una herramienta eficaz en decenas de países para tratar de contrarrestar el avance del VIH y otras ITS" (UNFPA-CCSS, 2012, p. 29).

Por sus características, el condón femenino puede otorgar a la mujer autonomía en la decisión de su uso, brindando seguridad y eficacia en la prevención de ITS y embarazos no planeados, así como empoderamiento sobre la vivencia de su sexualidad. De la misma forma, incluir este dispositivo en la oferta anticonceptiva nacional, permite a hombres y mujeres tener acceso a más opciones de prevención para sus relaciones sexuales.

¿Cómo se utiliza?

A continuación se detallan los pasos a seguir para el uso correcto del condón femenino:

Antes de abrir el empaque:

- a. Revisar la fecha de vencimiento y que el empaque no se encuentre dañado o roto, si es así, se debe descartar el paquete e iniciar con uno nuevo.
- b. Frotar con los dedos la parte de afuera del empaque para distribuir el lubricante.
- c. Asegurarse que los condones femeninos sean guardados en condiciones que no los dañen. Se recomienda guardar el condón en un sitio fresco.

Para abrir el empaque:

- d. Buscar la flecha que se encuentre en la esquina superior derecha, la cual funciona como guía para abrirlo. Correr el condón hacia un lado y sostenerlo con los dedos.

- e. Abrir el condón con la yema de los dedos. No debe usar dientes, uñas, tijeras u otros objetos que lo puedan dañar.

Colocación del condón femenino (ver figura):

1. La mujer debe colocarse en una posición cómoda:
 - a. De pie, con un pie sobre una silla.
 - b. En cuclillas o sentada con las rodillas separadas.
 - c. Acostada, con las piernas dobladas y las rodillas separadas
2. Se debe sostener el condón con el anillo externo colgando hacia abajo y apretar el anillo interno con los dedos pulgar, índice y medio hasta que se junten (como formando un 8).¹⁰

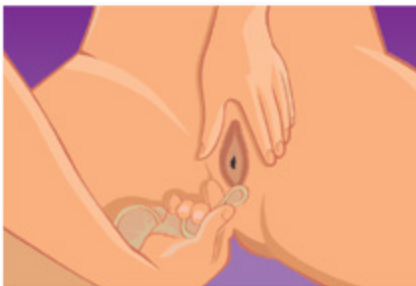


ABRÍ EL EMPAQUE POR DONDE INDICA LA FLECHA

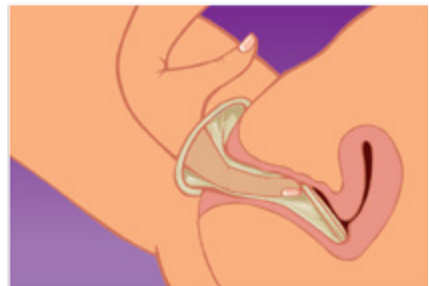


JUNTÁ EL ANILLO INTERNO CON LOS DEDOS PULGAR,ÍNDICE Y MEDIO

3. Se coloca el anillo interno del condón en la entrada del canal de vaginal y se empuja hacia adentro con los dedos tanto como sea posible. El condón no debe retorcerse.
4. Se introduce el dedo índice o medio en el interior del condón y se empuja suavemente el anillo interno dentro de la vagina. Internamente el condón va a cubrir la vagina y el cuello uterino.



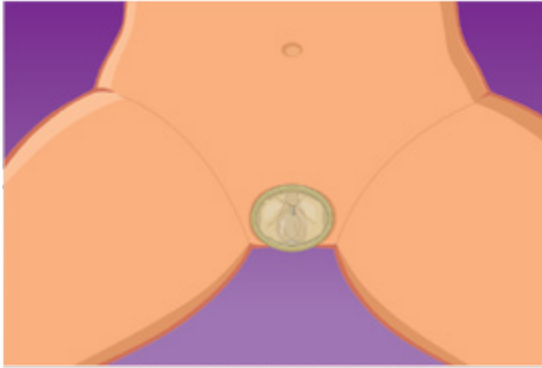
SEPARÁ LIGERAMENTE LOS LABIOS DE LA VAGINA E INSERTÁ EL CONDÓN



EMPUJÁ EL ANILLO INTERNO HASTA EL FONDO DE LA VAGINA

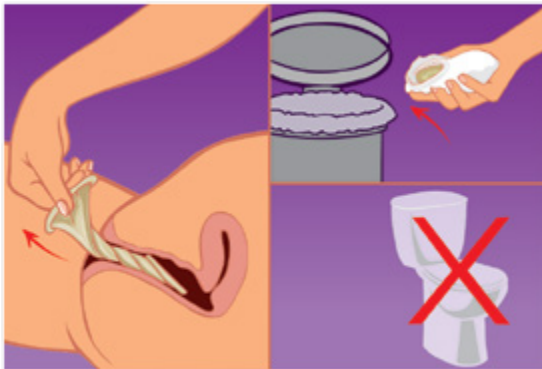
¹⁰ Las imágenes que aparecen a continuación mostrando la colocación del condón femenino son cortesía del Ministerio de Salud y UNFPA Perú.

5. Debe asegurarse que el anillo quede afuera cubriendo los genitales externos de la mujer y que el pene entre dentro del condón.



EL ANILLO EXTERNO DEBE QUEDAR FUERA DE LA VAGINA CUBRIENDO LOS GENITALES EXTERNOS

6. El condón se retira al finalizar la relación sexual, y antes de ponerse de pie para evitar que se salga el contenido. Se da vuelta al anillo externo, jalando el condón hacia afuera, para mantener el semen en el interior de la funda. Se retira con cuidado y se tira en el basurero.



RETIRÁ EL CONDÓN Y DESECHÁLO EN LA BASURA

Cabe señalar que la dificultad de inserción puede convertirse en una barrera para el uso del condón femenino, por esta razón, es importante recomendar a la mujer que practique su colocación a solas antes de hacerlo con su pareja. Al principio puede resultarle difícil o extraño, pero luego de usarlo dos o tres veces, se sentirá más cómoda y segura con su uso.

Algunas indicaciones relacionados con el uso del condón femenino son:

- a. No utilizar los condones femeninos al mismo tiempo que los condones masculinos pues pueden romperse.
- b. Utilizar el condón femenino solo una vez.
- c. Mientras la mujer se siente familiarizada con el condón, puede guiar el pene en su introducción dentro de la vagina sosteniendo con dos dedos y contra sus labios vaginales el anillo externo del condón.
- d. Si durante la relación sexual el condón femenino se desliza fuera de la vagina, debe detenerse, quitárselo e introducir uno nuevo.
- e. Si durante la relación sexual el condón femenino es empujado hacia la vagina o el pene empieza a entrar por el costado del condón, debe detenerse, quitárselo e introducir uno nuevo.
- f. La mujer debe estar segura de que el anillo externo del condón queda sobre sus genitales externos.

Ventajas y desventajas

Algunas ventajas y desventajas asociadas al condón femenino con respecto al condón masculino son:

Ventajas:

- Puede aumentar la independencia de la mujer ya que es ella quien toma la iniciativa de protegerse a sí misma y a su pareja.
- Tiene mucha lubricación, lo que facilita su colocación y el acto sexual.
- Es un método de protección dual, por lo que disminuye la posibilidad de un embarazo y de adquirir una ITS durante las relaciones sexuales.
- No es necesario quitar el condón femenino inmediatamente después de la eyaculación, además puede colocarse con anterioridad, de modo que no interrumpe la espontaneidad ni la intimidad en el acto sexual.
- No aprieta el pene, el anillo interno del condón puede estimular la punta del pene durante las relaciones sexuales, y no es necesario que se mantenga una erección para utilizarlo.
- No tiene efectos secundarios como otros métodos anticonceptivos y es idóneo cuando una mujer ha olvidado tomarse la pastilla anticonceptiva.
- Es inoloro, lo que lo hace más agradable.
- Es una opción para las personas alérgicas al látex.
- Puede ser incorporado en los juegos sexuales.
- Permite mayor naturalidad durante la relación sexual, ya que, al calentarse, minimiza la sensación de un método de barrera.

Algunas otras ventajas señaladas en el Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José por el UNFPA-CCSS (2012) son:

- a. Reduce el riesgo de adquirir alguna ITS en más de un 90%.
- b. Reduce embarazos no planeados en más de un 95%.
- c. Provee seguridad y control extra a las mujeres.
- d. A pesar de que su precio es mayor que el del condón masculino, provee una relación Costo-Efectividad lo suficientemente alto como para ser un método barato en comparación con el costo de atender personas con ITS.
- e. Protege genitales internos y externos de la mujer y el pene masculino
- f. Es más resistente que el condón masculino.
- g. Permite el uso de espermaticidas.” (p.31)

Desventajas:

Como desventajas principalmente asociadas a los estereotipos y resistencias masculinas, así como a factores propios de una incorrecta utilización se indican:

- a. El precio sigue siendo mayor que el condón masculino.
- b. El ruido que produce puede resultar incómodo y molesto.
- c. Es antiestético.
- d. El hombre puede mostrarse reticente al perder el control sobre la decisión de usar un método de barrera.
- e. Se considera de difícil introducción (particularmente las primeras veces de uso).
- f. Su distribución es limitada.” (UNFPA-CCSS, 2012 p. 31)

En el proceso de incorporación del condón femenino en la oferta nacional requiere desmitificar algunas de las desventajas asociadas a este dispositivo. Principalmente en relación al tema de su aspecto y autonomía que da a las mujeres. Por esto es importante señalar que:

- Si bien es cierto, la parte del condón que queda fuera de la vagina puede verse un poco inusual, esto genera una mayor protección frente a ITS para la mujer y su pareja.
- Conforme se vaya utilizando el condón femenino aumenta la sensación de comodidad y naturalidad, y ya ni se notará lo que lleva puesto.
- El uso del condón femenino permite que las mujeres se protejan y protejan a sus parejas, no es sinónimo de infidelidad o traición, sino un derecho de las mujeres que debe ser discutido en pareja. Conversar sobre la sexualidad es un componente fundamental para tener una sexualidad placentera y responsable.

Diferenciación entre el Condón Femenino y el Condón Masculino

Tomando en cuenta la caracterización, así como ventajas y desventajas de los condones masculinos y femeninos, se presenta a continuación una comparación entre ambos dispositivos de protección dual:

CONDÓN FEMENINO	CONDÓN MASCULINO
Hecho de nitrilo sintético (sin látex)	Hecho de látex, algunos de poliuretano
Vienen lubricados	Pueden ser lubricados o no.
Compatible con lubricantes a base de aceite o de agua	Solo soporta lubricantes a base de agua
Se inserta en la vagina / no aprieta el pene	Se ajusta al pene
Puede insertarse hasta 8 horas antes de la relación sexual	Solo se puede colocar cuando el pene esté erecto/ colocación puede interrumpir preámbulo.
El material soporta mejor las condiciones de luz, temperatura o humedad.	Se deteriora rápidamente si no se almacenan en condiciones adecuadas de luz, temperatura y humedad
Su precio es 3 veces mayor a su contraparte masculina	Precio bastante bajo
Cubre tanto los genitales externos e internos de la mujer y el pene del hombre	Cubre solo el pene y los genitales femeninos
Incrementa la autonomía de la mujer.	Requiere de negociación para su uso
Es inodoro	Huele a látex
No causa alergias	Puede causar alergias
Produce una sensación de naturalidad	No proporciona sensación de naturalidad
Método de protección dual	
Caduca a los 5 años	
Permite el uso de espermaticidas	

IV. METODOLOGÍA

El “Pilotaje de disponibilidad y dispensación de condones femeninos en los servicios de salud y el ámbito comunitario” comprendió 4 componentes básicos para su ejecución, y los cuales se complementaban entre sí (ver Figura 3). Cada uno de ellos fue esencial para el éxito del pilotaje.

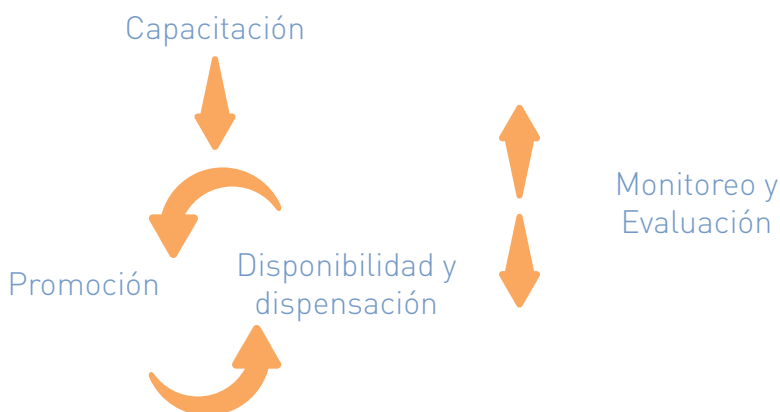


Figura 3. Componentes del Pilotaje Condón Femenino.

Como se mencionó anteriormente el Pilotaje fue implementado en dos Áreas de Salud, Goicoechea y Upala; dentro de los servicios de salud con el apoyo de los EB AIS y en el ámbito comunitario, en Upala, con el apoyo de una organización de la sociedad civil llamada CENDEROS. A continuación se describe la metodología utilizada en el Pilotaje, en sus cuatro componentes.

a. Capacitación

Este componente fue fundamental para la implementación del Pilotaje, pues un primer paso básico fue la capacitación de todo el personal de salud y de la ONG participante en el Pilotaje en Upala (CENDEROS¹¹). La ejecución de

¹¹ CENDEROS, Centro de Derechos Sociales del Migrante, es una organización “que trabaja por el protagonismo y empoderamiento de la población migrante nicaragüense y de frontera, en particular con mujeres y jóvenes, para la construcción de una sociedad justa, con igualdad de género” (tomado de <http://www.cenderos.org/sobre-cenderos/mision-y-vision>). En el 2008 inició la relación de UNFPA Costa Rica con CENDEROS, en el contexto de la ejecución de un proyecto sobre Migración y Salud en la zona norte, donde Upala fue una de las comunidades en las que más se trabajó. El principal objetivo de ese proyecto fue trabajar para garantizar los derechos de la población migrante y transfronteriza en relación con su salud sexual y la salud reproductiva. Fue así como desde el 2010 surgió la inquietud en Upala de hacer un Estudio de Aceptabilidad del Condón Femenino. Es por ello que desde antes del Estudio de Aceptabilidad, CENDEROS ha sido parte de este proceso y siempre ha estado involucrada con gran compromiso y con aportes muy valiosos.

este componente inicia con la implementación de las siguientes etapas de la experiencia piloto, pues era de suma importancia que cuando las mujeres se acercaran a preguntar y a solicitar los condones femeninos, el personal de salud y el de la ONG tuvieran la capacidad de responder a sus consultas e ir más allá, en términos de brindar una adecuada consejería en salud sexual y salud reproductiva, dentro de la cual se presentara el condón femenino como una nueva opción a disposición de la mujer.

Los procesos de capacitación se diferenciaron según el tipo de personal que lo recibía. Por una parte se encontraba el personal de salud que participaba indirectamente del pilotaje, es decir, personal que trabaja en los puestos de salud y EBASIS de ambas Áreas pero que, por sus funciones, no tenía la responsabilidad directa de brindar consejería o dispensar los condones. Sin embargo, al tratarse de una iniciativa novedosa en el país, y particularmente en estas dos Áreas de Salud, y desarrollarse una estrategia de divulgación y promoción, era natural que las personas usuarias de los servicios en cualquier momento le consultaran sobre el pilotaje a cualquier miembro del personal, por lo que se consideró estratégico capacitarles para promover su apoyo al pilotaje y reducir que sus posibles resistencias significaran un obstáculo.

Así, con este tipo de población se desarrollaron dos sesiones de capacitación, una de 110 minutos (Bloque I) y otra de 90 minutos (Bloque II), cuyos objetivos fueron los siguientes:

1. Brindar conocimientos básicos en torno al uso, ventajas e importancia de introducción en la oferta anticonceptiva nacional del Condón Femenino.
2. Aclarar los detalles de cada uno de los componentes del Pilotaje del Condón Femenino según el centro de salud correspondiente.
3. Involucrar a las y los participantes en el Proceso de Pilotaje del Condón Femenino.

Los principales contenidos de los Bloques I y II eran: importancia de la incorporación del condón femenino en la oferta nacional; características del condón femenino; mitos y verdades sobre el condón femenino; características del condón masculino; comparaciones entre el condón masculino y el femenino; resultados del Estudio de Aceptabilidad; estrategias y componentes del Pilotaje (ver Anexo 1).

El otro proceso de capacitación estaba dirigido al personal de salud que sí tenía participación y responsabilidades directas en el Pilotaje pues, por sus funciones estaba a cargo de la promoción, consejería y/o dispensación de los condones femeninos.

Este personal recibió, al igual que el personal de salud con participación indirecta, los Bloques I y II, pero además recibió el Bloque III, con una duración de 80 minutos y cuyos contenidos se centraban en profundizar la capacitación sobre características, colocación y otros aspectos del condón femenino, así como capacitarles en prácticas éticas y consejería en salud sexual y salud reproductiva (ver Anexo 1).

Todo el proceso de capacitación fue desarrollado durante el mes de octubre del año 2013, previo al arranque de los componentes de promoción y dispensación del Pilotaje. En total se realizaron 9 capacitaciones, con un total de 205 participantes: 105 de Goicoechea y 100 en Upala (incluyendo promotoras y funcionarias de la organización CENDEROS). Para el caso del personal de salud, se incluyó la participación de personal médico, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, técnicos(as) de atención primaria (ATAPS), entre otros.

b. Promoción

A finales del año 2012, como parte de los preparativos para la ejecución del Pilotaje, se diseñó la “Estrategia de Promoción de Condones Femeninos para los Servicios de Salud y el Ámbito Comunitario”.

El objetivo general de esta Estrategia fue:

Promover el uso del condón femenino en la población costarricense, desde los ámbitos comunitario y del sector salud, como parte del ejercicio del derecho a una sexualidad segura, informada y corresponsable, en el marco del Plan piloto de disposición y disponibilidad de condones femeninos a ser implementado por la CCSS.

Y como objetivos específicos se tenían:

1. Determinar los mensajes y materiales más adecuados para promocionar el uso del condón femenino y brindar información sobre este método de protección, desde un enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos.
2. Diseñar materiales de IEC que incrementen el acceso y uso de condones femeninos como una forma de ejercer el derecho de las mujeres de tomar decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva.
3. Promocionar el uso de los condones femeninos como un método de protección dual que contribuye a la disminución de embarazos no deseados y a la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluida el VIH.

Los públicos meta de la Estrategia fueron los siguientes:

1. El principal público meta fueron las mujeres mayores de 18 años de las zonas rural y urbana del país, quienes son las principales destinatarias de los mensajes informativos y educativos que se encuentran en los materiales comunicacionales elaborados, para promocionar el uso y acceso del método de protección y anticoncepción que se incluiría en la oferta de los servicios de la CCSS participantes del Pilotaje. Dentro de este grupo, se identificó la necesidad de contar con mensajes y materiales específicos para mujeres jóvenes y mujeres adultas, que respondieran a sus particularidades y necesidades de manera diferenciada. Igualmente se evidenció la importancia de elaborar mensajes dirigidos a las mujeres que se encontraban en una relación de pareja estable, en tanto las evidencias de los estudios que sirven de antecedentes a esta Estrategia de Promoción, identificaron la existencia de un imaginario social en el que el uso de este método se enmarca dentro de las relaciones ocasionales o no estables.
2. Como público secundario, se encuentra el personal de salud, funcionarios y funcionarias de los servicios de salud participantes del Pilotaje, quienes constituyen una fuente veraz y confiable de información para las mujeres usuarias de los condones femeninos, por lo que se convierten en un recurso idóneo para la promoción y capacitación sobre el uso del método.
3. Finalmente, también los hombres son un público meta, aunque secundario de la Estrategia de Promoción, especialmente quienes se encuentran en una relación estable con posibles usuarias del condón femenino, representan un grupo indispensable hacia quienes dirigir mensajes que favorezcan actitudes positivas frente al uso del método y el respeto por la autonomía de la mujer en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Los contenidos abordados mediante la Estrategia de Promoción fueron los siguientes:

- Invitación a conocer y probar el condón femenino como una opción más.
- Información general y ventajas del condón femenino.
- Protección dual.
- Derechos de las mujeres y autonomía.
- Autocuidado.
- Empoderamiento.
- Mitos.
- Confianza y seguridad.
- Disponibilidad: dónde y cómo se solicitan.

Los principales materiales desarrollados como parte de esta Estrategia y utilizados durante el Pilotaje para la Promoción son los siguientes (ver Anexo 2):

1. Rotafolio: contiene información necesaria para explicar las características principales del condón femenino, incluyendo su colocación. Fue utilizado por el personal de salud y las promotoras comunitarias para mostrar a las mujeres cómo colocar el condón femenino.
2. Caja dispensadora: cada caja contiene información básica sobre el condón femenino y sobre su colocación. Además contiene 1 condón femenino de muestra. Este material fue utilizado por el personal de salud y las promotoras comunitarias para regalarle un condón de muestra a una mujer a la cual por primera vez se le hablaba del condón femenino o que mostraba curiosidad por el método. Fue muy útil también para las y los Técnicos de Atención Primaria (ATAPs) como un material que podría distribuirse en las visitas domiciliarias para dar a conocer el condón femenino.
3. Afiches informativos: se elaboraron 5 afiches, cada uno de los cuales abordaba un tema distinto (protección dual; derechos, empoderamiento y autonomía; autocuidado y empoderamiento; mito de la desconfianza a la pareja asociada al uso del condón femenino; y mito de la protección relacionada con la fidelidad). Estos afiches se colocaron en los centros de salud y espacios comunitarios, con el fin de favorecer la información y discusión en torno al condón femenino y su uso.
4. Calcomanías: este material tiene mensajes cortos y permitía la difusión y promoción de los mensajes de manera más informal y atractiva, a través de un material como este que usualmente llama la atención de las personas y es utilizado de diversas formas.
5. Desplegable: este material contiene información dirigida a las usuarias sobre qué es el condón femenino, cuáles son sus características, sus ventajas y cómo se coloca. Este material fue utilizado por el personal de salud y las promotoras comunitarias como un material de apoyo que, luego de haber conversado con la mujer y haberle brindado la respectiva explicación y consejería, pudiese llevarse en caso de que luego le surgieran dudas. Fue de particular ayuda para las y los ATAPs.
6. Bolsas de tela: se diseñaron bolsas pequeñas de tela en las cuales se les entregan los condones femeninos a la mujer la primera vez, y la cual podía seguir siendo utilizada por ella las veces subsiguientes. Esta bolsa no tenía ninguna identificación, de forma tal, que no permitía ver qué había adentro. De esta forma la mujer podía ir a solicitar los condones sin preocuparse que estos quedaran expuestos. Se utilizó este método pues las bolsas que usualmente la CCSS utiliza para entregar los medicamentos, y los condones, son transparentes, y en el Estudio de Aceptabilidad, las mujeres habían hablado de su vergüenza por salir de un centro de salud con condones visibles.

7. Modelos anatómicos femeninos: los modelos anatómicos femeninos fueron utilizados por el personal de salud y las promotoras comunitarias para mostrar el adecuado uso del condón femenino.
8. Para el personal de salud se elaboró material promocional, con el propósito de motivarles e incentivarles a partir de la identificación con el proceso. Estos materiales fueron carpetas, lapiceros, cubos de apuntes y pines de identificación.
9. Para las usuarias, por su parte, igualmente se elaboraron materiales que llamaran la atención y favorecieran la curiosidad por preguntar y conocer el método. Estos materiales fueron condoneras de tela y lima de uñas.

c. Disponibilidad y dispensación

Este componente del pilotaje incluye 3 procesos fundamentales a saber: 1. la consejería a las mujeres usuarias, 2. la dispensación de los condones y 3. el reabastecimiento continuo.

Para los dos primeros procesos se proyectan tres escenarios:

- **Primer escenario.** La mujer solicita/consulta sobre el condón femenino en el contexto de una cita médica programada: Es la primera vez que tiene acceso al método. Se aprovecharon los espacios de Pre-consulta y consulta para Capacitación sobre el uso del condón femenino. Se recolectó información con el instrumento “CUESTIONARIO PARA MUJERES USUARIAS” (ver Anexo 3). El/ la médico facilitó las boletas/recetas para retirar los condones en la farmacia (ver Figura 4).

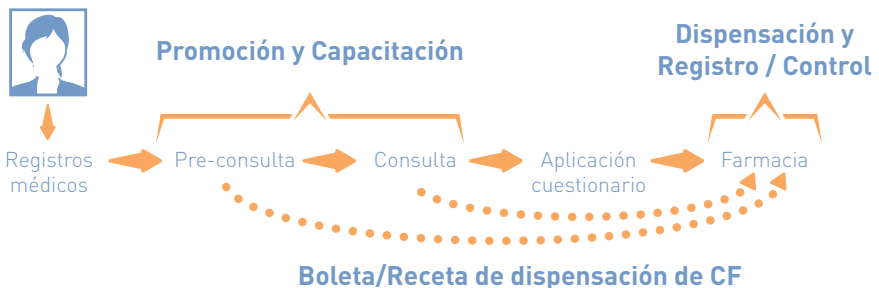


Figura 4. Modelo de dispensación y capacitación en el contexto de una cita médica.

- **Segundo escenario. La mujer acerca al centro de salud u ONGs/grupos organizados para solicitar exclusivamente el condón femenino** (ver Figura 5):
 - En el centro de salud: la mujer solicitaba información sobre la dispensación de los condones, algunas de las fuentes de información detectadas, puede podían ser el guarda de seguridad o las personas que trabajan en la ventanilla de farmacia (estas personas estaban enteradas sobre la dinámica básica de dispensación). La persona a quien se le consultó, derivaba al departamento de enfermería o ATAPs, en su horario continuo o programado; es aquí donde se brindaba la capacitación sobre el condón femenino, y se aplicaba el instrumento “CUESTIONARIO PARA MUJERES USUARIAS” (ver Anexo 3) y se facilitaba la boleta/ receta para retirar el condón femenino en Farmacia.
 - Organizaciones de la Sociedad Civil (CENDEROS): desarrollaban espacios comunitarios de promoción y educación sobre el condón femenino a cargo de promotoras de su organización, bajo dos vías: 1. Las mujeres acudían directamente a solicitar información en la oficina de la ONG o casa de las promotoras¹², por lo que se brindaba una capacitación individualizada. 2. Se programaban capacitaciones grupales. Bajo las dos vías se aplicaba el instrumento “CUESTIONARIO PARA MUJERES USUARIAS”. Las promotoras de la ONG entregaba los condones directamente y llevaba el registro de dispensación mediante la Boleta de Control de Dispensación (ver Anexo 4), el cual era entregado a farmacia de los puestos de salud para que se le reintegraran los condones¹³.
- **Tercer escenario. Visita domiciliar de las/os ATAPs** (ver Figura 3): cada ATAP se encargaba de la promoción y educación relacionada con el CF en sus visitas domiciliarias y allí mismo aplicaba el instrumento “CUESTIONARIO PARA MUJERES USUARIAS”. Dispensaba directamente los CF llenando una “Boleta de control de dispensación” (ver Anexo 4) la cual archivaba para extraer luego la información de los condones dispensados en este escenario.

¹² Las promotoras comunitarias fueron mujeres migrantes que, de previo han trabajado en sus comunidades otras temáticas asociadas al trabajo de CENDEROS, tales como derechos de las personas migrantes, empoderamiento de las mujeres, etc. Cuando inició el Pilotaje, CENDEROS abrió la posibilidad de que cualquiera de las promotoras que ya venían trabajando se adhirieran voluntariamente a esta experiencia y fue así como inició el trabajo de estas promotoras comunitarias. Si bien es cierto no todas ellas tenían conocimientos o experiencia con el condón femenino, eso se resolvía con la capacitación; en cambio su liderazgo y credibilidad en la comunidad y con sus pares fue un valor agregado muy importante que aportaron al pilotaje y que, en tan poco tiempo, no hubiese sido posible construir desde cero o se hubiese tenido que utilizar casi todo el tiempo del pilotaje en eso.

¹³ La distribución en el escenario comunitario, a través de promotoras comunitarias fue una estrategia utilizada solamente en el Área de Salud de Upala por la organización CENDEROS, pues en esta Área de Salud existía la fortaleza de la existencia de un trabajo conjunto entre esta ONG y los servicios de salud desde hace varios años. Además, esta es una organización que trabaja con población migrante, por lo que su participación era estratégica para aumentar el acceso al método a esta población particular.

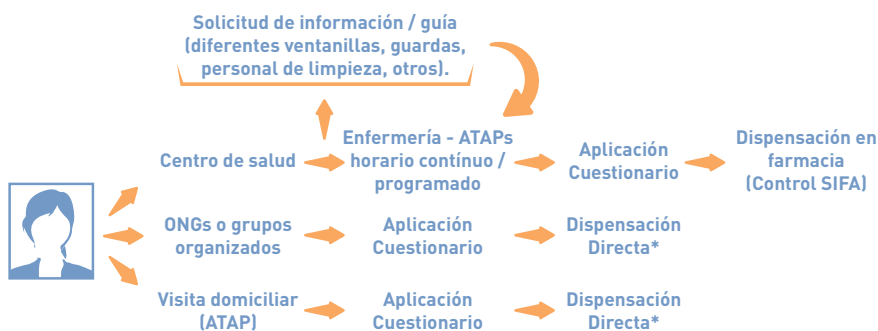


Figura 5. Modelo de dispensación y capacitación sin cita médica.

Tercer proceso a considerar en este componente: Reabastecimiento continuo

Para el reabastecimiento del CF (ver Figura 6) se utilizaron cuatro vías posibles:

- Directamente en ventanilla de farmacia: la mujer se dirigía directamente a farmacia y retiraba los condones con boletas/recetas entregadas previamente (se sugería entregar boletas para mínimo tres meses de retiro del condón femenino).
- Enfermería o ATAPs: en su horario continuo o programado facilitaba la/ las boletas/recetas para que se retirara el CF en farmacia del centro de salud o dispensaban de forma directa.
- ONGs o grupos organizados: reabastecían de forma directa y llevaban el control de condones dispensados en la Boleta de registro de Control de Dispensación. Reintegran los condones para dispensación directamente en el centro de salud.
- Visita domiciliar: las y los ATAPs redistribuían el CF y llevaban el control de los condones dispensados.

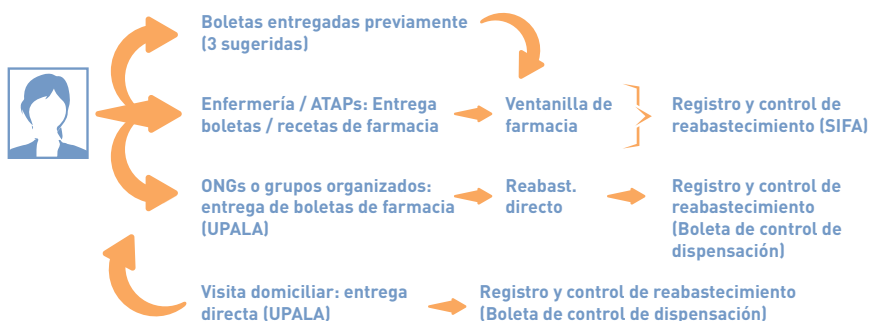


Figura 6. Modelo de reabastecimiento continuo de condones femeninos.

d. Monitoreo y evaluación

Este componente es fundamental pues el pilotaje pretendía justamente poner a prueba una serie de estrategias y sistematizar la evidencia resultante, de forma tal que sea útil para la toma de decisiones. Por esto se desarrolló un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permitiera y garantizara el seguimiento y la sistematización de resultados de todo el proceso.

Vale la pena aclarar que los instrumentos resultantes son producto de una ardua conciliación entre lo deseable de recopilar en términos de información que hubiese sido muy provechosa para la toma de decisiones, y lo posible según la dinámica de los servicios, de manera tal que la compleción de muchos instrumentos y muy complejos no pusiera en riesgo la recopilación de información. Así pues se optó por instrumentos sencillos y simples que recopilaran solamente la información más importante. Esta definición se hizo en conjunto con el nivel central de la CCSS y las Áreas de Salud.

Además, los instrumentos diseñados originalmente, los cuales contenían mucha más información a consultar, no fueron permitidos por la Comisión de Bioética de la CCSS pues se adujo que ese tipo de información correspondía más bien a una investigación, y ello implicaba incorporar elementos como consentimiento informado, lo cual alejaba la experiencia del Pilotaje de su propósito original, en el tanto conservar al máximo la dinámica usual de los servicios. Por ello, tuvieron que hacerse cambios significativos en este sentido.

Así pues los dos instrumentos utilizados fueron:

- El Cuestionario a Mujeres Usuarías: este cuestionario recogió información sobre edad, número de hijos(as), estado civil, método anticonceptivo que utiliza actualmente, cómo se enteró de que este centro de salud/organización dispensaba condones femeninos, si conocía el condón femenino antes de esta ocasión y si lo había utilizado anteriormente (ver Anexo 3). Este cuestionario se aplicaba a toda mujer que por primera vez se acercaba a un servicio de salud o a una promotora comunitaria para solicitar condones femeninos.
- Boleta de Registro de Dispensación: esta boleta era utilizada tanto por los servicios de salud como por las promotoras comunitarias para llevar un registro de los condones dispensados y en qué forma. Así pues, esta boleta contiene información como nombre e identificación de la persona a la que se le entregan los condones (no importa si era persona asegurada o no; se colocaba el número de identificación de todas las personas; incluso si alguna persona migrante no contaba con documento de identificación se colocó un código determinado por el Área de Salud), sexo, fecha de nacimiento, Área de Salud, escenario en el cual se dispensaron los condones (servicio de salud o comunitario), personal

que dispensa (de medicina, enfermería, ATAP, o promotora comunitaria), cantidad de condones dispensados, tipo de dispensación (primera vez o reabastecimiento), fecha (ver Anexo 4).

Coordinación y seguimiento:

Antes, durante y después de la ejecución del Pilotaje ha estado en funcionamiento un Equipo de Coordinación del Pilotaje conformado la CCSS y el UNFPA, con participación de diversas instancias y funcionarios(as) de ambas organizaciones, aunque con mayor protagonismo por parte de la Coordinación del Programa de Atención Integral a las Mujeres de la CCSS y la Asesoría en VIH del UNFPA.

Antes del pilotaje este Equipo fue quien trabajó preparando y asegurando todas las condiciones necesarias para la ejecución del mismo.

Durante la implementación del pilotaje, este Equipo de Coordinación se encargó de llevar a cabo las capacitaciones, y brindar un seguimiento y asesoría técnica cercana durante toda la implementación. Esto se realizó mediante visitas periódicas a ambas comunidades y sus diferentes escenarios, con el fin monitorear los avances, las resistencias, los logros; y brindar asesoría técnica in situ sobre cómo modificar alguna estrategia que no estaba siendo exitosa o bien reforzar algún componente de la capacitación, etc.

El apoyo por parte del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) al pilotaje, además del acompañamiento y asistencia técnica que ya se mencionó se dio a través del apoyo financiero necesario para la realización de las diversas actividades, así como la donación de los condones femeninos que se dispensaron durante el pilotaje.

V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En esta sección se analizará, para cada uno de los componentes del pilotaje los principales resultados obtenidos, de manera tal que sea posible hacer una valoración de las lecciones aprendidas, los aspectos de éxito y las oportunidades de mejora. Pues precisamente es este análisis el que permitirá a la CCSS replicar y mejorar el proceso en una posible incorporación del condón femenino en la oferta anticonceptiva nacional.

a. Capacitación

La metodología de capacitación utilizada se considera exitosa pues permitió sensibilizar y capacitar, en un primer momento a las y los funcionarias(os) de salud con respecto al tema, en sus generalidades.

Los contenidos abordados fueron propicios y adecuados para las necesidades del Pilotaje.

Sin embargo, si algo queda claro luego de esta experiencia de pilotaje es que la sensibilización y capacitación al personal de salud es uno de los mayores desafíos por afrontar.

El personal de salud, en general, maneja muchos mitos y estereotipos con respecto al condón femenino, lo que en ambas Áreas de Salud constituyó uno de los principales desafíos por atender para que no significaran barreras significativas en el acceso real de las mujeres y sus parejas al método.

Las y los funcionarias(os) de salud que poseían percepciones negativas sobre el método no lo promocionaban, es decir, no abrían el espacio para hablarle a las mujeres sobre esta posibilidad para que ellas decidiera si querían conocerlo y probarlo o no; o bien si la mujer hacían consultas enfatizaban en las desventajas, brindando una información sesgada y parcializada. Lo preocupante de esta situación es que no se permite que sea la mujer quien tome la decisión; sino que se la toma por ella previamente.

Este tipo de situaciones fueron identificadas gracias al seguimiento cercano brindado por el nivel central de la CCSS y el UNFPA. La identificación de este tipo de dinámicas permitió desarrollar estrategias compensatorias, tales como, reforzamiento de la sensibilización y capacitación, así como el envío de directrices claras por parte de la Dirección de la respectiva Área de Salud indicando el mandato institucional y la responsabilidad ética como funcionario(a) de salud de no limitar el acceso de la población a los métodos anticonceptivos y de protección.

En el país, en diversos temas relacionados con salud sexual y salud reproductiva en los servicios de salud, han existido resistencias por parte del personal de salud aduciendo objeción de conciencia. Si bien este no fue el caso en el pilotaje, aún cuando esto se diera, la obligación del personal siempre es asegurarse que alguien más atienda a la persona usuaria para garantizarle su derecho al servicio que está demandando. Ocurre lo mismo en el caso del condón femenino, es necesario hacer comprender al personal de salud que no se trata de que a nivel personal se esté de acuerdo o se tenga una predilección por uno u otro método; se trata de que la institución provea una amplia oferta dentro de la cual las personas puedan elegir, a partir de una información completa e imparcial.

b. Promoción

Las estrategias utilizadas para la promoción del condón femenino también fueron exitosas, en su conjunto. Es decir, efectivamente se hace necesario contar con diversas estrategias, de manera tal que las personas reciban la información por distintas fuentes.

Tabla 1

Fuentes de información sobre la dispensación de los condones femeninos

FUENTE DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA	%
Información colocada en el centro de salud	430	36,6
Enfermera	428	36,5
Médico(a)	259	22,1
Amiga	106	9
Brochure	98	8,3
ATAPs	78	6,6
Vecina	49	4,2
ONG	26	2,2
Radio o TV	5	0,4
Pareja	2	0,2

Nota: el total de personas que respondió a esta pregunta fue de 1174.

La Tabla 1 muestra que las dos estrategias más exitosas en términos de promoción fueron la utilización de material informativo y promocional en los centros de salud y la información brindada por el personal de enfermería.

El éxito del material colocado en los centros de salud podría deberse a que, cuando se diseñó la Estrategia de Promoción, mencionada anteriormente, se pensó muy bien cómo diseñar materiales atractivos, que no se perdieran entre la gran cantidad de materiales que usualmente hay colocados en un servicio de salud.

En cuanto al personal de enfermería, ya desde el Estudio de Aceptabilidad se había identificado las enormes oportunidades que tienen para establecer un contacto con las usuarias en un espacio de confianza. Las mujeres identifican que el personal de enfermería, el cual en muchos de los servicios está en su mayoría conformado por mujeres, es un personal de salud con el que pueden conversar de estos temas en confianza y de manera segura.

Sin embargo, el personal médico también ocupó un lugar importante en la promoción. Es decir, la oportunidad de la consulta médica es precisamente eso, una oportunidad, que no puede ser desaprovechada para brindar información sobre los métodos anticonceptivos y de protección, de manera tal que las mujeres puedan decidir cuál prefieren utilizar.

c. Disponibilidad y dispensación

i. Modelos de dispensación: diversas prácticas y escenarios

Tal como se comentó en la sección de metodología, al iniciar el pilotaje se definieron modelos de dispensación y reabastecimiento, según el punto de entrada de la usuaria, según fuera por medio una cita médica, a través de enfermería, en una visita domiciliar o en el ámbito comunitario a través de una ONG. Sin embargo, en la práctica, conforme se fue implementando el pilotaje hubo cambios y se dieron distintas prácticas que vale la pena analizar porque hablan de oportunidades y resistencias a ser tomadas en cuenta en una posible incorporación del condón femenino a nivel nacional.

A continuación se comentan las particularidades de cada Área de Salud y lo desarrollado en el espacio comunitario:

- **Área de Salud de Upala:** Al inicio del pilotaje hubo disposición de la Dirección del Área de Salud para que la dispensación de los condones no requiriera receta médica, sino que se diseñó una boleta específica; y cualquiera funcionario(a) de salud que dispensara condones, ya fuera médico(a), enfermera(o) o técnico(a) de atención primaria, podía firmar la boleta y con ella la mujer podía ir a farmacia a retirar los condones. Sin embargo, en el transcurso del Pilotaje hubo algunas resistencias por parte de farmacia ante el hecho de que cualquier personal firmara esta boleta, de manera tal que se solicitó que viniera firmada por un(a) médico(a), aunque no necesariamente implicaba pasar por cita médica.

Además, en Upala particularmente por las grandes distancias que existen entre las comunidades y las sedes de EBAIS y puestos de salud, era clave para garantizar el acceso de las mujeres a los condones femeninos que no fuese necesario ir a farmacia del Área de Salud o del EBAIS correspondiente a retirarlos, por lo que se logró que los condones se dispensaran por diversas vías: por farmacia (del Área de Salud o de cada EBAIS), por entrega directa del personal de enfermería o de las(os) técnicas(os) de atención primaria, a partir de una reserva de condones femeninos que cada EBAIS manejaba para su dispensación. Este fue uno de los grandes logros pues efectivamente, aunque fue difícil y hubo algunas resistencias en términos de garantizar por parte de Farmacia el control y registro de los insumos, se lograron habilitar vías alternativas de dispensación que garantizaran un mayor acceso por parte de las mujeres a los condones. La Boleta de Control de Dispensación en todo caso siempre permitió llevar ese control y registro necesario.

De la misma forma se realizó un acuerdo entre la ONG CENDEROS y en Área de Salud de Upala, para que las promotoras pudieran retirar en las sedes de EBAIS, de forma sistemática, una reserva de condones femeninos para dispensarlos en sus comunidades, desde sus casas. Esta alianza permitió que las promotoras tuvieran comunicación directa con las y los coordinadores de EBAIS, lo cual ayudó a mejorar el acceso a los condones femeninos por parte de las mujeres de los diferentes sectores de Upala.

- **Área de Salud de Goicoechea:** en esta Área desde el inicio del pilotaje se manifestó que no era posible utilizar otra boleta para la dispensación de los condones femeninos, sino que se utilizaría la receta médica, aunque con algunas variaciones para mejorar el acceso de las mujeres a los condones femeninos. Esto principalmente tenía que ver con que en esta Área de Salud el registro se llevaba directamente en el Sistema Integrado de Farmacia (SIFA), para lo cual se interpretó que se requería necesariamente la receta médica como comprobante válido; aun cuando los condones no eran estrictamente

un insumo en inventario de la CCSS, pues los condones utilizados durante el pilotaje fueron donados a la CCSS por el UNFPA.

Además inicialmente se había planteado que ya que las distancias entre las sedes de EBAIS y la farmacia del Área de Salud (o la farmacia misma del EBAIS si es que contaba con ella) no son grandes, todas las usuarias tendrían que llegar a recoger los condones a dicha farmacia, como lo hacen con el resto de medicamentos. Sin embargo, conforme avanzó el pilotaje se modificó esta disposición y se logró que cada EBAIS pudiera tener condones femeninos y todo el personal de salud pudiese dispensar directamente los condones. La Boleta de Control de Dispensación se utilizó en todo momento para llevar el registro respectivo.

- **Espacio comunitario- CENDEROS:** en el caso del espacio comunitario en Upala, el Área de Salud de Upala entregaba regularmente a la organización CENDEROS una cantidad determinada de condones femeninos, los cuales a su vez, eran distribuidos entre las 8 promotoras comunitarias participantes en el Pilotaje, y dejando algunos también en la sede central de CENDEROS en Upala centro. Estas promotoras comunitarias provenían de distintas comunidades de Upala (La Victoria, San Antonio, México, El Coral, La Cruz de Delicias, Fátima, San José, Upala centro y Villa Hermosa), lo cual permitió que mujeres de distintas zonas, algunas a una distancia de hasta 2 horas en vehículo del centro de Upala pudiesen tener acceso a los condones.

Esta estrategia de dispensación representa varias ventajas a tomar en cuenta:

- En términos geográficos, para las mujeres de comunidades más aisladas era mucho más sencillo ir a abastecerse de condones femeninos donde su vecina que tener que movilizarse mucho hasta llegar al EBAIS o puesto de salud.
- Las mujeres sienten mayor confianza de ir a solicitar información y condones donde una vecina, es decir entre pares, que asistir a un centro de salud y solicitarlos al personal de salud. Esto coincide con diversa evidencia nacional e internacional que apunta hacia la importancia de establecer estrategias de distribución de condones masculinos y femeninos entre pares, particularmente para poblaciones clave y con mayor vulnerabilidad, para quienes los servicios de salud presentan muchas barreras de acceso (ver recopilación de Buenas Prácticas que aparece en la Estrategia de Acceso Universal a Condones, CCSS-UNFPA, 2013). En algunas comunidades donde la promotora comunitaria vivía cerca del puesto de salud, el EBAIS reportaba que pocas mujeres estaban solicitando condones pero la promotora comunitaria reportaba más mujeres. Es decir, el factor de preferencia no era la distancia sino la confianza.
- Este espacio permite mayor intimidad para realizar la consejería y posibilita profundizar más en ella, en un contexto mucho más familiar y cotidiano.
- Finalmente, para el caso de Upala, este espacio permitió que mujeres migrantes no aseguradas tuvieran acceso al condón femenino pues en

el pilotaje se definió que no se establecería como requisito contar con el seguro social. Para esta población el espacio natural de dispensación sería el comunitario pues al no contar con el seguro social era menos probable que se acercara a los centros de salud. Sin embargo, esta posibilidad sí fue muy importante para estas mujeres pues generalmente no utilizaban ningún método anticonceptivo pues el no tener un seguro social les establece un impedimento para acceder a ellos en los servicios de salud de la CCSS.

La Tabla 2 muestra que el escenario en el cual se dispensaron condones femeninos, en mayor proporción fue el centro de salud, correspondiente a un 78,4%.

Tabla 2

Espacios donde se dispensaron los condones femeninos

ESPACIO	FRECUENCIA	%
Centro de Salud	1039	78,4
Comunitario/ATAP	198	14,9
Comunitario/CENDEROS	83	6,3
No responde	5	0,4
Total	1325	100

Al analizarlo según Área de Salud, como lo muestra la Tabla 3, en ambas el escenario donde existió mayor dispensación fue el centro de salud, ambas por encima del 75%.

Ahora bien, en cuanto a la participación de las y los ATAPs, Goicoechea presenta mayor dispensación en este escenario, lo cual puede deberse a que en Goicoechea esta fue la única posibilidad de dispensar en el espacio comunitario, pues Upala contó con promotoras comunitarias. De hecho, si se suma lo dispensado por las y los ATAPs más lo dispensado por las promotoras comunitarias, en el caso de Upala, supera a Goicoechea pues alcanza un 24,1%. Esto puede indicar una mayor efectividad para asegurar el acceso a los condones femeninos al habilitar espacios de dispensación comunitarios.

Tabla 3

Espacios donde se dispensaron los condones femeninos, según Área de Salud

	CENTRO DE SALUD	COMUNIDAD/ ATAPS	COMUNIDAD/ CENDEROS	NR	TOTAL
Upala	75,7%	8,1%	8,1%	0.2%	100%
Goicoechea	80,2%	19,3%	19,3%	0.5%	100%

Vale la pena destacar que, los datos confirman que los(as) Técnicos(as) de Atención Primaria constituyen un puente muy interesante y estratégico entre el espacio de los servicios y el espacio comunitario; siendo posibles para ellas y ellos sacar ventaja de algunas de las oportunidades que tienen al acercarse a las comunidades, para garantizar el acceso a los condones femeninos.

Ahora bien, retomando el análisis de la predominancia del centro de salud como espacio de dispensación, esto puede deberse a varias razones:

- a. En primer lugar, ha sido el espacio donde hasta ahora ha estado concentrada la dispensación de condones masculinos por parte de la CCSS, por lo que es natural que continúe siendo el más predominante pues es al que la población está más acostumbrada, y por lo tanto, no requiere gran inversión de tiempo ni recursos en promoverlo o legitimarlo como espacio de dispensación de condones. Para las personas en Costa Rica lo habitual ha sido que si se desean condones en la CCSS hay que ir a un centro de salud a solicitarlo; y más aún, hay que hacerlo a través de una cita médica.
- b. Los otros espacios son novedosos pues no han sido espacios que la CCSS haya utilizado anteriormente para la dispensación de condones masculinos, que son los que hasta ahora han estado en la oferta de esta institución; particularmente el espacio habilitado en Upala con la participación de promotoras comunitarias, el cual es más novedoso aún. Esto significa que toma tiempo y esfuerzo dar a conocer y promover que estos espacios son también legítimos y válidos. Es necesario vencer las resistencias tanto de las personas usuarias como del mismo personal de salud.

Las Figuras 7 y 8 muestran los datos de dispensación en los diferentes escenarios, en cada Área de Salud, durante el tiempo de ejecución del Pilotaje. Si bien es cierto hacen falta más datos para explicar completamente los patrones que muestran las figuras, sí es posible extraer algunos resultados interesantes.

Por una parte, es posible observar en la Figura 7, para el caso de Upala como la dispensación en el ámbito comunitario presenta un pico muy marcado en el mes de inicio del componente de dispensación del pilotaje, es decir en noviembre del 2013 y por el resto del año se estabilizó. Esto probablemente se debe a que en el inicio del pilotaje se distribuyeron condones a más mujeres pues se estaba dando a conocer el método y promoviendo que las mujeres que quisieran lo probaran; y eso provoca un pico debido a la curiosidad de mujeres usuarias. Ya luego se estabilizó la distribución entre la cantidad de mujeres que realmente estaban interesadas en continuar utilizándolo.

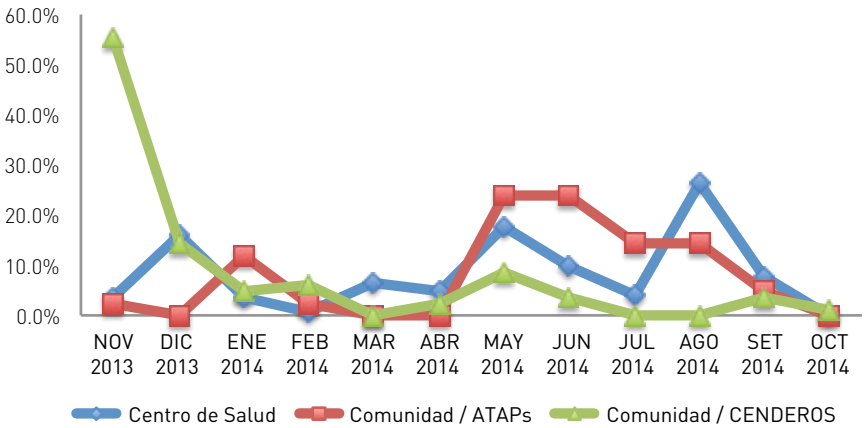


Figura 7. Dispensación de condones femeninos en los diferentes escenarios, durante la duración del Pilotaje en el Área de Salud de Upala

En las Figuras 7 y 8 se notan también cambios importantes en el tiempo en la distribución en el escenario comunitario por parte de las y los ATAPs. En ambas Áreas se nota que luego de los primeros 6 meses hubo un repunte de este escenario, lo cual podría deberse a que conforme pasó el tiempo, tal como se mencionó anteriormente, se fue afianzando la posibilidad de que también las y los técnicos(os) de atención primaria pudiesen dispensar directamente los condones femeninos durante sus visitas domiciliarias, sin necesidad de que las mujeres fuesen al centro de salud.

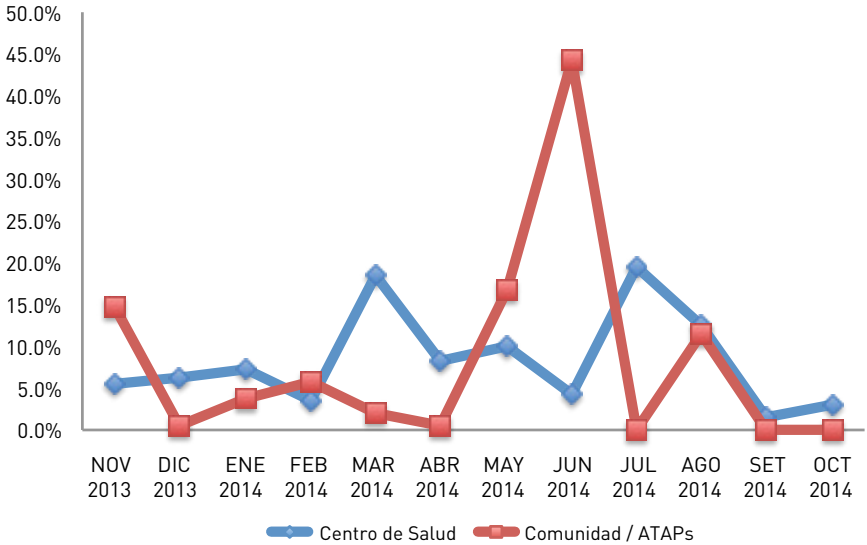


Figura 8. Dispensación de condones femeninos en los diferentes escenarios, durante la duración del Pilotaje en el Área de Salud de Goicoechea

La Tabla 4 es consistente con todo lo planteado anteriormente, en el tanto las y los funcionarias(os) que en mayor proporción dispensaron condones femeninos fueron el personal de enfermería y de medicina, que se encuentran en los servicios de salud, seguidos(as) por el personal técnico de atención primaria y las promotoras comunitarias.

Sin embargo, llama la atención que en el personal que se encuentra en los servicios de salud hubo mayor dispensación por parte del personal de enfermería, recalcando una vez más su importancia y su rol clave, tanto por su disposición y motivación para este tipo de procesos como por las posibilidades que el servicio les ofrece para hacer este tipo de intervenciones.

Tabla 4

Funcionario(a) que dispensó los condones femeninos

FUNCIONARIO (A)	FRECUENCIA	%
Enfermero(a)/Auxiliar de Enfermería	612	46,2
Médico(a)	443	33,4
ATAP	173	13,1
Promotora comunitaria	83	6,3
NR	14	1,1
Total	1325	100

ii. Perfil de usuarias

Uno de los principales intereses del Pilotaje era identificar un perfil de las usuarias de los condones femeninos, pues este es un dato muy relevante para la CCSS en una posible incorporación de este método en la oferta nacional.

Así pues, a continuación se presentan los principales resultados obtenidos al respecto.

La Tabla 5 muestra que, si bien es cierto entre las mujeres que solicitaron al menos una vez condones femeninos había mujeres de todas las edades (desde los 15 hasta más de 75 años), la mayor concentración se encuentra en el rango entre 20 y 34 años. De hecho, el promedio de edad de las mujeres que solicitaron al menos una vez condones femeninos es 32,96 años.



Tabla 5

Edad de las mujeres que solicitaron al menos una vez condones femeninos

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	%
15-19 años	98	8,4
20-24 años	209	17,8
25-29 años	227	19,3
30-34 años	213	18,1
35-39 años	135	11,5
40-44 años	86	7,3
45-49 años	60	5,1
50-54 años	56	4,8
55-59 años	24	2,0
60-64 años	19	1,6
65-69 años	14	1,2
70-74 años	12	1,0
Más de 75 años	7	0,6
Total	1325	100

Como se observa en la Tabla 6, la distribución de las edades no cambia sustancialmente cuando se analiza la edad de las mujeres según sean quienes solicitaron por primera vez condones y quienes sí solicitaron reabastecimiento, que serían las usuarias más regulares.



Tabla 6

Edad de las mujeres según tipo de dispensación

RANGO DE EDAD	INICIAL %	REABASTECIMIENTO %
15-19 años	6,0	6,3
20-24 años	16,1	17,5
25-29 años	17,4	22,2
30-34 años	17,3	21,7
35-39 años	13,1	12,7
40-44 años	8,3	6,3
45-49 años	5,6	5,3
50-54 años	4,1	4,2
55-59 años	3,2	2,6
60-64 años	2,3	0,5
65-69 años	1,1	0,0
70-74 años	0,9	0,0
Más de 75 años	4,5	0,5
Total	100	100

Con respecto al estado civil de las mujeres que utilizaron condones femeninos durante el pilotaje, no se presenta ningún dato relevante pues existe una amplia variabilidad, aunque la mayor concentración se encuentra entre mujeres casadas (32%), en unión libre (28,9%) y solteras (28,4%). También divorciadas (5,1%) y viudas (1,4%) los utilizaron.

Vale destacar a partir de los datos existentes que el hecho de que mujeres casadas y en unión libre, las cuales uno podría asumir que tienen una pareja estable, utilicen los condones femeninos es buena señal en el sentido de que se pudo trabajar el mito de que en una relación estable no se pueden o deben utilizar condones pues es signo de desconfianza o infidelidad.

Estos datos se complementarán interesantemente cuando, más adelante, en la sección sobre perfil de uso se aborde el tema de uso de métodos anticonceptivos.

Cabe señalar que, más que el dato sobre el estado civil en el futuro sería mucho más estratégico consultar sobre si se tiene pareja estable o no, pues ese dato sí es muy relevante para el perfil de usuarias.

El otro aspecto que permite tener mayor claridad sobre el o los perfiles de usuarias es el número de hijos(as) reportados(as) por las mujeres que solicitaron por primera vez condones femeninos.

Tal como se muestra en la Tabla 7, la mayor parte de las mujeres tenía entre 0 y 2 hijos, siendo el promedio 1,76, lo cual concuerda con la tasa de fecundidad a nivel nacional que es de 1,80 (Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (ENSSR), 2010).

Esto indica que, tal como está ocurriendo a nivel nacional las mujeres y sus parejas en Costa Rica cada vez más controlan su natalidad, para lo cual echan mano de los métodos anticonceptivos disponibles, y en ese sentido es importante la ampliación y modernización de la oferta anticonceptiva del país. Este tema se ampliará en la siguiente sección de Perfil de Uso.

Tabla 7

Número de hijos(as) de las mujeres que solicitaron condones femeninos

NÚMERO DE HIJOS (AS)	FRECUENCIA	%
0	273	23,3
1	312	26,6
2	283	24,1
3	169	14,4
4	76	6,5
5	30	2,6
6	16	1,4
7	5	0,4
8	3	0,3
9	3	0,3
10	1	0,1
11	3	0,3
Total	1174	100

Finalmente, en cuanto al perfil de las usuarias, vale la pena destacar que el 32,5% de ellas conocía el condón femenino antes del pilotaje, lo más probable es que fueran mujeres que habían participado del Estudio de Aceptabilidad; al igual que el 5% que reportó que había utilizado condones femeninos anteriormente.

Esto también refuerza los resultados del Estudio de Aceptabilidad en el sentido de que su experiencia fue positiva y por lo tanto se acercaron nuevamente para utilizar el método.

iii. Perfil de uso

Durante el pilotaje 1325 mujeres demandaron los condones femeninos en los diferentes espacios habilitados. De ellas, un 14.5% al solicitar al menos un reabastecimiento mostró un uso más regular; en contraposición con aquellas mujeres que solamente recibieron la primera cantidad de condones pero probablemente no les gustó ni interesó y por lo tanto no solicitaron más (no solicitaron reabastecimiento) (ver Tabla 8).

Las usuarias regulares del condón femenino durante este pilotaje representan el 0,75% de las mujeres en edad reproductiva en Upala y el 0,71% de las de Goicoechea.

Tabla 8

Cantidad de mujeres según tipo de dispensación

TIPO DE DISPENSACIÓN				
ÁREA DE SALUD	NR	INICIAL	REABASTECIMIENTO	TOTAL
Upala	1	425	92	518
	(11.1%)	(37.8%)	(47.9%)	(39.1%)
Goicoechea	8	699	100	807
	(88.9%)	(62.2%)	(52.1%)	(60.9%)
Total	9	1124	192	1325
	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)

Si se compara el uso del condón femenino en esta muestra en particular, con el uso del condón masculino reportado en la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva del año 2010 (ver Tabla 9), el uso del condón femenino reportado en este pilotaje es mucho mayor que el reportado a nivel nacional en el 2010 en relación con el condón masculino. Igualmente supera a varios de los otros métodos de protección. Es decir, que si los resultados del pilotaje se extrapolaran a la población nacional de mujeres en edad reproductiva, es probable que su uso supere el del condón masculino, como método de protección dual equivalente en propiedades y alcance; y superaría además a otros métodos anticonceptivos que son menos preferidos y usados por las mujeres.

Tabla 9

Porcentaje de mujeres en unión usando cada método anticonceptivo

MUJERES DE 15 A 49 AÑOS					
Método	EFS-86	EFS-92	ENSR-99	ENSR-09	ENSSR-10
	(N=2097)	(N=2191)	(N=667)	(N=708)	(N=537)
TOTAL USANDO	69,0	75,0	80,0	81,1	82,2
Modernos					
Orales	19,2	18,0	25,6	24,7	21,3
DIU	7,4	8,7	6,9	2,8	3,4
Inyectables	1,2	1,0	5,9	8,1	9,5
Norplant	-	-	-	0,1	0,3
Esterilización					
Esterilización femenina	16,7	19,7	21,4	28,3	30,0
Esterilización masculina	0,5	1,3	0,5	4,7	5,9
Barrera					
Condón masculino	12,9	15,7	10,9	7,7	9,0
Condón Femenino	-	-	-	-	0,5
Tradicional					
Retiro	3,1	3,3	1,8	0,7	1,8
Ritmo	7,6	6,9	6,0	2,1	1,0
Billings	-	0,1	0,5	1,1	0,4
Otros	0,1	0,1	-	0,7	0,1
Tipo de método					
Esterilización	17,0	21,0	22,0	35,0	35,0
Moderno	28,0	28,0	38,0	33,0	34,0
Barrera	13,0	16,0	11,0	7,0	9,0
Tradicional	11,0	10,0	9,0	4,0	3,0

Nota. Tabla tomada del Informe General de Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2010, p. 20

Además, al analizar los datos mostrados en la Tabla 10 se revela que un porcentaje importante de mujeres (31,9%) no utilizaba ningún método anticonceptivo al momento de solicitar por primera vez condones femeninos.

No se cuenta con información precisa sobre por qué estas mujeres no estaban utilizando ningún método anticonceptivo en ese momento pero hay varios análisis que pueden hacerse. La mayoría de las mujeres que no estaban usando ningún método (30,7%) no tenían ningún hijo(a), seguidas por quienes tenían 1 hijo(a) (23,5%) y 2 hijos(as) (18,4%) y así sucesivamente, conforme aumenta el número de hijos(as) disminuye el porcentaje de mujeres que no estaban usando ningún método. De primera impresión, ante estos datos podría pensarse que no estaban

usando ningún método anticonceptivo porque querían quedar embarazadas, lo cual coincidiría con el número de hijos(as). Pero no tiene sentido que si querían quedar embarazadas solicitaran condones femeninos.

Además, podría haberse esperado que el porcentaje de mujeres que no estaban utilizando ningún método anticonceptivo fuese mayor en Upala, donde por la existencia de una cantidad importante de mujeres migrantes no aseguradas, hubiese sido esperable y comprensible pues no tienen acceso a métodos anticonceptivos de la CCSS. Sin embargo, este porcentaje fue significativamente mayor en Goicoechea, donde todas las mujeres tenían seguro social y podían haber optado desde tiempo atrás a alguno otro de los métodos anticonceptivos y de protección ofrecidos por la CCSS.

Este es un dato de gran relevancia pues indica que probablemente estas mujeres no habían encontrado en el resto de la oferta de la CCSS un método que les satisficiera y por ello, al llegar el condón femenino, quisieron conocerlo y explorarlo.

Tabla 10

Método anticonceptivo utilizado por las mujeres al momento de solicitar por primera vez el condón femenino

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	UPALA %	GOICOECHEA %	TOTAL %
No usa	20,9	37,7	31,9
Pastillas anticonceptivas	39,2	20,9	27,2
Inyección 3 meses	16,0	7,3	10,3
Inyección 1 mes	1,5	3,5	2,8
Norplant	0,7	0,0	0,3
DIU/T Cobre	1,0	5,5	3,9
Billings	0,5	0,5	0,5
Ritmo	10	4,2	3,1
Retiro	1,5	1,7	1,6
Métodos vagianles (espumas, cremas, óvulos, diafragma)	0,2	0,3	0,3
Esterilización femenina	4,2	8,5	7,0
Vasectomía	0,2	1,3	0,9
Condón masculino	22,9	18,5	20,0
Condón femenino	4,2	2,2	2,9

El segundo método más utilizado por las mujeres al momento de solicitar por primera vez los condones femeninos fueron las pastillas anticonceptivas (27,9%), por lo que resulta interesante que se hayan acercado a solicitar un método como condones femeninos pues podría deberse a que estaban buscando un método de protección de ITS o VIH, ya que estaban utilizando un método anticonceptivo.

Sería interesante en una experiencia futura, y como parte de precisar el perfil de uso para este método, si al utilizar los condones femeninos luego se abandona el uso del otro método o permanece.

Niveles de consumo

Una de las principales preguntas que este Pilotaje pretendía responder es la de ¿cuántos condones consume en promedio una usuaria regular de este método? Pues esta información es sumamente relevante para la posible incorporación de este método en la oferta nacional, ya que está directamente relacionado con las compras que se requerirían a nivel institucional, su planificación y presupuestación asociadas.

En este sentido, vale la pena aclarar que se dieron prácticas diversas en cuanto a la cantidad de condones que se la entregaban a una mujer que solicitaba.

En el Área de Salud de Goicoechea se acordó que en la primera entrega se dispensarían 10 condones y en el reabastecimiento 20 condones femeninos.

En el Área de Salud de Upala, por su parte, se acordó que se entregaría lo que la mujer solicitara. Es decir, ella debía indicar la cantidad que estimaba necesitaría para el mes. La sugerencia técnica fue que no se dispensaran menos de 5 condones, pues la experiencia desde el Estudio de Aceptabilidad indicó que usualmente se requieren de algunos para aprender a colocarlos.

Sin embargo, algunos(as) funcionarios(as) de salud en Upala también tomaron decisiones en cuanto a la cantidad de condones por dispensar; no siempre se solicitó a la mujer definir una cantidad.

En el caso de las promotoras comunitarias de Upala se acordó dispensar 10 condones cada ocasión, aunque luego se flexibilizó a entregar más condones femeninos si la mujer lo requería.

Además, en el caso de Upala, tanto en los servicios de salud como en el espacio comunitario, se decidió que dado que las distancias entre las comunidades y los puestos donde las mujeres podían acceder a los condones en ocasiones eran muy grandes, si era necesario se le dispensaría a la mujer la cantidad de condones necesaria para 3 o hasta 6 meses.

Los datos registrados muestran que la cantidad promedio de condones dispensados fue de 13,60 (con una desviación estándar de 12,75). Lo más común, es decir la moda, fue dispensar 10 condones.

La Tabla 11 muestra las cantidades dispensadas en cada Área de Salud y se notan diferencias importantes. Particularmente en el hecho de que como se mencionó anteriormente hubo prácticas diferenciadas y no siempre éstas siguieron los criterios técnicos al respecto.

Tabla 11

Cantidad de condones dispensados según Área de Salud

CANTIDAD DE CONDONES DISPENSADA	UPALA %	GOICOECHEA %	TOTAL %
1-5	10	42,8	29,9
6-10	36,7	39,7	38,5
11-15	3,1	2,1	2,5
16-20	23,7	8,1	14,2
21-30	22,2	1,6	9,7
31-50	0,8	3,1	2,2
51-70	3,1	2,5	2,7
71-90	0,0	0,1	0,1
91-120	0,4	0,0	0,2
Total	100	100	100

Por ejemplo, en el Área de Salud de Goicoechea se nota que la mayoría de las mujeres recibió 10 condones o menos; incluso un porcentaje muy importante (42,8%) recibió 5 condones o menos, para un mes, lo cual es una cantidad muy deficiente tomando en cuenta varios factores.

En primer lugar, según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2010) cuando se consultó por el promedio de relaciones sexuales con penetración vaginal al mes, la moda fue 4. Es decir, que siguiendo este parámetro, 5 condones femeninos no da un margen suficiente para aquellas personas con mayor frecuencia de relaciones sexuales.

Por otra parte, 5 condones femeninos no da espacio a que la mujer practique y explore, sobre todo en cuanto a la colocación del método. El Estudio de

Aceptabilidad demostró claramente que una mujer requiere al menos 4 veces para dominar la colocación del condón femenino, por lo que en una primera dispensación debieron haberse entregado al menos 10 condones, suponiendo que 4 fueran utilizados para ensayar su colocación. Sin embargo, algunos(as) funcionarios(as) de salud, desde una lógica de cuidado de los insumos de la institución, a pesar de que se trataba de una donación para esta experiencia en particular, no dispensaban más de 5 condones femeninos la primera vez, argumentando que antes de dispensar más condones deberían de asegurarse de que a la mujer usuaria le guste el dispositivo y vaya a utilizarlo regularmente.

En el caso de Upala, el mayor porcentaje corresponde al rango entre 6 y 10 condones (36,7%), seguido de los rangos comprendidos entre 16 y 30 condones (45.9%).

En definitiva, y aunque no existe un estándar internacional sobre la cantidad recomendada de condones femeninos a dispensar por mes, como sí existe en el caso de los condones masculinos (el estándar internacional recomienda 12 condones por mes), es necesario definir un criterio técnico a nivel nacional al respecto, para lo cual se cuenta con evidencia suficiente.

Finalmente, en términos de la demanda de los condones femeninos durante el Pilotaje, la Figura 9 muestra, tal como era de esperarse, que durante los primeros meses del pilotaje la dispensación estuvo concentrada en mujeres a las que por primera vez se les distribuyó una cantidad de condones femeninos para que las conociera, explorara y probara. Conforme fue avanzando el pilotaje aumentó la distribución de condones a mujeres que llegaban para reabastecerse.

Ahora bien, eso no significa que se detuvo la dispensación de condones a usuarias nuevas por primera vez, durante todo el tiempo de desarrollo del pilotaje; por lo que, aún en los últimos meses del pilotaje se dispensaron condones por primera vez a algunas mujeres (de hecho en agosto hubo un pico importante de este tipo de dispensación). Esto quiere decir que las mujeres que recibieron condones por primera vez entre julio, agosto y setiembre, probablemente, de haber continuado el pilotaje hubiesen solicitado un reabastecimiento durante noviembre o diciembre y esto, por supuesto no está registrado en los datos disponibles pero podría hacernos pensar que el porcentaje de mujeres que incorporan el uso del condón femenino de forma más regular podría ser mayor.

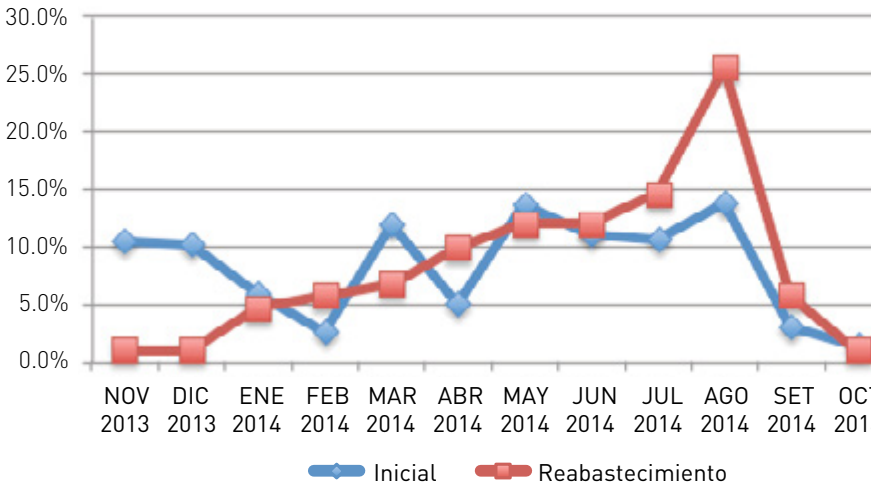


Figura 9. Dispensación de condones femeninos durante el tiempo de ejecución del Pilotaje.

Es de esperar que, si el pilotaje hubiese tenido una duración mayor, o bien si la experiencia se extiende, el tiempo permitiría que el método sea más conocido y que las mujeres y sus parejas tengan mayores posibilidades de explorar su uso, y probablemente esto hará que al constituirse en una opción real para las mujeres y sus parejas, podría consolidarse o incluso aumentar el porcentaje de usuarias regulares.

d. Monitoreo y evaluación

El Pilotaje en sí mismo, y en todos sus componentes, implicaba desafíos importantes para los servicios de salud pues justamente intentaba innovar y poner a prueba otras formas de hacer las cosas; en este caso, vías alternativas de dispensar los condones femeninos e incluso los masculinos.

En tanto cambio, generó resistencias en alguna parte del personal de salud que siempre tendía a hacer las cosas de la forma en la que estaban habituados(as) y el componente de Monitoreo y Evaluación no fue la excepción.

En relación con este componente, de previo al arranque del Pilotaje se dieron múltiples discusiones y negociaciones para definir cuál información se registraba y sistematizaba y finalmente se construyeron instrumentos que fueran lo más sencillos posibles, para que afectaran lo menos posible los servicios y las funciones del personal de salud.

Sin embargo, de igual manera durante el proceso fue necesario trabajar y recalcar la importancia de la recopilación de esta información, pues sin ella no podría haberse realizado el análisis que el presente informe desarrolla. Pero no fue sencillo, hubo que trabajar sobre diversas resistencias y complejidades que también son comprensibles en los servicios, es decir, los instrumentos del Pilotaje eran unos más en medio de muchos otros formularios e instrumentos que el personal de salud debe completar durante sus funciones diarias.

Por esta razón el componente de monitoreo y evaluación de desarrollo de forma exhaustiva desde el inicio de la implementación de la experiencia piloto, realizando continuas visitas de seguimiento a las dos Áreas de Salud y respectivos puestos de atención en las comunidades de Goicoechea y Upala.



VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A partir de los resultados presentados anteriormente, se extraen las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- El Pilotaje demostró que sí existe una demanda suficiente del condón femenino por parte de la población femenina de las dos localidades involucradas, no habiendo diferencias entre la zona urbana y la zona rural.
- Más aún, el porcentaje de mujeres usuarias regulares del condón femenino es mayor al de otros métodos anticonceptivos y de protección disponibles en el país.
- Esto significa que vale la pena incluir el condón femenino como una opción más dentro de la oferta anticonceptiva nacional, debido a que las mujeres están necesitando de más opciones, pues hay un porcentaje de ellas que no encuentran actualmente una que les satisfaga.
- La evidencia de demanda de los condones femeninos despeja la duda sobre si la inversión necesaria para incorporarlo a la oferta nacional sería costo-efectiva. La respuesta es sí. Además de que la ampliación de la oferta de métodos de protección dual, amplía las posibilidades de prevenir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, lo cual significa ahorros para la CCSS en futuras atenciones a este tipo de situaciones.
- La experiencia de este Pilotaje confirma que la incorporación de este método en la oferta de la CCSS requiere un significativo trabajo en la sensibilización y capacitación del personal de salud, con el fin de reducir al máximo los mitos, prejuicios y resistencias que existen en ellas y ellos. Si no se trabaja seria y sistemáticamente en este aspecto, todo lo demás se pone en riesgo pues, de lo contrario, se tendrán condones pero un personal de salud que no los dispensa por opiniones o creencias personales.
- En este sentido, cabe destacar que la dispensación de los condones femeninos, requiere de un fuerte compromiso por parte de las y los funcionarios en salud, en tanto deben abrir espacios de confianza donde puedan educar, aconsejar y asesorar a las mujeres usuarias, para asegurar un uso correcto y sistemático del dispositivo; lo que implica atender las dudas y consultas que la mujer pueda tener cuando inicia su uso.
- Además de la capacitación, y por tratarse de un método nuevo en el país, que aún es desconocido para muchas personas, también el Pilotaje ha demostrado que es necesario desarrollar procesos de divulgación y promoción, los cuales en una posible incorporación del método a la oferta anticonceptiva nacional tendrían que desarrollarse con mayor fuerza durante un tiempo determinado

y luego, cuando el método sea lo suficientemente conocido por la población y se conozca ampliamente que está disponible en el país, irse reduciendo estos esfuerzos. Como sucede con los otros métodos anticonceptivos y de protección que se sabe de su disponibilidad en la CCSS y por ser conocidos por la población requieren de poca divulgación y promoción, o al menos de otro tipo para fines específicos.

- Las estrategias novedosas de dispensación probadas por el Pilotaje fueron completamente exitosas y en definitiva eliminaron barreras importantes de acceso de las mujeres a los métodos de protección, en este caso el condón femenino. El utilizar diversos servicios brindados por una variedad de funcionarios(as) de salud permitió una amplia gama de posibilidades y vías de entrada para las usuarias. Además, el espacio comunitario resultó ideal para garantizar el acceso real y efectivo, brindado además servicios con calidad y calidez.
- Más aún, las vías de dispensación utilizadas en este Pilotaje no solamente pueden ser utilizadas para el caso del condón femenino, sino que también pueden ser utilizadas para los condones masculinos o aquellos otros métodos anticonceptivos que no requieran de una prescripción y valoración médica.
- Por otra parte, si bien es cierto el Pilotaje permitió identificar un perfil básico de usuaria y de uso, en esta primera experiencia hizo falta información clave para precisar algunos de estos perfiles como:
 - Si la mujer tiene pareja estable o no (es más relevante este dato que el estado civil).
 - Si utiliza el condón femenino exclusivamente o si lo combina con algún otro método anticonceptivo o de protección.
 - Si existen condiciones o situaciones específicas en las cuales las mujeres prefieren la utilización del condón femenino.
 - En el caso de las mujeres no aseguradas, habría que lograr determinar si en caso de tener seguro y tener acceso a toda la oferta de la CCSS, igualmente hubiesen elegido el condón femenino como su método anticonceptivo y de protección o no.
 - Sería ideal registrar el número de dispensaciones de reabastecimiento, para determinar con mayor precisión la regularidad en el uso. Es decir, ahora solo se diferenciaba si se trataba de la dispensación inicial o de reabastecimiento, pero no es lo mismo si es la primera y única vez que una mujer se ha reabastecido de condones, o si una mujer ha solicitado más reabastecimientos en el último año.
 - Es necesario además dar seguimiento en el tiempo, en un plazo mayor, para determinar si se consolida el uso regular, si hay mujeres que dejan de utilizarlo y por qué y si a mayor tiempo de estar disponible, hay mayor demanda por el hecho de que una mayor cantidad de personas lo conocen y saben que pueden acceder a él.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- CCSS-UNFPA (2012). *Estudio de Aceptabilidad del Condón Femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2013). *Estrategia de Acceso Universal a Condones Masculinos y Femeninos*. San José, Costa Rica.

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Diseño Metodológico Resumido de las Capacitaciones a Personal de salud

PLAN DE CAPACITACIÓN CONDÓN FEMENINO PERSONAL DE CENTROS DE SALUD

CAPACITACIÓN GENERAL PARA PERSONAL DE SALUD QUE PARTICIPARÁ INDIRECTAMENTE EN EL PROCESO DE PILOTAJE (Bloque 1 y 2)

Objetivos de la sesión:

1. Brindar conocimientos básicos en torno al uso, ventajas e importancia de introducción en la oferta anticonceptiva nacional del Condón Femenino.
2. Aclarar los detalles de cada uno de los componentes del *Piloteaje del Condón Femenino* según el centro de salud correspondiente.
3. Involucrar a los participantes de forma indirecta en el Proceso de Piloteaje del CF.

BLOQUE	OBJETIVO	EJES TEMATICOS	ACTIVIDAD	DETALLE METODOLÓGICO	MATERIALES REQUERIMIENTOS	TIEMPO	RESPONSABLE
	N/A	N/A	Bienvenida	N/A	N/A	5 mins	Capacitador designado por el UNFFPA
Bloque 1	1. Sensibilizar al personal de salud con respecto a la relevancia de incorporar el condón femenino en la oferta anticonceptiva nacional.	• Incorporación del condón femenino en la oferta nacional	• 1. Introducción: ¿por qué promover la incorporación del condón femenino en la oferta nacional?	- Presentación en Power Point.	- Computadora - Video beam	25 mins	Capacitador designado por el UNFFPA
	1. Caracterizar el Condón Femenino según su utilización, ventajas y desventajas. 2. Discutir los mitos en torno al condón femenino.	• Características del condón femenino: qué es, cómo se utiliza, cuáles son sus ventajas y desventajas. • Mitos sobre el condón femenino.	• Video sobre el condón femenino • Profundización de los elementos del video • Ejercicio de colocación de los condones femeninos	- Presentación Power Point - Video http://www.allaboutcondoms.org	- Computadora - Video beam - Condones femeninos - Modelos anatómicos femeninos	30 mins	Capacitador designado por el UNFFPA
	1. Caracterizar el Condón Masculino según su utilización, ventaja y desventajas. 2. Diferenciar el condón masculino y el condón femenino según sus características.	• Características generales del condón masculino: qué es, cómo se utiliza.	• Video sobre el Condón Masculino. • Profundización de los elementos del video. • Muestra de colocación Condón masculino.	- Presentación Power Point - Video http://www.allaboutcondoms.org	- Computadora - Video beam - Condones masculinos - Modelos anatómicos masculinos	10mins	Capacitador designado por el UNFFPA
	3. Diferenciar el condón femenino del condón masculino.	• Discusión sobre diferencias entre el condón masculino y condón femenino.	• Diferencias entre el Condón Femenino y el Condón Masculino.	- Presentación Power Point.	- Computadora - Video beam	10mins	Capacitador designado por el UNFFPA
	4. Aclarar dudas.		• Preguntas y Comentarios.			15 mins	
		REFRIGERIO	REFRIGERIO	REFRIGERIO	REFRIGERIO	15 mins	REFRIGERIO
Bloque 2	N/A	N/A	Bienvenida	N/A	N/A	5 mins	Capacitador designado por el UNFFPA
	1. Exponer los resultados del Estudio de Aceptabilidad del Condón Femenino.	• Estudio de Aceptabilidad del Condón Femenino	• 1. Presentación de resultados Estudio de Aceptabilidad	- Presentación en Power Point	- Computadora - Video beam	30 mins	Capacitador designado por el UNFFPA
	1. Sensibilizar al personal de Salud en relación al tema de derechos sexuales y reproductivos y el acceso a los condones femeninos.	• Derechos sexuales y reproductivos: Acceso a Condones femeninos.	• 1. Presentación sobre derechos sexuales y reproductivos	- Presentación en Power Point	- Computadora - Video beam	10 mins	Capacitador designado por el UNFFPA
	1. Exponer los componentes del Piloteaje 2. Involucrar a los participantes en el proceso de pilotaje de forma indirecta.	• Estrategia de Promoción • Componentes: Capacitación, Promoción, Disponibilidad y Dispensación, M&E y Ruta de servicios	• 1. Principales elementos del pilotaje	- Presentación en Power Point	- Computadora - Video beam - Materiales de comunicación y promocionales (al menos 1 para cada persona participante)	30 mins	Capacitador designado por el UNFFPA
			• Preguntas y comentarios finales			15 mins	

CAPACITACIÓN A PROFUNDIDAD PARA PERSONAL QUE DARÁ CONSEJERÍA Y SEGUIMIENTO (BLOQUE 1, 2 y 3)

Objetivos de la sesión:

1. Brindar conocimientos básicos en torno al uso, ventajas e importancia de introducción en la oferta anticonceptiva nacional del Condón Femenino.
2. Aclarar los detalles de cada uno de los componentes del *Pilotaje del Condón Femenino* según el centro de salud correspondiente.
3. Involucrar a los participantes de forma directa en el Proceso de Pilotaje del CF.
4. Brindar lineamientos básicos en torno a los principios éticos relacionados con la consejería para la promoción y dispensación de los condones femeninos.

BLOQUE	OBJETIVO	EJES TEMÁTICOS	ACTIVIDAD	DETALLE METODOLÓGICO	MATERIALES/ REQUERIMIENTOS	TIEMPO	RESPONSABLE
	NA	NA	Bienvenida	- NA	- NA	5 mins	Capitador designado por el UNFPA
Bloque 1	1. Sensibilizar al personal de salud con respecto a la relevancia de incorporar el condón femenino en la oferta anticonceptiva nacional.	• Incorporación del condón femenino en la oferta nacional	• Introducción: "#5%! &!(#%\$)S*+#!,-1/05%#5%-0.1/12+05/21/13+)+/./\$1+/-,153+64-1/-0.5/-,5	- Presentación en Power Point.	- Computadora - Video beam	25 mins	Capitador designado por el UNFPA
	1. Caracterizar el Condón Femenino según su utilización, ventaja y desventajas. 2. Discutir los mitos en torno al condón femenino.	• Características del condón femenino: qué es, cómo se utiliza, cuáles son sus ventajas y desventajas. • Mitos sobre el condón femenino.	• Video sobre el condón femenino • Profundización de los elementos del video • Ejercicio de colocación de los condones femeninos	- Presentación Power Point - Video http://www.allaboutcondoms.org/	- Computadora - Video beam - Condones femeninos - Modelos anatómicos femeninos	30 mins	Capitador designado por el UNFPA
	1. Caracterizar el Condón Masculino según su utilización, ventaja y desventajas. 2. Diferenciar el condón masculino y el condón femenino según sus características.	• Características generales del condón masculino: cómo se utiliza, cuáles son sus ventajas y desventajas. •	• Video sobre el Condón Masculino. • Profundización de los elementos del video. • Muestra de colocación Condón masculino.	- Presentación Power Point - Video http://www.allaboutcondoms.org/	- Computadora - Video beam - Condones masculinos - Modelos anatómicos masculinos	10 mins	Capitador designado por el UNFPA
	3. Diferenciar el condón femenino del condón masculino.	• Discusión sobre diferencias entre el condón masculino y condón femenino.	• Diferencias entre el Condón Femenino y el Condón Masculino.	- Presentación Power Point	- Computadora - Video beam	10 mins	
Bloque 2	NA	REFRIGERIO	Bienvenida	REFRIGERIO	REFRIGERIO	15 mins	REFRIGERIO
	1. Exponer los resultados del Estudio de Aceptabilidad del Condón Femenino.	• Estudio de Aceptabilidad del Condón Femenino	• Presentación de resultados Estudio de Aceptabilidad	- Presentación en Power Point	- Computadora - Video beam	30 mins	Capitador designado por el UNFPA
	1. Sensibilizar al personal de Salud en relación al tema de derechos sexuales y reproductivos y el acceso a los condones femeninos. 2. Exponer los componentes del Pilotaje 2. Involucrar a los participantes en el proceso de pilotaje de forma directa.	• Derechos sexuales y reproductivos: Acceso a Condones femeninos. • Estrategia de Promoción de Componentes: Capacitación, Promoción, Disponibilidad y M&E • Ruta de servicios: la participación de cada funcionario	• Presentación sobre derechos sexuales y reproductivos • Principales elementos del pilotaje	- Presentación Power Point • Práctica de sensibilización.	- Computadora - Video beam - Materiales de comunicación y promocionales (al menos 1 para cada persona participante)	10 mins	Capitador designado por el UNFPA
Bloque 3	1. Repaso colocación Condón Femenino	• Profundizar en las características, colocación y otros aspectos importantes para el Pilotaje del CF.	• Práctica detallada de colocación	- Presentación Power Point	- Computadora - Video beam - Condones femeninos - Modelos anatómicos femeninos	30 mins	Capitador designado por el UNFPA
	2. Brindar lineamientos básicos en torno a los principios éticos relacionados con la consejería para la promoción y dispensación de los condones femeninos.	• Principios éticos y consejería en temas de salud sexual y reproductiva.	• Presentación sobre principios éticos y consejería. • Role Playing	- Presentation Power Point - Role Playing	- Computadora - Video beam	40 mins	Capitador designado por el UNFPA
			• Preguntas y comentarios finales			10 mins	

Otros recursos posibles:

http://www.youtube.com/watch?v=tmP0rC28ums&feature=mfu_in_order&list=UL
<http://72.52.227.249/training/>

Anexo 2: Materiales Promocionales

Rotafolio



¿Qué es el condón femenino?

¿Sabías?

El condón femenino es una funda delgada y resistente elaborada de nitrilo sintético (sin látex), que se coloca en la vagina antes de la relación sexual coital. Tiene dos anillos flexibles en cada extremo:

- Un anillo interno que sirve para insertar y colocar el condón dentro de la vagina, y
- Un anillo externo que queda fuera y cubre los genitales externos.

Es de un largo similar al del condón masculino (17 cm), pero es más amplio porque, una vez introducido, recubre las paredes de la vagina y permite que el pene se mueva dentro de la cubierta.

Cuenta con un lubricante a base de silicona en el interior del condón y puede usarse además con otros lubricantes a base de agua o aceite, que se colocan en el condón o en el pene.

El condón femenino da una protección doble, ya que -al igual que el condón masculino- es efectivo para prevenir embarazos no deseados y proteger de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Cuando se utiliza correctamente y en todas las relaciones sexuales, el condón femenino tiene un 95% de efectividad (en comparación con su efectividad en un uso típico que ronda entre el 75 y el 82%). Además los estudios demuestran que se llega a romper menos de un 1% de las veces.



¿Y cómo me lo coloco?



¿Y cómo me lo coloco?

condón

Antes de abrir el empaque se debe:

- Revisar la fecha de vencimiento y que el empaque no esté dañado o roto.
- Frotar con los dedos la parte de afuera del empaque para distribuir bien el lubricante.
- Se recomienda guardar el condón en un sitio fresco.

Para abrir el empaque:

- Seguir la fecha que se encuentra en la esquina superior derecha.
- Abrir el condón con la yema de los dedos. No se debe usar dientes, uñas, tijeras u otros objetos que lo puedan dañar.

No se puede utilizar el condón femenino y el masculino al mismo tiempo, porque el roce de los materiales podría hacer que alguno se rompa.

La mujer puede practicar colocándose el condón a solas antes de usarlo o practicar su colocación con la pareja. Al principio puede resultarle difícil o extraño, pero luego de usarlo dos o tres veces, se sentirá más cómoda y segura con su uso.



Esquema de Colocación

condón femenino



ABRE EL EMPAQUE POR DONDE INDICA LA FECHA



AJUSTA EL ANILLO INTERNO CON LOS DEDOS, PALGAR, ÍNDEX Y MEDIO



SEPARA GENTILMENTE LOS LABIOS DE LA VAGINA E INSERTE EL CONDÓN



EMPUJA EL ANILLO INTERNO HACIA EL FONDO DE LA VAGINA



EL ANILLO EXTERNO DEBE QUEDAR FUERA DE LA VAGINA CUBRIENDO LOS GENITALES EXTERNOS



RETIRA EL CONDÓN Y DESECHALO EN LA BASURA

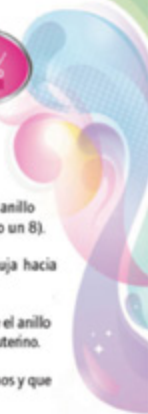
Ilustraciones elaboradas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

ESQUEMA DE COLOCACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO

- 1 La mujer se coloca en una posición cómoda, que puede ser:
 - De pie, con un pie sobre una silla.
 - En cuclillas o sentada, con las rodillas separadas.
 - Acostada, con las piernas dobladas y las rodillas separadas.
- 2 Se debe sostener el condón con el anillo externo colgando hacia abajo y apretar el anillo interno con los dedos pulgar, índice y medio hasta que se junten (como formando un 8).
- 3 Se coloca el aro interno del condón en la entrada del canal vaginal y se empuja hacia adentro con los dedos tanto como sea posible. El condón no debe retorcerse.
- 4 Se introduce el dedo índice o medio en el interior del condón y se empuja suavemente el anillo interno dentro de la vagina. Internamente el condón va a cubrir la vagina y el cuello uterino.
- 5 Debe asegurarse que el anillo externo quede afuera cubriendo los genitales externos y que el pene entre dentro del condón.

Si el anillo externo ingresara en la vagina, el condón debe retirarse y colocarse uno nuevo.

- 6 El condón se retira al finalizar la relación sexual, y antes de ponerse de pie para evitar que se salga su contenido. Se da vuelta al anillo externo, jalando el condón hacia afuera, para mantener el semen en el interior de la funda. Se retira con cuidado y se bota en un basurero.



¿Y por qué yo debería usarlo?

CONDÓN femenino
PORQUE LA DECISIÓN ES MÍA

Porque es un derecho humano de todas las mujeres cuidar su cuerpo y su salud sexual y reproductiva

Algunas de las ventajas de usar el condón femenino son:

- Puede aumentar la independencia de la mujer, ya que es ella quien toma la iniciativa de protegerse a sí misma y a su pareja.
- Tiene mucha lubricación, lo que facilita su colocación y el acto sexual.
- Ofrece una protección eficaz doble, disminuyendo la preocupación por quedar embarazada y adquirir una ITS durante las relaciones sexuales.
- Es una excelente opción para quienes son sensibles o alérgicas al látex. Además es inoloro, lo que lo hace más agradable.
- El material del que está fabricado se adapta a la temperatura corporal, ofreciendo una sensación natural durante las relaciones sexuales.
- No es necesario quitar el condón femenino inmediatamente después de la eyaculación, además que puede colocarse con anterioridad, de modo que no interrumpe la espontaneidad ni la intimidad en el acto sexual.



Porque protegernos también es cuidar de nuestra pareja y nuestra familia

Otras ventajas:

- Tiene beneficios para el hombre, ya que como no aprieta el pene, el anillo interno del condón puede estimular la punta del pene durante las relaciones sexuales, y no es necesario que él mantenga una erección para utilizarlo.
- No tiene efectos secundarios como otros métodos de planificación. Resulta además una opción idónea para cuando la mujer ha olvidado tomarse la pastilla anticonceptiva.

Si bien es cierto, la parte del condón que queda fuera de la vagina puede verse un poco inusual, esto genera una mayor protección frente a ITS para la mujer y su pareja. Conforme se vaya utilizando el condón femenino, aumenta la sensación de comodidad y naturalidad, y ya ni se notará lo que lleva puesto.

El uso del condón femenino permite que las mujeres se protejan y protejan a sus parejas, no es sinónimo de infidelidad o traición, sino un derecho de las mujeres que debe ser discutido en pareja. Conversar sobre sexualidad es un componente fundamental para tener una sexualidad placentera y responsable.

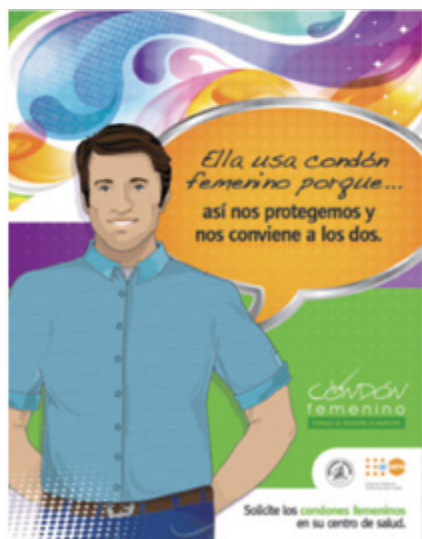
Solicita más información
en tu centro de salud.



Cajita Dispensadora



Afiches





Calcomanías



5. ¿Puede utilizarse el condón femenino y el masculino al mismo tiempo?

No. Debe usarse ambos condones a la misma vez, ya que si no se ven los dos puede hacer que alguno se rompa, perdiendo su efectividad para proteger de un embarazo o infección de transmisión sexual.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

CONDÓN femenino
PORQUE LA DECISIÓN ES NUESTRA

¿Quieres saber por qué usamos condón femenino?

6. ¿El condón femenino puede desacomodarse o saltarse durante la relación sexual?

No, cuando el condón está bien colocado no se desacomoda durante la relación sexual. Lo importante es que te asegures de que al cambiar de posición, el pene está siempre dentro del condón. El condón femenino tampoco se sale si vas al baño o orinas o si estás con la menstruación.

¡Atrevete a usarlo, las mujeres tenemos derecho a cuidarnos!

7. ¿Se puede utilizar más de una vez?

No. El condón femenino debe eliminarse después de cada relación sexual.

8. ¿Y qué tan eficaz es el condón femenino?

Los condones femeninos son tan eficaces como los condones masculinos, tanto para la prevención de infecciones de transmisión sexual como para evitar embarazos no planeados. Deben utilizarse correctamente y en todas las relaciones sexuales, desde el inicio hasta el final.

Usar el condón femenino es tu decisión, es tu derecho protegerte.

¡Solicítalo en tu centro de salud.

1. ¿Qué es el condón femenino?

Es una funda amplia, delgada y resistente, elaborada de un material sintético, que se coloca en la vagina antes de una relación sexual. Tiene dos anillos blandos y flexibles ubicados en cada extremo. El anillo interno sirve para colocar el condón dentro de la vagina y el anillo externo quedará fuera, cubriendo gran parte de los genitales externos.

4. ¿Es fácil de usar?

Aunque te puede dar un poco de temor introducir algo en la vagina, no hay nada que temer. El condón femenino no causa molestias o dolor, tampoco hay riesgo de que se quede adentro de tu vagina. Aunque las primeras veces podría tener alguna dificultad en colocarlo, con la práctica te será más fácil y verás que es muy cómodo. Puedes colocarlo de día, en cualquier momento.

¿Comenzar con el pene dentro del vagina de utilizar este método por el día de tus días?

2. ¿Quiénes lo pueden usar?

Todas las mujeres activas sexualmente. Lo pueden usar las mujeres con varios parejas sexuales, así como las que tienen una sola pareja, novio o esposo. El uso del condón no es una muestra de infidelidad sino de amor, ya que te protege a ella y protege a tu pareja. No se recomienda su uso durante la primera relación sexual.

ESQUEMA DE COLOCACIÓN DEL CONDÓN FEMENINO

3. ¿Qué ventajas tiene el condón femenino?

- De la posibilidad a las mujeres de tomar la decisión sobre su uso y controlar que está bien utilizado, eso te da más seguridad.
- Es el único método, además de los condones masculinos, que te permite a la misma vez evitar un embarazo no deseado y prevenir una infección de transmisión sexual.
- Está elaborado de un material sintético llamado políuretano, por lo que puede ser usado por personas alérgicas al látex.
- Por no estar hecho de látex no tiene el característico de este material. El condón femenino no tiene olor.
- Viene muy lubricado y su material lo hace un condón muy resistente, con pocas probabilidades de que se rompa.
- Puede colocarlo hasta 8 horas antes de la relación sexual.
- Además te lo puedes desde el inicio de la relación sexual y lo retiras hasta finalizar, así que no es necesario hacer pausas para su colocación o retiro.
- Es fácil de usar y no causará ninguna molestia o dolor en los genitales externos ni internos.

Anexo 3: Cuestionario para Mujeres Usuarías

Cuestionario para mujeres participantes

1. **Edad** (en años cumplidos): _____
2. **Número de hijos(as)**: _____
3. **Estado civil**:
() Soltera () Casada () En unión libre () Separada () Divorciada () Viuda
4. **Método anticonceptivo** que usa actualmente (puede marcar **más de 1** opción):
() Pastillas anticonceptivas
() Inyección de 3 meses
() Inyección de 1 mes
() Norplant
() DIU/T de Cobre
() Billings
() Ritmo
() Retiro
() Métodos vaginales como espumas, cremas, óvulos o diafragma
() Esterilización femenina
() Vasectomía
() Condón masculino
() Condón femenino
5. **¿Cómo se enteró** que en este centro de salud se dispensan condones femeninos? (puede marcar **más de 1** opción):
() Información colocada en el centro de salud
() Brochure informativo
() ATAP
() Médico(a)
() Enfermera (o)
() Amiga
() Vecina
() Mi pareja
6. ¿Había usted **conocido** anteriormente un condón femenino?
() Sí () No
7. ¿Había usted **usado** anteriormente un condón femenino?
() Sí () No



**FONDO DE POBLACIÓN DE
LAS NACIONES UNIDAS
UNFPA COSTA RICA**

TEL (506) 2296-1265

WWW.UNFPA.OR.CR

WWW.FACEBOOK.COM/UNFPACR

TWITTER.COM/UNFPACOSTARICA



Fondo de Población
de las Naciones Unidas