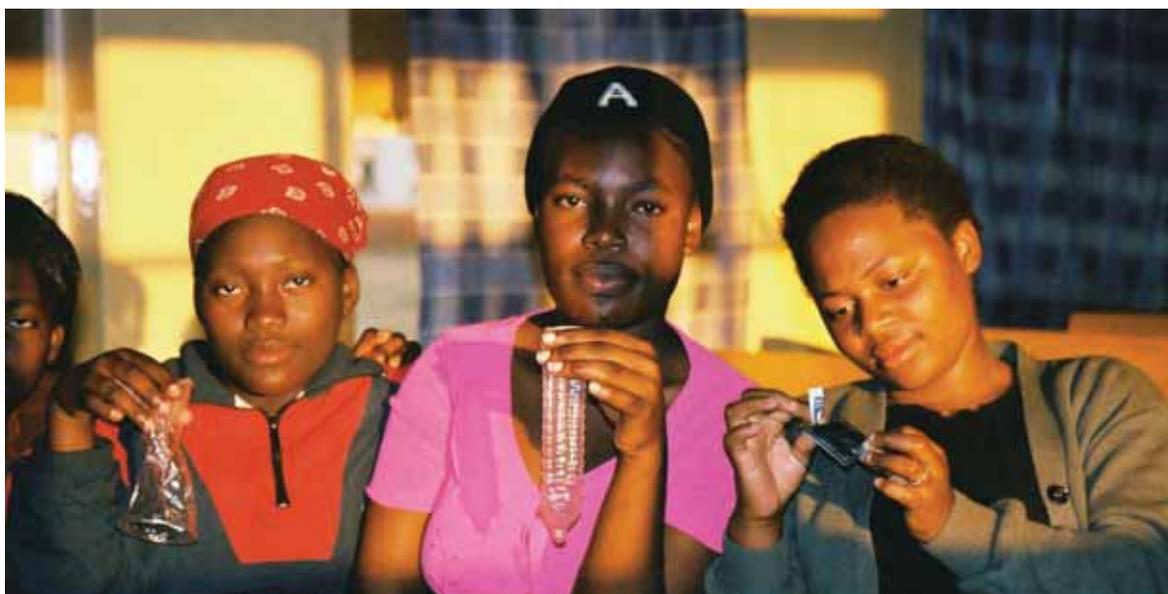




Barreras que impiden el acceso a los condones: Estableciendo una agenda para la incidencia política



Nota Informativa de ICASO para la Incidencia Política



Demostración sobre el uso del condón por parte de educadoras entre pares. Sudáfrica © Students Partnership Worldwide

Las personas que viven con el VIH y aquellos más vulnerables y con mayor riesgo de infectarse con el VIH tienen el derecho de acceder a productos y servicios integrales. Esto incluye enfoques comprobados de prevención tales como la promoción y el uso de los condones. Sin embargo, el fracaso en remover las barreras que determinan si una persona pudiera o no tener acceso y utilizar el condón es uno de los mayores impedimentos para prevenir millones de nuevas infecciones por el VIH.

Una investigación comunitaria en catorce países, apoyada por ICASO, ha generado un análisis de algunas de esas barreras que impiden el acceso a los condones. Resulta evidente, de manera particular, que los gobiernos y donantes alrededor del mundo necesitan comprometer nuevos recursos y promulgar y modificar leyes, políticas y programas que aseguren el acceso y disponibilidad de los condones. Ahora más que nunca se necesita un sector comunitario movilizado que haga incidencia política con el fin de lograr el acceso a los condones.

Contenido:

| | |
|--|----|
| Metodología | 2 |
| La Prevención del VIH y los Condones | 2 |
| Barreras que Impiden el Acceso a los Condones: | 4 |
| 1. Socio-Culturales | 4 |
| 2. Legales y Políticas | 10 |
| 3. Económicas y Financieras | 14 |
| 4. Infraestructurales | 19 |
| Próximos pasos | 24 |

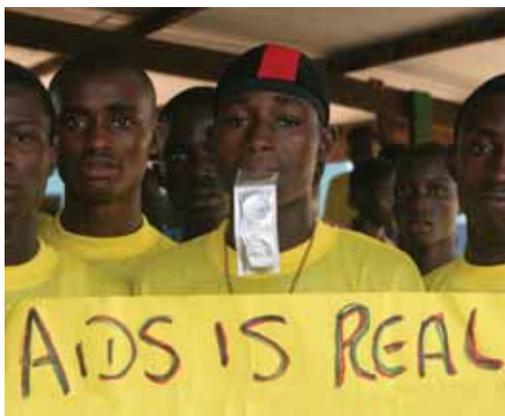
Escrito por: Jenny Drezin, Mary Ann Torres (ICASO) y Kieran Daly (ICASO).

Agradecemos a Franck Derose, Melissa Ditmore, Kate Hawkins, Andrew Hunter, Khadija Moalla, Tim Thomas, Alejandra Trossero, y a muchos otros activistas comunitarios por sus extensos comentarios. También estamos agradecidos del apoyo financiero suministrado por Population Action International (PAI). Los puntos de vistas expresados en esta publicación no representan necesariamente aquellos de PAI o de quienes contribuyeron a la misma.

Foto del encabezado © AIDS Committee of Toronto



Metodología



Educadores entre pares durante un evento del Día Mundial del SIDA en Sierra Leone © Students Partnership Worldwide

Este Informe para la Incidencia Política analiza algunas de las barreras que impiden el acceso a los condones, basado en una investigación comunitaria apoyada por ICASO. La información proviene de un proyecto de monitoreo liderado por las comunidades, realizado entre el 2005 y el 2006, que evaluó la implementación de la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA de la Sesión Extraordinaria sobre VIH/SIDA (UNGASS) de la Asamblea General de las Naciones Unidas.¹

Grupos comunitarios de 14 países² recolectaron y analizaron datos e información sobre la respuesta ampliada al VIH/SIDA, y prepararon informes nacionales sobre los resultados y puntos críticos para sus respectivas comunidades. En torno al acceso a los condones, la mayoría del análisis está enfocado en los condones masculinos, aun cuando algunos investigadores comunitarios incluyeron aspectos relacionados con los condones femeninos.

Debido a que este documento se basa fundamentalmente en ese análisis comunitario, el mismo no pretende ni busca ser un estudio integral de todas las barreras que impiden el acceso a los condones. Sin embargo, hemos complementado la información, donde ha sido necesario, con prácticas óptimas actuales provenientes de la bibliografía relacionada con la prevención del VIH, así como con comentarios adicionales originados de nuestras consultas con personas del sector comunitario involucradas en la incidencia política.

La prevención del VIH y los condones

El SIDA es la tercera causa de muerte en el mundo, pero puede ser prevenido. Aun así, 14.000 personas se infectan con el VIH cada día, la mayoría a través del sexo³. Muchos de esos casos podrían haberse evitado⁴ de no ser por las restricciones y barreras que impiden la implementación de estrategias de prevención comprobadas y efectivas, tales como los condones.

Se estima que hasta dos tercios de las nuevas infecciones que ocurrirán en los próximos 10 años podrían evitarse implementando un número de medidas integrales de prevención basadas en evidencias⁵.

Los condones masculinos y femeninos⁶, si son usados correctamente, pueden reducir el riesgo de transmisión sexual del VIH en

¹ La Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA de la Sesión Extraordinaria sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) adoptada en junio 27 del 2001.

² Camerún, Canadá, El Salvador, Honduras, Indonesia, Irlanda, Jamaica, Marrueco, Nepal, Nigeria, Perú, Rumania, Serbia y Montenegro, y Sudáfrica.

³ ONUSIDA, 2006 Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA (Mayo 2006).

⁴ Human Rights Watch, Acceso a Condones e Información sobre el VIH/SIDA: Una preocupación mundial de salud y derechos humanos (Diciembre 2004).

⁵ ONUSIDA, 2006 Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA (Mayo 2006).

⁶ El condón masculino se coloca sobre el pene erecto y está disponible en látex (caucho), piel de cordero y poliuretano. El condón femenino es una funda fuerte, suave y transparente que se inserta en la vagina antes del coito sexual que tiene un aro flexible y está disponible en poliuretano y nitrilo.

un 80-90 por ciento⁷. De hecho, el condón es el único producto que puede proteger efectivamente contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITSs)⁸. Los condones también son un elemento esencial en los esfuerzos de prevención dirigidos a las personas que viven con el VIH (PVVS), al suministrar protección contra las ITSs y la re-infección, y proteger a sus parejas sexuales.

Existe, sin embargo, un importante déficit tanto en la disponibilidad de condones como en relación a la información relevante sobre cómo usarlos de manera efectiva.⁹ En los últimos años, menos de la mitad de las personas en situación de riesgo, en relación a la transmisión sexual del VIH, tuvieron acceso a condones y menos de un cuarto de ellos tuvieron acceso a educación básica sobre el VIH/SIDA¹⁰. Los expertos proyectan un déficit de miles de millones de condones masculinos solamente en el África subsahariana¹¹. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) estima que los países en desarrollo requieren de alrededor de 10 mil millones de condones por año, cifra que podría superar los 18 mil millones de condones a partir del 2015¹².

La escasez de condones se deriva no sólo de las limitantes relacionadas con los recursos, sino también de políticas gubernamentales que restringen la producción,

adquisición y distribución de los mismos, así como la información sobre su uso. Ese tipo de políticas violan algunos derechos humanos básicos, tales como el derecho a la salud, debido a que los estados “deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos [...] así como de censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud”¹³.

La falta de abastecimiento es sólo uno de los aspectos del “problema de los condones”. La bibliografía disponible sobre desarrollo y salud nos indica que la salud está determinada por una amplia gama de factores interrelacionados, incluyendo biológicos, de comportamiento, culturales, políticos, legales y socio-económicos¹⁴. Dichos factores determinarán los niveles del riesgo individual y la vulnerabilidad a la infección del VIH, incluyendo si una persona usa un condón correcta y consistentemente.

La investigación comunitaria apoyada por ICASO generó evidencias de la influencia de las determinantes que actúan como barreras para el uso del condón en los países incluidos en el estudio. Para los fines del presente informe, las barreras que impiden el acceso a los condones se han agrupado en cuatro categorías.



Vestido fabricado con condones por Adriana Bertini, AIDS 2004 © ICASO

⁷ ONUSIDA, 2006 *Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA* (Mayo 2006).

⁸ Population Action International, *Los preservativos cuentan (Condoms count). Cómo satisfacer la necesidad en la era del VIH/SIDA. Informe de PAI (2002)*.

⁹ GTZ, *Prevención del VIH/SIDA a través del mercadeo social de condones* (sin fecha).

¹⁰ Human Rights Watch, *Acceso a condones y a información sobre VIH/SIDA: Una preocupación de salud mundial y de derechos humanos* (Diciembre 2004).

¹¹ Los estimados varían de 1.9 a 13 mil millones. Shelton JD, y otros, *El déficit de condones en África: evidencia de agencias donantes e informantes claves*. (2006). Ver también The Supply Initiative, *Acceso a condones y anticonceptivos – punto vital para la prevención del VIH* (2005).

¹² Population Action International, *Los preservativos cuentan (Condoms count). Cómo satisfacer la necesidad en la era del VIH/SIDA. Informe de PAI (2002)*.

¹³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: CESCR Observación General 14 (22º período de sesiones 2000) E/C 12/2000/4*.

¹⁴ La Red Legal Canadiense sobre VIH/SIDA, *Política Pública Saludable. Cómo evaluar el impacto de las leyes y las políticas en los derechos humanos y en la prevención y cuidados del VIH* (2002).



A continuación presentamos un análisis de estas barreras que impiden el uso y acceso a los condones, identificadas por la investigación comunitaria, y cuando sea posible, ofrecemos recomendaciones para la incidencia política del sector comunitario.

Barreras que impiden el acceso a los condones



Barreras Socio-Culturales

Mientras que el sexo es una experiencia profundamente individual, el uso del condón durante el acto sexual está frecuentemente atado a normas religiosas y culturales, así como a creencias personales. Esas normas ayudan a las personas a definir sus propios conceptos de moralidad sexual o a interiorizar comportamientos aceptables. Esta sección explora las barreras que impiden el uso del condón que se derivan primordialmente de las creencias y conocimientos personales, así como de la cultura, las relaciones sociales y la religión.

Barrera 1.1:

Falta de empoderamiento de las mujeres y de igualdad de género

La promoción de la igualdad entre los hombres y las mujeres es esencial para la prevención exitosa del VIH, al enfrentar

tanto las barreras al empoderamiento como al placer y la actividad sexual. En una relación heterosexual, el balance de poder entre los géneros está ligado a la capacidad de la mujer de negociar sexo seguro con su pareja. En muchas culturas, las mujeres no tienen el poder de insistir en el uso del condón, tanto dentro como fuera del matrimonio.

La violencia contra las mujeres dentro y fuera del matrimonio, incluyendo la violación y el asalto sexual, le quita el control de cuando, con quien y como tienen relaciones sexuales, así como la posibilidad de negociar el uso de condón durante el coito. Es más, muchas mujeres no se sienten cómodas para hablar sobre sexo con sus parejas o podrían interrumpir el uso de condones cuando están involucradas en una relación a largo plazo como una señal de confianza y fidelidad.

La decisión de usar protección – y qué tipo – muchas veces recae en el hombre. En algunas oportunidades, la sola sugerencia de usar un condón puede ser vista

como una acusación de infidelidad por parte de la pareja, o como una admisión de adulterio de la mujer. Estas implicaciones pueden provocar violencia y silenciar a las mujeres, aun cuando estas tengan sospechas de la fidelidad de sus parejas. En Sudáfrica, por ejemplo, el miedo a la violencia es destacado como una de las principales barreras que impiden el uso del condón¹⁵. En Marruecos, la apariencia de fidelidad es tan importante que la mujer insiste en el uso del condón en muy pocas oportunidades, aun cuando su pareja viva con VIH y ella no.¹⁶

Las mujeres también se rehúsan a usar condones ya que muchas los ven sólo como anticonceptivos (y no como una protección contra las ITSs). Debido a que en muchas culturas el embarazo es un indicador de intimidad y compromiso, las mujeres temen repercusiones negativas de sus parejas si solicitan el uso del condón. Las mujeres casadas están entre los grupos menos propensos de usar condones¹⁷, y el matrimonio, en sí mismo, se ha convertido en un factor principal de riesgo para ellas. En Marruecos, como en otras partes del mundo, la mayoría de las mujeres que viven con VIH han sido infectadas por sus esposos (65 por ciento).¹⁸ En algunas culturas donde el adulterio o la poligamia son comunes¹⁹, el sexo sin protección dentro del matrimonio es inherentemente riesgoso. El matrimonio a muy temprana edad (algunas veces forzado) y el deseo o presión social de tener hijos son otros factores que complican el uso del condón.

Las normas de género que rodean a la masculinidad dictan que los hombres deben tomar riesgos en cuestiones relacionadas con el sexo y ser agresivos dentro de la actividad sexual. Esto, por supuesto, afecta las dinámicas de poder en la relación, ya sea heterosexual u homosexual. Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), hombres afeminados y personas transgéneros también experimentan dificultades en la negociación del uso del condón y sufren altos niveles de violencia sexual.²⁰ La estigmatización y la exclusión social también ayudan a debilitar a estos grupos, aumentando su vulnerabilidad a la infección del VIH. Para muchos, los papeles sexuales y de género que ellos asumen como parte de las prácticas sexuales masculinas, generan un gran número de casos de parejas sexuales “dominantes”, abusos sexuales, violencia, violación y acoso, muchas veces a muy temprana edad.²¹ Por supuesto, este tipo de sexo forzado es normalmente inseguro y muchas veces resulta en heridas internas que aumentan la vulnerabilidad a la infección del VIH.

Aun cuando la falta de igualdad de género tiene efectos negativos en el uso del condón, muy pocos informes nacionales de la investigación apoyada por ICASO identificaron programas de VIH/SIDA que específicamente respondan tanto a esa problemática como a los inconvenientes relacionados con los derechos de las mujeres y minorías sexuales.²² Esto a pesar de la existencia de compromisos por parte de los gobiernos, incluyendo aquellos asumidos en la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA en el 2001.

¹⁵ Mellors, S. *Monitoreo de la Declaración de Compromiso de la UNGASS: Informe de país – Sudáfrica* (2005) [en adelante, Informe UNGASS de Sudáfrica].

¹⁶ Association de lutte contre le SIDA (ALCS), *Monitoreo de la Declaración de Compromiso de la UNGASS: Informe de país – Marruecos* (2005) [en adelante, Informe UNGASS de Marruecos].

¹⁷ Population Action International, *Los preservativos cuentan (Condoms count). Cómo satisfacer la necesidad en la era del VIH/SIDA. Informe de PAI* (2002).

¹⁸ Informe UNGASS de Marruecos.

¹⁹ Network of People Living with HIV/AIDS in Nigeria (NEPWHAN), *Monitoreo de la Declaración de Compromiso de la UNGASS: Informe de país – Nigeria* (2005) [en adelante, Informe UNGASS de Nigeria].

²⁰ NAZ Foundation International, *El impacto de los impedimentos sociales, legales y judiciales a la promoción de la salud sexual y a los cuidados y apoyo relacionados al VIH y al SIDA para los hombres que tienen sexo con hombres en Bangladesh e India* (2005).

²¹ *Ib.*

²² De los 14 estudios de casos de ICASO, los países que reportaron específicamente programas de HIV/SIDA que respondían a asuntos de género fueron: Sudáfrica, El Salvador, Jamaica, y Nigeria

“Para 2005, asegurar el establecimiento y la ejecución acelerada de estrategias nacionales para la potenciación de la mujer, la promoción y la protección del pleno disfrute por la mujer de todos los derechos humanos y la reducción de su vulnerabilidad al VIH/SIDA mediante la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas [...]” (Párrafo 61*).

Las destrezas para la negociación sexual, enseñadas como parte de programas integrales que exploren tanto el conocimiento sobre el VIH, como los papeles de los géneros y la promoción de la participación de los hombres en la salud reproductiva y sexual, pueden tener efectos importantes en el uso del condón. Tanto las mujeres como los hombres pueden ser entrenados para que mejoren sus destrezas de comunicación, entendimiento y relación entre ellos, así como para que respeten las necesidades individuales y los deseos en torno al uso del condón. En El Salvador, por ejemplo, se han realizado talleres sobre género y empoderamiento de las mujeres, enfatizando su derecho de negociar sexo seguro y la responsabilidad compartida entre los hombres y las mujeres en la toma de decisiones sexuales.²³ En Jamaica, las ONGs de mujeres trabajaron de manera cercana con

el Ministerio de la Salud en el desarrollo del Plan Estratégico Nacional y la Política Nacional de VIH/SIDA.²⁴ Las estrategias adoptadas en la política incluyen un mayor suministro y uso de condones femeninos y el fortalecimiento de las destrezas para la negociación del uso del condón.

En Marruecos, los programas diseñados para las trabajadoras sexuales se enfocan en el desarrollo de su confianza como un requisito previo a la negociación exitosa del uso del condón con sus clientes. Adicionalmente a la distribución de condones y lubricantes, y de la información acerca de los métodos de prevención, la autoestima de las trabajadoras sexuales se mejora a través de la labor de los trabajadores sociales. El desarrollo de una imagen positiva sobre ellas mismas en un requisito previo para que puedan poner en práctica patrones de sexo más seguro.²⁵

Recomendaciones para la incidencia política del sector comunitario

- Hacer incidencia política con los gobiernos y donantes para que aumenten, cuantifiquen y presupuesten acciones programáticas y políticas que promuevan la igualdad de género en sus respuestas nacionales al VIH/SIDA. Esto incluye medidas para apoyar el empoderamiento de las mujeres y de las minorías sexuales y mejorar su habilidad para negociar el uso del condón.
- Hacer incidencia política con los gobiernos para que adopten leyes y/o establezcan mecanismos efectivos para hacerlas cumplir, que apoyen la igualdad de género (por ejemplo derechos hereditarios).
- Hacer incidencia política con los gobiernos para que eliminen las leyes y políticas que criminalizan los comportamientos de las minorías sexuales, tales como los HSH y personas transgénero.

* Nota del traductor: La versión de la Declaración de Compromiso en Español, disponible en el portal de internet de la Asamblea General de la ONU tiene un error en la numeración a partir del párrafo 41, por lo que el traductor ha utilizado la versión disponible en el portal de ONUSIDA cuya numeración en español corresponde a la numeración en Inglés. De igual forma, los textos de la Declaración de Compromiso citados en este documento fueron tomados de esta versión.

²³ Asociación Atlacatl Vivo Positivo, *Monitoreo de la Declaración de Compromiso de la UNGASS: Informe de país – El Salvador* (2005) [en adelante, Informe UNGASS de El Salvador].

²⁴ Jamaican AIDS Support (JAS) *Monitoreo de la Declaración de Compromiso de la UNGASS: Informe de país – Jamaica* (2005) [en adelante, Informe UNGASS de Jamaica].

²⁵ Informe UNGASS de Marruecos.



Taller sobre prevención del VIH y uso del condón, comunidad indígena Yukpa, Venezuela @ AMAVIDA 2007

Barrera 1.2:

Religión y moralidad

Una visión extremadamente rígida, o moralista, de la actividad sexual – y la creencia que la promoción del condón fomenta el sexo – es un factor importante que desmotiva el uso del condón. Las nociones culturales y religiosas de “moralidad” que relacionan a los condones con la promiscuidad limitan tanto la disponibilidad de los mismos, como la posibilidad de usarlos sin enfrentar presiones externas. Aun cuando las enseñanzas oficiales de la religión Católica Romana no hablan del uso del condón como una forma de protección contra la infección por VIH,²⁶ estas se oponen al uso del mismo para el control de la natalidad. Muchos en la jerarquía de la Iglesia han interpretado que eso prohíbe el uso del condón para cualquier propósito.

Muchas organizaciones religiosas y gobiernos influenciados por ideologías religiosas han adoptado el enfoque “ABC” (por sus siglas en inglés) para la prevención: Abstinencia, Fidelidad, y uso de Condones.²⁷ Muchas veces el énfasis es puesto en la abstinencia y en la fidelidad, dejando a los condones para aquellos que no puedan cumplir con los “estándares morales”. El enfoque ABC no responde a la necesidad de un análisis más completo sobre la prevención que incluya, por ejemplo, el empoderamiento y la educación sobre sexualidad y destrezas

para la vida. Tal enfoque en particular es aún más problemático ya que aumenta el estigma y la discriminación de aquellos que usan condones²⁸.

En Nigeria, muchas personas no desean comprar condones por el miedo a ser vistos como sexualmente “liberales”.²⁹ En El Salvador, los farmacéutas se rehúsan a vender condones debido a sus creencias religiosas, algo que también influencia la buena disposición de los trabajadores del sector de la salud para promover el uso de los mismos.³⁰ En algunos países, los condones están principalmente asociados con grupos marginados tales como las/los trabajadora(e)s sexuales: hasta hace muy poco tiempo la posesión de condones en Marruecos era vista como una “prueba” de solicitar sexo.³¹

En Indonesia, los esfuerzos de prevención han sido duramente criticados por algunas organizaciones religiosas bajo el argumento que tales mensajes – incluyendo la promoción del uso del condón– fomentan el sexo.³² Algunas ideologías religiosas hacen más difícil la incidencia política en favor del sexo seguro. Al mismo tiempo, algunos líderes religiosos han enviado mensajes desvirtuados en cuanto a la efectividad del condón.³³ El alto estatus de los líderes religiosos en muchas sociedades los pone en una posición de influencia que necesita ser empleada para la prevención del VIH y la promoción del condón.

²⁶ Human Rights Watch, *Acceso a condones y a información sobre VIH/SIDA: Una preocupación de salud mundial y de derechos humanos* (Diciembre 2004).

²⁷ ONUSIDA, *Directrices Prácticas para intensificar la prevención del VIH* (2006).

²⁸ La Alianza Internacional contra el VIH/SIDA y Reproductive Health Matters, *Asuntos emergentes: Políticas y programas sobre condones* (2006).

²⁹ Informe UNGASS de Nigeria.

³⁰ Informe UNGASS de El Salvador.

³¹ Informe UNGASS de Marruecos.

³² PITA Foundation, *Monitoreo de la Declaración de Compromiso de la UNGASS: Informe de país – Indonesia* (2005) [en adelante, Informe UNGASS de Indonesia].

³³ Human Rights Watch, *Acceso a condones y a información sobre VIH/SIDA: Una preocupación de salud mundial y de derechos humanos* (Diciembre 2004).

Mis compañeros Sudafricanos, yo soy el Arzobispo Desmond Tutu. Nuestra gran nación enfrenta un reto terrible con la rápida propagación del VIH y SIDA. Nosotros en la iglesia creemos que el sexo sólo debe ocurrir dentro del matrimonio. Sin embargo, para aquellos de ustedes que practiquen el sexo fuera del matrimonio, yo les pido que tomen las precauciones correctas y practiquen el sexo seguro. Por favor usen condones.³⁴

- Reverendo Dr. Desmond Tutu

Líder de la Iglesia de la Provincia del Sur de África

En Marruecos, un proyecto con el Ministerio de Relaciones Islámicas busca transformar a los Imams en actores importantes en la lucha contra el SIDA.³⁵ Esto incluye un plan de entrenamiento/movilización para 30.000 imams marroquíes. Esta iniciativa se originó del Coloquio Regional del Cairo para Líderes Religiosos en Respuesta al VIH/SIDA que involucró a 80 de los más altos líderes musulmanes y Árabe-Cristianos. Estos líderes emitieron una declaración progresiva y hasta cierto punto revolucionaria.³⁶

En Nigeria, se introdujo un nuevo pensum de educación sexual integral, el cual fue desarrollado en consulta con líderes religiosos y comunitarios.³⁷ Mientras que el anterior pensum nacional aprobado para

la prevención del VIH incluía información sobre condones como parte de la estrategia integral educativa, el mismo era rara vez enseñado. De hecho, el gobierno local – cediendo a la presión religiosa – bloqueó su implementación.³⁸

En Mozambique, un proyecto que involucró a monjas y sacerdotes católicos locales promovió el sexo seguro entre parejas casadas. La consejería matrimonial enfocada en el tema del placer facilitó una mejor comunicación entre parejas casadas y las exhortaban a hablar más abiertamente acerca de lo que les gustaba y disgustaba sobre el sexo.³⁹

Recomendaciones para la incidencia política del sector comunitario

- Hacer incidencia política con líderes religiosos para promover un enfoque de prevención más integral que incluya el derecho de las personas a tener acceso a información sobre la prevención del VIH completa, exacta y basada en las evidencias, incluyendo educación sobre sexualidad y destrezas para la vida, así como sobre el uso del condón.

³⁴ ONUSIDA y PSI, *Marketing Social: Expanding el acceso a productos y servicios esenciales para prevenir el VIH/SIDA y para limitar el impacto de la epidemia* (2000).

³⁵ Informe UNGASS de Marruecos.

³⁶ Network of Arab Religious Leaders Responding to AIDS (CHAHAMA), *La Declaración de Cairo de los líderes religiosos en los Estados Árabes para responder a la epidemia del VIH/SIDA* (2004).

³⁷ Informe UNGASS de Nigeria.

³⁸ Human Rights Watch, *Acceso a condones y a información sobre VIH/SIDA: Una preocupación de salud mundial y de derechos humanos* (Diciembre 2004).

³⁹ Anne Philpott, et ál, *Placer y prevención: Cuando el buen sexo es sexo más seguro*, *Reproductive Health Matters* Vol 14, No.28 (Nov 2006).

Barrera 1.3:

Creencias personales y placer

La falta de conocimiento sobre el VIH – incluyendo las percepciones erradas sobre el riesgo a contraerlo – dificulta los esfuerzos de promoción de condones. Algunas investigaciones nos indican que los niveles del uso del condón son bajos entre las parejas casadas, que tienden a confiar entre ellos, y entre los jóvenes, que podrían sentirse invencibles en torno a cualquier enfermedad.⁴⁰ Esos niveles son aún menores entre las mujeres y los hombres, en general, que nunca han sido expuestos a la promoción del condón. Las investigaciones también establecen que los hombres están, generalmente, menos dispuestos a usar condón con sus parejas estables que con parejas casuales o en los casos de sexo pagado.⁴¹

En muchas culturas, el “hombre verdadero” está definido por sus conquistas sexuales. Algunos hombres consideran al sexo como su derecho y al placer como un producto evidente de las relaciones sexuales. Sin embargo, existe una preocupación general – principalmente entre hombres – sobre si los condones reducen la sensación y disfrute del sexo, y afectan la actividad sexual. Los hombres, en múltiples contextos, comparan usar el condón con “bañarse con las botas puestas” u “oler una rosa a través de una máscara de gas”.⁴² La presión social sobre los hombres de disfrutar del sexo o probar su masculinidad podría dificultar el uso de condones, incluso en situaciones de alto riesgo. En Nigeria, por ejemplo, los bajos índices del uso del condón entre trabajadora(e)s sexuales se derivan de la falta de aceptación por parte de sus clientes masculinos,⁴³ debido a sus creencias personales.

La búsqueda del placer es una razón importante por la cual las personas tienen sexo. Las evidencias indican que asociar el placer con los condones masculinos y femeninos aumenta su uso.⁴⁴ De la misma forma, el destacar las enfermedades y los resultados negativos potenciales del sexo podría limitar la efectividad de la prevención y de la promoción del condón.⁴⁵ Hacer énfasis en los enfoques positivos y erotizar el uso del condón es, por lo tanto, una vía para superar las preocupaciones relacionadas con el placer y las actividades sexuales.

Los esfuerzos de mercadeo social podrían aprovechar esas oportunidades. Empaquetar los condones con lubricantes que eliminen la fricción y la incomodidad, así como la promoción de los mismos junto a otros tipos de accesorios eróticos, son sólo algunas alternativas que han sido utilizadas para aumentar sus ventas. En Mongolia, la marca comercial de condones femeninos *Lady Trust*, que es mercadeada explícitamente para mejorar el placer masculino y femenino, ha experimentado un gran crecimiento en las ventas.⁴⁶

Otra estrategia utilizada para promover el uso del condón es usar el entretenimiento como una manera de educar. Entre algunos ejemplos se incluyen los programas radiales y televisivos, festivales populares y musicales,⁴⁷ arte y obras dramáticas⁴⁸. La mayoría de ellos han tenido como meta a las personas jóvenes y presentan mensajes de prevención del VIH, particularmente sobre el uso del condón.

⁴⁰ Population Action International, Los preservativos cuentan (Condoms count). *Cómo satisfacer la necesidad en la era del VIH/SIDA. Informe de PAI (2002)*.

⁴¹ Campaña Global por los Microbicidas, *Cómo tratar preguntas y conceptos erróneos sobre los ensayos clínicos de microbicidas* (Ficha Técnica #18) (sin fecha).

⁴² La Alianza Internacional contra el VIH/SIDA y Reproductive Health Matters, *Asuntos emergentes: Políticas y programas sobre condones* (2006).

⁴³ Informe UNGASS de Nigeria.

⁴⁴ Anne Philpott, *Promoviendo la protección y el placer: ampliando la efectividad de las barreras contra infecciones de transmisión sexual y el embarazo*, *The Lancet*, Volumen 368 (2006).

⁴⁵ *Ib.*

⁴⁶ *Ib.*

⁴⁷ Por ejemplo, *48 Fest*, una iniciativa de la Staying Alive Foundation (<http://eu.staying-alive.org/48fest/index.html>).

⁴⁸ The Condom Project www.thecondomproject.org

Recomendaciones para la incidencia política del sector comunitario

- Hacer incidencia política con los gobiernos y otros entes interesados con el fin de implementar programas para educar a las personas sobre el uso del condón de una manera amigable y no amenazante. Estos programas deben enfocarse en los incentivos positivos relacionados con el uso del condón, particularmente la forma como los mismos pueden mejorar la experiencia sexual e incrementar el placer.
- Hacer incidencia política con los gobiernos para que desarrollen e implementen planes de SIDA que fortalezcan el mercadeo social y los niveles de abastecimiento comunitario de los condones, así como la consejería sobre los mismos, incluyendo el apoyo a los programas de educación entre pares.



2 Barreras Legales y Políticas

“Los países y los donantes deben remover leyes y condiciones que restrinjan o criminalicen el uso o promoción de productos y servicios de VIH incluyendo [...] condones masculinos y femeninos [...]”⁴⁹

- Activistas del Sector Comunitario, 2006

La cultura, la religión y las creencias personales sobre el uso del condón están vinculadas intrínsecamente con las políticas nacionales. Tales políticas reflejan las tradiciones y normas, así como tienen influencia sobre las mismas. Esta sección explora las barreras que impiden el uso del condón que se derivan de las leyes y las políticas. Esto incluye políticas y leyes que prohíben o restringen la distribución de condones, que discriminan a aquellos más vulnerables a la infección por el VIH, y que criminalizan ciertos comportamientos.

Barrera 2.1:

Leyes y políticas sobre la disponibilidad de condones

En algunos países, las medidas restrictivas en materia de condones están institucionalizadas como políticas gubernamentales. En las Filipinas, por ejemplo, el gobierno se

rehusó a suministrar condones al sector público con fondos nacionales, estos estaban prohibidos en las clínicas de salud pública, y la policía interfería activamente en la promoción de los mismos.⁵⁰

En otros países, los gobiernos se encuentran divididos en sus políticas sobre SIDA: un sector menoscaba el trabajo de otros sectores. En Marruecos, por ejemplo, el personal y los beneficiarios de los programas creados y apoyados por el Ministerio de la Salud han sido arrestados por promover condones.⁵¹ Hasta los trabajadores sociales que trabajan con las poblaciones en alto riesgo han sido encarcelados y acusados de “incitación al vicio”.⁵² En Nepal, los HSH y trabajadora(e)s sexuales – los grupos en más alto riesgo – han sido arrestados por tener condones.⁵³ En Jamaica, el Ministerio de la Salud ha desarrollado mensajes de prevención específicos para jóvenes, y mujeres, pero no para HSH o trabajadora(e)s sexuales.⁵⁴

⁴⁹ ICASO, *Un llamado al liderazgo político: Las recomendaciones del sector comunitario para la Declaración Política de la ONU sobre VIH/SIDA* (2006).

⁵⁰ Human Rights Watch, *Sin protección: sexo, condones y el derecho humano a la salud* (2004).

⁵¹ Informe UNGASS de Marruecos.

⁵² *Id.*

⁵³ Blue Diamond Society, *Monitoreo de la Declaración de Compromiso de la UNGASS: Informe de país – Nepal* (2005) [en adelante, Informe UNGASS de Nepal].

⁵⁴ Informe UNGASS de Jamaica.

Incluso en Canadá, un país con un sistema de salud universal, altos niveles de vida y sensibilización sobre los derechos humanos, algunas de las poblaciones más vulnerables – jóvenes, Aborígenes, pequeñas comunidades rurales, refugiados y mujeres traficadas – tienen acceso limitado a condones masculinos y femeninos.⁵⁵ En Rumania, mientras que el gobierno ha implementado campañas para jóvenes que viven en las zonas urbanas, aquellos que viven en las zonas rurales, así como los que han dejado las escuelas, han sido prácticamente excluidos de las actividades relacionadas con la promoción del condón.⁵⁶ A pesar de los altos niveles de actividad sexual entre los adolescentes en Jamaica, los trabajadores del sector de la salud no pueden ofrecer abiertamente opciones de prevención para los jóvenes. Por el contrario, ellos deben balancear el mejor interés del niño/a con el

derecho de sus padres o representantes a dar consentimiento.⁵⁷

Las personas privadas de libertad siguen siendo otro grupo excluido y muchas veces se les niega el acceso regular a los condones. Los informes de Honduras y Rumania comentaron sobre la falta de distribución de condones en las prisiones, así como sobre la necesidad de mejorar los esfuerzos de prevención dentro de las cárceles.⁵⁸ En Canadá, los condones y lubricantes o no están disponibles en algunas prisiones provinciales o no se consiguen fácil o discretamente en el resto de las cárceles.⁵⁹ En Marruecos, los prisioneros sólo pueden obtener condones de sus familiares o de los vigilantes de manera encubierta, y es común que se escondan los condones en cestas de comidas llevadas por las familias que los visitan.⁶⁰

Recomendaciones para la incidencia política del sector comunitario

- Hacer incidencia política con los gobiernos para remover las leyes y condiciones que restringen y/o criminalizan la promoción del uso de los condones, tanto para aquellos más vulnerables o en situación de riesgo en relación a la infección del VIH, como en algunos lugares en específico.



'Khote' / trabajadoras sexuales transgénero en una parada de camiones © The Condom Project

⁵⁵ AIDS Calgary Awareness Association, *Monitoreo de la Declaración de Compromiso de la UNGASS: Informe de país – Canadá (2005)* [en adelante, Informe UNGASS de Canadá].

⁵⁶ ARAS, *Monitoreo de la Declaración de Compromiso de la UNGASS: Informe de país – Rumania (2005)* [en adelante, Informe UNGASS de Rumania].

⁵⁷ Informe UNGASS de Jamaica.

⁵⁸ ICASO, *Monitoreo y evaluación a nivel comunitario: Implementación de la Declaración de Compromiso de la UNGASS sobre VIH/SIDA (2006)*.

⁵⁹ Informe UNGASS de Canadá.

⁶⁰ Informe UNGASS de Marruecos.

Barrera 2.2:

Marginalización, discriminación y criminalización de poblaciones vulnerables

En el 2001, a través de la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA⁶¹, los gobiernos se comprometieron a implementar medidas para eliminar todo tipo de discriminación en contra de las PVVS y miembros de los grupos más vulnerables al VIH. Otros tratados internacionales, resoluciones, y declaraciones, y muchos sistemas legales nacionales, están diseñados – en teoría – para proteger el derecho fundamental de ser libre de todo tipo de discriminación.



Rodrigo y Carlos, activistas por los derechos de los gays y del VIH, en la Marcha del Orgullo LGBTT en México (2005) © Ave de México

“Para 2003, promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y los miembros de grupos vulnerables, y asegurarles el pleno disfrute de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales; en particular, darles acceso a [...] atención de la salud, servicios sociales y de salud, prevención, [...] información y protección jurídica, [...] y elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia”

- La Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA, 2001 (Párrafo 58)

Sin embargo, sigue existiendo un vacío entre los que está escrito en las políticas y las leyes anti-discriminatorias y lo que verdaderamente pasa en la práctica. La información sobre la discriminación en la prestación de servicios es abundante, especialmente en contra de los más marginados y vulnerables a la infección del VIH, incluyendo trabajadora(e)s sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, consumidores de drogas por vía intravenosa (CDI) y personas que viven con el VIH.⁶² Una de las principales barreras que impide el suministro, prestación y acceso a servicios y productos (incluyendo condones) a esos grupos es la falta de protección contra la discriminación por parte de los trabajadores de la salud y de la prevención del VIH.

Las cosas se empeoran debido a que la moralidad y las normas sociales dictan que ciertos comportamientos u oficios deben ser criminalizados, tales como el consumo de drogas, trabajo sexual y relaciones entre el mismo sexo, particularmente entre hombres. Por ejemplo, mientras que los Ministros de la Salud y Asistencia Social incluyen en sus programas el trabajo con grupos marginados y vulnerables, otros ministerios y niveles del gobierno (como el de Relaciones Interiores y el poder judicial) promueven leyes que criminalizan esos comportamientos.

En los países donde el trabajo sexual es ilegal – el cual es ilegal en la mayoría de los 14 países que fueron analizados en el estudio de ICASO⁶³ – las/los trabajadora(e)s sexuales tienen problemas para acceder a

⁶¹ Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, *Declaración de Compromiso*, adoptada el 27 de Junio de 2001.

⁶² ONUSIDA, 2006 *Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA* (Mayo 2006).

⁶³ ICASO, *Monitoreo y evaluación a nivel comunitario: Implementación de la Declaración de Compromiso de la UNGASS sobre VIH/SIDA* (2006).

los servicios de salud, así como para obtener un número adecuado de condones de las clínicas o para insistir en el uso del mismo. Las/los trabajadora(e)s sexuales que laboran en la calle, de manera particular, tienen poco tiempo para negociar el uso del condón con sus clientes antes de montarse en los vehículos, por miedo al arresto.⁶⁴ En muchos países, la detención puede resultar en violencia y violación. En esas circunstancias, no se le debería dar el control sobre las/los

trabajadora(e)s sexuales, u otros grupos vulnerables a los militares o policías dentro de los programas de prevención y promoción del condón [ver recuadro Programas del Uso de Condón en un 100%]. Se necesitan mayores esfuerzos para empoderar a las/los trabajadora(e)s sexuales – y otros grupos marginados – con el fin que negocien el uso del condón y tengan sexo seguro. Esto incluye entrenarlas/los para que simulen actos riesgosos, promocionen

Programas del Uso de Condón en un 100% – violaciones de los derechos humanos

Un enfoque de prevención del VIH que ha sido ampliamente criticado por las/los trabajadora(e)s sexuales debido a las violaciones a los derechos humanos son los Programas del Uso del Condón en un 100% (PUC 100%). Los mismos fueron diseñados por las autoridades locales y los establecimientos de entretenimiento sexual y tienen como objetivo reducir la transmisión sexual del VIH al asegurar el uso del condón entre las/los trabajadora(e)s sexuales y sus clientes.⁶⁵ Sin embargo, los PUC 100% fueron desarrollados sin consultar a las/los trabajadora(e) sexuales y sus activistas.⁶⁶

Los PUC 100% implementados en Tailandia y Camboya establecen mecanismos de control sobre las/los trabajadora(e)s sexuales por parte de personal armado, incluyendo la policía y los militares. Muchas veces, las/los trabajadora(e)s sexuales de distintas partes del mundo citan a esos grupos armados como los que violan más frecuentemente sus derechos, incluyendo sexo forzado generalmente sin condones. Mientras que se ha reducido la infección por el VIH en el corto plazo, las redes de trabajadora(e)s sexuales están preocupadas por las repercusiones negativas de ese enfoque, ya que aumenta su riesgo a la violencia y al abuso, y, por lo tanto, a la infección por el VIH.⁶⁷

Estos programas asumen que las/los trabajadora(e)s sexuales tienen la capacidad, o hasta el poder, de negociar el uso del condón, aun cuando se han documentado casos de trabajadora(e)s sexuales que han sido golpeadas/os por mantener la posición de “no condón – no sexo”.⁶⁸ Estos programas no responden a las violaciones de los derechos humanos que probablemente pueden surgir del papel de la policía y los militares en la implementación de los mismos. Tampoco toman en consideración y protegen a las/los trabajadora(e)s sexuales que han sido despedidas/os de los “establecimientos” (porque tienen una ITS, incluyendo VIH, o porque no cumplieron con el PUC 100%). Estas/os trabajadora(e)s sexuales muchas veces terminan en situaciones más vulnerables y con un mayor riesgo de infección.⁶⁹

⁶⁴ Business Day, *Una ley antigua es una maldición para las/los trabajadora(e)s sexuales en Sudáfrica*, Johannesburgo, Marzo 3, 2006.

⁶⁵ Wiwat R., *El programa del Uso del condón en un 100% en Asia*, Reproductive Health Matters Vol 14, No.28 (Nov 2006).

⁶⁶ Loff, B., Over C., y Longo, P., *¿Pueden los programas de salud llevar al maltrato de las/los trabajadora(e)s sexuales?* The Lancet, Volumen 361 (2003).

⁶⁷ *Ib.*

⁶⁸ Business Day, *Una ley antigua es una maldición para las/los trabajadora(e)s sexuales en Sudáfrica*, Johannesburgo, Marzo 3, 2006.

⁶⁹ *Ib.*

alternativas que no incluyan la penetración y eroticen a los condones. Otros métodos de promoción del condón que no violen los derechos humanos ni disminuyan los ingresos de las/los trabajadora(e)s sexuales (lo que las/los forzaría a buscar más clientes)

son recomendables para todos, incluyendo los clientes de las/los trabajadora(e)s sexuales, proxenetas y hasta para ellas/os mismas/os.⁷⁰

Recomendaciones para la incidencia política del sector comunitario

- Hacer incidencia política con los gobiernos para que revisen, implementen, y adopten leyes y políticas adicionales, así como para que establezcan mecanismos efectivos que garanticen su cumplimiento, que apoyen la igualdad de género y la no discriminación de aquellos más vulnerables y en mayor situación de riesgo. Esto incluye a las personas que viven con el VIH, mujeres, jóvenes, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadora(e)s sexuales, consumidores de drogas por vía intravenosa, personas transgénero, prisioneros e inmigrantes.⁷¹
- Hacer incidencia política con los gobiernos para que “conozcan su epidemia” con el fin de que puedan diseñar programas que sean más efectivos,⁷² incluyendo el suministro de condones e información acerca de su uso, para los que tengan un mayor riesgo de infectarse con el VIH.
- Hacer incidencia política con los gobiernos para que eliminen las leyes que criminalizan ciertos comportamientos o trabajos, tales como las relaciones entre personas del mismo sexo, consumo de drogas y trabajo sexual.
- Hacer incidencia política con los gobiernos para que garanticen que las protecciones consagradas en las leyes y políticas sean extendida a los trabajadores de los programas de acercamiento y a los activistas, para prevenir que sean detenidos y/o acosados por distribuir condones o proveer información sobre prevención.
- Hacer incidencia política con los gobiernos y donantes para que suministren asistencia financiera para fomentar la participación tanto de aquellos en situación de mayor riesgo, como los más vulnerables, en el diseño de las estrategias de prevención, programas de acercamiento y en la promoción y distribución de condones y lubricantes.



3 Barreras Económicas y Financieras

El uso del condón es uno de los métodos para prevenir el VIH más económico y efectivo en relación a su costo. Adicionalmente, las infecciones por el VIH que puedan evitarse ahora, ahorrarán millones de dólares que serían absorbidos más tarde en tratamiento, pérdida de productividad y vidas. Aún así, el costo sigue siendo una barrera importante

que impide el acceso a los condones. Muchos gobiernos han fracasado sistemáticamente en mantener precios asequibles de los condones debido a la imposición de impuestos y a la falta de inversión en mercadeo social. Este problema también ha sido afectado por la influencia financiera de algunos donantes internacionales que imponen restricciones motivadas por la ideología en la promoción de los condones.

⁷⁰ Deanna Kerrigan, et ál., *Intervenciones estructurales en el entorno para reducir el riesgo de VIH/ITS entre las trabajadoras sexuales en la República Dominicana*, 96 American Journal of Public Health (2006).

⁷¹ ICASO, *Un llamado al liderazgo político: Las recomendaciones del sector comunitario para la Declaración Política de la ONU sobre VIH/SIDA* (2006).

⁷² ONUSIDA, *Directrices Prácticas para intensificar la prevención del VIH* (2006).



Vestido fabricado con condones por Adriana Bertini, AIDS 2004 @ ICASO

Barrera 3.1:

Impuestos, restricciones económicas y costo

Los impuestos y aranceles que recaen sobre los condones importados o, incluso, los elaborados localmente, o sobre la materia prima que es necesaria para su producción, hace que el precio de los mismos aumente en algunos países. En Irlanda, a pesar de los altos índices actuales de infecciones transmitidas sexualmente, los condones han sido catalogados como artículos de lujo, en vez de productos esenciales. Por lo tanto, a los condones se le aplica un 21 por ciento de impuesto al valor agregado, uno de los más altos de Europa, lo que aumenta su precio, y constituye, por consiguiente, un impedimento para su uso, particularmente entre poblaciones de bajos ingresos.⁷³

En Brasil, a principios de los años 90, los altos aranceles al látex importado (la materia prima utilizada para la elaboración de los condones) y los múltiples impuestos en todos los niveles de venta al detal, causaron que los condones fueran extremadamente

caros, lo que dio como resultado un bajo uso per capita de los mismos. Al reconocer esta barrera, el sector privado, los sindicatos, los medios de comunicación y el sector público se aliaron para desarrollar una campaña para eliminar los impuestos a los condones y hacerlos más asequibles. Esta incidencia política trajo como consecuencia que el gobierno brasilero eliminara los impuestos de importación que recaían sobre las marcas de condones importadas, así como disminuyera, de manera significativa, el precio de aquellos producidos localmente. Las ventas de condones se elevaron de 53 millones en 1995 a 300 millones en 1998.⁷⁴

La necesidad de invertir en la ampliación del mercadeo social de los condones, aumentando su disponibilidad y reduciendo su precio para las personas con bajos ingresos es muy importante.⁷⁵ Esto es particularmente cierto en relación al condón femenino, debido a que el conocimiento sobre el mismo y su demanda son limitados, lo que mantiene los costos elevados [ver recuadro sobre el condón femenino].

⁷³ Gay HIV Strategies - Gay and Lesbian Equality Network (GLEN) y Health and Development Networks, *Monitoreo de la Declaración de Compromiso de la UNGASS: Informe de país - Irlanda* (2005) [en adelante, Informe UNGASS de Irlanda].

⁷⁴ FHI, *La participación del Sector Privado en la prevención del VIH en Brasil* (sin fecha).

⁷⁵ ONUSIDA y PSI, *Mercadeo Social: Expandiendo el acceso a productos y servicios esenciales para prevenir el VIH/SIDA y para limitar el impacto de la epidemia* (2000).

El condón femenino – alto costo y mercadeo limitado

El costo sigue siendo la principal barrera que impide el uso y acceso del condón femenino en muchos países.⁷⁶ Aún en el caso de estar disponible en cantidades limitadas, como en el Perú o en partes de Indonesia, el precio del condón femenino es a menudo tan elevado que lo hace inaccesible para la mayoría de la población.⁷⁷ Generalmente, los condones femeninos son más costosos que los condones masculinos, y en muchos casos su precio está por encima de lo que una persona promedio pudiera disponer para tal fin. En el Perú, por ejemplo, el condón femenino cuesta alrededor de 8.50 dólares americanos (US\$), siendo este un país donde más de la mitad de la población vive con 2US\$ por día.⁷⁸

Sin embargo, el alto precio del condón femenino se debe parcialmente a su demanda limitada, así como al escaso mercado global. En el 2004, por ejemplo, 346 millones de condones masculinos estuvieron disponibles en Sudáfrica, comparado con 3.6 millones de condones femeninos.⁷⁹ Si los condones femeninos se mercadearan más agresivamente y fueran percibidos como un método de prevención y una ayuda sexual, su demanda y, por consiguiente, asequibilidad podría aumentar dramáticamente a nivel mundial.



Demostración sobre el uso del condón por parte de educadoras entre pares. Sudáfrica
© Students Partnership Worldwide

Se necesitan enfoques innovadores para garantizar que el costo de los condones no sea una barrera que impida su uso. La segmentación del mercado es uno de esos enfoques, donde los subsidios pueden ser limitados a aquellos que los necesitan, se usen programas de mercadeo social para alcanzar a los pobres, y el sector comercial

se encargue de los que puedan pagar más.⁸⁰ En Rumania, por ejemplo, las marcas comerciales de condones abarcan una porción significativa del mercado, mientras que el sector privado y las ONGs se encargan de distribuir gratuitamente condones sin marcas en las áreas rurales y urbanas.⁸¹

⁷⁶ ICASO, *Monitoreo y evaluación a nivel comunitario: Implementación de la Declaración de Compromiso de la UNGASS sobre VIH/SIDA* (2006).

⁷⁷ Asociación Vía Libre, *Monitoreo de la Declaración de Compromiso de la UNGASS: Informe de país – Perú (2005)* [en adelante, Informe UNGASS de Perú]. Ver también Informe UNGASS de Indonesia.

⁷⁸ Informe UNGASS de Perú.

⁷⁹ Informe UNGASS de Sudáfrica

⁸⁰ Population Action International, *Los preservativos cuentan (Condoms count). Cómo satisfacer la necesidad en la era del VIH/SIDA. Informe de PAI (2002)*.

⁸¹ Informe UNGASS de Rumania.

Recomendaciones para la incidencia política del sector comunitario

- Hacer incidencia política con los gobiernos para que eliminen los aranceles e impuestos sobre los condones masculinos y femeninos, así como sobre otros productos de prevención, que puedan incrementar su costo y disminuir su acceso.
- Hacer incidencia política tanto con los fabricantes para que reduzcan el precio de los condones femeninos, como con los gobiernos y donantes para que aumenten los recursos para el mercadeo y distribución de los mismos.
- Hacer incidencia política por una mayor inversión en el desarrollo de métodos de prevención que puedan ser controlados por las mujeres, incluyendo los microbicidas⁸².

Barrera 3.2:

Influencia de los donantes en el acceso a los condones

Los gobiernos de los países en desarrollo no le han dado la prioridad adecuada en sus presupuestos a la compra de condones.⁸³ Por consiguiente, en gran parte del mundo en desarrollo, la disponibilidad del condón depende altamente de un pequeño grupo de donantes bilaterales y multilaterales como los Estados Unidos, Alemania, el Reino Unido y UNFPA, así como de organizaciones internacionales como la PSI [ver gráfico más adelante]. En el 2004, los gobiernos donantes suministraron menos de 4 condones masculinos por hombre por año en el mundo en desarrollo.⁸⁴

Esto ha dado como resultado un problema de escasez importante. En el 2000, los donantes proporcionaron apoyo para menos de mil millones de condones para el mundo en desarrollo, sólo un octavo de lo que se necesitaba.⁸⁵ En el 2002, esa cifra subió a 3.6 mil de millones, o un tercio de las necesidades estimadas de condones. Sin embargo, ese aumento sólo se debió a

contribuciones de Canadá, Holanda y el Reino Unido.⁸⁶ Si los gobiernos donantes dan el mismo porcentaje en el 2015 de lo que dieron en el 2002, todavía habría un déficit de condones de 12.6 miles de millones.⁸⁷

Adicionalmente a la falta de financiamiento, la dependencia en pocos donantes dejan el acceso y disponibilidad de los condones vulnerables a la influencia de las políticas y agendas de los mismos. Esto incluye la imposición de restricciones ideológicas a la promoción del condón, aún por encima de los enfoques de prevención basados en las evidencias, en violación de derechos humanos reconocidos.⁸⁸ Por ejemplo, mientras que los Estados Unidos es la fuente principal de condones para el mundo en desarrollo, los cambios recientes en las políticas de ese país, a través del Programa de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR, por sus siglas en inglés), le dan una mayor importancia presupuestaria a la abstinencia y fidelidad que al uso del condón.

⁸² Los microbicidas son productos vaginales que están siendo desarrollados para reducir la transmisión del VIH durante el coito sexual. Los microbicidas pueden tener la forma de ser gel, crema, película, supositorio o esponja o pueden estar contenidos en un aro vaginal que suelta el ingrediente activo gradualmente. Visite la International Partnership for Microbicides: www.ipm-microbicides.org.

⁸³ Interact Worldwide, *Déficit de Condones: contando el costo en vidas* (2006).

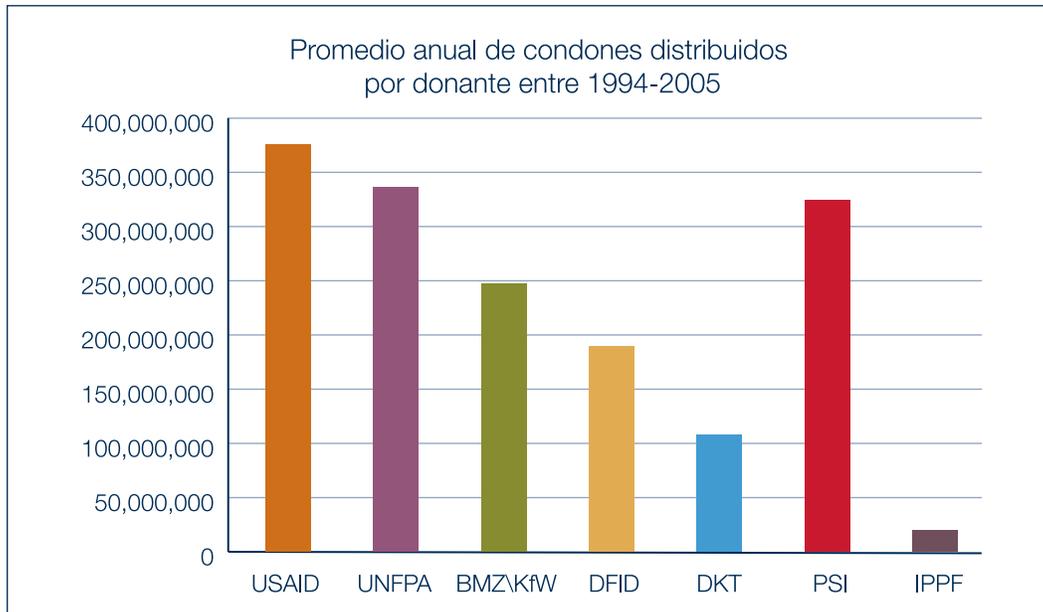
⁸⁴ *Ib.*

⁸⁵ The Supply Initiative, *Acceso a condones y anticonceptivos – punto vital para la prevención del VIH* (2005).

⁸⁶ Population Action International, *Los preservativos cuentan (Condoms count). Cómo satisfacer la necesidad en la era del VIH/SIDA. Informe de PAI* (2002).

⁸⁷ The Supply Initiative, *Acceso a condones y anticonceptivos – punto vital para la prevención del VIH* (2005).

⁸⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: CESCR Observación General 14* (22º período de sesiones 2000) E/C 12/2000/4.



(Fuente: PAI, Actualización de los preservativos cuentan (*Condoms count*) 2006)

El PEPFAR estipula que un tercio del financiamiento para la prevención debe ser gastado en intervenciones que apoyen la abstinencia antes del matrimonio. El mismo apoya la promoción del condón sólo para los llamados grupos de alto riesgo como trabajadora(e)s sexuales, camioneros y parejas VIH-discordantes.⁸⁹ Este enfoque no reconoce de una manera adecuada al matrimonio como un factor de riesgo, ni incluye a las personas casadas como un foco especial de sus intervenciones programáticas. Al calificar a ciertos grupos como de “alto riesgo” no sólo promueve el estigma en torno al uso del condón, sino también da a entender que otros grupos son, si se quiere, inmunes al VIH y no necesitan acceso a los condones. Es más, su

enfoque en parejas VIH-discordantes es infructuoso en países donde la mayoría de las personas no saben su estatus serológico.

Este programa para el VIH/SIDA de 15 mil millones de dólares americanos, la subvención más grande a nivel mundial anunciada por cualquier gobierno donante, le da una gran cantidad de nuevos recursos a los países con epidemias significativas, primordialmente aquellos en el África Subsahariana. Sin embargo, la dependencia de los condones en el financiamiento internacional hace que el PEPFAR afecte de manera importante las prioridades de las políticas y programas relacionadas con la prevención basada en el condón.

⁸⁹ Center for Health and Gender Equity (CHANGE), *Un nuevo análisis demuestra que la política global sobre SIDA de los Estados Unidos ha socavado aún más la prevención del VIH en el África subsahariana* (2005).

Algunos actores de la sociedad civil y gobiernos han respondido a estas restricciones presupuestarias y han cambiado la dirección de su trabajo dándole más importancia a la abstinencia y fidelidad, que a la promoción del condón o enfoques de prevención más integrales. En Nigeria, por ejemplo, resulta evidente que ha habido

un cambio importante en el presupuesto de prevención de los proyectos apoyados por PEPFAR para favorecer los enfoques basados en la abstinencia y fidelidad (la asignación presupuestaria cambió del 40 por ciento en el presupuesto del 2004 para esos enfoques al 70 por ciento en el 2005).⁹⁰

Recomendaciones para la incidencia política del sector comunitario

- Hacer incidencia política con los gobiernos para que establezcan renglones específicos en los presupuestos nacionales para la compra de condones y otros productos de salud, estableciendo mecanismos para su seguimiento con el fin de monitorear el gasto para así predecir y evitar un déficit de los mismos.
- Hacer incidencia política para que los donantes aumenten su financiamiento para la compra de condones, y contactar a donantes alternativos cuando los donantes actuales impongan restricciones ideológicas a la promoción del condón y a los programas integrales de prevención del VIH.
- Hacer incidencia política para que todos los donantes eliminen las condiciones que restringen el uso o promoción de los condones y los servicios relacionados.



Barreras Infraestructurales

La infraestructura para el VIH/SIDA puede ser definida como todo lo que se requiere para proveer prevención, tratamiento, atención y apoyo a las personas que los necesitan, incluyendo los recursos humanos; los bienes y productos; los sistemas de salud, la educación y otros necesarios para garantizar servicios de calidad y consistentes.

En relación al acceso al condón, existen algunas barreras infraestructurales sistemáticas que fueron identificadas por los grupos comunitarios. Las mismas incluyen la falta de calidad de la educación sexual, los sistemas complicados de abastecimiento, los procesos de adquisición y distribución de los condones, y la integración limitada entre los servicios de salud reproductiva y sexual y los servicios de VIH/SIDA.

Barrera 4.1:

Disponibilidad y calidad de la educación sexual

Si se enseña adecuadamente, la educación sexual, de salud y sobre destrezas para la vida puede empoderar a niños y niñas para que tomen decisiones saludables sobre comportamientos sexuales, incluyendo el saber cómo protegerse contra el VIH. Las personas jóvenes, en particular, podrían desconocer cómo se transmite el VIH o no darle importancia a las consecuencias de contraerlo. En Serbia, 29 por ciento de las personas jóvenes entre 18-28 años piensan que el VIH puede ser transmitido al besar a una persona que vive con el VIH, mientras que un 28 por ciento piensa que podrían ser infectados a través de picaduras de mosquitos.⁹¹ En Canadá, aproximadamente un 50 por ciento de los estudiantes de edades entre 14 y 15 años no saben que todavía no hay una cura para el SIDA.⁹²

⁹⁰ Center for Health and Gender Equity (CHANGE), Riesgos y realidades: *El financiamiento de los Estados Unidos a los programas de prevención del VIH en Nigeria* (2006).

⁹¹ Yugoslav Youth Information center (YYIC), *Monitoreo de la Declaración de Compromiso de la UNGASS: Informe de país – Serbia y Montenegro* (2005) [en adelante, Informe UNGASS de Serbia y Montenegro].

⁹² Consejo de Ministros de Educación de Canadá, *Estudio sobre los jóvenes canadienses, la salud sexual y el VIH/SIDA: Los factores que influyen el conocimiento, las actitudes y los comportamientos* (2002).

En Marruecos, mientras que la mayoría de las personas jóvenes están conscientes de la existencia del VIH/SIDA, su conocimiento sobre la prevención del mismo es extremadamente limitado, incluso en las áreas urbanas. Algunas investigaciones entre estudiantes universitarios indican que menos de dos tercios de los hombres y sólo un tercio de las mujeres identificó a los condones como una forma de protección. El nivel de conocimiento en relación a ese tema entre jóvenes sin educación o menos educados es dramáticamente más bajo.⁹³ Una evaluación internacional reciente⁹⁴ encontró que las niñas que habían completado el bachillerato o educación secundaria tenían un menor riesgo de infección del VIH y practicaban sexo más seguro que aquellas que sólo tenían educación primaria.



Trabajo con jóvenes para promover el condón en Etiopía
 @ The Condon Project

“Para 2005, asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluidas la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH [...]”

- La Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA, 2001 (Párrafo 53)

Las escuelas se han convertido en el lugar principal para impartir educación sexual, ya sea integrada en el pensum existente o como una materia independiente. La educación escolar sobre condones y prevención del VIH es especialmente importante debido a los cambios en las funciones de las familias y las comunidades para proveer orientación sobre el sexo. Por ejemplo, mientras que el suministro de información sobre sexo en África formaba parte de la “iniciación” a la adultez, ahora la misma se obtiene comúnmente de los medios de comunicación, escuelas o amigos.⁹⁵

Sin embargo, en un estudio reciente, el *Policy Project* estimó que el porcentaje de estudiantes de secundaria que reciben educación sobre VIH/SIDA en 69 países (de bajo y mediano ingreso) fue menos del 50 por ciento, aun cuando casi el 90 por ciento de esos países han incluido al VIH/SIDA como parte del pensum escolar de secundaria.⁹⁶

En algunos países no existe la educación sexual en lo absoluto, dejando a los niños y niñas sin el beneficio de obtener información acerca del VIH, o vulnerables a conceptos desvirtuados. En otros países como Jamaica, la información sobre condones podría ser eliminada de los programas de

⁹³ Informe UNGASS de Marruecos.

⁹⁴ Hargreaves J., et ál (Action Aid International), *El poder de las niñas: El impacto de la educación de las niñas en el VIH y en el comportamiento sexual* (2005).

⁹⁵ Rivers, K, Aggelton, P. *La sexualidad de los adolescentes, el género y la epidemia del VIH* (sin fecha).

⁹⁶ Policy Project, et ál, *Cobertura de ciertos servicios para la prevención, atención y apoyo del VIH/SIDA en países de bajos y medianos recursos en el 2003* (2004).

educación de salud en respuesta a las quejas de padres o maestros que temen que ese tipo de enseñanza fomenta en sí misma, el sexo⁹⁷. En India, por ejemplo, aun en las escuelas donde se ofrece información sobre el VIH/SIDA, los detalles de su transmisión y el uso del condón podrían omitirse. Frecuentemente, a los estudiantes no se les enseña que pueden infectarse con el VIH a través del contacto sexual, o cómo podrían protegerse. En su lugar, el enfoque de tales programas recae sobre como ser padres, enfermedades y abstinencia.⁹⁷

La promoción del condón en las escuelas en Nigeria es limitada. Mientras que el pensum nacional educativo sobre la prevención del VIH incluye información integral y mensajes de promoción del condón, muy pocos gobiernos estatales lo han adoptado e implementado en sus escuelas.⁹⁸ En contraste, Senegal con su campaña educativa activa sobre la prevención del VIH, incluyendo la educación escolar sobre sexualidad, mantienen uno de los índices de prevalencia del VIH más bajos en África.⁹⁹

Recomendaciones para la incidencia política del sector comunitario

- Hacer incidencia política con los gobiernos para que revisen el contenido del pensum educativo en las escuelas relacionado con el VIH e impartan educación sobre sexualidad y salud reproductiva que sea integral, precisa y basada en las evidencias, incluyendo información sobre el uso del condón.
- Hacer incidencia política con los gobiernos para que aumenten sus esfuerzos con el fin de alcanzar a aquellos que no sean parte del sistema educativo, tales como los niños de la calle, o adultos jóvenes que hayan finalizado su educación.



Campaña para promover el uso del condón entre jóvenes gay en Cuernavaca, México @ Edgar Márquez Ortega (2006)

⁹⁷ Informe UNGASS de Jamaica

⁹⁸ Human Rights Watch, *Acceso a condones y a información sobre VIH/SIDA: Una preocupación de salud mundial y de derechos humanos* (Diciembre 2004).

⁹⁹ *Ib.*

Barrera 4.2:

Sistemas de abastecimiento y distribución

Los condones pasan a través de múltiples sistemas de abastecimiento antes de llegar a su punto final de venta o distribución. De los productores al control de calidad, y de los donantes a los gobiernos y el sector privado, los condones son objeto de estándares particulares de almacenamiento, logística y compra. Las políticas sobre adquisición, tanto de los donantes como de los gobiernos de países en desarrollo, son inconsistentes y descoordinadas, lo que da como resultado un desperdicio de recursos y fallas en la disponibilidad de los condones.¹⁰⁰

Sistemas de distribución limitados, particularmente en las áreas rurales, reducen la disponibilidad de los condones y complican su acceso. En Irlanda, por ejemplo, la información sobre prevención y los productos están disponibles principalmente en las áreas urbanas y en la Costa Oriental, mientras que en las áreas rurales casi no los reciben.¹⁰¹ En Rumania existen profundas diferencias en torno a la disponibilidad de los condones por residencia, tipo de

establecimiento que los suministran y región del país. Los condones están disponibles ampliamente en las farmacias y supermercados (más del 80 por ciento) y estaciones de servicio (más del 60 por ciento) pero sólo se consiguen en un 40 por ciento en los hoteles y sólo un 25 por ciento de los comercios los venden en las áreas rurales.¹⁰²

La diversificación de los puntos de distribución podría ayudar a resolver los problemas relacionados con el abastecimiento y acceso a los condones. Por ejemplo, los condones podrían entregarse gratuitamente a los clientes de los centros de tratamiento del VIH y de consejería y prueba voluntaria. Adicionalmente al suministro de condones en los establecimientos de salud y la disponibilidad de los mismos en los supermercados y farmacias, los mismos deberían ser distribuidos a lugares no tradicionales como hoteles, clubes, estaciones de taxis y por parte de educadores entre pares.¹⁰³ En Sudáfrica, los grupos comunitarios recomendaron la distribución de condones en “tiendas *spaza*”, así como en comercios informales en los pueblos y áreas más pobres.¹⁰⁴

Recomendaciones para la incidencia política del sector comunitario

- Hacer incidencia política con los gobiernos para que mejoren y simplifiquen los sistemas de adquisición y distribución de los condones, tanto para la planificación familiar como para los servicios de prevención del VIH.
- Hacer incidencia política para que existan programas que hagan que los condones e información sobre los mismos estén disponibles en los distintos lugares donde se reúnan aquellos en mayor riesgo y vulnerables a la infección por el VIH.

¹⁰⁰ CHANGE, *Métodos en forma de barrera para la prevención del VIH: Ciencia, evidencia y políticas en la prevención mundial del SIDA* (sin fecha).

¹⁰¹ Population Action International, *Los preservativos cuentan (Condoms count). Cómo satisfacer la necesidad en la era del VIH/SIDA. Informe de PAI (2002).*

¹⁰² Informe UNGASS de Irlanda.

¹⁰³ Informe UNGASS de Rumania.

¹⁰⁴ Population Action International, *Los preservativos cuentan (Condoms count). Cómo satisfacer la necesidad en la era del VIH/SIDA. Informe de PAI (2002).*

Barrera 4.3:

Integración de la salud sexual y reproductiva y los servicios de VIH/SIDA

La comunidad internacional ha asumido distintos compromisos para intensificar los vínculos ente la salud reproductiva y sexual (SRS) y el VIH/SIDA, a niveles de políticas y programas.¹⁰⁵ Unos vínculos más fuertes deberían traer como consecuencia importantes beneficios de salud pública, tales como un mejor y mayor acceso a los servicios, particularmente para las PVVS quienes podrían recibir servicios de SRS especialmente adaptados a sus necesidades, y un mayor apoyo al uso de los condones como una protección doble contra el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

La mayoría de las infecciones por el VIH alrededor del mundo son transmitidas sexualmente o están asociadas con el embarazo, el nacimiento o la lactancia.¹⁰⁶ Es más, la presencia de infecciones transmitidas sexualmente aumenta la probabilidad de contraer el VIH. Muchas de las mismas respuestas utilizadas para atacar los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluyendo el uso del condón, podrían emplearse para el VIH y SIDA.

Una mejor integración de los servicios de SRS y VIH/SIDA podría ayudar a eliminar

costos, aumentar la efectividad y servir de una mejor manera las necesidades del cliente. Unos vínculos débiles entre las agencias que obtienen condones para la prevención del VIH y aquellas que lo hacen para la planificación familiar aumentan la ineficiencia de los sistemas de adquisiciones.

A nivel operacional, una mejor integración puede incluir la coordinación de la incorporación de los servicios de SRS, tales como la planificación familiar o el diagnóstico de ITS, en los servicios de consejería y pruebas voluntarias, así como asegurar que los condones masculinos y femeninos estén disponibles en todos los puntos de servicio. Las sesiones de consejería antes y después de la prueba (como parte de los servicios de consejería y pruebas voluntarias), podrían apoyar el uso efectivo de los condones y alcanzar a personas que no utilizan los servicios tradicionales de planificación familiar, como hombres y adolescentes. Los servicios de consejería y pruebas voluntarias también pueden hacer un mayor uso del mercadeo social del condón y su distribución gratuita como una manera de promover la demanda por sus servicios. El trabajo en conjunto y la unión de los recursos humanos podrían ser una forma de combatir la falta de consejeros entrenados encargados de la promoción del condón.

Recomendaciones para la incidencia política del sector comunitario

- Hacer incidencia política con quienes suministren servicios para el SIDA con el fin que ofrezcan servicios de salud sexual y reproductiva, como pruebas y tratamiento para ITS y consejería sobre embarazo seguro para las PVVS.
- Hacer incidencia política con quienes suministren servicios de salud sexual y reproductiva para que ofrezcan servicios relacionados con el SIDA a sus clientes, incluyendo consejería y pruebas voluntarias del VIH, referencia y consejería y suministro de condones.

¹⁰⁵ Informe UNGASS de Sudáfrica.

¹⁰⁶ Ejemplos incluyen el documento de políticas de ONUSIDA sobre *Intensificación de la prevención del VIH (2006)* y el *llamado a la Acción de Iñon para planificación familiar y VIH/SIDA en mujeres y niños/as (2004)*.

¹⁰⁷ International Planned Parenthood Federation (IPPF), et ál., *Salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA: un marco para establecer vínculos prioritarios (2005)*.

Próximos pasos

Muchas de las recomendaciones para la incidencia política del sector comunitario en esta Nota Informativa para la Incidencia Política están basadas en solicitudes existentes de los representantes comunitarios a los gobiernos nacionales y a la comunidad internacional. Este documento forma parte de una movilización comunitaria más amplia para garantizar que los gobiernos, donantes y otros entes interesados enfrenten y respondan a las barreras fundamentales que impiden el acceso a los condones. Mediante el trabajo en conjunto, el sector comunitario necesita asegurar que aquellos

con mayor riesgo y más vulnerables al VIH puedan protegerse y que los gobiernos cumplan con sus compromisos para prevenir el VIH.

ICASO trabaja con organizaciones comunitarias alrededor del mundo para garantizar que estas y otras solicitudes comunitarias para la acción sean puestas en práctica. Si usted desea trabajar con ICASO en la incidencia política por el acceso a los condones o tiene alguna sugerencia para otras recomendaciones o acciones, por favor háganosla saber directamente.



Secretariado Internacional
65 Wellesley Street E., Suite 403
Toronto, Ontario, Canada M4Y 1G7
t: +1 416 921 0018 f: +1 416 921 9979
icaso@icaso.org www.icaso.org

Derecho de autor © 2007 por el Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA (ICASO).

La información contenida en esta publicación puede ser reproducida, publicada o utilizada libremente para fines sin beneficio económico. ICASO debe ser citado como la fuente de la información.