

Estrategia Nacional de Condomes

2012 - 2015
Guatemala



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



Autoridades

Dr. Jorge Alejandro Villavicencio Álvarez

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Marco Vinicio Arévalo Veras

Viceministro de Hospitales

Ing. Manuel Gilberto Galvan Estrada

Viceministro Técnico

Lic. William Edgardo Sandoval Pinto

Viceministro Administrativo

Dr. Jorge David Juárez Fernández

Director General de la Dirección General de Vigilancia y Control de la Salud

Dra. Tamara Belzabel Obispo Argueta

Directora General del Sistema Integral de Atención en Salud

Dra. Ana Castellanos de Catú

Jefe del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas

Dr. Edgar Ernesto Ponce Bedoya

Coordinador del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida

Dra. Ludy del Rosario Rodas Lopez

Coordinadora del Programa Nacional de Salud Reproductiva

CONTENIDO

Presentación	7
I. Introducción	8
II. Estrategia Nacional de Condones: Objetivos y pilares	11
III. Contexto nacional.....	13
IV. Lineamientos estratégicos	26
1. Ambiente político-social favorable relativo al uso del condón	26
2. Oportuno y continuo suministro de condones	35
3. Incremento en la demanda de condones en el país	51
4. Implementación de la estrategia de manera efectiva y eficiente	63
V. Monitoreo y evaluación.....	65
a. Objetivos del Plan de MyE	66
b. Sistema de información	66
VI. Establecimiento de la Subcomisión Nacional de Condones	67
VII. Referencias	69
VIII. Anexos.....	72
Anexo 1: Metodología	
Anexo 2: Necesidad anual de condones	
Anexo 3: Requisitos generales para la precalificación de la compra de condones	

ACRÓNIMOS

APROFAM	Asociación Pro Bienestar de la Familia
ARV	Antirretrovirales
CBA	Canasta Básica de Alimentos
CBV	Canasta Básica Vital
CCC	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
CNAA	Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos
CNE	Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS
COPREDEH	Comisión Presidencial de Derechos Humanos
CP	Centro Penitenciario
DDHH	Derechos Humanos
EIS	Educación Integral en Sexualidad
ENJU	Encuesta Nacional de la Juventud
FM	Fondo Mundial
HIVOS	Instituto Humanista de Cooperación para el Desarrollo
HR	Hombres en Riesgo
HSB	Hombres que tienen sexo con hombres
HTS	Hombres trabajadores del sexo
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IEC	Información, Educación y Comunicación
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JRS	Jóvenes en Riesgo Social
MEGAS	Medición del Gasto en Sida
MINEDUC	Ministerio de Educación
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MTS	Mujeres trabajadoras del sexo
MyE	Monitoreo y Evaluación
OIM	Organización Internacional de Migraciones

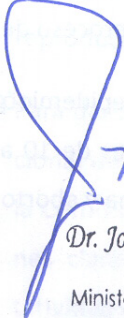
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OTRANS	Organización Trans Reinas de Belleza de la Noche
PASCA	Proyecto de Acción de Sida de Centroamérica
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PEMAR	Poblaciones en Mayor Riesgo
PEN	Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida
PIB	Producto Interno Bruto
PNS	Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
POA	Plan Operativo Anual
POL	Plan Operativo Local
PPL	Personas Privadas de Libertad
PVV	Personas viviendo con VIH
SEGPLAN	Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIGSA	Sistema de Información Gerencias de Salud
UAI	Unidades de Atención Integral
UN	Naciones Unidas
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
UNGASS	Declaración de Compromiso de la Lucha contra el VIH y Sida-Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector en materia de salud, ha conducido la elaboración de la presente Estrategia Nacional de Condones, la cual es el resultado del trabajo conjunto y de un proceso de construcción colectiva entre las instituciones que en Guatemala tienen a su cargo la elaboración de políticas de prevención de ITS, VIH y sida, de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, autoridades nacionales reguladoras, organizaciones no gubernamentales, mercadeo social, sector privado vinculado a la venta de condones y agencias de cooperación internacional, quienes han consolidado, en un documento, una estrategia que garantizará el acceso universal a condones como la tecnología disponible más eficiente para reducir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, así como embarazos no deseados, al potenciarse la doble protección.

La programación integral de condones involucra múltiples acciones y los esfuerzos que se desarrollen para lograr los objetivos deben ser coordinados por un liderazgo firme a nivel nacional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La demanda de condones debe ser creada; para el efecto, las acciones de promoción constituyen una tarea sustantiva. Suministros adecuados de condones de calidad deben estar disponibles y ser distribuidos ampliamente a todas las poblaciones, y deben llevarse a cabo acciones de abogacía para garantizar que la estrategia sea sostenible a largo plazo, así como constituir una Comisión Nacional de Condones que cuente con una amplia participación sectorial.

Finalmente, en consenso los tres sectores involucrados en este proceso, y en mi calidad de Ministro de Salud, presento la Estrategia Nacional de Condones para su implementación a nivel nacional.



Dr. Jorge A. Villavicencio Álvarez
MINISTRO
Ministerio de Salud Pública y A. S.

I. INTRODUCCIÓN

La Estrategia Nacional de Condones surge como una alternativa eficaz y sostenible en la prevención del VIH y en la prevención de embarazos no planificados, misma que involucra a los tres sectores del mercado: público, mercadeo social y privado. Su objetivo es garantizar el acceso a condones, en calidad y cantidad suficiente a población general, con énfasis en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad, ya sea de forma gratuita o a bajo costo, al promover y vencer barreras sociales e individuales que limitan o impiden su uso.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ha apoyado en la elaboración de esta estrategia al contribuir durante el proceso de elaboración inicial, que contó con una amplia participación de los sectores involucrados. En un segundo momento, se condujo el proceso de elaboración hacia un abordaje unificado entre los Programas de Salud Reproductiva y de Prevención y Control de ITS, VIH y sida del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con el objetivo de coordinar la programación integral de condones, según población general y poblaciones en más alto riesgo, que constituyen las poblaciones meta en la distribución gratuita de condones. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) se suma posteriormente al proceso de elaboración, al ofrecer el apoyo técnico para la adecuación de la Estrategia Nacional de Condones a la metodología de los 10 pasos, y acompañó el proceso de revisión y validación final de la misma.

Basados en la información epidemiológica del país, existe un incremento alarmante de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años y en mujeres mayores de 35 años, alta tasa de mortalidad materna y abortos inseguros.

La situación de VIH en Guatemala se describe como una epidemia concentrada, con información sobre incremento de nuevos casos cuya causa principal son las relaciones sexuales desprotegidas, y es la población joven la más afectada.

En Guatemala, los tres canales de distribución: público, mercadeo social y privado se han unido para desarrollar una Estrategia Nacional de Condones que permita unificar criterios para la financiación y adquisición, promoción y logística de distribución de condones a diferentes poblaciones. Por las características de la epidemia del VIH en el país, debe priorizarse a aquellas que se encuentran en más alto riesgo como son: hombres que tienen sexo con hombres, personas TRANS, mujeres trabajadoras del sexo, jóvenes en riesgo social, personas privadas de libertad y sus parejas.

Así mismo, deben considerarse aquellas que se encuentran en mayor vulnerabilidad como la población adolescente, embarazadas y población en edad fértil. De igual manera, deben respetarse las diferencias étnicas y culturales que coexisten en el país, lo que implica la comprensión de las diferentes cosmovisiones y el intercambio de saberes para el desarrollo de una mejor salud sexual y reproductiva entre sus habitantes.

El uso correcto y constante del condón sigue siendo el medio más efectivo de prevención del VIH, su uso también contribuye a la prevención y espaciamiento de embarazos, por lo que se hace necesario intensificar la promoción del condón como un método que permite esta doble función. La promoción debe ir asociada a acciones de información, educación y comunicación para el cambio de comportamientos y a procesos sistemáticos de educación sexual, principalmente en las escuelas. La publicidad y campañas de comunicación deben dirigirse a romper paradigmas, miedos y tabúes en torno al uso del condón y fortalecer el mensaje que se centra en la seguridad que ofrece el uso de condones y lubricantes en las relaciones sexuales. Las campañas deben ir dirigidas a diferentes segmentos de la población, sin olvidar a las mujeres. Enseñar a las adolescentes y a las mujeres sobre condones puede proporcionarles mayor control para protegerse a sí mismas y para tomar mejores decisiones sobre su sexualidad y capacidad reproductiva.

Para dar seguimiento a lo que la Estrategia Nacional de Condones direcciona, se conformará la Comisión Nacional de Condones, con funciones claramente establecidas y con representatividad de los tres sectores involucrados, así como de la sociedad civil y agencias de cooperación externa.

Se elaborarán Planes Operativos Anuales, que garanticen la promoción y el acceso a condones y el cumplimiento de metas y objetivos nacionales y regionales en beneficio de la salud sexual integral de las y los guatemaltecos.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, identifica la salud sexual y reproductiva como un derecho y responsabilidad de los individuos para reducir las muertes maternas, ampliar el espacio intergenésico, reducir los embarazos no planificados, abortos inseguros y disminuir nuevas infecciones de VIH. Para contribuir a ello, se hace entrega de la presente Estrategia¹ Nacional de Condones, que fundamentalmente dará lineamientos para el acceso universal a condones oportunamente en calidad y cantidad, así como a información técnica y científica relacionada con los mismos.

II. ESTRATEGIA NACIONAL DE CONDONES: OBJETIVOS Y PILARES

El enfoque metodológico utilizado para el desarrollo de la presente Estrategia Nacional de Condonos se denomina Metodología de los 10 pasos¹, la cual se divide en dos grandes fases: diseño e implementación. En el presente documento se realizará la fase de diseño y se establecerá, a través del consenso con los actores, la ruta a seguir para la fase de implementación.

Objetivos

Objetivo general

Implementar acciones que aseguren la disponibilidad de condones, de forma oportuna en calidad y cantidad a nivel nacional, a fin de contribuir a la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la prevención de embarazos no planificados; de esta forma se contribuye a fortalecer las buenas prácticas en salud sexual y reproductiva.

Objetivos específicos

- Identificar los mecanismos legales que permitan la coordinación entre los tres sectores (público, mercadeo social y privado) involucrados en la provisión de condones, satisfaciendo oportunamente la demanda real y potencial de estos insumos.
- Definir las acciones que garanticen la disponibilidad de condones con carácter gratuito o a un precio accesible para la población, priorizando la disponibilidad para poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH.
 - Propiciar acciones que promuevan el uso de condones femeninos a un precio accesible, garantizando un enfoque en derechos humanos, en beneficio del empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones sexuales y reproductivas.
 - Promover el uso de lubricantes compatibles con el látex como una estrategia que aumenta la eficacia en el uso del condón, con énfasis en poblaciones clave.
- Conformar una Comisión Nacional de Condonos con participación multisectorial, que garantice la implementación efectiva y que acompañe el proceso de monitoreo y evaluación con base en los resultados definidos en la estrategia.

¹ Ver Anexo I.

Pilares

A continuación, se presentan los cuatro pilares fundamentales de esta estrategia, que deben ser considerados por todos los sectores involucrados e intervenciones propuestas emanadas de los Planes Operativos Anuales para la implementación de la Estrategia Nacional de Condones.

- **Derechos Humanos:** pilar fundamental que orienta el trabajo a favor de la prevención. Toma en cuenta la promoción, el respeto y la defensa de los derechos humanos en todas sus formas. Incluye la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y el reconocimiento del libre ejercicio de los mismos en la toma de decisiones responsables e informadas. Se expresa, además, en el reconocimiento y respeto a la diversidad sexual e identidad de género, al facilitar las intervenciones dirigidas a las poblaciones en más alto riesgo.
- **Pertinencia cultural para la interculturalidad:** reconociendo a Guatemala como un país multiétnico, pluricultural y multilingüe se hace necesario implementar acciones con pertinencia cultural que permitan

el abordaje diferenciado a los 4 pueblos del territorio nacional, que son: Maya, Garífuna, Xinca y Mestizo para incidir en la participación de todas y todos de tal forma que contribuyan a alcanzar el desarrollo integral del país.

- **Equidad de Género:** enfoque necesario al desarrollar estrategias de promoción de la salud sexual integral de las personas, pues permite reducir las brechas que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad de las poblaciones a determinadas situaciones como son las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, los embarazos tempranos y la mortalidad materna.
- **Eliminación de estigma y discriminación:** cualquier estrategia orientada a prevenir nuevas infecciones de VIH debe considerar incorporar acciones encaminadas a la reducción y eliminación del estigma y la discriminación asociadas. Se ha reconocido ampliamente que ambos fenómenos representan el principal obstáculo para el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. Este pilar es clave tanto para proteger a las personas afectadas como para reducir la transmisión y las consecuencias del VIH.

III. CONTEXTO NACIONAL

Caracterización socio-económica

Guatemala registró un ingreso nacional per cápita real de \$1,886 dólares de Estados Unidos² en 2011, lo cual sitúa al país dentro de la categoría de países de ingreso medio con base en los criterios de clasificación de ingreso del Banco Mundial (BM).

En el Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2011, estimado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el país se situó dentro del grupo de países con desarrollo humano medio con una puntuación de 0,574, ubicándose por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (0,731) y en la posición 131 de un total de 187 países para los que se dispone de datos comparables.

Además, el país se caracteriza por ser uno de los más desiguales del mundo. Su coeficiente de Gini para los ingresos familiares se sitúa en 0,56 y para el consumo en 0,448. Además, el quintil más alto de la población concentra más del 60 por ciento de los ingresos totales, mientras que el quintil más bajo concentra menos del 3 por ciento de los ingresos totales.³

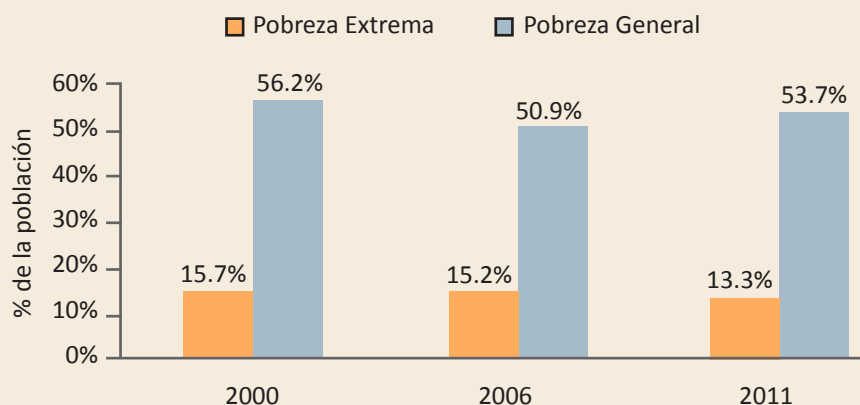
Las últimas cifras de pobreza (ENCOVI2011) señalan que 53,7 por ciento de la población vive en situación de pobreza y 13,3 por ciento en pobreza extrema. Como se observa en el Gráfico 1, la pobreza extrema ha mostrado una tendencia decreciente modesta, registrando una reducción de 2,4 puntos porcentuales en el periodo 2000-2011. Y, en términos de superación de la pobreza general, en el periodo 2000-2006 se observaron cambios sustanciales, registrándose una reducción de 5,3 puntos porcentuales; sin embargo, con la crisis financiera internacional y el alza de los precios de las principales materias primas—incluyendo los alimentos básicos—, durante el 2011 la pobreza general se incrementó, elevando la cifra a 53,7 por ciento de la población guatemalteca.

² A precios constantes del 2000.

³ Cálculos propios con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos

y Gastos Familiares (ENIGFAM) 2010.

GRÁFICO 1: EVOLUCIÓN DE LA POBREZA EXTREMA Y GENERAL EN GUATEMALA (2000-2011)



Fuente: elaboración propia con datos de ENCOVI 2000, 2006 Y 2011.

Cabe destacar que las zonas del país con mayor incidencia de pobreza extrema son los municipios fronterizos con México, los municipios del norte y el área nororiente del país (ENCOVI 2011). Estos municipios se caracterizan por poseer una incidencia de pobreza extremamayor al 41 por ciento del total de su población.

Evolución demográfica

Según las proyecciones del INE, con base en el XI Censo de Población y VI de Habitación del año 2002, durante el 2012 la población total de Guatemala ascendió a 15 073 375 habitantes. Y, para el 2016 ascenderá a 16 548 168 habitantes, registrando un crecimiento acumulado en cuatro años de 9,4 por ciento con respecto al 2011, con un crecimiento promedio anual de 2,4 por ciento.

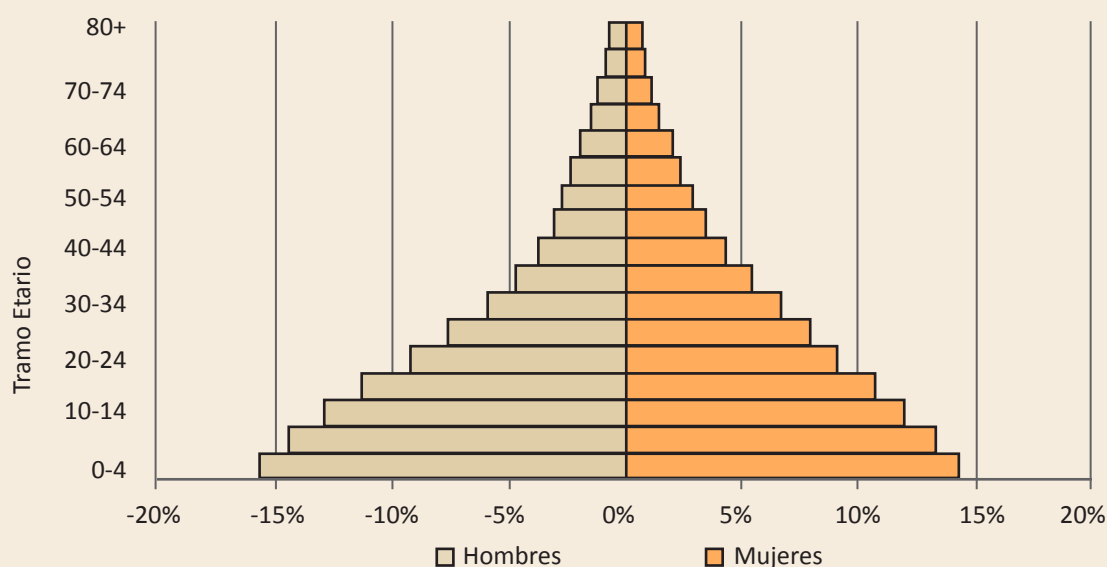
La distribución geográfica y étnica de la población es heterogénea. Las dos regiones que concentran el mayor nivel de población son la Noroccidental y la Metropolitana con 26,2 por ciento y 20,7 por ciento de la población, respectivamente. El 53 por ciento de la población restante se concentra en las regiones Central, Norte, Nororiental, Suroriental, Suroccidental y Petén. Por su parte, 41 por ciento de la población se identifica como indígena, quienes se concentran principalmente en las regiones Central, Norte, Noroccidental y Suroccidental.⁴

Actualmente en Guatemala hay 95 hombres por cada 100 mujeres. Durante el quinquenio 2011-2015 se estima que en promedio un 48,8 por ciento de la población serán hombres y un 51,2 por ciento mujeres, lo cual implica un balance rítmico entre ambos sexos en la pirámide poblacional (ver Gráfico 2).⁵

4 INE, 2002. Proyecciones con base en el XI Censo de Población y VI de Habitación.

5 INE, 2002. Proyecciones con base en el XI Censo de Población y VI de Habitación.

GRÁFICO 2: ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y EDAD
GUATEMALA, PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2010



Fuente: elaboración propia con datos del INE.

La población guatemalteca tiene un rasgo predominantemente joven, donde la población en edad productiva (15 a 64 años) representa al 54,1 por ciento de la población y la población inactiva (menores de 15 años y mayores de 65 años) representa al 45,9 por ciento restante.⁶ Esta característica demográfica abre una ventana de oportunidades al país para aumentar su productividad y generar excedentes, y de esa manera mejorar las condiciones de vida de la población en su conjunto, situación que se conoce como bono demográfico. Sin embargo, para incrementar la productividad es indispensable aumentar la inversión pública en áreas como educación, salud y generación de empleo.

Según el PNUD (2011), el promedio observado de escolaridad en Guatemala es de 4,1 años, ubicándose por debajo del promedio latinoamericano de 7,2 años y con el valor más bajo en toda la región.

Según la ENSMI 2008/2009 la tasa global de fecundidad se situó en 3,6 hijos por mujer. A pesar de que la tasa de fecundidad se redujo un 18 por ciento en el periodo 2002-2008, esta continúa siendo la más elevada en la región centroamericana, situación que se atribuye a una combinación de factores como el escaso acceso a la educación y el limitado acceso a la información sobre sexualidad, métodos de planificación familiar y la baja cobertura de servicios de salud reproductiva.

⁶ INE, 2002. Proyecciones con base en el XI Censo de Población y VI de Habitación.

La tasa de mortalidad de niños menores de cinco años se situó en 42 por cada mil niños nacidos vivos en el 2008, cifra que representa una reducción del 20,8 por ciento con respecto al 2002 (ENSMI, 2008/2009). A pesar de la reducción observada, la mortalidad infantil continúa siendo una de las más elevadas en la región Centroamericana.

Según la CEPAL, la esperanza de vida al nacer de ambos sexos, para el periodo 2010-2015, se sitúa en 71,3 años, ubicándose por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (74,7 años). Además, se observa que la esperanza de vida al nacer de los hombres (67,7 años) es menor que la de las mujeres (74,8 años) en el mismo periodo de tiempo. Además, la tasa bruta de mortalidad se ubicó en 5,8 por cada mil habitantes durante el periodo 2005-2010 y se espera que se ubique en 5,5 por cada mil habitantes en el periodo 2010-2015.

Por su parte, los flujos de personas por migración se han incrementado en Guatemala. Por un lado, el país se ha convertido en un territorio de paso de migrantes desde el sur del continente hacia Estados Unidos y también se ha observado un aumento del comercio en las zonas fronterizas, ambos factores han contribuido al incremento de las poblaciones móviles y las estaciones de paso en el país.

Y, por otro lado, los movimientos migratorios estacionales internos y las migraciones hacia el extranjero han cobrado fuerza. Según la OIM, durante el 2010, el total de la población que residía en el extranjero ascendió a 1 637 119, equivalente a una tasa de emigración de 11,4 por ciento. La evidencia del vínculo existente entre la propagación del VIH con las poblaciones móviles, señala que las vulnerabilidades estructurales a las que están expuestos los migrantes hacen más proclives los comportamientos sexuales de riesgo.

Así, el contexto sociodemográfico actual se caracteriza por tener un acelerado crecimiento demográfico, con una población predominantemente joven, con limitado acceso a servicios de salud y educación de calidad, a información sobre temas de sexualidad y salud reproductiva, y a métodos de planificación familiar, que unidos a otros factores como bajo nivel de escolaridad, migraciones y hacinamiento, generan grandes demandas de inversión en materia de servicios básicos.

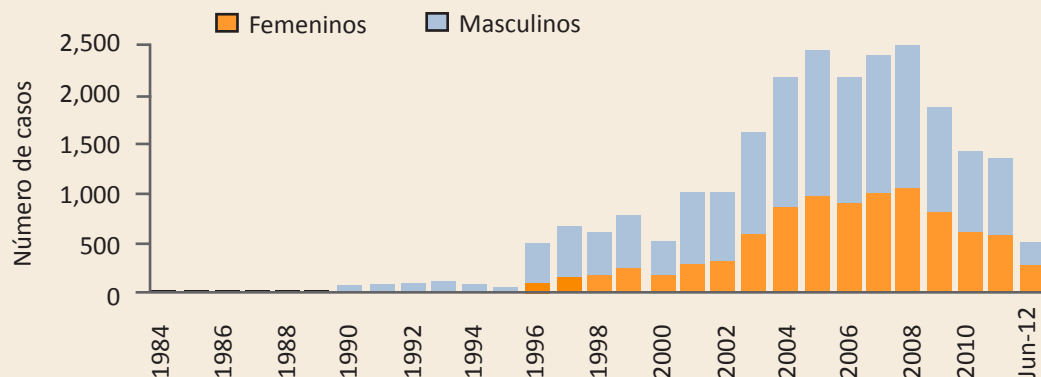
Diagnóstico situacional

ITS, VIH y Sida

En Guatemala, los primeros dos casos masculinos de VIH fueron detectados en 1984, y en 1986 se detectaron los primeros tres casos femeninos. De acuerdo al Centro Nacional de Epidemiología (CNE), hacia junio de 2012, se habían registrado 16 602 casos de VIH avanzado y 10,103 casos de VIH. Así, para junio de 2012, el total de casos acumulados de VIH y VIH avanzado y casos sin datos de avance de la enfermedad ascendió a 26 978, de los cuales un 38,5 por ciento son casos femeninos y un 61,5 por ciento casos masculinos (ver Gráfico 3).

Es importante notar que la relación de masculinidad pasó de 3,5 hombres por cada mujer viviendo con VIH en 1986, a 1,6 hombres por cada mujer viviendo con VIH en junio 2012. Como se observa en el Gráfico 3, el 30 por ciento de los casos fueron notificados en los primeros 20 años de la epidemia, mientras que el 70 por ciento restante se notificó en los últimos 8 años y seis meses. Sin embargo, pese a los esfuerzos desde el 2003 por mejorar la vigilancia y la notificación de casos al sistema nacional de información del CNE, existe un subregistro significativo. Esto se debe a la insuficiente oferta de la prueba de VIH en el país y a la falta de información completa dado que solo alrededor del 70 por ciento de las áreas de salud reportan datos epidemiológicos. De esta manera, se estima que en el último quinquenio dos de cada tres personas con VIH desconocían su condición.

GRÁFICO 3: VIH Y VIH AVANZADO: CASOS POR SEXO Y AÑO DE NOTIFICACIÓN EN GUATEMALA (1984- JUNIO 2012)

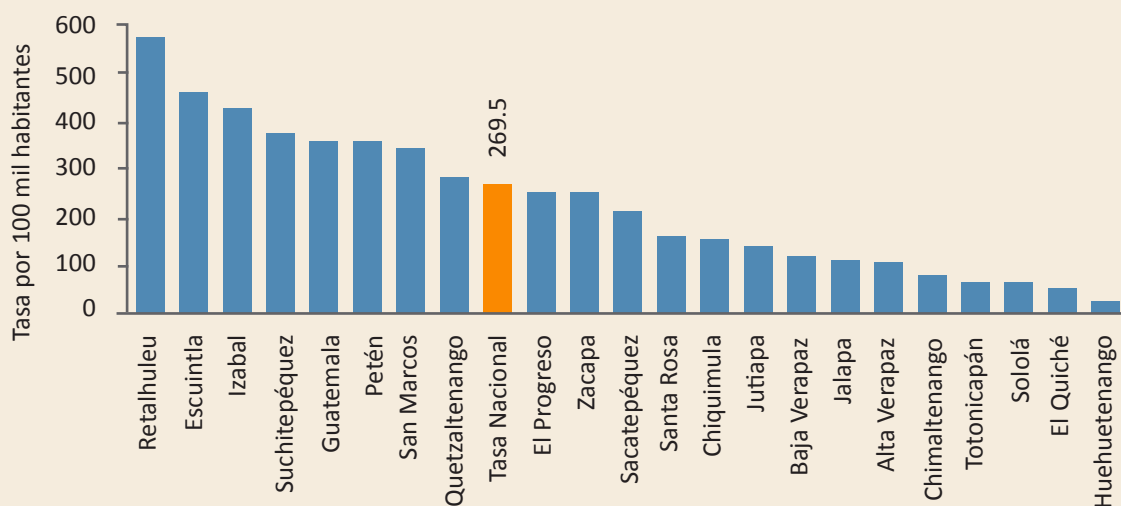


Fuente: elaboración propia con datos del CNE, MSPAS.

Esta situación se hace evidente cuando se comparan las cifras oficiales con otras fuentes de información. Según ONUSIDA (2010)⁷, en Guatemala los casos de VIH superan la cifra de 62,000 personas y anualmente fallecen más de 2,600 adultos y niños a consecuencia del VIH avanzado. Además, las últimas proyecciones de VIH realizadas por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) estiman que para el año 2012 los casos de VIH alcanzaron la cifra de 72 748 personas. Así, la prevalencia estimada en adultos de 15 a 49 años es de 0,85 por ciento, situación que se traduce en 10 846 nuevas infecciones al año, es decir 30 personas infectadas diariamente.

La tasa de notificación de casos de VIH y VIH avanzado a nivel nacional a junio de 2012 se ubicó en 269,5 infecciones por cada cien mil habitantes, la cual fue superada por los departamentos de Retalhuleu, Escuintla, Izabal, Suchitepéquez, Guatemala, Petén, San Marcos y Quetzaltenango donde se registró el 78,6 por ciento de los casos (ver Gráfico 4). Estos departamentos se encuentran ubicados, en su mayoría, en zonas fronterizas y/o atraviesan la carretera Interamericana, con corrientes migratorias hacia el departamento de Guatemala. Esta situación destaca la importancia que tienen las poblaciones móviles y las estaciones de paso en la distribución de casos del VIH en el país.

GRÁFICO 4: VIH Y VIH AVANZADO: TASA POR DEPARTAMENTO EN GUATEMALA
(1984 – JUNIO 2012)



Fuente: elaboración propia con datos del CNE, MSPAS.

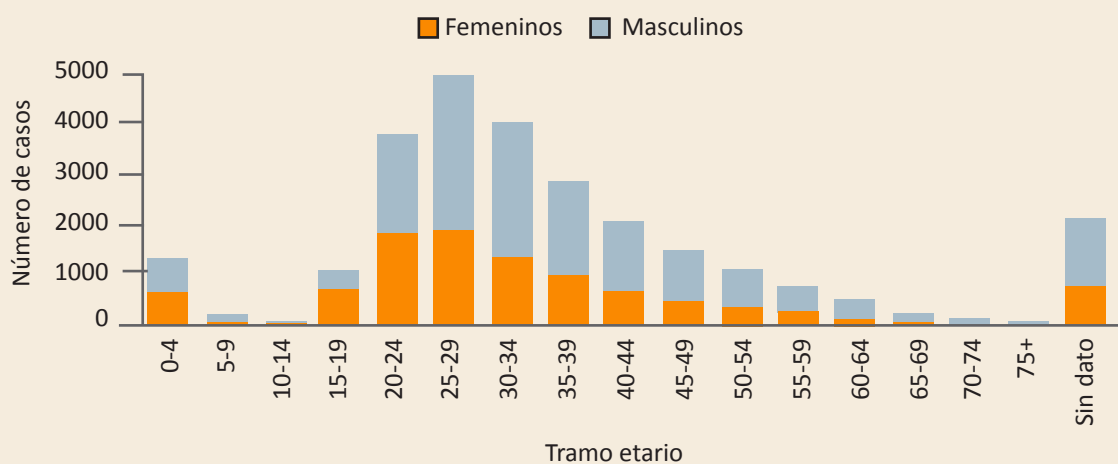
⁷ Informe de la Epidemia Global de Sida, noviembre 2010.

A junio de 2012, el 75,5 por ciento de los casos de VIH y VIH avanzado corresponden a la población en edad fértil entre 15 y 49 años, de los cuales 39 por ciento se reportaron en mujeres y 61 por ciento en hombres; siendo el grupo etario más afectado el comprendido entre los 25 y 29 años (18,4 por ciento). Mientras que los casos de niños entre 0 y 14 años representaron el 6 por ciento de los casos y los adultos mayores de 50 años representaron el 18,5 por ciento restante (ver Gráfico 5).

Cabe señalar que, a 2012, la principal vía de transmisión fue la sexual (93,8 por ciento), en tanto que el 5 por ciento se ha registrado por

transmisión de madre a hijo. Además, el nivel de escolaridad tiene una alta correlación con la distribución del VIH en la población. El 69,9 por ciento de las personas que adquirieron el virus son analfabetas o alfabetos con algún grado de educación primaria, 7,2 por ciento posee educación secundaria, 4 por ciento posee educación a nivel de diversificado y un 1 por ciento posee educación universitaria. En cuanto al estado civil, el 64 por ciento de las personas con VIH y VIH avanzado son solteros –incluyendo solteros, viudos, separados, divorciados y unión libre– y 16,5 por ciento son casados.

GRÁFICO 5: VIH Y VIH AVANZADO: CASOS ACUMULADOS SEGÚN TRAMO ETARIO Y SEXO EN GUATEMALA (1984 – JUNIO 2012)



Fuente: elaboración propia con datos del CNE, MSPAS.

Y, según la identificación étnica, del 70 por ciento de las personas con VIH que respondió a la auto identificación, 77 por ciento se auto identificaron como ladinos, 22 por ciento como mayas, 1 por ciento como garífunas y 0,2 por ciento como xincas.

La epidemia de VIH y VIH avanzado en Guatemala, al igual que en el resto de países de Centroamérica, está concentrada en los grupos de mayor riesgo, incluyendo personas trans, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes.

Según el Fondo Mundial (2011), la prevalencia estimada en HSH fue de 7,6 por ciento y en mujeres trabajadoras del sexo (MTS) 3,8 por ciento⁸.

La vigilancia epidemiológica de VIH e ITS en el país se caracteriza por ser de primera generación y pasiva, contando únicamente con 4 centros de vigilancia centinela de ITS. Esta vigilancia incorpora variables de comportamiento, sociodemográficas y datos de prevalencia de las ITS, enfocándose en las poblaciones en riesgo.

Según reportes 2011-2012, en el último mes, el uso del condón en la categoría “con clientes” fue de 58,3 por ciento en HSH, 99,4 por ciento en MTS y 82,2 por ciento en personas trans; en

la categoría “con pareja estable” fue de 35,8 por ciento en HSH; 20,7 por ciento en MTS y 50 por ciento en personas trans; por último, en la categoría “con pareja casual” fue de 61,3 por ciento en HSH; 48,2 por ciento en MTS y 74,7 por ciento en personas trans.

Los resultados de la Encuesta Nacional de la Juventud 2011 reflejan que 4 de cada 10 jóvenes utilizaron algún método anticonceptivo en su primera y en su última relación sexual. El principal método utilizado fue el condón masculino, 34 por ciento de los jóvenes reportaron haberlo usado en la primera relación sexual y 24,8 por ciento en la última. Sin embargo, del total de jóvenes que han tenido relaciones sexuales, alrededor de la mitad no ha utilizado ningún método anticonceptivo ni en la primera, ni en la última relación sexual, esta característica se observa principalmente en la población indígena, con bajo nivel de escolaridad, menor estrato socioeconómico y en el área rural del país. Esta misma encuesta evidencia que las mujeres reportan un menor uso de anticonceptivos que los hombres, en promedio 20 por ciento de las mujeres utilizaron condón en su primera relación sexual y 13 por ciento en su última, situación que aumenta la probabilidad de un embarazo deseado o no, y el riesgo de adquirir una ITS.

⁸ Estas prevalencias fueron estimadas bajo la metodología de la Línea Final FM.

Según la ENSMI 2008/2009, el porcentaje de la población entre 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un condón durante la última relación sexual asciende a 24,2 por ciento en mujeres y 62,3 por ciento en hombres.

El gasto nacional e internacional en Sida durante el 2008 fue de Q388,202 682 (equivalente a \$51,349,561 dólares de Estados Unidos), registrando un crecimiento de 17,6 por ciento respecto al año anterior. De los cuales, 57 por ciento provino del sector público, 36 por ciento de organismos internacionales y 7 por ciento del sector privado. Este rubro de gasto estuvo enfocado principalmente en atención y tratamiento (60,2 por ciento), seguido por prevención (27,3 por ciento), gestión y administración de programas (11,4 por ciento), entre otros (1,1 por ciento).⁹ Además, en 2010 el PNSR distribuyó 5,335,628 condones a nivel nacional, los cuales fueron adquiridos a un costo unitario de Q0.19 lo que se tradujo en un costo total anual de Q991,360.

El Plan Estratégico Nacional (PEN) de Prevención de ITS, VIH y Sida 2011 – 2015, dentro de sus políticas y normas operacionales, establece la necesidad de fortalecer e implementar la Estrategia Nacional de Condones, reconociendo la importancia de desarrollar acciones para mejorar el uso correcto y consistente del

condón y lubricantes a base de agua. Además, reconoce la necesidad de aumentar el conocimiento sobre las formas de transmisión y prevención del VIH e ITS a través de intervenciones dirigidas a los grupos poblacionales que tienen mayor riesgo de exposición, incluyendo mujeres embarazadas, HSH, personas trans, HTS, MTS y sus clientes.

Las intervenciones para la prevención incluyen información, educación y comunicación (IEC) para el cambio de comportamiento; oferta de la prueba de VIH con orientación pre y post; diagnóstico y tratamiento de ITS, con manejo sintomático y etiológico para Sífilis y Hepatitis B; y entrega de condones y lubricantes compatibles con el látex¹⁰ gratuitos a través de la red de servicios nacionales de salud y acciones de ONG a nivel nacional. Estas acciones son dirigidas a poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.

10 En Guatemala, no se distribuyen gratuitamente lubricantes compatibles con el látex, con la excepción de la compra que se realiza a través del Proyecto del Fondo Mundial, cuyos sachet se entregan junto a los condones a poblaciones priorizadas y en servicios seleccionados; lo que implica que su acceso no es universal. El país está comprometido con el análisis e incorporación de nuevas tendencias para la prevención del VIH, por lo que se considera oportuno y necesario presentar las recomendaciones internacionales sobre lubricantes compatibles con el látex: (i) los condones son empacados con una dosis de lubricante. El uso de lubricante adicional está recomendado especialmente para sexo con penetración anal y para sexo vaginal prolongado; (ii) no debe usarse lubricante a base de aceite, pues este puede dañar al condón de látex y aumentar el riesgo de ruptura; y (iii) no se recomienda aplicar lubricante directamente sobre el pene o debajo del condón, esto aumenta el riesgo de deslizamiento.

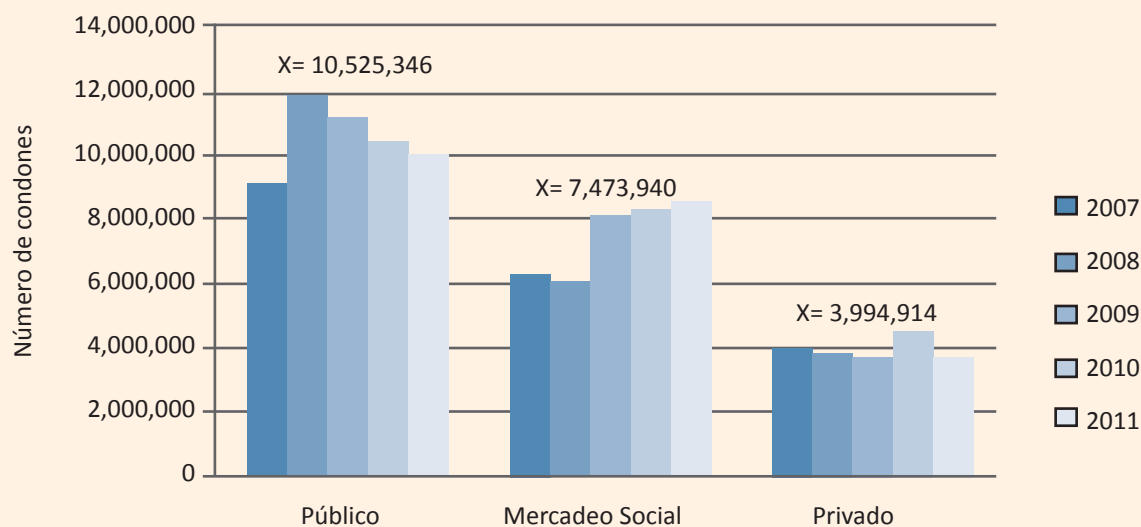
9 MSPAS, MEGAS 2007 – 2008.

Evolución de la oferta de condones a nivel nacional

Los tres sectores proveedores de condones en el país han buscado estrategias y alianzas para mantener e incrementar la oferta de condones a nivel nacional. De acuerdo a datos de Nielsen, la evolución en la oferta de condones se ha mantenido fluctuante desde el año 2007 al 2011, mostrando un crecimiento neto en dicho periodo de un 14.85 por ciento.

Al analizar la evolución por sector, se pueden observar tendencias totalmente heterogéneas: un sector público con un incremento grande de 2007 a 2008, pero con constantes reducciones a partir de 2008 (crecimiento promedio en el período de 3.4%), un sector de mercadeo social en constante incremento a partir de 2008 (crecimiento promedio en el período de 9%), y un sector privado fluctuante (crecimiento negativo promedio de 0.9%).

GRÁFICO 6:
EVOLUCIÓN DE LA OFERTA DE CONDONES EN GUATEMALA POR SECTOR (2007 -2011)



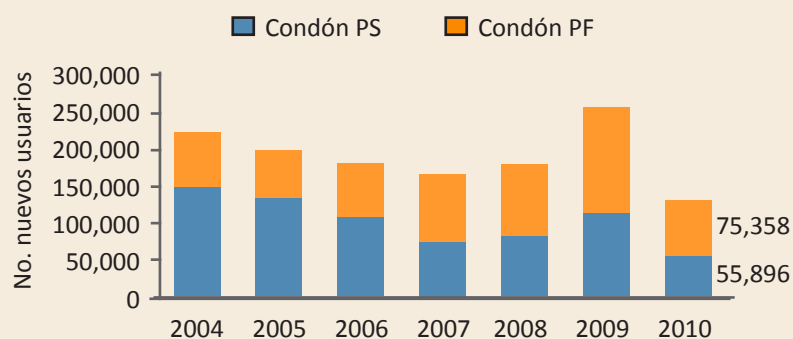
Fuente: elaboración propia con datos de NIELSEN.

Nota: el sector público incluye al MSPAS, APROFAM, Fondo Mundial y otras donaciones.

Tradicionalmente la oferta de condones ha sido diferenciada entre condones de planificación familiar (PF) y condones de profilaxia sexual (PS). Sin embargo, dentro de los objetivos de esta estrategia se busca ofertar el condón como un método de protección dual. En el Gráfico 6, se observa que el total de nuevos usuarios de condones, incluyendo los condones de PF y de PS, se situó en 131,254 nuevos usuarios entre los meses de enero a junio del 2010.

Las mujeres tienen más acceso a un método de planificación familiar que a un método de protección contra el VIH, porque lo que se conoce en el entorno es el condón masculino. Con el condón femenino las mujeres podrían estar obteniendo una doble protección. En Guatemala, no se realiza compra para distribución gratuita de condones femeninos, estos son distribuidos por los canales tradicionales de venta y principalmente a través del mercadeo social. Con esta Estrategia Nacional de Condones, se pretende el acceso universal a condones, así como dirigir e implementar políticas y programas de salud sexual y reproductiva, con el propósito

GRÁFICO 7:
TOTAL DE NUEVOS USUARIOS DE CONDONES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (PF) Y PROFILAXIA SEXUAL (PS) EN GUATEMALA (2004 - JUNIO 2010)



Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS.

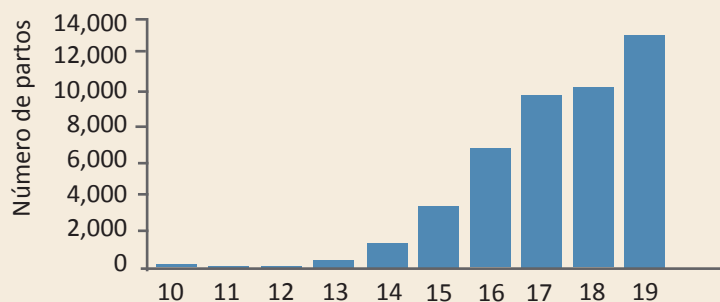
de desarrollar acciones de información para la toma de decisiones responsables; además existe el compromiso de realizar análisis de las propuestas y nuevas tecnologías para el mejoramiento de los servicios.

Salud sexual y reproductiva

En Guatemala, durante el 2012, las mujeres en edad reproductiva alcanzaron la cifra de 4,922,684 (32,7 por ciento de la población total) y se encuentran distribuidas por tramos etarios de la siguiente manera: 36 por ciento son adolescentes entre 10 y 19 años, 38 por ciento son mujeres entre 20 y 34 años y 26 por ciento son mujeres entre 35 y 54 años.¹¹

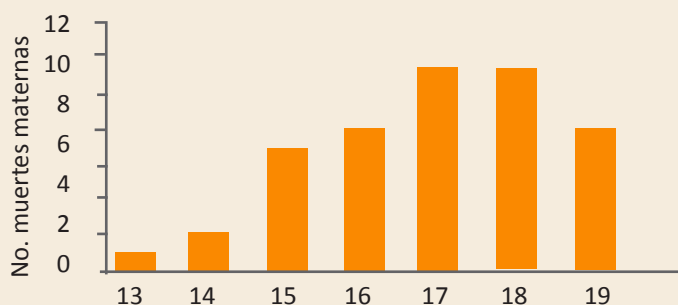
¹¹ Sala Situacional de Salud Reproductiva, MSPAS (2012).

GRÁFICO 8A:
NÚMERO DE PARTOS EN ADOLESCENTES, 2010



Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS.

GRÁFICO 8B:
MUERTE MATERNA EN ADOLESCENTES, 2010



Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS.

El país ocupa la tercera tasa de fecundidad adolescente más alta de Centroamérica. Durante el 2010, se reportó un total de 45,048 partos atendidos en menores de 19 años a nivel nacional, de los cuales 96,4 por ciento se presentaron en adolescentes entre 15 y 19 años y 3,6 por ciento en adolescentes menores de 14 años.¹² Además, durante el mismo año, se reportaron 43 casos de muerte materna en adolescentes entre 13 y 19 años (ver Gráfico 8a y b).¹³

La mortalidad materna se ubicó en 139 mujeres muertas por cada 100 mil nacidos vivos, cifra que ubica a Guatemala en el cuarto lugar en Latinoamérica con mayores tasas de mortalidad materna, según el estudio nacional de mortalidad materna 2007. De acuerdo al MSPAS (2010), las principales causas de la muerte materna se atribuyen a hemorragias (55 por ciento), hipertensión (19 por ciento), sepsis (11 por ciento), embolias (3 por ciento), abortos (2 por ciento), entre otros (9 por ciento). Este escenario evidencia la necesidad de fortalecer las medidas de prevención, principalmente a través del espaciamiento de embarazos.

12 Sala Situacional de Salud Reproductiva, MSPAS (2010).

13 Entre los meses de enero a junio de 2012, se reportó un total de 16 339 partos atendidos en menores de 19 años, de los cuales 91,2 por ciento se presentaron en adolescentes entre 15 y 19 años y 8,8 por ciento en adolescentes menores de 14 años. Además, en el mismo período de tiempo, se reportaron 148 casos de muerte materna.

Según la Encuesta Nacional de la Juventud 2011, las prácticas sexuales durante la adolescencia dieron lugar a embarazos en 37 por ciento de los jóvenes entre 15 y 18 años, aunque la mayor proporción se observó en jóvenes entre 25 a 29 años (76,3 por ciento). Los embarazos adolescentes son más frecuentes en los jóvenes indígenas (68,5 por ciento), residentes en el área rural (68,1 por ciento), viviendo en situación de pobreza (68,2 por ciento) y con ningún nivel de escolaridad (82,7 por ciento).

La ENSMI 2008/2009 reportó una disminución de la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar a nivel nacional de 20,8 por ciento. Mientras que la población rural e indígena sobrepasó este promedio con un porcentaje de 29,3 por ciento. En esta misma encuesta, en relación al uso actual de métodos anticonceptivos, se indica que la distribución porcentual de uso del condón actualmente reportado por las mujeres en edad reproductiva es de 3,6 por ciento. De este bajo porcentaje, el 75,2 por ciento es demandado en farmacias, mientras que en los servicios públicos lo demandaron solo el 12,9 por ciento.

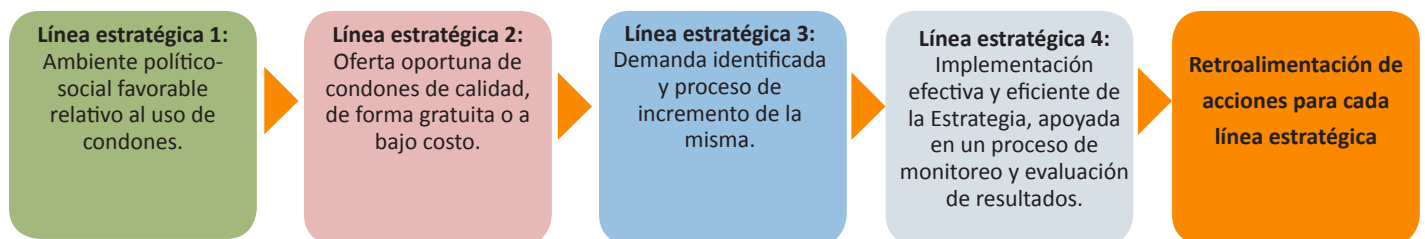
Esta misma encuesta reporta que el 96 por ciento de mujeres encuestadas respondieron que tener un solo compañero sexual previene la transmisión del VIH, mientras que el 83 por ciento opinó que el uso del condón es el método más eficaz.

Además, se observó que el inicio de las relaciones sexuales en Guatemala ocurre entre los 11 a los 13 años, incrementando la vulnerabilidad de este grupo poblacional a embarazos tempranos y a nuevas infecciones de transmisión sexual. El conocimiento del uso de condón es mayor en el área urbana que en el área rural, en el grupo no indígena, en los que tienen mayor nivel de escolaridad y entre las nuevas generaciones. Sin embargo, se evidencia una brecha entre este conocimiento y la práctica del uso correcto y constante del condón.

IV. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

La estrategia contempla cuatro lineamientos específicos interconectados, los cuales se plantean a continuación:

ESQUEMA 1: PROCESO ESTRATÉGICO DE IMPLEMENTACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN



En el proceso de definición de los lineamientos estratégicos para cada una de las líneas descritas anteriormente, cabe señalar que en este primer momento se han definido acciones conjuntas y coordinadas entre los tres sectores principalmente para el eje 1, 3 y 4, circunscribiéndose el fortalecimiento institucional de la oferta oportuna de condones por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, instancia que tiene a su cargo la distribución gratuita de condones a poblaciones clave a través de su red de servicios.

1. Ambiente político-social favorable

(relativo al uso del condón)

Para alcanzar los resultados que se prevén de la implementación de la ENC, se debe contar con un proceso de diagnóstico de opinión que recoja los puntos de vista de los principales actores de la sociedad, ya que de eso depende la fluidez o la obstaculización de los procesos. La presente sección describe el ambiente político y social en Guatemala, respecto al uso del condón desde un entorno general –consensos sociales plasmados en la Constitución Política de la República, leyes y reglamentos nacionales, así como acuerdos internacionales- al entorno específico –posturas oficiales de grupos sociales-. Ambos entornos se dividirán en nacional e internacional.

ENTORNO GENERAL: NIVEL NACIONAL

A nivel constitucional, en el título I y capítulo I, referente a los derechos humanos e individuales, se establece que, el Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia (Artículo 1), garantizándoles a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona (Artículo 2), bajo un enfoque de libertad e igualdad de todos los seres humanos (Artículo 4), estableciendo también la restricción de que serán nulas *ipso jure* las leyes y las disposiciones gubernativas o de cualquier otro orden que disminuyan, restrinjan o tergiversen los derechos que la Constitución garantiza (Artículo 44).

Las garantías estatales en materia de derechos humanos se establecen como un compromiso desde la concepción –fecundación– del individuo (Artículo 3) y es por ello que se garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia y la promoción de su organización sobre la base legal del matrimonio, la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos (Artículo 47). La maternidad tiene la protección del Estado, el que velará en forma especial por el estricto cumplimiento de los derechos y obligaciones que de ella se deriven (Artículo 52). El goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna (Artículo 93) y es el Estado quien velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, desarrollando a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social (Artículo 94). Asimismo, se establece que la salud de los habitantes de la Nación es un bien público, por lo que, todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento (Artículo 95). Dado lo anterior, también el Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la Nación. Su régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria (Artículo 100).

Para cumplir con lo anteriormente expuesto, el Estado controlará la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y de todos aquellos que puedan afectar la salud y bienestar de los habitantes. Así como, velará por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas (Artículo 96), apoyándose en las comunidades, las cuales tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud (Artículo 98).

El Decreto No. 90-97 del Congreso de la República de Guatemala, da vida al Código de Salud, el cual sirve de base para cumplir con el Artículo 94 de la Constitución, anteriormente mencionado. Con relación al control de las enfermedades el Código de Salud indica que respecto a las enfermedades de transmisión sexual (ITS) y específicamente al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida), el Ministerio de Salud es responsable de formular, evaluar y supervisar las acciones dirigidas al control de las enfermedades de transmisión sexual. Dada la magnitud, trascendencia y otras características epidemiológicas de las ITS y del VIH y Sida, el Ministerio de Salud apoyará el desarrollo específico de programas de educación, detección, prevención y control de ETS, VIH y Sida con la participación de diversos sectores.

En apoyo al cumplimiento de lo anterior, se promulga el Decreto No. 27-2000, que da vida a la Ley General para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) y de la Promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y Sida¹⁴ y su reglamento, bajo el Acuerdo Gubernativo No. 317-2002.

El Artículo 13 del reglamento de la Ley del VIH y Sida regula la amplia difusión de métodos de prevención científicamente comprobados y actualizados para prevenir las ITS y el VIH, garantizando el fácil acceso y disponibilidad a los mismos. El condón es uno de los métodos científicamente comprobados para la prevención del VIH. Los Artículos 11 y 14 del mismo reglamento, establecen la obligatoriedad del MSPAS de garantizar y facilitar el acceso a los métodos de prevención de ITS y VIH, incluyendo el condón, así como apoyar con acciones de promoción y prevención.

En el año 2005, con la promulgación del Acuerdo Gubernativo No. 638-2005, nace la Política para la Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y de Respuesta a la Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida). Dicha Política establece dentro del primer eje sectorial, la prevención con acciones estratégicas que buscan promocionar las formas de prevención científicamente comprobadas de ITS, VIH y Sida. La responsabilidad de su ejecución corresponde al MSPAS, el IGSS, la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), universidades privadas y centros de investigación. Adicionalmente, promueve la coordinación con ONG que trabajan sobre el tema del VIH, así como con asociaciones profesionales.

Con el Decreto No. 87-2005, la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar, integrada al Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), busca asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar, siendo uno de ellos, el condón. Dicha ley crea la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos (CNA), que tendrá como objetivo velar por la disponibilidad de anticonceptivos para garantizar el acceso de la población guatemalteca a servicios de planificación familiar. Plantea el desafío de reducir las brechas en el acceso a servicios de planificación familiar entre áreas urbano y rural y entre población indígena y no indígena¹⁵. Asimismo, en el reglamento de la ley (Acuerdo Gubernativo No. 279-2009) se define los métodos de planificación familiar modernos o artificiales como aquellos métodos hormonales, de barrera o quirúrgicos que basados en la mejor evidencia científica permiten a las parejas expedir o evitar los embarazos.

En lo referente a la promoción y prevención, la Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001) establece que el Ministerio de Educación (MINEDUC), en coordinación con el MSPAS, incorporará en su política educativa y de desarrollo, las medidas y previsiones necesarias para incluir la materia denominada “de población” en todos los niveles y modalidades del sistema educativo nacional, comprendiendo al menos las temáticas relativas a: desarrollo, población, salud, familia, calidad de vida, ambiente, género, sexualidad humana, derechos humanos, multiculturalidad e interculturalidad, maternidad y paternidad responsable y salud reproductiva.

¹⁴ Conocida como Ley de VIH y Sida.

¹⁵ De acuerdo al Decreto de Ley No. 87-2005, la CNA está integrada por: MSPAS, MINEDUC, Ministerio de Finanzas Públicas, IGSS, Asociación Pro Bienestar de la Familia, Secretaría Presidencial de la Mujer, Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas, Instancia de Acciones Políticas por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres y Defensoría de la Mujer Indígena.

Partiendo de esta ley, se establece la Política de Desarrollo Social y Población, la cual indica que la atención a la salud es un derecho humano fundamental y además, es un indicador del desarrollo de un país. La salud reproductiva es un tema fundamental, por lo que se establece: a) Incluir la atención diferenciada a los y las adolescentes; b) Fortalecer la Red Nacional de Maternidad y Paternidad Responsable; c) Informar y educar a la población en salud reproductiva; d) Informar a los (as) adolescentes de los riesgos de relaciones sexuales inseguras; e) Sensibilizar sobre los riesgos de embarazos tempranos, tardíos, muy seguidos y en múltiparas; y f) Sensibilizar y concientizar al hombre para que participe en la salud reproductiva y el ejercicio de la paternidad y maternidad responsable.

En materia de regulación, el Acuerdo Gubernativo número 712-99 del MSPAS contiene el Reglamento para el Control Sanitario de los Medicamentos y Productos Afines, el cual establece la obligación de registrar una gama de productos con el objeto de garantizar la calidad de estos y evitar que afecten la salud de la población. Por ello, para obtener el registro sanitario respectivo, los condones deben demostrar su calidad mediante documentación de manufactura, ser de materias primas aceptadas conforme a la normativa internacional y su envase y empaque deben contener información necesaria para su correcta identificación y uso. También se establecen los requisitos necesarios para obtener la autorización de los mensajes publicitarios de los productos en él regulados. En este reglamento, los condones se clasifican en dos categorías: los condones simples, que son objeto de inscripción sanitaria; y los condones que contienen espermicidas, que son clasificados como productos farmacéuticos y deben tener registro sanitario. En ambos casos, su registro es autorizado por el Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines, dependencia de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del MSPAS. Para la inscripción o registro sanitario los fabricantes de condones deben demostrar buenas prácticas de manufactura. Es decir, su registro debe demostrar calidad mediante documentación de manufactura, estar fabricados de materias primas aceptadas internacionalmente y su envase y empaque debe contener información necesaria para su correcta identificación y uso.

La Normativa Técnica No. 53-2006 versión 1, emitida por la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, regula la autorización de publicidad y promoción de los productos afines, que incluye condones, cosméticos, productos de higiene personal, higiene del hogar, fito y zooterapéuticos y similares, materiales de curación y médico quirúrgicos, reactivos de laboratorio para uso de diagnóstico y materiales, productos y equipo odontológico. Dicha normativa, en su Artículo 3, establece como primer principio que el texto deberá ser escrito en idioma español, con fiel apego a las normas de ética, moral y decencia. Otros principios se refieren a que la información debe ser fidedigna y no exagerar las bondades del producto, o bien que el uso y consumo de cada producto deberá promoverse únicamente dentro de las indicaciones para lo que fueron autorizadas al momento de su registro, evitando contener conceptos que induzcan a error o engaño del público, así como atribuirle propiedades o virtudes especiales que no le correspondan.

En el año 2008 se realizó un costeo del PEN, en el cual se mide el costo para la entrega de condones en el sector público y comercialización social, el cual asciende para el año 2010 a \$1,1 millones de dólares de Estados Unidos.

Además identifica metas en cuanto al uso del condón para la población de HSH, porcentaje del personal que recibe condones en los programas de prevención en el trabajo, así como la entrega de los mismos. En agosto del 2008, reunidos en México, en ocasión de la Conferencia Mundial de Sida, los Ministros de Salud y Educación de Latinoamérica y el Caribe firman la Declaración Ministerial Prevenir con Educación. En Guatemala, en junio del 2010, el MSPAS y el MINEDUC firmaron la Carta Acuerdo “Prevenir con Educación” que tiene como objetivo la implementación y fortalecimiento de estrategias de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual y reproductiva, que contempla la prevención de las ITS, VIH y Sida, embarazos en adolescentes y violencia sexual. Sus metas incluyen alcanzar hacia fines del 2015, una reducción del 75 por ciento en el número de escuelas que no brindan educación integral de la sexualidad; y reducir en 50 por ciento el número de adolescentes y jóvenes que carecen de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. La implementación de este plan inició en 6 departamentos y posteriormente se ha ido ampliando a cada región del país.

Además, Guatemala cuenta con un marco legal favorable que promueve y garantiza el acceso a la educación integral en sexualidad dentro del sistema educativo. Este marco legal favorable está conformado por: la Ley de Desarrollo Social, la Ley de Acceso Universal a los servicios de Planificación Familiar, la Política Pública de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, la Política de Desarrollo Social y Población, la Ley contra la Violencia Sexual, Trata y Explotación de Personas, el Acuerdo Ministerial Prevenir con Educación México 2009, y la Ley de Paternidad y Maternidad Saludable. El 28 de junio de 2012, el Ministerio de Finanzas Públicas (MINFIN) y el MSPAS firmaron un convenio de gestión para la implementación, ejecución, seguimiento y evaluación del Presupuesto por Resultados en los subprogramas de inmunizaciones, prevención y control de la desnutrición, prevención y promoción de la salud reproductiva (contendido en el Plan Estratégico del PNSR) y fomento de la salud y medicina preventiva del MSPAS. El objeto de este convenio es coordinar las acciones que el MSPAS debe realizar con el acompañamiento del MINFIN, para la implementación y ejecución de la metodología del presupuesto por resultados.

Como se ha observado en la presente sección, se cuenta con un marco jurídico legal amplio y con un marco normativo y reglamentario básico, el cual se pretende sea retroalimentado conforme se implemente la Estrategia Nacional de Condones. En el ámbito estratégico se cuenta con una base, que es el Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de las ITS, VIH y Sida Guatemala 2011-2015 (PEN), el cual contempla como una línea de acción la promoción de todas las prácticas de prevención de ITS, VIH y Sida científicamente comprobadas, además de promocionar comportamientos como retrasar la primera relación sexual, la abstinencia, la fidelidad mutua y el uso del condón. Además, en el PEN se establecen los actores principales de la ejecución, entre ellos el PNS, ONG, MSPAS, IGSS y organismos internacionales. El PEN vigente cuenta con un plan de monitoreo y evaluación, el cual establece el indicador 1.6 que corresponde al indicador UNGASS No. 18 que mide el porcentaje de hombres trabajadores del sexo (HTS) y mujeres (MTS) que declaran haber usado un condón con su último cliente. También incluye el indicador 1.7 que mide el porcentaje de hombres que declaran haber usado un condón durante el último coito anal con una pareja masculina, indicador UNGASS No. 19.

ENTORNO GENERAL: NIVEL INTERNACIONAL

A nivel internacional, los países se han comprometido a una serie de cumplimientos mínimos en materia de derechos humanos, así como en derechos sexuales y reproductivos. La Declaración Universal de Derechos Humanos¹⁶, establece que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de Naciones Unidas –CIPD-¹⁷, se concluyó que los derechos reproductivos incluyen el derecho de todas las parejas e individuos a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

Asimismo, se estableció que la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, incluyendo: el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos de planificación familiar de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos; acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables; y atención de la salud que permita los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Los gobiernos deben proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las y los adolescentes, así como las nuevas infecciones de VIH entre este grupo de población.

Respalda lo expuesto en la CIPD, la Declaración de la Plataforma de Acción de Beijing¹⁸, la cual establece que los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

La Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer¹⁹, también realizada en Beijing en 1995, reafirma que los derechos a la procreación se basan en decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento en que desean tener hijos y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello. El Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁰ establece que, los Estados parte del pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

16 Disponible en <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

17 Disponible en <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N99/773/50/PDF/N9977350.pdf?OpenElement>

18 Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

19 Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

20 Disponible en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

La Declaración de los Derechos Sexuales de la Asociación Mundial de Sexología²¹, Hong Kong 1999, establece:

- El derecho a la libertad sexual.
- El derecho a la autonomía, la integridad y la seguridad sexual del cuerpo.
- El derecho a la privacidad sexual.
- El derecho a la equidad sexual.
- El derecho al placer sexual.
- El derecho a la expresión sexual emocional.
- El derecho a la libre asociación sexual.
- El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
- El derecho a información basada en el conocimiento científico.
- El derecho a la educación sexual integral.
- El derecho a la atención de la salud sexual.

Durante la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer²², los Estados parte aseguraron garantizar el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación familiar. Resultado de la Cumbre del Milenio, los Estados se comprometieron a trabajar en el logro de ocho objetivos que se acordaron alcanzar antes de 2015. Dichos objetivos se denominan Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y entre ellos figuran los siguientes tres:

- ODM No. 3: promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.
- ODM No. 5: mejorar la salud materna, reduciendo la tasa de mortalidad materna y logrando el acceso universal a la salud reproductiva.
- ODM No. 6: detener y comenzar a reducir para el año 2015 la propagación del VIH, promoviendo el uso de condones entre personas de diferentes géneros y estratos socioeconómicos, y durante las relaciones sexuales como uno de los pilares de la prevención eficaz del VIH.

La Secretaría General de Planificación y Programación (SEGEPLAN) en el III Informe e Avances en el Cumplimiento de los ODM²³ indica estar avanzando en el ODM 3 en lo referente a los indicadores educativos entre niños y niñas. Pero, también indica un estancamiento en los indicadores laborales entre mujeres y hombres, así como en ocupación de puestos parlamentarios por mujeres. Según este informe, en lo que respecta al ODM 5, la tendencia observada indica que no se cumplirá la meta de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes antes del 2015. Sin embargo, la tendencia sobre el uso métodos anticonceptivos tiene una tendencia positiva, lo cual apoya al logro del objetivo de garantizar el acceso a dichos métodos.

21. Disponible en <http://www.komaja.org/en/pdf/Declaration%20of%20sexual%20rights.pdf>

22. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

23. Disponible en http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=503&Itemid=348

Finalmente, el informe indica que la propagación del VIH (ODM 6) sigue en expansión, y que el uso del condón en la última relación de alto riesgo es un indicador estancado, que debe expandir su cobertura.

Del análisis de los documentos citados se evidencia que existe el deseo y el compromiso nacional e internacional de abordar el tema de acceso a condones dentro de un marco de derechos humanos con enfoque de género, pero también evidencia la necesidad de incrementar la demanda, el acceso y la disponibilidad del condón como un método de protección dual. Para ello, es pertinente fortalecer y promover la disseminación de la información con campañas masivas y a través de procesos de promoción, información y capacitación, así como el seguimiento y monitoreo de estas acciones. Las mismas están reguladas y aprobadas por la ley vigente, así como el PEN y la política pública. Además, se cuenta con indicadores nacionales e internacionales para cuantificar y evaluar la efectividad de las acciones como parte del proceso de monitoreo y evaluación. La conformación de alianzas para promover su uso debe involucrar a representantes de los diferentes sectores involucrados.

AMBIENTE POLÍTICO-SOCIAL FAVORABLE: ACCIONES PREVISTAS

Como resultado de la revisión de las normas, políticas y leyes que rigen el acceso y disponibilidad de los condones en el país se detectaron cuatro vacíos legales que requieren de incidencia política para fortalecer el marco jurídico existente en este tema. Se recomienda:

- Reformar el Acuerdo Gubernativo No. 712-99 que contiene el Reglamento para el Control Sanitario de los Medicamentos y Productos Afines del MSPAS para regular la obligatoriedad de que los condones donados deban presentar documentación que garantice su calidad, es decir que acrediten buenas prácticas de manufactura.
- Definir los objetivos y principios para la evaluación y aprobación de la publicidad y promoción de productos afines a través de la creación de una comisión integrada por representantes del MSPAS, sector comercial, Cámara de Medios, Unión de Agencias de Publicidad y el Instituto de Previsión Social del Periodista (IPSP) y en la que se describa en forma objetiva el alcance de “ética, moral y decencia” aplicados principalmente para el caso de los condones masculinos y femeninos y lubricantes de marca.
- Incluir en la nueva iniciativa de ley No. 3947, que reforma el decreto 27-2000, la inclusión de la obligatoriedad de la distribución de condones en los establecimientos de hospedaje temporal (hoteles, moteles y pensiones) y desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación del cumplimiento de la norma.
- En el marco de la Ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas se ha analizado lo siguiente: en un trabajo²⁴ previo se identificó que, en el tipo penal de promoción, facilitación o favorecimiento de prostitución, “La explotación de una persona mayor de edad, a través de la promoción, facilitación o favorecimiento de su prostitución”, reúne varios verbos: uno que es rector, el de explotación; y los

²⁴ Samayoa, A (sin fecha). Análisis de Ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas.

otros que se pueden dar: la promoción, facilitación o favorecimiento de prostitución. En la consumación del tipo penal se deben reunir los dos verbos; sin embargo, en la práctica, las personas encargadas de administrar justicia radican su actuación en los verbos secundarios, sin que se pueda comprobar el verbo principal “explotación”. Asimismo el reglamento de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual, que regula disposiciones de control del comercio sexual personales y disposiciones destinadas a los locales, en concordancia con el Código de Salud; debe ser analizado en el contexto de la Convención para la Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena, ya que según la jerarquía normativa tiene preeminencia; y el Estado ha asumido el compromiso de derogar aquellas disposiciones que permitan el registro y control de personas que se dedican a la prostitución. Por lo anterior, y basado en un análisis previo, se recomienda diseñar una estrategia educativa con fundamento en la conceptualización del condón como lo establece el Código de Salud y erradicarlo como indicio de la comisión de actos sexuales, como lo ha utilizado el Ministerio Público.

- Se recomienda trabajar en conjunto con la Comisión Nacional de Aseguramiento de Insumos Anticonceptivos (CNAA) para velar por la disponibilidad de condones masculinos y femeninos y lubricantes compatibles con el látex, promover procesos de diálogo, identificar diversas fuentes de financiamiento e implementar un adecuado sistema de monitoreo y evaluación.

PARA OPERATIVIZAR LAS RECOMENDACIONES ANTES CITADAS, ESTA ESTRATEGIA ESTABLECE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

- Desarrollar un plan de incidencia que promueva un análisis y apoye la modificación de la normativa citada.
- Desarrollar un análisis individualizado para cada reforma, identificando las razones técnicas de su modificación.
- Elaborar un mapeo político que incluya actores que se oponen, apoyan o se mantienen neutrales ante las reformas que se impulsarán.

Para garantizar una adecuada implementación de la estrategia es necesario se desarrollen las acciones normadas por el MSPAS en cuanto al proceso logístico que involucra la adquisición, almacenamiento, distribución de condones, registro de entrega y monitoreo.

2. Oportuno y continuo suministro de condones

En América Central se ha reconocido la importancia de unir esfuerzos para asegurar el acceso a condones, aplicando una estrategia de acceso a condones integrando los tres sectores clave: mercadeo social, comercial y público. El uso del condón es una acción fundamental en el abordaje efectivo y sostenible para la prevención de VIH y otras ITS y es la tecnología más eficiente y disponible en la actualidad. Los condones deben estar fácilmente disponibles de manera universal, ya sea de forma gratuita o a un precio accesible de acuerdo al nivel socio-económico del demandante y deben promoverse de manera que se puedan superar obstáculos de índole social, cultural y personal para su uso.

En Guatemala, el suministro actual de condones se realiza a través de los sectores: público, mercadeo social y privado. Actualmente, el MSPAS únicamente adquiere condones masculinos, y los condones femeninos así como el lubricante compatible con el látex son distribuidos por las instituciones de mercadeo social y sector privado. Adicionalmente, los lubricantes también se han incluido entre los insumos que se compran con el financiamiento de la subvención del proyecto de VIH del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. En la medida en que se fortalezca la demanda por parte de los usuarios de los servicios de salud de estos insumos y se desarrollen acciones de incidencia,

se contemplará a mediano plazo la distribución gratuita de los mismos.

El sector público está formado por las siguientes instituciones: el MSPAS a través del Programa Nacional de Salud Reproductiva –PNSR- y Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (PNS). Este entrega condones masculinos de forma gratuita a los usuarios y usuarias de los servicios de salud en los tres niveles de atención, previa consejería balanceada para planificación familiar y prevención de algunas ITS, principalmente VIH. A través del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) se registran los usuarios nuevos y se lleva control de las reconsultas; clasificadas para planificación familiar y profilaxis sexual. No se desagrega información por poblaciones vulnerables. Paralelamente se realizan campañas de información, educación y comunicación (IEC) para el uso correcto y consistente del condón.

El mecanismo para la distribución y registro de condones se realiza de acuerdo a lo establecido en: (i) las Guías Nacionales de Planificación Familiar; (ii) el módulo de logística del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida; y (iii) la Estrategia para la implementación del proyecto de VIH financiado por el Fondo Mundial.

Desde el año 2002 a la fecha, el MSPAS ha adquirido condones a través de dos mecanismos de compra: a) Convenio de cofinanciamiento suscrito entre el MSPAS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA- para la adquisición de métodos anticonceptivos incluyendo el condón masculino y b) Convenio firmado con el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, utilizando el mecanismo de compra que ofrece el VPP.

De acuerdo a lo estipulado en la Ley de Desarrollo Social y la Ley de Planificación Familiar, el Programa Nacional de Salud Reproductiva –PNSR-, distribuye métodos anticonceptivos incluyendo condones masculinos a los y las usuarias que lo solicitan en los tres niveles de atención, lo cual se realiza a través de los sistemas de distribución e información logística, previa consejería balanceada. Se realiza también la oferta de condones masculinos en los servicios de atención prenatal y post parto.

Para el período 2011 – 2013, el Fondo Mundial asignó recursos financieros al receptor principal en Guatemala, que en este caso es el MSPAS, para la compra de condones masculinos no logo y lubricantes a base de agua, los cuales serán distribuidos a personas viviendo con VIH a través de las unidades de atención integral (UAI) que se encuentran ubicadas en hospitales nacionales, así mismo a hombres en riesgo (HR), hombres que tienen sexo con

hombres (HSH) que acuden a clínicas de atención a las ITS, ubicadas en servicios de salud del segundo nivel seleccionado y a jóvenes en riesgo social (JRS) a través de las clínicas de atención integral y diferenciada a adolescentes y espacios amigables. Estos procesos son acompañados de acciones de información, educación y comunicación para el cambio de comportamientos (IEC/CC). Por otro lado, las ONG, que son unidades ejecutoras del receptor principal HIVOS, entregarán condones masculinos gratuitos y lubricantes a las poblaciones meta que incluyen PVV, HSH, MTS, HTS, personas trans, JRS, privados de libertad y a parejas de PPL y MTS, a través de acciones de prevención de ITS, VIH y sida planificadas, que incluyen comunicación para el cambio de comportamientos.

Adicionalmente, el IGSS, con sus propios recursos, compra y distribuye condones a sus afiliados y beneficiarios para fines de planificación familiar, prevención de ITS y VIH, bajo una política basada en la “demanda”, es decir, de acuerdo a la cantidad de condones solicitados por la población objetivo del IGSS. Cuenta con programas de promoción permanente.

El Ministerio de la Defensa también se unió al esfuerzo de país en la prevención de ITS y VIH gestionando la adquisición de condones a otras instancias (ONG), las cuales entregan los condones con base en la “demanda” en la red

de servicios de Sanidad Militar a los efectivos de las fuerzas armadas. Esta institución prioriza las acciones de IEC para la promoción del uso del condón entre sus integrantes. Por otro lado, el 13 de julio de 2012, se lanzó el proyecto AVANZADA COPRECOS-LAC, el cual fue aprobado por el Fondo Mundial para la Lucha contra el VIH, Tuberculosis y Malaria, en la Ronda 9 por un total de \$51 millones de dólares de Estado Unidos que beneficiarán a 15 países de Latinoamérica y el Caribe.

Esta es una propuesta que busca fortalecer la respuesta al VIH en la región, involucrando a actores claves como son los servicios uniformados civiles y militares, promoviendo estrategias de prevención a través del cambio de comportamiento de los miembros del COPRECOS-LAC en relación a las poblaciones afectadas por el VIH y en la lucha regional contra el estigma y la discriminación.

Además, propone fortalecer institucionalmente a la plataforma regional y a los COPRECOS país para así generar capacidades que causen un impacto directo y sostenible en la respuesta a la epidemia del VIH a nivel nacional y regional.

El MSPAS coordina con el Ministerio de Gobernación y el Sistema Penitenciario para la firma de un acuerdo tripartito que establezca la estrategia de prevención, control y atención a las ITS, VIH y sida en el marco de los derechos humanos, en las cárceles y centros reclusorios.

El Proyecto del Fondo Mundial, a través de las Unidades Ejecutoras del Receptor Principal HIVOS realiza la distribución de condones en centros penitenciarios seleccionados y en centros reclusorios a jóvenes en conflicto con la ley penal. Se espera que el Ministerio de Gobernación vaya progresivamente asumiendo la responsabilidad de incluir en su presupuesto la compra de condones de acuerdo al número de personas que se encuentran en las cárceles a nivel nacional.

En general, la entrega de condones al usuario se realiza con previa orientación y consejería y mediante acciones educativas que demuestren el uso correcto del mismo. El sector de mercadeo social está actualmente constituido por la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM) y por la Organización Panamericana de Mercado Social (PASMO por sus siglas en inglés).

APROFAM oferta condones de mercadeo social para planificación familiar y prevención de algunas ITS, principalmente VIH. Asimismo realizan actividades de promoción, información, educación y comunicación a nivel nacional.

PASMO, como una organización de mercadeo social, con sede regional en Guatemala, prioriza sus esfuerzos en la prevención de algunas ITS, principalmente VIH, en grupos particularmente vulnerables; distribuye una marca propia de condones de mercadeo social con

un portafolio amplio diferenciado por precios, presentaciones, texturas y sabores; y utiliza como medios de distribución a farmacias, canales no tradicionales y lugares de alto riesgo. Contribuye con investigaciones cuantitativas y cualitativas de comportamiento que orientan las acciones de prevención. El sector comercial (privado) está constituido por entidades comerciales que participan con marcas locales e importadas, así como distribuidores que los promocionan y venden.

La oferta es amplia en términos de características (texturas, sabores, colores y mecanismos). La distribución de condones se enfoca en los niveles socioeconómicos medio alto y alto, ofreciendo una gama de precios correspondientes a estos segmentos. La promoción está centrada en la marca. Los esfuerzos de distribución se enfocan en la venta por medio de farmacias, supermercados y tiendas de conveniencia en las distintas regiones del país, principalmente, centros urbanos.

TABLA 1: SEGMENTACIÓN POR TIPO DE DISTRIBUCIÓN

Tipo de distribución	Canal	Punto de distribución	Población	Área geográfica
Gratuita	MSPAS IGSS (afiliados) ONG Fondo Mundial	Hospitales Centros de Salud Puestos de Salud Extensión de cobertura	Poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad, población general con nivel socioeconómico bajo y medio	Corredor epidemiológico y nacional
Mercadeo social	Distribuidores Mayoristas Vendedores independientes Distribución directa ONG	Farmacias no tradicionales Clínicas móviles Puntos de alto riesgo	Poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad, población general con nivel socioeconómico bajo y medio	Zonas rojas y de alto riesgo a nivel nacional
Mercadeo comercial	Distribuidores Mayoristas	Farmacias, supermercados y tiendas de conveniencia	Población general con nivel socioeconómico medio alto y alto	Red comercial a nivel nacional

El conocimiento y monitoreo de las cantidades de condones distribuidos por los distintos sectores a la población es de mucho valor para fines de planificación y logística. Así mismo, en la medida que se conoce información acerca de la distribución efectiva por proveedor y por sector geográfico, se permite la identificación de las coberturas, brechas y oportunidades.

Con el fin de establecer parámetros objetivos y dirigir las estrategias para mejorar el acceso y la disponibilidad de los condones en el país-que se proveen de forma gratuita- a través del mercadeo social se han logrado precios accesibles para la población de bajos ingresos y el sector comercial (privado) que distribuye a la población con mayor capacidad de compra.

El presente ejercicio se enmarca en un escenario, en el cual todas las relaciones sexuales serán protegidas con uso de condón, así la demanda total estimada del universo para el 2010 fue de 208 401 919 condones²⁵. De estos, el 35 por ciento están orientados a los grupos en mayor riesgo y vulnerabilidad y 65 por ciento a la población general.

Datos recabados de la distribución que realizaron los distintos sectores en 2009, estiman que la cobertura de la necesidad total de condones es cercana al 10 por ciento. Al analizar únicamente a las poblaciones vulnerables, la necesidad del universo se estima en 71 millones de condones al año. Para dicho grupo, la cobertura actual corresponde a un 23 por ciento.

²⁵ Ver Anexo 2.

De acuerdo al Estudio para la Evaluación de Cobertura, Calidad de Cobertura, Penetración, Calidad de Penetración en Zonas Rojas, Acceso y Equidad de Acceso a Poblaciones Vulnerables (MAP)²⁶ realizado en Guatemala por PASMO en el 2009, la penetración de acceso a condones en todos los sectores es menor del 20 por ciento, y en el sector de alto riesgo es del 30 por ciento. Estos datos contribuyen a evidenciar la necesidad y oportunidad de incrementar cantidades de condones y cobertura geográfica. Al analizar la distribución por nivel socio-económico, se evidencia la necesidad de reenfocar esfuerzos de distribución, incluyendo una segmentación adecuada que analice puntos de venta, áreas geográficas, características socio-económicas de la población y características del proceso de compra/solicitud del demandante.

Nivel de ingreso de la población guatemalteca

Ante la evidente oportunidad y necesidad de coordinación de todos los sectores que participan en el suministro de condones en el país, se promueve la aplicación de la estrategia de segmentación para poder atender de mejor manera las necesidades existentes. La segmentación de mercado implica el agrupamiento de poblaciones meta según características, necesidades y/o preferencias en común. La segmentación se realiza con base en datos, estudios y encuestas, dependiendo de las prioridades de los sectores públicos

²⁶ Disponible en http://www.pasca.org/sites/default/files/09_ca_zr.pdf

y privados, puede incluir una división basada en una variedad de características demográficas, socioeconómicas, de comportamiento y actitudinales. La segmentación es útil para los programas de salud que necesitan enfocar los recursos donde puedan proveer mayor impacto, respondiendo a las necesidades e intereses de las y los usuarios. De acuerdo a la segmentación se determina qué actores en el mercado de condones en Guatemala deben servir a cada

segmento, según su posicionamiento, sus recursos de capacidad, infraestructura, conocimiento organizacional y financiero. Explorando un poco más a fondo la opción de segmentar el mercado, con el objetivo de optimizar los procesos de distribución de condones, a continuación se analiza la distribución de los ingresos de los hogares guatemaltecos y su capacidad de compra, para establecer cuatro niveles socio-económicos, en los cuales puede segmentarse el mercado.

TABLA 2: NIVEL SOCIO ECONÓMICO DE LA POBLACIÓN Y SEGMENTACIÓN DEL MERCADO

Segmentación del mercado por nivel socio económico			Deciles de ingreso de los hogares		
Nivel socio económico	Porcentaje del mercado	Tipo de distribución	Decil	Intervalo de ingresos (en Quetzales)	Número de hogares
Bajo	40.02%	Gratuita	1	0-987	286,405
Bajo			2	988-1421	286,337
Bajo			3	1422-1850	287,376
Bajo			4	1851- 2307	285,792
Medio	29.98%	Mercadeo social	5	2308-2816	285,823
Medio			6	2817-3519	286,374
Medio			7	3520-4439	286,318
Medio alto	20.02%	Mercadeo social y Sector comercial (privado)	8	4440-5800	286,476
Medio alto			9	5801-8483	286,710
Alto	9.98%	Sector comercial (privado)	10	8484-154682	285,728

Fuente: elaboración propia con datos de la ENIGFAM (2010)

La tabla anterior clasifica a la población por nivel socio económico²⁷, aquellos que no pueden cubrir sus necesidades de calorías por alimentos, operativamente son los hogares que, de acuerdo a su nivel de ingresos familiares²⁸ no pueden acceder a la canasta básica alimenticia (CBA), estimada por el INE en un valor monetario de Q2 224,80 a marzo de 2011, y son clasificados como nivel socio económico bajo. Se establecen como hogares de nivel socio económico medio, a los que no pueden acceder a la canasta básica vital (CBV), estimada por el INE en un valor monetario de Q4 059,85 a marzo de 2011. Finalmente, se establecen como hogares de ingresos altos aquellos con ingresos mayores a la canasta básica vital, pero separando los deciles 8 y 9, los cuales se clasifican como nivel socio económico medio alto.

A continuación, se describen los tipos de distribución de condones en Guatemala, los cuales pueden dar respuesta al mercado descrito en la tabla 2.

TIPO DE DISTRIBUCIÓN DE CONDONES EN GUATEMALA

- Distribución gratuita de condones: la distribución gratuita estructurada está dirigida a lograr que las poblaciones de nivel socio-económico bajo (deciles 1 al 4), así como las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad para ITS y VIH, tengan acceso a condones e insumos de calidad. Los condones destinados a distribución gratuita son sin logo y/o indican que son “gratis”. Con esto se reduce el riesgo de su comercialización.
- Distribución de condones de Mercadeo social: busca maximizar el acceso y la disponibilidad de condones para la población de escasos recursos (deciles de ingresos 5 al 9), a través de la utilización de canales de distribución tradicionales para este tipo de productos. Los condones de mercadeo social generalmente son subsidiados y están respaldados con una marca atractiva para el grupo meta, lo cual incide en la percepción de calidad.
- Distribución de condones de Mercadeo comercial (privado): vende condones a los niveles socioeconómicos medio alto y alto (deciles de ingresos 8 al 10) en los canales tradicionales de venta.

²⁷ Para efectos de la presente estrategia, se considera nivel socio económico a una combinación de cálculos de deciles de ingresos con capacidad de compra, haciendo referencia a la canasta básica alimenticia y la canasta básica vital.

²⁸ Es la suma de los ingresos disponibles (ingresos menos impuestos) de todos los integrantes del hogar, no necesariamente solo el núcleo familiar, ya que en la mayoría de los casos son hogares expandidos, o sea que incluyen abuelos y otros familiares.

Consideraciones para la distribución gratuita de condones

La distribución gratuita estructurada está dirigida a lograr que las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad, así como aquellas de recursos económicos limitados, reciban oportunamente condones, tanto para planificación familiar como para prevención del VIH y algunas ITS.

El uso del condón es un elemento importante en el abordaje efectivo y sostenible para la prevención de VIH y otras ITS y es una tecnología eficiente y segura para prevenir embarazos, sobre todo en la población adolescente. Los condones deben estar disponibles de forma gratuita y debe promoverse su uso, considerando la necesidad de incorporar en su promoción, un enfoque de género con pertinencia cultural y en el marco de los derechos humanos de las personas.

Si bien las ITS, el VIH y el Sida afectan a la población en general, la epidemia de VIH en Guatemala es una epidemia concentrada, por lo que es necesario priorizar los esfuerzos dirigidos a las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad, como son las mujeres trabajadoras del sexo y sus parejas, hombres que tienen sexo con hombres, personas trans, hombres en riesgo,

jóvenes en riesgo social, personas privadas de libertad y sus parejas, personas que viven con VIH, al grupo de hombres y mujeres en edad fértil, particularmente mujeres embarazadas y adolescentes. El MSPAS, en su papel rector de la salud dirige esfuerzos a fin de garantizar el acceso a servicios de salud que tengan como objetivo principal la prevención y en este caso, a condones de calidad gratuitos a través de acciones que orienten al cambio de comportamientos de riesgo y a la adopción de estilos de vida saludable.

Estrategia actual de distribución gratuita de condones

El MSPAS realiza la entrega de condones gratuitos a población general y a poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad a través de la red de servicios institucionales y ONG del Programa de Extensión de cobertura. Otro mecanismo de entrega es a través de los sub receptores del propio Ministerio y de HIVOS. Estas acciones se acompañan de orientación y consejería, así como de actividades dirigidas al cambio de comportamiento con base en la Estrategia Nacional de IEC/CC.

El registro de la entrega de condones se hace a través del Sistema de logística y del SIGSA, para el caso del MSPAS. Para evitar la duplicidad de esfuerzos, se coordinan las acciones y se hace un mapeo de las áreas de cobertura entre las dependencias del MSPAS y las ONG. Esto permitirá ampliar la cobertura, especialmente en los lugares donde no haya disponibilidad o acceso a servicios de salud.

LINEAMIENTOS DEL MSPAS PARA LA OFERTA DE CONDONES:

- Fortalecer la red de servicios de los tres niveles de atención para la prevención de ITS, VIH y Sida, así como de planificación familiar, al garantizar la factibilidad técnica y financiera y la disponibilidad de insumos.
- Promoción de la salud sexual y reproductiva para contribuir al conocimiento y cambios en comportamientos, actitudes y prácticas de individuos, familias y comunidades. Deberá considerarse la pertinencia cultural en la promoción del uso del condón, que contemple consejería balanceada y acciones de orientación para la prevención de ITS, VIH y Sida en el idioma materno.
- Organización social y comunitaria, para involucrar, informar, capacitar y empoderar a los actores sociales de los procesos que establece el marco legal para la salud sexual y reproductiva y aumentar el respaldo social para la planificación familiar y la prevención de ITS, VIH y Sida, de esta forma se contribuye a eliminar el estigma y la discriminación hacia las personas afectadas por la epidemia y otras formas de estigmatización asociadas al uso del condón.
- Fortalecer en los diferentes niveles de atención el sistema de monitoreo y evaluación para identificar las brechas en la calidad de atención, así como las necesidades de provisión de servicios de salud sexual y reproductiva.
- Contribuir al fortalecimiento del sistema de información en coordinación con el SIGSA y CNE y otras instancias con objetivos semejantes, para asegurar la disponibilidad de datos sobre los procesos de la salud sexual y reproductiva, para analizarlos y contar con información oportuna para la toma de decisiones.
- Garantizar la consejería balanceada, que incluya la demostración del uso correcto del condón, para la oferta sistemática del condón como método de protección doble a la población general, a las diferentes poblaciones en riesgo y vulnerabilidad y realizar los registros correspondientes en los diferentes niveles de atención.

A continuación, se describen los tipos de población, a los cuales se les entregan condones masculinos, así como las cantidades asignadas, de acuerdo a información del MSPAS:

TABLA 3: CANTIDAD DE CONDONES MASCULINOS GRATUITOS A ENTREGAR A POBLACIONES EN MAYOR RIESGO Y VULNERABILIDAD

Población meta	Descripción	Institución responsable	Número de condones mensuales	Número de Lubricante compatible con el látex mensual
Población general	Hombres y mujeres en edad fértil	MSPAS	12 condones en la primera consulta y 24 cada mes	
ME	Mujer embarazada	MSPAS	12 condones en la primera consulta y luego 24 cada mes	
JRS	Jóvenes en riesgo social	MSPAS	10 cada mes	10 sachet
		HIVOS a través de sus subreceptores	10 cada mes	10 sachet
HR	Hombres en riesgo	MSPAS	24 condones	24 sachet
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres	MSPAS	12 condones en la primera consulta y luego 24 cada mes	48 sachet
		HIVOS a través de sus subreceptores	48 condones	
MTS	Mujeres trabajadoras del sexo	MSPAS	144 condones	1 tubo de lubricante
		HIVOS a través de sus subreceptores	75 condones	1 tubo de lubricante

Población meta	Descripción	Institución responsable	Número de condones mensuales	Número de Lubricante compatible con el látex mensual
HTS	Hombres trabajadores del sexo	MSPAS	90 a 150 condones	
Personas Trans		HIVOS y MSPAS	90 a 150 condones	
Parejas de MTS		HIVOS a través de sus subreceptores	24 condones	24 sachet
PVV	Persona con VIH	MSPAS	24 condones	24 sachet
		HIVOS a través de sus subreceptores	24 condones	24 sachet
PPL	Persona privada de libertad (hombres y mujeres)	HIVOS a través de sus subreceptores	11 condones	11 sachet
Parejas de PPL		HIVOS a través de sus subreceptores	24 condones	24 sachet

Fuentes:

1. Guías Nacionales de Planificación Familiar. PNSR/MSPAS.
2. El cálculo de condones por poblaciones en mayor riesgo se realizó con base en la Necesidad Anual de Condones (Anexo 2)
3. Estimación del Universo, propuesta con base en estimaciones; Proyecto del Fondo Mundial.

Lineamientos del Sistema de Administración de Logística del MSPAS, para la Estrategia Nacional de Condones

Con el objetivo de optimizar el acceso, disponibilidad, provisión oportuna y continua de condones a nivel nacional, a las/os usuarias/os que lo soliciten en los servicios de salud del MSPAS, y con el propósito de contribuir a la prevención y control de ITS y VIH y al espaciamiento de embarazos, a continuación se describen las etapas de logística para la distribución de condones del MSPAS.

1. Selección

Para seleccionar los condones masculinos se aplicarán los estándares internacionales de calidad y las normas y guías vigentes del MSPAS.

a. Responsables de la Selección

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS): Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR); Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida (PNS).

b. Instrumentos de Selección

Guías, normas y protocolos de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

2. Programación

El conocimiento y monitoreo de las cantidades de condones distribuidos por los distintos sectores a la población es de mucho valor para fines de planificación y logística.

Asimismo, en la medida que se conoce información acerca de la distribución efectiva por

proveedor y por sector geográfico, habrá una mejor identificación de coberturas, brechas y oportunidades.

Por lo anterior, es preciso determinar las necesidades de condones para un período determinado, a través de procesos de estimación de poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad, y de la tendencia histórica de consumos para el período y los servicios, con el propósito de disponer de existencias adecuadas para atender la demanda de los/las usuarias que asisten a los servicios. Como resultado de este proceso, se obtiene una programación anual.

a. Responsables de la programación

- Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR).
- Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual VIH y Sida (PNS).

b. Instrumentos para la programación

- Balance Requisición y Envío de Suministros de Condones (BRES MA)

3. Adquisición

Tomando de base la programación de condones, el MSPAS establecerá un mecanismo único de compra centralizada que le garantice cumplir con los requerimientos mínimos de estabilidad especificados en las normas ISO 4074:2002 Sección 7.2. Referirse a las Guías y Especificaciones para la adquisición de Condones de la OMS/ UNFPA 2003. Asimismo, el uso del Registro Sanitario según las regulaciones locales y la identificación de la fecha de expiración, fecha de fabricación y número de lote.

a. Responsables de la adquisición

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS): Gerente General Administrativo Financiero y Viceministerio Administrativo
- Sector de Mercadeo Social
- Sector Privado

b. Instrumentos para la adquisición

- Requisición
- Convenio de co-financiación

4. Distribución

La distribución se hará con base a la demanda real de los servicios para progresivamente ir dando respuesta a la demanda potencial de las poblaciones. Esta distribución se hará a través del sistema de distribución directo e indirecto.

5. Almacenamiento

Los condones del MSPAS se almacenarán en dos bodegas, en base a la programación, tomando como base a las poblaciones meta.

Condiciones mínimas para buenas prácticas de almacenamiento de condones y lubricantes. Los requisitos mínimos incluyen²⁹:

- Evitar que los condones tengan exposición a la luz directa del sol.
- El local de almacenamiento debe estar ventilado, iluminado e higiénico a temperatura preferiblemente menor de 20°C pero no mayor de 40°C. Si van a estar almacenados por más de tres meses la temperatura no debe sobrepasar los 32°C. y libre de humedad.
- Las tarimas deben ubicarse a 10 cm del piso, a 30 cm de separación de cualquier pared y en pilares de 2.5 metros como máximo.
- Los condones deben guardarse dentro de las cajas, las pequeñas deben mantenerse dentro de las grandes.
- Debe revisarse periódicamente la fecha de vencimiento de los condones y descartar los que se encuentren expirados o dañados, apegándose a la norma.
- Los condones deben almacenarse alejados de productos químicos, insecticidas, materiales dañinos, motores eléctricos y luces fluorescentes.
- Almacenar los condones según el principio PEPE: *“Primero en Expirar, Primero en Entregar”*. La base de este sistema es siempre usar primero los productos más antiguos. Se deben despachar los condones más próximos a vencerse primero,

²⁹ La ISO 4074 regula los requisitos mínimos para estabilidad para el almacenaje de los condones, los cuales deben ser considerados antes de llevar los condones al mercado, asegurando así la vida útil, mínima, de dos años del producto.

asegurándose que la fecha de vencimiento sea mayor de 6 meses.

- Realizar inventarios periódicos (mínimo 2 al mes según norma de bodegas) de las existencias según ingresos del PNS y PNSR, descargando del mismo el producto que sale y el que ingresa en las tarjetas kardex de control de anaqueles.
- Compartir con los distribuidores de condones los estándares mínimos y el canal de distribución.
- Realizar supervisiones a los lugares para verificar lo anteriormente expuesto.
- Los condones se deberán almacenar en forma separada, es decir, los que vienen del PNS y PNSR identificándolos por proveedor.

a. Responsables del almacenamiento

- Encargados de bodegas PNS y PNSR, DAS, servicios del primero y segundo nivel y hospitales
- Encargados de logística PNS y PNSR, DAS, servicios del primero y segundo nivel y hospitales

b. Instrumentos para el almacenamiento

- Requisiciones
- Kardex
- Ingreso al almacén

6. Atención a usuarios

Los servicios de atención al usuario son unidades o estructuras organizadas con insumos suficientes y personal capacitado y responsable de atender y asesorar a los usuarios y usuarias de los servicios

de salud con calidad y calidez en cuanto al uso correcto y consistente de condones y lubricantes compatibles con el látex.

a. Objetivos de los servicios

- Facilitar el acceso del usuario (a) a los servicios de salud, brindando información clara basada en evidencia científica y de fácil comprensión sobre el uso correcto y constante del condón.
- Crear espacios de orientación para brindar servicios de consejería balanceada que ofrezcan el condón como un método de doble protección.
- En el sector público, la entrega de condones se realiza de acuerdo a la normativa establecida, que incluye la orientación y consejería y los mensajes se refuerzan a través de actividades de información, educación y comunicación.
- Las ONG que prestan servicios de prevención, también incluyen acciones de comunicación para el cambio de comportamientos dentro de los procesos de distribución de condones.

b. Organización y estructura de los servicios

- De fácil acceso para los usuarios y usuarias y servicios claramente identificados
- Contar con un sector de recepción del usuario
- Espacio físico adecuado para situaciones especiales, como consejería y orientación
- Sector destinado al registro y procesamiento de la información recibida
- Personal capacitado en la atención al usuario
- Personal vinculado al área: equipos de salud: médico, enfermera, auxiliar de enfermería, trabajador social, psicólogo

- Funcionarán en un horario matutino y vespertino, según características del servicio, coincidente con los momentos de mayor acceso de público y con los horarios establecidos en cada uno de los servicios.
- El acceso a condones, con servicio de consejería, se promocionará en la cartera de servicios.
- Se crearán espacios de promoción de la salud y prevención de embarazos no planificados, Infecciones de transmisión sexual, principalmente VIH.
- Se promoverá la realización de encuestas de opinión y satisfacción de usuarios
- Se registrará la entrega de condones y las orientaciones dadas, informando oportunamente a la unidad correspondiente, a través del SIGSA. La atención se realizará con base en las normas de atención de los tres niveles.

7. Sistemas de información

Con el objetivo de disponer de información de forma oportuna, confiable, basada en evidencia que permita el análisis y la toma de decisiones acertadas según las necesidades del país se contempla el fortalecimiento del Sistema de Información Gerencial en Salud, SIGSA y sistema de información logística a las diferentes poblaciones. El reporte se realizará a través del sistema oficial SIGSA, para lo cual se utilizará el SIGSA 3, 4 y 6; para el primer año de ejecución el SIGSA-SIDA, ya que algunas variables contenidas en este instrumento están en proceso de incorporación al sistema SIGSA actual.

a. Procedimiento para la notificación de información:

- La Unidad notificadora (DAS, Hospitales) realiza el reporte diario de la distribución de condones en el instrumento SIGSA SIDA 3.
- Las Unidades notificadoras reportan al distrito de salud que corresponde por su jurisdicción según calendarización.
- El distrito analiza e informa a la dirección del Área de Salud según calendarización establecida
- El Hospital analiza e informa a la dirección del Área de Salud según calendarización establecida.
- El Área de Salud envía a nivel central de SIGSA la información para su consolidación.
- EL MSPAS dispone de la información para su análisis y definición de estrategias e informes, a través de SIGSA y CNE.

Responsables

- Unidades Ejecutoras y Subreceptores
- Director de Distrito
- Director de DAS
- Director de Hospital
- SIGSA
- PNS
- RP/HIVOS

b. Sistema de información logística

Se utilizará el procedimiento DAS:

- Los condones ingresan a bodegas o farma-

cias de las unidades ejecutoras en donde serán registrados en la tarjeta de kardex.

- El encargado de bodega o farmacia realizará el BRES MA mensualmente y traslada la información a la DAS de acuerdo al calendario de logística y de información.
- La información de usuarias nuevas activas y reconsulta, es enviada a la unidad de estadística. El estadígrafo de la DAS consolida el SIGSA 6 mensual y lo envía a SIGSA.

En Hospitales

- Los condones ingresan a farmacia de las unidades ejecutoras en donde serán registrados en la tarjeta kardex
- En Hospitales, los condones serán entregados contra receta y los datos de los consolidados diarios se ingresarán al módulo de Logística de Medicamentos.
- El encargado de farmacia realizará el BRES MA mensualmente y traslada la información a la DAS y Viceministerio de Hospitales de acuerdo al calendario de logística e información.
- El estadígrafo consolida el SIGSA 6 a partir de los instrumentos proporcionados por la persona responsable del servicio.

Responsables

- Jefe de Farmacia y/o Químico farmacéutico
- Médico /a
- Enfermero /a
- Auxiliares de Farmacia

- Estadígrafo
- Epidemiólogo

c. Instrumentos

- Tarjeta de control de suministros (kardex)
- Receta de medicamentos
- Consolidado diario de insumos
- Consolidado mensual de usuarias
- Registro diario de demanda real
- BRES MA
- SIGSA 6
- SIGSA 3

Responsables

- Unidades Ejecutoras y Subreceptores
- Director de Distrito
- Director de DAS
- Director de Hospital
- SIGSA
- PNS

d. Instrumentos de recolección de datos

- SIGSA SIDA ANEXO A
- SIGSA 3, 4 y 6
- Registro diario de demanda real
- Registro de actividades de comunicación IEC, a través del SIGSA 6 trimestral
- Entrega de condones de: HSH, MTS, PVV, JRS, PPL. Se encuentra en proceso de incorporación al SIGSA.

8. Monitoreo

El monitoreo de las acciones de prevención en

donde se distribuyen condones, se realizará a través de visitas a las Unidades Ejecutoras. Estas visitas se realizarán en conjunto con la Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (USME) de la Dirección del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS), en coordinación con el Departamento de Regulación de Programas de Atención a las Personas (DRPAP) y sus programas vinculados. En estas visitas se supervisará el cumplimiento del flujo de información y la veracidad de la información proporcionada, así como acciones de seguimiento. Al mismo tiempo se hará una supervisión capacitante, donde se retroalimentará y fortalecerá a las personas que realizan estos procesos. Para llevar a cabo las acciones de monitoreo, se deberá desarrollar un instrumento que cumpla con este fin.

3. Incremento en la demanda de condones en el país

Esta estrategia promueve, dentro de sus objetivos, incrementar la demanda de condones como un método de protección dual y promover comportamientos que favorezcan a la salud sexual y reproductiva de la población, a través de acciones de información, educación y comunicación, así como de la estrategia de

mercadeo *Pull and Push* que deben planificarse de manera conjunta integrando a los sectores público, mercadeo social y comercial.

Situación actual

La generación de demanda de condones en el país se basa en campañas de información, educación y comunicación acerca de los beneficios del uso del condón y la promoción de su uso correcto y consistente. Las actividades que cada sector o institución realizan van muy relacionadas con las poblaciones meta que atienden, con las estructuras y canales de distribución que utilizan, con sus recursos financieros y humanos, entre otros.

El sector público incluye al MSPAS, al IGSS, al Ministerio de la Defensa, al Ministerio de Gobernación y el Fondo Global. La distribución de condones en este sector va ligada a una gama de estrategias de información, educación y comunicación, tanto en el tema de planificación familiar para prevención de embarazos, como de algunas ITS, principalmente el VIH, las cuales son diseñadas y promovidas desde el nivel central hacia las distintas unidades de atención. Algunos cuentan con personal dedicado al desarrollo y diseminación de las estrategias de comunicación, las cuales incluyen campañas masivas y educativas. La creación de la demanda está enfocada principalmente en hombres y mujeres sexualmente activos de todos los nive-

les socioeconómicos que acuden a los servicios de salud o que están en la cobertura de organizaciones no gubernamentales que brindan atención local. Principalmente, estas orientan sus servicios a poblaciones de alto riesgo que incluyen mujeres y hombres trabajadores del sexo (MTS y HTS), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), adolescentes y jóvenes en riesgo social, y personas trans.

Los pueblos indígenas, incluyendo mayas, xin-cas y garífunas, demandan servicios de información y orientación en sus idiomas maternos. Además, se ha detectado en la red de servicios de salud, que desde las poblaciones indígenas existe demanda de anticonceptivos, incluyendo condones, lo cual es un derecho sexual y reproductivo amparado en la Ley de Acceso Universal y Equitativo. Por su parte, el Observatorio de Salud Reproductiva –OSAR- vincula el acceso a métodos anticonceptivos con la disminución de la mortalidad materna, embarazos no deseados y nuevas infecciones de VIH en el país. El sector de mercadeo social incluye a las ONG sin fines de lucro como APROFAM y PASMO. Este sector implementa estrategias de promoción de la salud, prevención de embarazos y de ITS y VIH en población general y en poblaciones particularmente vulnerables. Cuenta con promotores y educadores que se especializan en el tema y trabajan con las poblaciones meta a través de programas de extensión co-

munitaria por medio de ferias de salud y educación de pares; desarrolla y disemina materiales impresos promoviendo comportamientos de vida saludables en las poblaciones meta y utiliza medios masivos de comunicación entre ellos radio y televisión.

El sector comercial está conformado por empresas de la iniciativa privada que ofrecen condones de características variadas adecuadas a la necesidad, gusto y capacidad de compra de los usuarios. La demanda se genera usualmente en respuesta a la disponibilidad y visibilidad de los condones en los puntos de venta y mercadeo realizado en medios masivos de comunicación y publicidad de marca, utilizando diversos medios impresos y publicitarios. Suele dirigirse a poblaciones de adultos jóvenes a través de eventos colectivos como conciertos y espectáculos. Cada sector planifica, desarrolla el contenido técnico, los mensajes clave e impulsa estrategias para la creación de demanda de condones de acuerdo a las capacidades y medios de cada uno sin que exista una adecuada planificación y coordinación entre ellos, duplicándose así los esfuerzos realizados. Con el propósito de optimizar recursos y esfuerzos, en la actualidad se está buscando la integración de los tres sectores.

Propuesta para incrementar la demanda

Las estrategias para el incremento del uso del condón deben ir enfocadas a la creación de pla-

nes conjuntos de información, educación y comunicación (incorporando al sector comercial, de comercio social y sector público) que propicien el incremento de la demanda de condones para asegurar mayor impacto y mejor cobertura geográfica.

Diagnóstico: incluye el análisis del problema a partir de aspectos epidemiológicos, comportamientos presentes y deseables. La caracterización de las poblaciones o audiencias, especialmente a partir de sus prácticas de riesgo,

La creación de una línea de base que facilite la definición de indicadores de resultado y la evaluación de los procesos. Es necesario que el diagnóstico incluya información estadística desagregada por sexo, grupos de edad, tipo de población.

Diseño y mezcla de estrategias: aborda la definición de objetivos de comunicación y la definición de los diferentes componentes de la estrategia de IEC. Esto se refiere a identificar el uso adecuado de los diferentes niveles de comunicación con la selección adecuada de sub estrategias de comunicación. Incluyendo los niveles interpersonal, grupal, comunitario, alternativo, masivo y abogacía.

Producción y validación de materiales: cada mensaje y material producido debe ser validado con miembros de la audiencia a la que está dirigido por la evidencia de la importancia de producir estos mensajes con la participación activa de las poblaciones meta.

Así mismo, debe validarse con el equipo técnico designado para este fin, para el aseguramiento de la inclusión de elementos técnicos y científicos en los mensajes.

Implementación y monitoreo: la comunicación siempre es dinámica y ocurre en espacios culturales y sociales cambiantes, de tal forma que aún cuando se haya hecho un esfuerzo de planeación, siempre existirá la posibilidad de reacciones diversas por parte de la audiencia, lo que hace necesario realizar un trabajo sostenido de monitoreo a la implementación de la estrategia.

Evaluación de proceso e impacto: apunta a establecer el cumplimiento de las actividades planeadas y a determinar si los objetivos planteados son alcanzados.

Estrategias de comunicación y promoción

Las Estrategias de comunicación y promoción son herramientas estratégicas dentro de toda

empresa o institución que busque estar bien posicionada en el mercadeo y oferta de condones y lubricantes a base de agua y en el acercamiento al grupo objetivo o poblaciones clave.

Los contenidos a trabajar deben incluir el uso del condón como un método de protección dual y para la adecuada definición de las audiencias debe considerarse:

- Pertinencia cultural
- Equidad de género
- Diversidad sexual
- Derechos sexuales y reproductivos y derechos humanos, en general
- Nivel educativo y nivel socioeconómico
- Ciclo de vida
- Factores de riesgo
- Comportamientos de riesgo
- Factibilidad de cambio de comportamiento
- Etapas del cambio

Entre las estrategias más utilizadas a nivel nacional, se encuentran:

a) Estrategia de mercadeo Pull and Push

La estrategia *Pull* (jale) se refiere a atraer la atención del cliente hacia los condones. El incremento de la demanda se promoverá a través de campañas de información, educación y comunicación permanentes en medios masivos, utilizando imagen y mensajes unificados para la población objetivo. Mientras que la estrategia *Push* (empuje) se refiere a poner los condones a la mayor disposición del público,

incluyendo todas aquellas actividades orientadas a la creación de estrategias de IEC para líderes y autoridades locales, intermediarios y distribuidores finales con el objetivo de motivar la oferta, y de esta manera, aumentar la demanda de condones. Para lograr la implementación se requieren procesos de sensibilización y capacitación.

b) IEC para el cambio de comportamiento

La comunicación en salud en cuanto al uso de condones masculinos y femeninos se concibe como el conjunto de las acciones orientadas a informar, influir y motivar a públicos individuales, institucionales y colectivos sobre temas relacionados con la importancia de usar correctamente condones y lubricantes a base de agua, como parte de los comportamientos saludables. Incluye la promoción de la salud sexual y reproductiva, prevención de VIH, algunas ITS y embarazos no planificados, prestación de servicios de consejería y atención en salud, así como la eficiente administración de recursos; todo ello con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas dentro de sus familias y comunidades. Una comunicación eficaz asociada con estrategias a nivel social y político, ha demostrado ser efectiva para conseguir un cambio de comportamientos de riesgo hacia otros más saludables.

Comportamientos, -IEC/CC-, la cual se basa en los siguientes principios:

- **Soporte investigativo:** la información basada en evidencia científica y el uso adecuado y oportuno de la información son elementos clave que determinan el punto de partida, pero que además acompaña todo el proceso; pasando por el monitoreo de cada una de las etapas y culminando con la evaluación de los resultados e impacto.
- **Centrada en las personas y poblaciones:** demanda atención en la investigación de las poblaciones y audiencias, en sus comportamientos de riesgo y en la factibilidad de cambio de comportamientos. Se enfoca también en las responsabilidades y derechos de los ciudadanos. Predomina el enfoque en derechos humanos y en la reducción de estigma y discriminación asociada.
- **Integración de los servicios:** asegura el funcionamiento en dos niveles esenciales: primero, en términos de mejorar la calidad de la atención oportuna que se ofrece a las y los usuarios. Segundo, en términos de la provisión de insumos para la respuesta adecuada a la demanda que se genera a través de acciones de promoción de los servicios de salud.
- **Diversidad de enfoques:** debe considerarse siempre la oportunidad de incluir diferentes enfoques que enriquecen la estrategia, como son: el enfoque de género, con pertinencia cultural para la interculturalidad, consideración de la diversidad sexual y de un enfoque en sexualidad humana. Teniendo siempre en cuenta las particularidades sociales y culturales de las poblaciones.
- **Sostenibilidad:** es importante que los individuos, las familias, las instituciones y comunidades se apropien de los conceptos y significados fundamentales de la estrategia. La sustentabilidad se logra en la medida en que la estrategia se institucionalice, lo que garantizará el seguimiento, funcionamiento y fortalecimiento de los procesos como un esfuerzo de país.
- **Abogacía a todo nivel:** buscando generar el compromiso de todos los sectores para el avance de la estrategia en el ámbito social. Trabajando para propiciar cambios en el entorno ambiental, social, político y económico, a favor de la salud sexual y reproductiva.
- **Integración intersectorial:** con el fin de unificar criterios, necesidades, esfuerzos y recursos disponibles para el abordaje unificado de todos los sectores involucrados.
- **Visión a largo plazo:** los procesos de IEC para el cambio de comportamiento deben darse en espacios de tiempo que permitan generar conocimientos que garanticen la incorporación de comportamientos saludables a la rutina local, la transformación de los entornos sociales, y por consiguiente, la verificación del impacto en las prácticas socioculturales.

Para avanzar hacia el cambio de los comportamientos, la estrategia se basa en las siguientes teorías de cambio de comportamiento:

TABLA 4: TEORÍAS DEL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL

Pasos hacia el cambio	Teoría del cambio de comportamiento	Creencia en salud	Procesamiento de la información por el consumidor
No se conocen los beneficios del uso del condón, no hay percepción de riesgo para VIH, ITS o embarazos no planificados	Pre contemplación	Susceptibilidad percibida	Capacidad de procesamiento de la información que recibe a través de los diferentes medios y lenguajes
Se contempla la posibilidad de estar en riesgo, se entera de los posibles beneficios del uso correcto del condón	Contemplación	Gravedad percibida	Búsqueda de información, como una motivación intrínseca, la información debe ser clara, atractiva y puntual
Se trazan planes para el cambio; se piensa en acudir a servicios de entrega de condones o en comprar condones a conveniencia	Determinación	Beneficios percibidos	Reglas de decisión utilizadas para escoger entre diversas opciones
Se acude a servicios de provisión de condones y lubricantes. Se adquieren condones y se aprende a usarlos.	Acción	Señales para la acción	Consumo y aprendizaje: análisis interno basado en las experiencias de decisión previas
Uso correcto y constante del condón en cada relación sexual, vaginal, anal y oral. No se piensa en tener alguna relación sexual sin condón.	Mantenimiento	Auto eficacia	Información: cantidad, ubicación, formato, inteligibilidad y procesamiento de la información

TABLA 5: TEORÍAS DEL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN EL NIVEL FAMILIAR O GRUPAL

Pasos hacia el cambio	Aprendizaje social	Acción razonada
El uso del condón puede ser el resultado de la interacción de la persona con su entorno. Los individuos afectan también su entorno, dado que la interacción es bidireccional.	Determinismo recíproco: los cambios de comportamiento son resultado de interacciones entre la persona y su entorno; y de la persona sobre su entorno, dado que la interacción es bidireccional.	Intención de comportamiento: instar a las personas y grupos a adoptar comportamientos saludables y responsables.
Los conocimientos y las aptitudes influyen en el comportamiento de autocuidado y responsabilidad sobre la salud, al usar condones y lubricantes en cada relación sexual.	Capacidad conductual: El conocimiento y las habilidades son decisivas sobre los comportamientos	Actitud hacia el comportamiento: enfatizar en los beneficios del uso de condones y lubricantes a base de agua, para las personas.
A mejores y mayores expectativas, mayor adherencia al comportamiento de uso de condones.	Expectativas: creencias sobre los posibles resultados de la acción.	Norma subjetiva: la persona será adherente al uso de condones y lubricantes a base de agua, si considera que se beneficia a sí misma, pero también beneficia a los demás. Para el proceso de cambio es importante el apoyo de las familias y grupos.
Se acude a servicios de provisión de condones y lubricantes. Se adquieren condones y se aprende a usarlos.	Autoeficacia: confianza en la capacidad de realizar una acción y persistir en la misma.	
Uso correcto y constante del condón en cada relación sexual, vaginal, anal y oral. No se piensa en tener alguna relación sexual sin condón.	Aprendizaje por observación: capacidad de identificar los modelos dignos de imitarse. Se aprende de otros.	
	Refuerzo: proporcionar incentivos, recompensas, elogios.	

TABLA 6: TEORÍAS DEL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO PARA EL NIVEL COMUNITARIO

Pasos hacia el cambio	Teoría de las etapas	Difusión de las innovaciones	Organización comunitaria
Los miembros de la comunidad tienen la responsabilidad de asumir la toma de decisiones en asuntos que conciernen a la comunidad, buscando el bien común.	Definir el problema que más afecta a la comunidad: el problema se reconoce, se analiza y se buscan posibles soluciones.	Ventaja relativa: lo novedoso y creativo se considera positivo	Habilitación: Dar a los individuos y a las comunidades las herramientas y responsabilidades para la toma de decisiones que les conciernen.
La comunidad se organiza para identificar los principales problemas de salud como son los embarazos no planificados, las nuevas infecciones por VIH, y busca posibles soluciones a los mismos.	Inicio de aplicación: se asignan acciones y se asignan recursos para iniciar el proceso de cambio.	Compatibilidad: la idea nueva debe ser compatible con lo que las personas necesitan.	Competencia comunitaria: trabajar con la comunidad para identificar problemas, crear consenso y alcanzar metas.
Se trazan planes para el cambio; se fijan metas y se estimula la participación de todas y todos encaminados a garantizar el acceso a información y condones masculinos y femeninos y lubricantes a base de agua.	Implantación o implementación del cambio: se proporciona capacitación, asistencia técnica.	Complejidad: la idea nueva debe ser simple y fácil de comprender.	Participación y pertinencia: ayudar a la comunidad a fijar metas en el marco de las metas preexistentes, y estimular la participación activa.
Se ordenan o priorizan las necesidades y las acciones dentro del proceso hacia el logro de los objetivos, se lanzan campañas de promoción a nivel local y se garantiza el abastecimiento de los insumos para dar respuesta a la demanda que se suscita.	Institucionalización del cambio: las políticas o normas se arraigan en la institución y se internalizan nuevas metas y valores.	Posibilidad de poner a prueba: debe ser fácil de usar y de entender.	Selección de temas: ayudar a la comunidad a examinar cómo pueden comunicar sus inquietudes y si es probable que se logre éxito.
Se institucionalizan los cambios, arraigando una perspectiva de salud sexual y reproductiva dentro de los progresos sociales que se buscan de forma comunitaria.		Posibilidad de observar: asegurar beneficios como resultados.	Conciencia crítica: desarrollar comprensión de las causas fundamentales de los problemas y guiar la consideración de inquietudes de salud en la perspectiva general de los problemas sociales.

c) Campañas de comunicación

La campaña de comunicación tiene el objetivo de lograr el incremento en la demanda de condones masculino y femenino y de lubricantes a base de agua. Cada campaña consta de diferentes etapas: expectación, lanzamiento y mantenimiento, utilizando mensajes validados para las diferentes poblaciones objetivo. Para que el objetivo de las campañas de comunicación se alcance, estas deben ser permanentes. Para su diseño, validación, financiamiento y lanzamiento se buscarán las alianzas estratégicas entre los tres sectores involucrados y a su vez, con los medios de comunicación, para conseguir espacios gratuitos o tarifas especiales por pauta o publicación.

Tipos de campañas

Campañas publicitarias a nivel nacional: la finalidad de las campañas a nivel nacional será asegurar que los mensajes clave lleguen a las poblaciones objetivo, para incrementar el conocimiento y el uso correcto y constante del condón masculino y lubricantes a base de agua. Se incluye la promoción del condón femenino acompañado de mensajes dirigidos a favorecer la toma de decisiones responsables e informadas sobre la propia corporalidad, la capacidad reproductiva y la negociación del uso de condones con la pareja.

Campañas publicitarias a nivel local: el objetivo de estas campañas debe ser reforzar y apoyar localmente las actividades recomendadas por la campaña nacional con información adaptada y personalizada a las características culturales y lingüísticas de las regiones. En función de la disponibilidad y los recursos, las campañas publicitarias utilizarán distintos medios como:

- Televisión abierta –canales nacionales, spots, noticias, entrevistas en programas, documentales y/o reportajes.
- Televisión por cable (incluye los proveedores de cable con mayor cobertura geográfica y canales locales); spots, noticias, entrevistas en programas, documentales y/o reportajes.
- Radiodifusoras a nivel nacional, local y comunitario; spots, entrevistas en programas de entretenimiento y de contenido, socio dramas y radio novelas.
- Prensa escrita –Periódicos a nivel nacional, regional y local; noticias, entrevistas y reportajes.
- Medios impresos –trifoliales, volantes, afiches- Se deben realizar materiales gráficos específicos y otros que abarquen a la población en general. Realizar las diferentes piezas adecuándose al contexto y población, tomar en cuenta la cultura, el nivel económico y las formas de vida. Para lograr una comunicación efectiva, es nece-

sario realizar una idea central del mensaje “El uso del condón” por ejemplo, y luego, realizar un concepto creativo de donde partirá la campaña, y finalmente, adecuarlo gráfica, visual y auditivamente, dependiendo de los medios a utilizarse, para cada población en específico.

A nivel nacional puede diseñarse una campaña “general”, buscando abarcar a la mayoría de población posible que incluya al grupo objetivo. Pero a nivel local se debe ser más específico e investigar cuáles serían los medios más efectivos para la transmisión de mensajes.

Por ejemplo, si la radio tiene mayor penetración y es efectiva, entonces hay que destinar fondos en anuncios radiales.

Hay que incursionar en la nueva tecnología para la emisión de mensajes como los mensajes de texto por celulares y las redes sociales por internet, por mencionar algunas.

De igual manera, es importante tomar en cuenta la pertinencia cultural en el diseño de las campañas, así como el enfoque de género en los mensajes que se emiten.

d) Estrategia de Educación Integral en Sexualidad

Esta estrategia surge en el marco del Acuerdo Ministerial Prevenir con Educación, firmada en julio de 2010 entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, la cual tiene como objetivo prevenir ITS y reducir nuevas infecciones de VIH en la población adolescente, así como prevenir embarazos no planificados y violencia de género, por medio de la Educación Integral en Sexualidad.

La necesidad de una educación en sexualidad como parte integral del proceso educativo y elemento clave para la prevención, convoca a organizar un espacio sistemático de enseñanza y aprendizaje que comprende contenidos que van desde el desarrollo de habilidades y saberes para el cuidado del propio cuerpo, la construcción de un proyecto de vida, la valoración de las emociones y de los sentimientos en las relaciones interpersonales, el fomento de valores relacionados con el amor, la solidaridad, el respeto y el ejercicio de los derechos en el marco del proceso de construcción de ciudadanía; hasta la prevención de embarazos en la adolescencia y de infecciones de transmisión sexual, VIH y sida, lo que incluye el desarrollo de habilidades y conocimientos para el retraso en el inicio de las relaciones sexuales y el uso correcto de condones y lubricantes compatibles con el látex.

La Educación Integral en Sexualidad busca para el 2015:

- Reducir en 75 por ciento la brecha en el número de escuelas que dan educación sexual integral.
- Reducir en un 50 por ciento la brecha de adolescentes y jóvenes que carecen de cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva.

Para su implementación, el Ministerio de Educación está incorporando la Educación Integral en Sexualidad en el sistema educativo formal y no formal en el nivel primario, medio y diversificado. El Ministerio de Salud tiene cobertura nacional, en las 29 Áreas de Salud del país, implementando la Educación Integral en Sexualidad (EIS) a través de los servicios integrales y diferenciados para adolescentes:

- Espacios amigables
- Centros interactivos
- Clínicas diferenciadas

Es en esta red de servicios en la que debe garantizarse el acceso a condones y lubricantes a base de agua, para adolescentes y jóvenes en riesgo social, así como servicios de orientación y pruebas voluntarias.

ACTIVIDADES RECOMENDADAS PARA INCREMENTAR LA DEMANDA

- Abordajes para población general y poblaciones clave
- Talleres educativos sobre el uso del condón dirigidos a grupos específicos (poblaciones clave) HSH, TRANS y MTS, JRS, PPL, PVV, uniformados y a otros grupos importantes como son las y los adolescentes, mujeres embarazadas, universitarios, población migrante, lugares de trabajo, educadores, etc.
- Talleres educativos para la sensibilización y concientización para población en general y poblaciones clave
- Material educativo para población en general y poblaciones clave
- Material educativo para personal en salud
- Teatro con la comunidad. Para comunicar sobre los beneficios del uso del condón
- Demostraciones del uso del condón como parte de los servicios en las clínicas de ITS, en sitios de alto riesgo, clínicas de planificación familiar y de atención pre y post natal, Unidades de Atención Integral y en clínicas diferenciadas para adolescentes, como método de protección dual
- Aseguramiento de materiales de información, educación y comunicación explicando el uso correcto del condón y de los lubricantes compatibles con el látex
- Promoción de la cartera de servicios
- Provisión de dildos a los servicios de consejería y a las clínicas de atención para asegurar la capacitación adecuada respecto al uso correcto del condón
- Capacitación acerca del uso de condón para la protección dual, incluyendo la promoción del uso de condones femeninos
- Proveer de material de audio y audiovisual que aborde la temática de los beneficios del condón y de su uso correcto y constante

ACTIVIDADES RECOMENDADAS CON LÍDERES Y AUTORIDADES LOCALES, INTERMEDIARIOS Y DISTRIBUIDORES FINALES

- Mapeo y ordenamiento de la distribución de condones
- Análisis situacional
- Diagnóstico de capacidades de comunicación
- Abogacía con tomadores de decisiones, líderes comunitarios, comadronas y guías espirituales para darles a conocer y concientizarlos en la promoción del uso del condón.
- Acercamiento con expendedores de servicios y puntos de distribución para que promuevan el uso correcto y constante del condón
- Promoción de actividades lúdicas para la población
- Diseño y utilización de material informativo para población general
- Actividades alternativas para la información y comunicación en los lugares de convergencia para poblaciones específicas que acuden a cines, bares, discotecas, salones de belleza, etc., trabajo de los grupos de riesgo o servicio de salud
- Formación de voluntariado juvenil que apoye las acciones de educación de pares
- Elaboración de material informativo y educativo acerca de los beneficios del uso correcto y constante del condón masculino y femenino y lubricantes compatibles con el látex
- Elaboración de material audiovisual y de audio (documentales/testimoniales) donde se aborde los beneficios del condón, el uso correcto y constante del condón
- Apoyar los programas para la prevención de (ITS) VIH en lugares de trabajo
- Vincular campañas de comunicación (IEC) con eventos masivos (conciertos, ferias, etc.)
- Por último, se recomienda elaborar el diseño de un plan de medios. Este deberá ser elaborado anualmente e incluir los medios que se utilizarán para alcanzar los distintos tipos de población de Guatemala

4. Implementación de la estrategia de manera efectiva y eficiente

Con el objetivo de fortalecer el esfuerzo articulado de país para garantizar el acceso a condones se hace necesario definir acciones clave para la implementación de la Estrategia Nacional de Condones. Consta de cuatro niveles:

a. Fortalecimiento institucional

Supone desarrollar la capacidad institucional y el papel rector del Ministerio de Salud Pública en materia de conducción de las acciones en materia de salud sexual y reproductiva, articulando los esfuerzos tanto del sector público, mercadeo social, como privado y de otros actores sociales, propiciando mecanismos participativos y construcción de consensos para poder llevar a cabo las acciones planteadas a favor del acceso universal a condones de forma equitativa y con criterios de calidad. De la misma manera, contempla las acciones orientadas a fortalecer la gestión de la inversión nacional e internacional y la movilización de recursos necesarios para el aseguramiento de insumos, verificar el cumplimiento de la norma, la armonización de las condiciones de provisión de servicios y la formación del recurso humano, gestionando la mejora continua del desempeño con énfasis en procesos de consejería y oferta de condones y lubricantes a base de agua.

b. Fortalecimiento organizacional

Es importante coordinar los esfuerzos que respondan a las necesidades del país en materia de la creación de demanda, distribución y suministro de condones masculinos y femeninos. Esto implica la coordinación multisectorial tendiente a la elaboración y puesta en marcha de Planes Operativos Anuales que articulen los diversos esfuerzos tanto de las instituciones públicas y privadas como del sector de mercadeo social, identificando los insumos y presupuestos necesarios para garantizar el acceso a condones y lubricantes en cantidad y calidad.

A este fortalecimiento se suma la coordinación efectiva entre el PNSR y el PNS que garantice la oferta del condón masculino como un método de protección dual para la prevención de embarazos y de algunas infecciones de transmisión sexual, principalmente el VIH.

Para la activación de este mecanismo participativo, se crea la Comisión Nacional de Condones, que tendrá dentro de sus funciones más

importantes la formulación, análisis y adecuación de procesos encaminados a mejorar los servicios de información, orientación, distribución y suministro de condones, así como la evaluación de resultados y la re direccionalidad de estrategias múltiples de aseguramiento de insumos a través de modalidades complementarias entre los sectores.

c. Fortalecimiento del sistema de monitoreo y evaluación

Estandarizar los mecanismos de monitoreo y evaluación en lo referente a condones a nivel nacional.

d. Abogacía a todo nivel

Este nivel es de suma importancia y su enfoque es permanente y a todo nivel. Busca lograr condiciones políticas, normativas y sociales que permitan un ambiente favorable a nivel nacional e institucional en el tema de condones y salud sexual y reproductiva, mediante la realización de acciones de incidencia política y abogacía. Dentro de sus objetivos también contempla la eliminación del estigma y discriminación asociada a la epidemia del VIH y a las poblaciones más afectadas por la misma, así como la promoción y defensa de los derechos humanos y de la equidad de género, como estrategias vinculantes.

Finalmente, busca incorporar en los espacios de convergencia indígena y rural, la temática de sexualidad humana incluyendo lo referente al uso de condones masculinos y femeninos con pertinencia cultural.

V. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El continuo monitoreo y evaluación (MyE) de la Estrategia Nacional de Condones (ENC) es una tarea imperativa para conocer el estado de las intervenciones, escalar las lecciones aprendidas, impulsar un diálogo de políticas con base en la evidencia, respaldar la toma de decisiones, identificar los ajustes necesarios para mejorar la eficiencia de los procesos, y construir y alimentar una base de datos con información cualitativa y cuantitativa sobre la necesidad, acceso, uso y distribución de condones.

El sistema de MyE debe incentivar la activa participación y análisis de los distintos sectores y canales involucrados en la ENC, con el fin de realizar proyecciones sobre la necesidad real de condones, estableciendo así la verdadera dimensión de la temática del condón.

El plan de MyE tiene base en los objetivos de la ENC, y en las metas e indicadores de la estrategia para la distribución de condones de los sectores público, mercadeo social y privado (línea estratégica II), en el nivel de resultados. El tema de procesos estará contenido en los Planes Operativos Anuales (POA). Cabe resaltar que la cuantificación de las metas estará sujeta a la disponibilidad de información y la posibilidad de alcanzar las metas dados los recursos con los que se cuenta. Además, el MyE de la ENC deberá ser integrado al Sistema Único de Monitoreo y Evaluación del país, como parte de la respuesta de país a la Estrategia de los 3 unos.

Objetivos del Plan de MyE

Objetivo general

Asegurar un desempeño satisfactorio en el alcance de las metas propuestas en cada una de las cuatro líneas estratégicas contenidas en la ENC.

Objetivos específicos

- Orientar la implementación de la ENC con base en los resultados observados en las acciones del plan de MyE.
- Informar y guiar las actividades de MyE que desarrollan los equipos técnicos en los tres sectores que integran la estrategia (sector público, mercadeo social y sector privado).
- Brindar pautas para el diseño de las evaluaciones de proceso durante el periodo de desarrollo de la ENC y pautas para la evaluación de impacto de la misma.
- Impulsar el diálogo de políticas basado en la evidencia y respaldar la toma de decisiones en torno al tema.

Sistema de información

El sistema de información se realizará a través de la verificación periódica del cumplimiento de los objetivos, metas e indicadores en el proceso de implementación, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Estimación de la demanda potencial de condones nacional, departamental y municipal. Definición de las poblaciones cubiertas y el sector que cubre el abastecimiento por departamento (público, mercadeo social y sector comercial).
- Mapeo de proveedores de condones, sus canales de distribución, volúmenes de distribución, mecanismos de mercadeo y calidad del producto distribuido.
- Mapeo de los puntos de distribución (canales) de los tres sectores.

VI. ESTABLECIMIENTO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE CONDONES

Para la implementación efectiva y eficiente de la Estrategia Nacional de Condones, es necesario definir una estructura organizacional que involucre a los diferentes sectores y que permita monitorear y evaluar las acciones para el logro de los objetivos.

Situación actual

Cada uno de los tres sectores realiza el monitoreo y evaluación de la distribución y metas que le corresponden, estableciendo de forma individual los objetivos para el siguiente periodo y velando por sus propios intereses, sin una coordinación intersectorial.

Propuesta

Establecer un equipo de trabajo, denominado Comisión Nacional de Condones, la cual debe estar conformada por representantes de los sectores público, mercadeo social y privado.

Objetivos de la comisión

- Promover un ambiente político y legislativo favorable en relación a condones.
- Garantizar el suministro oportuno y continuo de condones.
- Generar las condiciones que permitan incrementar la demanda de condones.
- Monitorear y evaluar la implementación efectiva y eficiente de la estrategia.

Funciones de la comisión

- Desarrollar el plan operativo anual y la matriz para la implementación de la estrategia.
- Asegurar el reporte periódico de distribución y cobertura de condones.
- Establecer y velar por el cumplimiento de los indicadores, principalmente la cobertura total de la población en edad reproductiva, en cuanto al conocimiento, disponibilidad y uso del condón, haciendo énfasis en poblaciones de alto riesgo y vulnerabilidad.
- Coordinar el diseño e implementación de un mapeo sistematizado electrónico que incluya tipo de distribución, venta y consumo en el sector público, mercadeo social y comercial. Cada sector aportará oportunamente la información necesaria para el efecto.
- Proponer acciones y recomendaciones orientadas a incrementar el conocimiento, disponibilidad y uso del condón, con pertinencia cultural, enfoque de género y derechos humanos.
- Armonizar las herramientas de monitoreo: definición de integración de sistemas logísticos utilizados por cada sector.
- Promover y asegurar la actualización necesaria que permita la adecuación e implementación de la Estrategia Nacional de Condones y sus objetivos, en función de los cambios socio-político-económicos del país.

VII. REFERENCIAS

- Acuerdo Gubernativo No. 712-99.
- Angonoa, Javier, 2011. Estrategia para promover una política regional de condones en países de Centroamérica –Propuesta-. Financiado por PASMO y el BCIE.
- Angonoa, Javier, 2011. Análisis Situacional de estrategias y/o políticas de condones en países de Centroamérica. Financiado por PASMO y el BCIE.
- Banco Mundial. World Development Indicators. <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=12&id=4&CNO=2>
- Berg, Ruth, 2000. Initiating Public/Private Partnerships to Finance Reproductive Health: The Role of Market Segmentation Analysis. POLICY Working Paper Series. USA.
- CEPAL-STAT. <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>
- Comisión Nacional de Abastecimiento de Anticonceptivos, (n.d). Plan Estratégico de la Comisión Nacional de Abastecimiento de Anticonceptivos al 2015.
- Decreto legislativo 27-2000, Ley General para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA (Ley de VIH y sida).
- Decreto legislativo No. 87-2005, Ley de Acceso Universal y Equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.
- El Fondo Mundial, 2011. Informe de Línea Final de Evaluación. Proyecto intensificación de las acciones de prevención y atención integral de VIH y Sida, grupos vulnerables y áreas prioritarias de Guatemala. No. GUA-304-G01-H
- INE, 2002. Proyecciones de Población con base en el XI Censo de Población y VI de Habitación del año 2002.
- INE, 2011. Encuesta Nacional de la Juventud, Capítulo VII, Familias y Sexualidad.
- Gobierno de Guatemala, 2012. Convenio firmado entre MINFIN y MSPAS, 28 de Junio de 2012.
- INE, 2010. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIGFAM) de la Población Guatemalteca 2010.
- INE, 2011. Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) de la Población Guatemalteca 2011.
- INE, 2011. Estadísticas Canasta básica de alimentos y Canasta básica vital.
- Normativa Técnica No. 53-2006, versión 1, emitida por la Dirección General de Re-

gulación, Vigilancia y Control de la Salud. Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines.

- MSPAS, 2002. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2002.
- MSPAS, 2007. Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de ITS en Poblaciones Vulnerables (ECVC).
- MSPAS, 2007. Estrategia Nacional de Información, Educación y Comunicación para el Cambio de Comportamiento para la Prevención de ITS, VIH y Sida.
- MSPAS, 2009. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008/09.
- MSPAS, 2010. Reporte UNGASS Guatemala 2010. Periodo de Cobertura: enero 2008 – diciembre 2009. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre VIH y Sida.
- MSPAS, 2010. Costeo del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de las ITS, VIH y sida Guatemala 2006-2010.
- MSPAS, 2011. Estadísticas de VIH y VIH Avanzado, Guatemala 1984 – 2010. Centro Nacional de Epidemiología (CNE).
- MSPAS, 2011. Perfil Epidemiológico del VIH. Centro Nacional de Epidemiología, Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida y Centro de Estudios en Salud, Universidad del Valle de Guatemala.
- MSPAS, 2011. Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VIH y Sida 2011-2015.
- MSPAS, 2012. Boletín 4: Notificación de casos de VIH y VIH Avanzado, Guatemala 1984 – Junio 2012. Centro Nacional de Epidemiología (CNE).
- MSPAS, 2012. Estadísticas de VIH y VIH Avanzado, Guatemala 1984 – Junio 2012. Centro Nacional de Epidemiología (CNE).
- OMS, UNFPA, FHI y ONUSIDA, 2010. Condones masculinos de látex: especificaciones, precalificación y directrices para la adquisición.
- ONUSIDA, 2010. Informe de la Epidemia Global de Sida.
- OPS, 2009. Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en Guatemala.
- OPS, 2009. Informe de la Evaluación del Plan Estratégico de la Respuesta a ITS, VIH y Sida en Guatemala. Organización Panamericana de la Salud.
- PNUD, 2011. Índice de Desarrollo Humano. <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/GTM.html>
- Política Pública de ITS, VIH y sida. Acuerdo gubernativo No. 638-2005
- Reglamento Acuerdo Gubernativo No. 317-2002

- Taylor, Tory, et. al., 2012. Etnicidad y Riesgo de VIH en Guatemala. Measure Evaluation y USAID.
- UNFPA, WHO, PATH, 2006. Condom Programming for HIV Prevention.
- Universidad de San Carlos de Guatemala y Médicos del Mundo España, 2006. Diagnóstico realizado por el Programa de Prevención de las ITS, VIH y Sida de la Unidad de Salud.
- Universidad de San Carlos de Guatemala, 2010. Departamento de Registro y Estadística.
- USAID, PSI, PASMO, 2007. Estudio TRaC de VIH/SIDA entre Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH) en Ciudad de Guatemala, Escuintla, Izabal, Quetzaltenango y Suchitepéquez. Serie de Investigaciones de Mercadeo Social.
- USAID-PASMO, 2009. Estudio para la Evaluación de Cobertura, Calidad de Cobertura, Penetración, Calidad de Penetración en Zonas Rojas, y Acceso y Equidad de Acceso a Poblaciones Vulnerables (MAP).
- Plan de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional para la Prevención Atención y Control de las ITS, VIH y sida. (Plan de MyE)
- Wedel, M., Kamakura, W., 2003. Market Segmentation: Conceptual and methodological foundations. International Series in Quantitative Marketing. USA.
- World Health Organization, 2004. The male latex condom: specification and guidelines for condom procurement 2003.

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Metodología

Durante el año 2011, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a través del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida elaboró un primer borrador de la Estrategia Nacional de Condones, en donde convocó a distintos sectores interesados: empresas privadas, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de la sociedad civil y Gobierno.

En el año 2012, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ofrece apoyo al MSPAS para la actualización de la ENC y la adecuación de la misma de acuerdo a la metodología de los 10 pasos, manteniendo como protagonista del proceso al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para el caso de Guatemala. El apoyo del UNFPA tiene su origen en 2002, cuando fue respaldada como la agencia de las Naciones Unidas que debía liderar el Equipo de Trabajo Interagencial (IATT) para la Programación Integral de Condones (CCP). El UNFPA tendrá un papel de apoyo en los países en los que tiene presencia.

La meta de la Programación Integral para Condones (CCP) es doble:

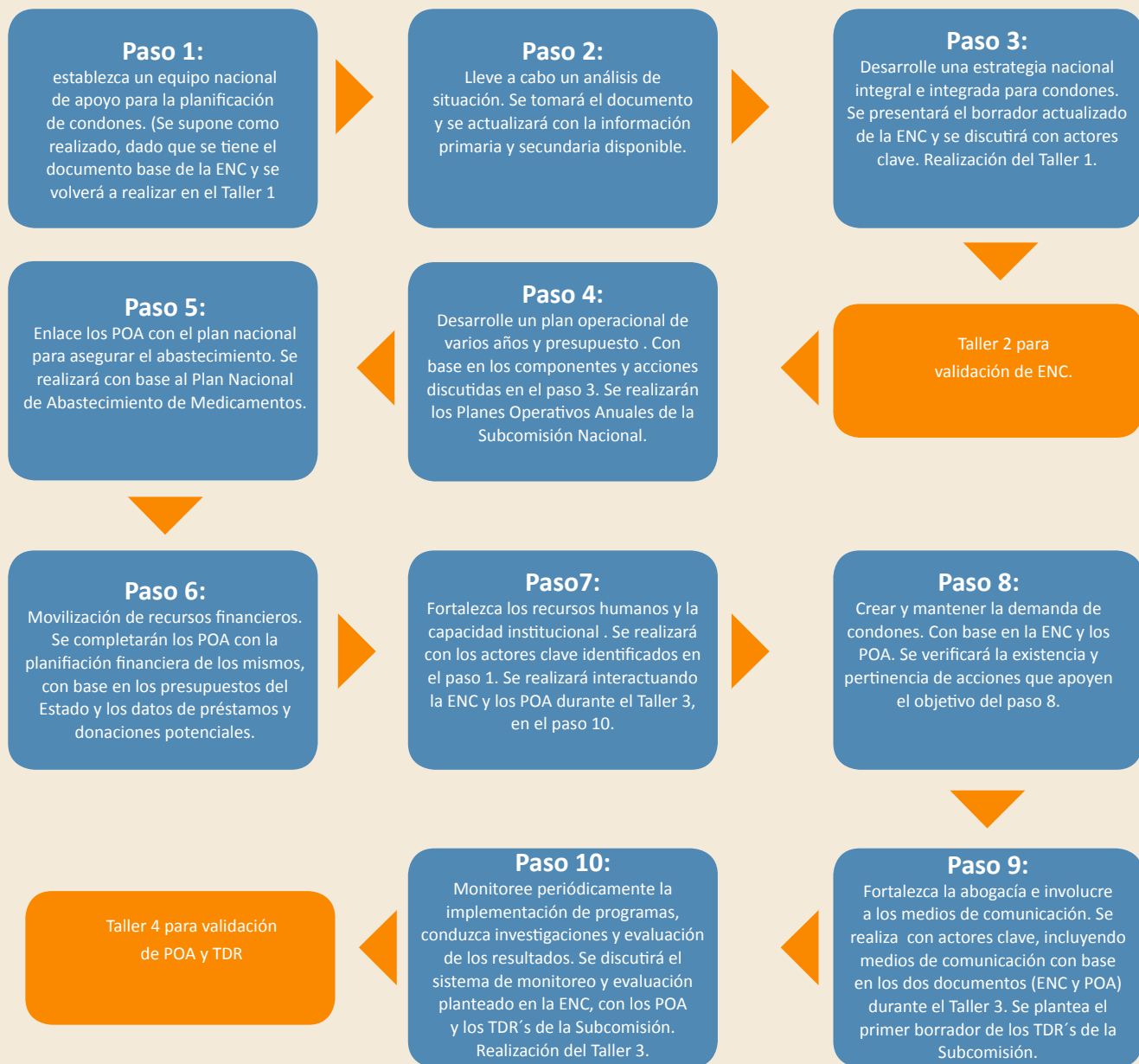
- Asegurar que todos los esfuerzos para la programación de condones sean asumidos como propiedad nacional y dirigidos por el país.
- Asistir a los programas nacionales de prevención de VIH a desarrollar estrategias de programación de condones a través de los cuales cada persona sexualmente activa en riesgo de ITS/VIH – sin importar la edad, cultura, situación económica, género, estado civil, religión u orientación sexual – tengan acceso a condones de buena calidad cuando y donde él/ella los necesite, estén motivados a usar condones masculinos o femeninos cuando sea apropiado, y tengan la información y el conocimiento para usarlo consistente y correctamente.

La programación integral de condones, establece que, los esfuerzos deben ser coordinados a través de liderazgo firme a nivel nacional; la demanda de condones debe ser creada y debe ser sostenible (con un previo diagnóstico); suministros adecuados de condones de alta calidad deben estar disponibles y ser distribuidos ampliamente; y se debe llevar a cabo abogacía y desarrollo institucional para asegurar que el programa sea sostenible a largo plazo.

Dentro del marco planteado en la CCP, se establece la metodología de los 10 pasos para la elaboración integral y ordenada de las estrategias nacionales de condones. En el caso de la presente Estrategia Nacional de Condones, se hará uso de dicha metodología en el orden que se indica en el esquema 2.

ESQUEMA 2:

METODOLOGÍA DE LOS 10 PASOS APLICADA A LA ESTRATEGIA NACIONAL DE CONDONES DE GUATEMALA



Anexo 2: Necesidad anual de condones masculinos

Necesidad anual de condones Estimación del Universo		
	País:	Guatemala
	Año:	2008-2010
1.-	Población de 15-49 años	Año: 2,010
1.1-	Hombres	3,194,887
1.2-	Mujeres	3,540,980
1.3-	Total	6,735,867
2.-	MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO (MTS)	No.
2.1-	Talla MTS (0.89% del total de mujeres entre 15 y 49 años)	31,515
2.2-	Promedio de relaciones sexuales diarias MTS con clientes	5
2.3-	Necesidad de condones para clientes de MTS	45,381,200
2.4-	Parejas afectivas: 51% de MTS tienen 1.5 parejas afectivas promedio al año	16,073
2.5-	Necesidad de condones para parejas afectivas de TSF	3,471,662
2.6-	Necesidad total de condones para TSF	48,852,861
3.-	HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH)	No.
3.1-	Talla HSH (5% del total de hombre entre 15 y 49 años)	159,744
3.2-	Talla de HSH TS (0.5% del total de HSH)	799
3.3-	Total HSH sin TS	158,946
3.4-	Necesidad de condones para HSH TS (17.1 rel. sex al mes)	163,898
3.5-	Necesidad de condones para parejas HSH ocasionales (84% tiene 10.2 parejas ocasionales por año)	4,085,538
3.6-	Necesidad de condones para parejas HSH fijas (68% tiene 1.48 parejas fijas por año)	14,012,748
3.7-	Necesidad de condones para parejas femeninas (20% tiene 2.65 parejas femeninas por año)	2,021,788
3.8-	Necesidad total de condones con HSH	20,283,973
4.-	PERSONAS VIVIENDO CON VIH (PVVIH)	No.
4.1-	Talla PVVIH, según ONUSIDA	42,000
4.2-	Porcentaje de PVVIH sexualmente activas: 63%	26,460
4.3-	Pareja frecuente: 20% tiene 2 o más parejas al año	10,584
4.4-	Pareja regular: 60% tiene una pareja regular	12,701
4.5-	Total parejas de PVVIH	23,285
4.6-	Necesidad de condones para PVVIH con pareja regular o frecuente (2.5 rel. X año)	3,353,011
	Necesidad de condones para parejas Ocasionales de PVVIH: 15% tienen 1.8 parejas ocasionales por	
4.7-	año, 3 rel/año	21,433
4.8-	Necesidad de condones para PVVIH	3,374,444

5.-	Personas Privadas de Libertad	No.
5.1-	Masculino , talla de población (sistema penitenciario)	8,000
5.2-	Talla población PPL sexualmente activos (Según FG, 83% sexualmente activo)	6,640
5.3-	Sexo durante el último año (62%)	4,117
5.4-	Sexo durante el último año con 2.5 personas: 23%	3,818
5.5-	Sexo durante el último año con 4 personas: 4%	1,062
5.6-	Sexo durante el último año con 5 personas: 11%	3,652
5.7-	Total de parejas de hombre Privados de Libertad (1 visita x semana)	12,649
5.8-	Necesidad de condones para hombres privados de libertad	607,162
5.9-	Femenino , talla de población (sistema penitenciario)	600
5.10-	Talla de Población sexualmente activos (Según FG, 83% sexualmente activo)	498
5.11-	Talla de Población de parejas de PL (38% casadas)	189
5.12-	Necesidad de condones para mujeres privadas de libertad (1 visita x mes)	2,271
5.13-	Necesidad total de condones para Privados de Libertad	609,432
6.-	JÓVENES EN RIESGO SOCIAL	No.
6.1-	JÓVENES EN RIESGO SOCIAL	8,000
6.2-	Condomes al año por persona, según meta de condones al año	40
6.3-	Meta del Fondo Global	320,000
6.4-	Relaciones sexuales a la semana 2.5	200,000
6.5-	Necesidad Total de condones para Jóvenes en Riesgo Social	120,000
6.6-	Necesidad total de condones para MARPS	73,240,711
7.-	POBLACIÓN GENERAL	POBLACION
7.1-	TOTAL H-M 15-49 menos MARPS	6,486,608
7.2-	Clientes de MTS: Según ENSMI, 15% reporta ser cliente MTS último año	479,233
7.3-	Total H-M 15-49 menos MARPS, menos clientes	6,007,375
7.4-	Población General sexualmente activa: 54%	1,621,991
7.5-	Frecuencia de relaciones sexuales por mes	7.1
7.6-	Necesidad de condones en Pob. General	135,161,208
7.7-	NECESIDAD TOTAL DE CONDOMES DEL PAIS	208,401,919

Fuente: Elaborada por equipo de PASMO. Actualización propia con datos de proyección poblacional al 2010 con fuente INE.

Anexo 3: Requisitos generales para la precalificación de la compra de condones

REQUISITOS GENERAL A SER VERIFICADOS EN LA PRECALIFICACIÓN DE LA COMPRA DE CONDONES

MATERIALES

Materiales	Los condones deben estar hechos de goma de látex natural. Los condones no deben liberar sustancias tóxicas o dañinas en cantidades que sean irritantes, sensibilizantes o dañinas en cualquier forma para el usuario del condón bajo condiciones de uso normales.
Biocompatibilidad	Evaluaciones de Biocompatibilidad deben ser realizadas de acuerdo con <i>ISO 10993-1</i>. Específicamente, las pruebas deben ser realizadas para evaluar citotoxicidad de acuerdo a la <i>ISO 10993-10</i>. Los fabricantes deben escoger laboratorios acreditados para realizar estas pruebas, y los resultados deberán ser interpretados por un toxicólogo acreditado u otro experto calificado. Los informes de los expertos deben estar disponibles para su revisión. Los fabricantes y/o compradores son aconsejados que confirmen los requisitos locales de las pruebas de seguridad, con las autoridades reguladoras apropiadas en los países donde serán distribuidos los condones. De acuerdo con la <i>ISO 10993-1</i>, los fabricantes deben proveer los datos sobre los productos equivalentes.
Niveles de proteínas extraíbles con agua	Se recomienda que los fabricantes determinen los niveles de las proteínas hidrosolubles en sus productos. Los niveles recomendados para proteínas solubles, como se determina en el método modificado de Lowry, deben ser menos de 200 µg/g. Los fabricantes deben tomar medidas para no exceder este nivel y deben monitorear la producción con regularidad. No hay un estándar específico para determinar los niveles de proteínas en los condones. Los métodos descritos en ISO 12243, en 455-3 y ASTM D5172 para determinar los niveles de proteínas en los guantes quirúrgicos pueden ser modificados para usar en condones. La documentación que registre los niveles de proteínas debe estar disponible para revisión.
Niveles de carga biológica	Los condones no son dispositivos estériles; sin embargo, los fabricantes deben tomar pasos para minimizar el riesgo de contaminación del producto con microorganismos. Se recomienda mantener los niveles de carga biológica en los condones empacados bajo 100 cfu y no deben exceder 500 cfu. Debe haber ausencia de <i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Enterobacteriaceae</i> incluyendo <i>Escherichia coli</i> y <i>Pseudomonas aeruginosa</i>. Mayor información sobre la taza de los límites de carga biológica, métodos para determinar los niveles de carga biológica y las directrices generales sobre el control de la contaminación con carga biológica durante la fabricación se encuentran en el anexo II.
Nitrosaminas	Es recomendable que los fabricantes tomen acción para minimizar la formación de las nitrosaminas. Esto se puede hacer al asegurar que los condones estén adecuadamente lavados y limpiados, usando cantidades mínimas de aceleradores y al escoger aceleradores como dibutylthiocarbamate de zinc que tienen un perfil de seguridad preferido[1].
Polvo secante	Un polvo secante apropiado (ej. almidón de maíz, carbonato de magnesio y carbonato de calcio) debe usarse para prevenir que los condones se adhieran entre si durante su fabricación y permitirles que se desenrollen fácilmente. Los fabricantes pueden usar otro tipo de polvo en acuerdo con el comprador. En tales casos el comprador puede requerir que el fabricante justifique la elección del tipo de polvo. No deben usarse talco o esporas de licopodio. Se recomienda que el fabricante no exceda en el uso de polvo (máximo recomendado es 50 mg por condón)

VIDA ÚTIL Y ESTABILIDAD

Vida útil	Los condones deben cumplir con los requisitos de desempeño de esta <i>Especificación de OMS/UNFPA</i> durante toda la vida útil expresada.
	Los fabricantes deben determinar la vida útil basada en los resultados de los estudios de estabilidad y medidos desde la fecha de fabricación. <i>La fecha de fabricación es la fecha en la cual los condones fueron sumergidos "dipped".</i>
	La vida útil establecida no debe ser menos de tres años y no más de cinco años.
	La vida útil debe ser determinada en los condones que se han almacenado por un período máximo de tiempo, entre el "dipping" y el empaque, que es permitido en los procesos de operación estándar del fabricante.
	La vida útil debe ser confirmada por estudios de estabilidad en tiempo real conducidos a $(30 \pm 5, -2)$ °C de acuerdo a la cláusula relevante en ISO 4074.
	Si los resultados de estos estudios no están disponibles antes de la etapa de precalificación, entonces los fabricantes deben iniciar los estudios inmediatamente.
	En espera de los resultados de los estudios en tiempo real, los fabricantes pueden estimar una vida útil provisional usando estudios de envejecimiento acelerado.
Muestreo	Tomar muestras de condones de tres lotes fabricados de acuerdo con el anexo B de la ISO 4074.
Almacenaje	Condicionar los condones a $(30 \pm 5, -2)$ °C de acuerdo con el anexo relevante en la ISO 4074.
Requisitos de las pruebas	Evaluar el cumplimiento con los requisitos para las propiedades de ruptura, libre de perforaciones e integridad en el empaque especificados en las cláusulas relevantes en la ISO 4074 por lo menos anualmente para la vida útil del producto.
	Los tres lotes de condones deben permanecer en cumplimiento con los requisitos para las propiedades de ruptura, libre de perforaciones e integridad en el empaque especificados en las cláusulas relevantes en la ISO 4074 durante el tiempo que dure el estudio de estabilidad.
	Si en cualquier momento durante los estudios en tiempo real el fabricante se da cuenta que los estimados de vida útil hechos con los estudios acelerados son incorrectos, el fabricante debe notificar al comprador inmediatamente.
Vida útil provisional	Dependiendo de los resultados de los estudios en tiempo real, los fabricantes pueden estimar la vida útil provisional usando un estudio de envejecimiento acelerado.
Muestreo	Muestra de tres lotes de condones de acuerdo con el anexo B ISO 4074
Condiciones	Acondicionar los condones a $(50 \pm 5, -2)$ °C por 120 días o 180 días de acuerdo con el anexo relevante en ISO 4074

Requisitos para la prueba	Evaluar el cumplimiento con los requisitos para las propiedades de ruptura, ausencia de perforaciones e integridad en el empaque especificado en las cláusulas relevantes en <i>ISO 4074</i>. Si los tres lotes de condones mantienen los requisitos para las propiedades de ruptura, ausencia de perforaciones e integridad en el empaque especificado en las cláusulas relevantes en <i>ISO 4074</i> por un período de 120 días a (50 +5,-2) °C, se puede asignar un vida útil provisional de cinco años.
Requisitos mínimos de estabilidad	Los condones deben cumplir con unos requisitos mínimos de estabilidad definidos en la cláusula relevante de <i>ISO 4074</i> . Los condones que cumplan con estos requisitos mínimos de estabilidad se puede asumir que tienen una vida útil provisional de dos años.
Muestreo	Tres lotes sometidos a muestreo de acuerdo con la <i>ISO 2859-1</i> y el anexo B de <i>ISO 4074</i>
Condiciones	Incubar las muestras en sus envolturas individuales selladas de acuerdo al anexo de <i>ISO 4074</i>; • Un set a prueba por 168 ±2 horas a (70 +5,-2) °C y otro set por (90± 1) días a (50 +5,-2) °C. • Al final del período de incubación, retire los condones y pruebe para las propiedades de ruptura por volumen, ausencia de perforaciones y sello del empaque. • El período de incubación a (50 +5,-2) °C puede extenderse 120 a 180 días para poder estimar una vida útil provisional por medio de envejecimiento acelerado, en este caso pruebas a 90 días no son necesarias.
Requisitos para la prueba	Los tres lotes de condones deben cumplir con los requisitos para las propiedades de ruptura, ausencia de perforaciones e integridad en el empaque especificado en las cláusulas relevantes en <i>ISO 4074</i> .

Fuente: Cuadro tomado de "Condomes masculinos de látex: especificaciones, precalificación y directrices para la adquisición 2010". Documento preparado por OMS, UNFPA, FHI y ONUSIDA.

INSTANCIAS QUE FORMARON PARTE DE LA COMISIÓN TÉCNICA PARA EL DESARROLLO
DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE CONDONES.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Sanidad Militar
Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida /DRPAP	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS
	PASMO
Programa de Salud Reproductiva / DRPAP	APROFAM
Vice Ministerio de Hospitales	HIVOS
USME/SIAS	ONUSIDA
PROEDUSA/SIAS	USAID
CONASIDA	UNFPA
Ministerio de Educación	ABL, Pharma
COEPSIDA	Droguería Italiana S.A.
Ministerio de la Defensa	Universidad de San Carlos de Guatemala

